



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

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

**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**Salud mental en trabajadores sanitarios durante la  
pandemia de COVID 19 en una clínica privada ubicada en la  
localidad de Salinas-Ecuador**

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

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**Autora:** Pozo Rosales Kristel Jailinne

**Directora:** González Cedeño Génesis Coromoto

SALINAS

2022



*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

Salinas, 20 de Junio de 2023

Magister

David Mauricio Ortega Jiménez

**Director de la carrera de Psicología.**

Loja-

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: (Salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en una clínica privada ubicada en la localidad de Salinas-Ecuador) realizado por Kristel Jailinne Pozo Rosales 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,

Génesis Coromoto Cedeño González

C.I.: 0152062022

Correo electrónico: gccedeno@utpl.edu.ec

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

Yo, Kristel Jailinne Pozo Rosales, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor (a) del Trabajo de Integración Curricular denominado: Salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en una clínica privada ubicada en la localidad de Salinas-Ecuador, de la carrera de psicología, específicamente de los contenidos comprendidos en: introducción, capítulo 1. Marco teórico, capítulo 2. Metodología, capítulo 4. Análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones, siendo Génesis Coromoto Cedeño González director (a) del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

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

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

---

Kristel Jailinne Pozo Rosales

C.I.: 2400288821

Correo electrónico: [kjpozo1@utpl.edu.ec](mailto:kjpozo1@utpl.edu.ec)

### **Dedicatoria**

Dedicado a mis padres por el apoyo necesario para culminar la carrera con éxito, asimismo a mi pareja que me ha brindado la adecuada motivación y comprensión en todo el trayecto académico y poder lograr el objetivo propuesto.

### **Agradecimiento**

Agradezco a las autoridades y docentes de la universidad particular de Loja por la orientación brindada día a día para el desarrollo adecuado en el aprendizaje de cada materia impartida durante el tiempo académico, de manera especial a mi tutora de tesis dirigiendo arduamente para el adecuado planteamiento investigativo del presente estudio.

De la misma forma, agradecer a las autoridades de la institución investigada para la ejecución de este trabajo de titulación, los cuales, me recibieron de forma colaborativa y acogedora en las instalaciones, brindando la comodidad para para recolección de datos. Y por último agradecer infinitamente a mis padres y especialmente a mi pareja que han contribuido significativamente en el crecimiento personal y profesional.

## Índice de contenidos

Carátula.....	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular .....	III
Declaración de autoría y cesión de derechos .....	III
Dedicatoria.....	V
Agradecimiento .....	VII
Índice de contenidos .....	VIII
Resumen .....	1
Abstract.....	2
Introducción .....	3
Capítulo uno .....	5
Marco teórico .....	5
1.1 COVID 19.....	5
1.1.1 Reseña histórica de la pandemia.....	5
1.1.2 Consecuencias de COVID 19 .....	8
1.1.3 COVID 19 en Ecuador.....	10
1.1.4 COVID-19 en personal sanitario y sus repercusiones .....	12
1.2 Afectaciones a la Salud mental.....	14
1.2.1 Salud mental.....	14
1.2.2 Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios.....	20
1.3 Variables psicosociales relacionadas a la salud mental .....	23
1.3.1 Inflexibilidad psicológica.....	23
1.3.2 Soledad y Apoyo social .....	25
1.3.3 Estrategias de afrontamiento .....	27
1.3.4 Retos y desafíos de la Covid-19 en profesionales de la Salud.....	28
Capítulo dos .....	30
Metodología.....	30
2.1 Objetivos.....	30
2.2 Preguntas de investigación.....	31
2.3 Diseño de investigación .....	31
2.3.1 Poblacion y muestra .....	32
2.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	32
2.5 Instrumentos de recogida información.....	33
2.6 Procedimiento .....	36
Capítulo tres .....	37
Análisis de resultados y discusión .....	37

<b>3.1 Análisis de resultados .....</b>	<b>37</b>
<b>3.1.1 Discusión.....</b>	<b>41</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>46</b>
<b>Recomendaciones .....</b>	<b>47</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>48</b>
<b>Apéndice .....</b>	<b>57</b>
<b>Apéndice A. información para participante y consentimiento informado.....</b>	<b>57</b>
<b>Apéndice B. cuestionario ad hoc sociodemográfico .....</b>	<b>59</b>
<b>Apéndice C. Inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS) .....</b>	<b>60</b>
<b>Apéndice D. Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) .....</b>	<b>62</b>
<b>Apéndice E. cuestionario de aceptación y acción.....</b>	<b>64</b>
<b>Apéndice F. escala de soledad (UCLA-3) .....</b>	<b>65</b>
<b>Apéndice G. Cuestionario de Pittsburg de calidad de sueño .....</b>	<b>65</b>

#### Índice de tablas

<b>Tabla 1. Características sociodemográficas y laborales del personal de salud .....</b>	<b>37</b>
<b>Tabla 2. Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud.....</b>	<b>38</b>
<b>Tabla 3. Percepción de la salud mental del personal de salud.....</b>	<b>39</b>
<b>Tabla 4. Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad. ....</b>	<b>40</b>
<b>Tabla 5. Calidad de sueño del personal de salud .....</b>	<b>40</b>

## Resumen

Una de las secuelas negativas de la pandemia COVID-19, se desarrolló en la salud mental, afectando principalmente al personal sanitario de primera línea, debido al colapso del sistema de salud a nivel mundial. Por ende, el objetivo de esta investigación es determinar el estado de salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19, Se utilizó el diseño de investigación trasversal, exploratorio-descriptivo, la muestra fue de 41 participantes del área de salud, los instrumentos utilizados en la evaluación son: cuestionario sociodemográfico, MBI-HSS, DASS-21, AAQ-II, UCLA-3 Y PSQ. Se encontró en el síndrome de burnout bajos niveles en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, mientras que, en realización personal evidenció alto rango, asimismo en la percepción de salud mental ( 92.7% estrés; 68% ansiedad y 92.7% depresión) se presenta en las escalas un nivel leve, previamente, el grado de inflexibilidad psicológica y percepción soledad mostraron un puntaje por debajo de la media, finalmente, en la escala de calidad de sueño se presentó un nivel intermedio de dificultad. En conclusión, la salud mental de los trabajadores sanitarios es adecuada

*Palabras claves:* salud mental, COVID-19, personal sanitario.

### **Abstract**

One of the negative after-effects of the COVID-19 pandemic, developed in mental health, mainly affecting frontline health personnel, due to the collapse of the health system worldwide. Therefore, the objective of this research is to determine the mental health status of health workers during the COVID 19 pandemic. The cross-sectional, exploratory-descriptive research design was used, the sample was 41 participants from the health area, the instruments used in the evaluation are: sociodemographic questionnaire, MBI-HSS, DASS-21, AAQ-II, UCLA-3 and PSQ. Low levels were found in the burnout syndrome in the dimensions of emotional exhaustion and depersonalization, while in personal fulfillment it showed a high range, also in the perception of mental health (92.7% stress; 68% anxiety and 92.7% depression). in the scales a slight level, previously, the degree of psychological inflexibility and loneliness perception showed a score below the average, finally, in the sleep quality scale an intermediate level of difficulty was presented. In conclusion, the mental health of health workers is adequate

*Keywords:* mental health, COVID-19, health personnel.

## Introducción

El ser humano, en su complejidad, convive con situaciones imprevistas que en su mayoría son generadas mediante la dinámica del entorno, pero a su vez no es un factor netamente determinante a las inferencias del comportamiento, sino que existe diversidad de componentes que alteran su reacción ante el manejo de eventos, aquello implica la importancia de mantener la salud mental, dado que es una parte fundamental e integral en una persona, al existir desequilibrio afecta el ámbito emocional, social y laboral (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Por ello, la pandemia a causa del virus SARS-COV-2 (COVID-19), se presentó como un evento de características catastróficas en el entorno sanitario, social y económico a nivel mundial. Entre sus consecuencias más relevantes, existe un aproximado de 6 millones de personas fallecidas y un porcentaje de desempleo que figura en un 12 % durante el lapso crítico de la pandemia (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2021).

En consecuencia, la calidad de vida de los profesionales de salud, se percibió menguada en el transcurso de la pandemia, como postula Cardona et al. (2022) en el estudio realizado a los profesionales del servicio de atención médica de emergencias de España, de igual manera, en las indagaciones de Martín y Pacheco (2021) se identifican algunas problemáticas en el personal de salud como: ansiedad, sintomatología depresiva, cansancio emocional, insomnio, miedo y estrés (p.81).

Sin embargo, el cúmulo de estos efectos, tanto el incremento esporádico de casos y el descontrol de información repercutieron en el bienestar del personal sanitario, desencadenando estados de estrés, depresión y ansiedad, considerándose como un grupo vulnerables a los efectos negativos en la salud mental. De esta manera, el presente trabajo se enfoca en determinar el estado de salud mental de los trabajadores sanitarios, debido a las consecuencias que atribuye la salud mental en el desempeño laboral y personal, más aún ante una situación de pandemia, provocando que las horas laborales se intensifiquen, derivando al cambio de comportamiento y al mal manejo de emociones (Bermejo et al., 2021).

La presente investigación se desarrolló mediante tres capítulos; el primer capítulo corresponde al marco teórico, donde se encuentran indagaciones bibliográficas relacionadas a la reseña histórica de la pandemia, consecuencias, variables psicosociales y factores de la salud mental, estrategias de afrontamientos, retos y desafíos en los trabajadores sanitarios que laboran durante la pandemia COVID-19. En el capítulo dos, se encuentra la metodología, el cual, expone los objetivos, diseño de investigación, población y muestra, instrumentos de recogida de información y procedimiento planteado para la ejecución de la investigación. En el capítulo tres, se especifican los resultados y análisis a través de las tablas de estadísticas, de esta forma con los datos expuestos, se discuten mediante la interpretación y comparación de indagaciones de diversos autores referentes al tema de investigación.

Por último, se encuentran las conclusiones y recomendaciones de la investigación, obtenidas mediante los resultados de la población de salud, posibilitando que las sugerencias establecidas se lleven a cabo para fortalecer la salud mental en los profesionales sanitarios, además de generar temas de investigación que se puedan ejecutar en base al tema indagado.

Finalmente, este tipo de investigación establece un papel fundamental para determinar el grado de salud mental en la población investigada y aportar a las futuras investigaciones referentes al tema con el fin de fomentar la salud mental en los profesionales de salud y por ende el adecuado desempeño en la atención del paciente, debido a que, esta profesión demanda una gran importancia para enriquecer la salud de los ciudadanos.

## Capítulo uno

### Marco teórico

#### 1.1. COVID 19

El Covid-19 es una enfermedad infecciosa, producida por el síndrome respiratorio agudo grave tipo 2 (SARS-COV-2), debido su alto nivel de contagio, se propagó rápidamente por todo el mundo, convirtiéndose en una pandemia con diversas repercusiones ante la sociedad (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020).

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

A finales de diciembre del 2019, en la ciudad de Wuhan de la provincia de Hubei en China, se reportaron casos de pacientes hospitalizados con complicaciones respiratorias, presumiblemente por neumonía. Consecutivamente especialistas médicos determinaron que los hospitalizados estaban contagiados por un nuevo coronavirus, por lo tanto en enero de 2020 se decretó estado de emergencia para abordar el brote de contagios, días después se publica información oficial sobre brotes epidémicos referente al virus para la comunidad mundial de investigación, salud pública y medios de comunicación, además de recomendaciones e información de la situación sanitaria de China (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

De esta manera, se denomina al virus (SARS-COV-2), como COVID-19 y se establece una emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPI). Por consiguiente, el 11 de marzo, el virus COVID-19 fue declarado pandemia mediante una rueda de prensa mundial por el director general de la OMS (Ferrer, 2020). Debido a que, la COVID-19 proviene de una familia extensa de virus que pueden producir diversas afecciones, que van desde el resfriado común hasta enfermedades graves respiratorias; tales como el síndrome respiratorio de Oriente Medio y el síndrome respiratorio agudo severo (OPS, 2020).

En síntesis, se podría definir al Síndrome Agudo Respiratorio Severo (SARS) como una enfermedad aguda, febril, infectocontagiosa, que se acompaña (en los casos graves) de falla pulmonar severa, provocada por la infección de un coronavirus en el cuerpo del individuo adquirido mediante vías respiratorias o partículas depositadas sobre ojos y boca (Cruz et al., 2003). El coronavirus fue aislado por primera vez en pollos en el año de 1937, posteriormente se establece que el coronavirus surge periódicamente en diferentes áreas del mundo, además de circular entre humanos y animales como: bovinos, cerdos, roedores, gatos, perros, dromedarios, pájaros, murciélagos y pangolines (Matos et al., 2020).

Para Gorbalenya et al. (2020) el COVID -19 es una infección respiratoria aguda potencialmente grave causada por el nuevo coronavirus de síndrome respiratorio agudo grave denominado SARS-CoV-2, para aquella organización una de las primeras teorías acerca de cómo surgió la infección del virus en humanos, fue a través de una zoonosis, es decir, transmisión organismos patógenos de un animal (murciélago) hacia al hombre. Del mismo modo la presentación clínica en forma general determina al COVID-19 como una infección respiratoria con una variación en la gravedad de los síntomas “que va desde una enfermedad leve similar al resfriado común, hasta una neumonía viral grave que provoca un síndrome de dificultad respiratoria aguda potencialmente mortal” (Ruiz y Jiménez, 2020, p.64).

En tal sentido, el COVID-19 al ser una nueva enfermedad en el ser humano, era notorio que la información concerniente a los síntomas, al contagio o el tratamiento médico era incierto, generando una incertidumbre y preocupación en la población. Parte de aquello, fue la desinformación compartida por medio de redes sociales o en medios de comunicación no confiables. Por tal motivo la (OMS, 2020) compartió información verificada en cuando al origen, síntomas y normas preventivas para esta enfermedad. Entre los síntomas más comunes están: fiebre, tos, cansancio, pérdida del gusto o el olfato; los menos comunes son: dolor de garganta, dolor de cabeza, dolores y molestias, diarrea, erupción en la piel o

decoloración de los dedos de las manos o pies, ojos rojos o irritados y en los graves tenemos: dificultad para respirar o falta de aire, pérdida del habla o la movilidad, o confusión, dolor en el pecho.

De tal modo, con el avance investigativo sobre el COVID-19 desde el espectro clínico se establece que el SARS-COV-2 varía de formas asintomáticas a condiciones clínicas manifestadas por insuficiencia respiratoria que necesite ventilación mecánica y soporte en la UTI (Infección del Tracto Urinario) con manifestaciones sistémicas como sepsis, choque séptico, falla orgánica múltiple (Romo et al., 2020, p. 10).

Debido a que el sistema inmunológico de cada individuo era la primera defensa contra el SARS-Cov-2, siendo esto una de las causas por las cuales existían pacientes asintomáticos y pacientes con cuadros leves, moderados, graves y críticos que algunos casos terminaban en muerte, desde la perspectiva clínica de los síntomas que produce el COVID-19 con su respectivo el grado de afectación: estadio clínico asintomático (sin síntomas clínicos), estadio clínico leve (estornudos, congestión nasal, fiebre de baja intensidad, mialgias, tos seca), estadio clínico moderado (fiebre, tos húmeda, fatiga, cefalea), estadio clínico grave (fiebre, tos con disnea, problemas gastrointestinales, taquipnea, dificultad respiratoria), estadio clínico crítico (insuficiencia respiratoria aguda que amerita ventilación mecánica (Alcántara et al., 2021).

Los cambios experimentados durante la pandemia COVID-19, resultaron en un cúmulo de afectaciones no solo en la salud, sino también en el ámbito social y económico; no necesariamente se debe buscar en argumentaciones científicas de dichos sucesos, cuando en el entorno cercano se vivió un aislamiento social, pérdida de empleo, sobreprecio de insumos médicos y variaciones en la rutina diaria. Sin embargo, actualmente existe la vacunación contra esta enfermedad, el cual, ha permitido reducir los casos de contagios, atribuyendo a que las medidas de bioseguridad se mantengan de forma leve.

### **1.1.2 Consecuencias de COVID 19**

Inicialmente una de las medidas que se adoptó para evitar el contagio masivo del COVID-19 fue el confinamiento de toda la población, desencadenando cambios de hábitos y rutinas a causa de los cierres de centros educativos, universidades, paralización de actividad económica y desempleo. Ante la cuarentena y las restricciones vividas en el lapso crítico de la pandemia, el enfoque económico tuvo un desequilibrio ante la incertidumbre por la parálisis global (Villanueva et al., 2021, p. 7).

Por consiguiente la pandemia ocasionada por el SARS-COV-2 afectó a la región por medio de 5 canales externos tales como: la disminución de la actividad económica de sus principales socios comerciales, la caída de los precios de los productos primarios, la interrupción de las cadenas globales de valor, la menor demanda de servicios de turismo, la intensificación de la aversión al riesgo y el empeoramiento de las condiciones financieras mundiales, dificultando la Importación y exportación de materia prima y escases de artículos de primera necesidad, la variabilidad en precios comerciales, el estancamiento de la producción de alimentos o artículos, sumando la parálisis turística por confinamiento. Agregaron una preocupación más en los estados y en la población global (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2020).

En efecto, las medidas tomadas por los estados desplegaron un conjunto inédito de medidas fiscales, monetarias y regulatorias para mitigar los impactos de la crisis sanitaria. A pesar de ello, Latinoamérica sufrió una de las contracciones del producto más severas a nivel mundial en 2020 (cercana al 7 %), ocasionando que la pobreza y la desigualdad retrocedieran a los magnitudes de hace una década, a su vez las medidas afectaron a ciertos sectores de servicios cuyo funcionamiento demanda una mayor interacción social, entre los cuales se encuentran restaurantes, lugares de esparcimiento musicales, deportivos o de entretenimiento además de discotecas, reservaciones de hoteles y de actividades turísticas (Arreaza et al., 2021).

Por esta razón, al experimentar una cuarentena colectiva con los efectos macroeconómicos que se estaban dando por la pandemia, pudo generar diversos problemas en el aspecto psicosocial como el estrés social, denominando aquello como situaciones vitales que suscitan de las precipitaciones o cambios de la vida cotidiana de los individuos que llevan un desenvolviendo inmediato en su entorno, en efecto, el estrés social en las personas durante la pandemia se agudizó por factores preocupantes como: el miedo, la pobreza, el desempleo, la salud y las noticias falsas. De esta manera, si se realiza una recapitulación durante el periodo de confinamiento, el quebranto de la economía global condujo al decreto de políticas públicas como estrategias para sobrellevar el declive financiero (Leiva et al, 2020).

Por otra parte, en las acciones gubernamentales, el número de desempleados a nivel mundial incrementó, de esta forma se estimó en la tasa de pobreza un aumento de 7 puntos porcentuales en 2020, hasta alcanzar el 37,2%, mientras que la de extrema pobreza del 11,0% al 15,5%, representando un incremento de 28 millones de personas (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2020). No obstante, el aumento del desempleo mundial se determinó entre 5,3 millones y 24,7 millones de personas, provocando una sensación de inseguridad en los hogares (OIT, 2020).

Análogamente este cúmulo de situaciones preocupantes llegó a tener consecuencias en la salud mental de las personas y en el entorno familiar, dado que el estrés social recargado por las limitaciones en la actividad económica, cierres de escuelas, déficit en la atención médica y el distanciamiento social, provocó que, en algunos hogares, se perpetre la violencia intrafamiliar (CEPAL, 2020b).

Siguiendo con lo expuesto anteriormente, el estrés familiar sitúa a los niños, niñas y adolescentes como miembros vulnerables a experimentar situaciones de maltrato, negligencia, violencia o abuso por parte de cuidadores o progenitores (Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2020). Dado que este tipo de reacciones pueden generarse

debido a la sobrecarga en la psiquis en los padres, derivadas de situaciones estresantes experimentadas, seguido de un mal manejo del estrés conllevando a una respuesta violenta (Formiga et al., 2020).

En cuanto a las condiciones con las cuales la pandemia vino acompañada, conllevaron a un nivel de frustración y desahucio ante posibles escenarios que incluían: el miedo a la infección del virus, enfermedades, la manifestación de sentimientos de desgracia y aburrimiento, no poder cubrir las necesidades básicas, el estigma y rechazo social en el caso de personas infectadas, la muerte de familiares por COVID-19 e incluso suicidios (Balluerka et al., 2020).

De acuerdo a lo planteado, una alta gama de información sobre acontecimientos relacionados a la crisis sanitaria, circuló en cada territorio afectado por el virus, siendo los noticieros y las redes sociales las principales fuentes de datos, sin embargo, estas últimas forjaron una serie de desinformación agudizando las preocupaciones, el miedo e incertidumbre, afectando la estabilidad emocional, el rendimiento personal, la coexistencia familiar y bienestar, dado al déficit de convivencia y antiestrés que se obtenía con la presencia física de amigos, familiares, parejas o compañeros de trabajo.

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

El brote del covid-19 en el Ecuador empezó con la llegada de una ciudadana ecuatoriana proveniente de España, quien en días posteriores presentó tos y fiebre, siendo necesario el traslado a una casa de salud, donde fue diagnosticada con covid-19. De esta manera denominándola el caso 0 del país. Se registró que tuvo contacto con más de 80 personas, sumándose de tal modo un número considerable de contagios y dejando en alerta a la población (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2020).

Eventualmente el Comité de Operaciones de Emergencia (COE, 2020) decretó estado de excepción y la semaforización en todo el Ecuador a partir del 17 de marzo de 2020, de esta forma se anunció que el país registraba 111 casos confirmados y 451 posibles casos

distribuidos en 9 provincias, siendo Guayas la más afectada con la ola de contagios que se extendía de manera muy rápida. A medida que esta enfermedad incrementaba el número de infectados logró concretar un aproximado de 35.000 fallecidos durante 2 años de pandemia en todo el territorio ecuatoriano (Observatorio Social del Ecuador [OSE], 2022).

Debido al incremento de casos de contagiados y fallecidos por el virus las medidas que adoptó el gobierno para prevenir el aumento de casos de infectados fue mediante la cuarentena, el cual, condujo al sector público y privado a brindar sus servicios mediante el teletrabajo a excepción de las entidades de salud y de productos agropecuarios con las medidas de bioseguridad, luego de la disminución de la ola de contagios a finales del año 2020 y principios del año 2021 las medidas de restricción por parte del gobierno se establecieron de forma flexible, reduciendo la cuarentena hasta los fines de semana tomando en cuenta la obligación del uso de mascarillas y el distanciamiento social (MSP, 2020).

De esta forma, en el mes de enero de 2021, las nuevas autoridades del estado, reciben cerca de 8.000 dosis de la vacuna contra la COVID-19 desarrollada por la farmacéutica Pfizer, este sería el comienzo de un futuro alentador, de manera consecutiva, el gobierno gestionó la adquisición de numerosas dosis de vacunas de otros laboratorios y dar comienzo al plan de vacunación, priorizando en primer lugar a la población de 65 años en adelante (MSP, 2021).

Actualmente, en Ecuador las cifras de personas vacunadas reflejan un total de 15.182.320, de esta cantidad de ecuatorianos resultan la aplicación de 35.689.591 dosis administradas, completando un total de 14.004.436 de personas vacunadas con la primera y segunda dosis de vacunas gestionadas dentro del país que se encuentra registradas en el vacunómetro, siendo la farmacéutica Pfizer-Biontech, Aztrazeneza y Sinovac las más aplicadas a la población ecuatoriana (MSP, 2022).

La situación en el país, poco a poco fue mejorando, las restricciones iban desapareciendo acorde a la situación epidemiológica en el país, mientras tanto, la educación a través de la virtualidad y el teletrabajo impulsó a la continuidad de la vida de las personas, fortaleciéndose con las medidas de bioseguridad y el proceso de vacunación.

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

Uno de los principales sujetos involucrados en el caos de la pandemia del COVID-19 sin duda alguna fue el personal de primera línea, que incluía a los profesionales de salud, como médicos, enfermeros, psicólogos y auxiliares de enfermería, debido al gran número de personas que se contagiaban con esta enfermedad y que iba en aumento conforme pasaban las horas y los días (Forner et al., 2021).

Debido a que el cúmulo de trabajadores de la salud mantenían contacto directo con los pacientes infectados por el virus COVID 19, dada la situación crítica de los hospitalizados el cuidado y atención era primordial, por tal motivo, fueron blanco directo del COVID-19, afectando su salud física y emocional derivadas de situaciones estresantes que vivían a diario con la sobrecarga laboral, seguidamente de la desvalorización del descanso, causando en los trabajadores sanitarios tendencia a manifestar sintomatología relacionada a depresión, ansiedad, estrés e insomnio repercutiendo de esta forma la labor adecuada para frenar el número de pacientes internados o fuera de peligro (López, 2021).

La disposición de los trabajadores sanitarios al laborar bajo situaciones ponderables contra el virus, extensas jornadas de trabajo, fallecimiento de colegas, desasosiego al contagio, falta de descanso además de la privación de contacto físico con familiares y amigos, evidenciaron ante aquellas situaciones un sobreesfuerzo humano en los competitivo de salud por cumplir con la responsabilidad laboral y profesionalismo ante la crisis de sanitaria (Cardona et al., 2022).

Con respecto al colapso sanitario un estudio realizado en Ecuador el personal médico resultó psicológicamente afectado, presentando el 90 % de síndrome de burnout (SB), distinguiendo el manejo diferente entre médicos y enfermeros. De esta forma, otro estudio

ejecutado en Estados Unidos demuestra que existe alrededor de 54, 4% de médicos que manifestaron síntomas de agotamiento emocional y despersonalización dando paso negativo al estrés, ansiedad, abusos de sustancias, suicidios, mala atención a pacientes y renuncia inesperadas (Patel et al., 2018).

De la misma manera, las prolongadas jornadas laborales y aislamiento constante han producido al personal sanitario afectaciones en la cotidianidad y relaciones intrapersonales, esta modificación del ciclo rutinario generó ciertos estados depresivos, alteraciones del sueño, ansiedad, temor, estrés e ira en esta población de salud, a causa del escaso contacto o temor a infectar a sus miembros familiares (Hidalgo et al., 2021).

Por consiguiente, las repercusiones por la crisis sanitaria del COVID 19 no solo se reflejaron en el personal médico sino también en el entorno familiar de aquella población, debido las restricciones que se plantearon como la virtualidad de clases y trabajo, seguidamente de la ausencia de los cuidadores de los infantes por contagio, perjudicó en la crianza de los hijos del sector sanitario además de afrontar una situación sin preparación, las estrategias u orientación dentro del rol hogar fueron temas no pronunciados para los familiares de los servidores sanitarios, el cual, aquellas situaciones hubiesen aportado a una de las diversas adversidades presentadas por la pandemia (Karlsson y Carl, 2020).

Por otra parte, a nivel social la discriminación, acoso y deshumanización hacia los trabajadores del sector sanitario fue notorio puesto que la mayoría de ciudadanos percibían como fuente de contagio del virus, prohibiendo de esta forma el ingreso a establecimientos de suministro alimenticio asimismo como la evitación al uso de asesores y traslado del personal a los centros de salud u hogares, además de las advertencias para el abandono de departamentos como sucedió en la ciudad de Bogotá- Colombia (Abuabara, 2020).

Evidentemente, el COVID-19 tuvo consecuencias en el sector de la salud ecuatoriana, la pérdida de aproximadamente USD 870 millones en instituciones públicas y privadas debido a la embestida de prestaciones de servicios relacionados con la enfermedad en las que destacan: la atención extrahospitalaria, adquisición de insumos médicos, equipamiento de

bioseguridad, limpieza, diagnóstico, prevención y gestión de fallecidos. Por otro lado, se contabiliza un total de 39.098 profesionales de la salud infectados en todo el país y se registraban 5512 fallecidos (OIT, 2021).

Vale precisar que el impacto producido por la COVID-19 en los profesionales de salud, demandó a que el estado incremente su inversión en este sector golpeado por la situación de emergencia, enfatizando en la necesidad de materiales de protección y medidas adecuadas que aporten seguridad al personal, así como al apoyo familiar y un soporte en la psicología, además de buscar ayuda externa a médicos jubilados o practicantes de medicina, para acaparar la cantidad sobrenatural de pacientes infectados durante el apogeo pandemia (Espín, 2020).

Manifestado lo anterior, uno de los impactos más relevantes en la calidad de vida y bienestar mental en gran parte de los profesionales de salud, se presentó debido a la demanda de sobrecarga laboral por el incremento de contagios del COVID -19 en la ciudadanía, además, al ser los servidores sanitarios los que lucharon por preservar la salud de los ciudadanos, existió de la misma manera, prevalencias de fallecimientos en el entorno sanitario, atribuyendo aquellas situaciones en la mayoría perteneciente a este sector presenten sintomatologías relacionadas con las variables de ansiedad, estrés y depresión.

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

Las afecciones en la salud mental son trastornos psicológicos que generan un impacto conductual, cognitivo y emocional, el cual, puede manifestarse de forma ocasional o duradera, produciendo efectos negativos en las actividades de la vida diaria.

### **1.2.1 Salud mental**

En lo que respecta a la definición de salud mental se establece como el estado que proporciona el bienestar psicológico, emocional y social, el cual permite solventar el estrés habitual de la vida, demostrándose en el desempeño del ámbito laboral, social y familiar, por tal motivo en el personal sanitario es relevante dada la demanda que conlleva la salud,

muchas veces esta población traslada su propio bienestar como nula prioridad por cumplir con el compromiso de ejercer la profesión desarrollando efectos negativos a nivel emocional y conductual (OMS, 2020).

Sin embargo, desde el ámbito psiquiátrico se considera salud mental al estado de equilibrio y ajuste audaz al cambio, permitiendo al sujeto interactuar con el entorno social de forma favorable al desarrollo del bienestar personal y colectivo (Vidal y Alarcon, 1986). Por otra parte, Davini et al. (1978) establecen que la salud mental es el periodo congruentemente perpetuo, en la cual, la persona se encuentra con una conforme adaptación, acompañado del sentimiento de satisfacción por la vida y autorrealización, caracterizado como un estado positivo y no solo la ausencia de trastornos mentales, además de determinarse como un aspecto normal del individuo.

De acuerdo a los conceptos planteados anteriormente, la salud mental compone el bienestar psicológico, emocional y social, de esta manera, al existir inferencia en estos aspectos, perjudica el bienestar anímico y conductual, el cual, permite determinar el manejo del estrés, interacción con el medio y toma de decisiones del sujeto, adquiriendo comportamientos que afectan la salud física y mental, por ello, la importancia de la promoción de la salud mental dado que es un componente esencial del término salud para el adecuado desempeño del individuo en las múltiples actividades y ámbitos de la vida cotidiana.

Por su parte, Spielberger (1966) postuló que entre las variables que afectan a la salud mental se encuentra la ansiedad que es un estado emocional transitorio que oscila en el tiempo, además de caracterizarse por la percepción consciente de turbaciones de tensión y miedo por la alta activación del sistema nervioso autónomo dependiendo de la percepción del sujeto. Por otra parte, la ansiedad se cataloga como un triple sistema de repuesta, que se manifiestan a nivel fisiológico, cognitivo y motor (Lang, 1968).

De este modo es necesario aclarar que la ansiedad, es una respuesta adaptativa a múltiples situaciones de la vida que se puede valorar como normal y se denomina patología al desarrollarse ante estímulos incongruentes o inexistentes cuando la magnitud de la

respuesta ansiosa excede los límites adaptativos, entre los síntomas evidentes se presenta: sudoración, nerviosismo, miedo extremo, temblores, sobre pensamientos, dificultad en la relajación, taquicardia, insomnio, cansancio y problemas respiratorios (OMS, 2022).

Por consiguiente, las causas provienen de factores ambientales, biológicos y psicosociales que alteran el sistema neurobiológico como: consumo frecuente de alcohol y drogas, predisposición genética, influencia de estresores e hipersensibilidad, relaciones establecidas en el entorno familiar, experiencias amenazadoras y preocupaciones excesivas de vida (Munir y Takov, 2019).

Por otro lado, se presenta la depresión como otra variable, considerándose una patología que consiste en un período de ánimo triste que se deriva en un tiempo prolongado como mínimo dos semanas o más, interfiriendo en las actividades de la vida cotidiana como el trabajo, alimentación y en la calidad de sueño, las personas que presentan depresión tienden a sentirse indefensas, sin esperanzas y culpables por los sentimientos que se manifiestan, en casos con niveles alto de depresión puede manifestarse pensamientos suicidas (American Psychological Association [APA], 2013).

En cuanto al mismo tema del párrafo anterior, Beck (1967a) postula que la depresión se presenta por la desorganización del pensamiento, donde el individuo distorsiona la realidad, visualizando de manera negativa los pensamientos sobre sí mismo, el mundo y futuro, denominando aquello como la triada cognitiva. Desde la perspectiva conductual, la depresión se considera como la falta de reforzamiento de las conductas emitidas por el sujeto en varios aspectos de su vida, conllevando a que sienta disgusto por sus propias acciones (Lewinsohn, 1975).

En tal sentido, la depresión desde la representación de la triada cognitiva se estima la estrecha relación que se presenta entre los pensamiento, emoción y conducta, dando a entender que los pensamientos pueden conllevar a diversas emociones, descendiendo de esta manera al desarrollo de una conducta con tendencia a frecuentar y persistir con el tiempo, presentando síntomas que ostentan pensamientos de agotamiento, infelicidad,

irritabilidad y tristeza, falta de toma de decisiones, dificultades en las actividades como levantarse de la cama y aseo personal, culpabilidad, baja autoestima, frustración, insomnio, pérdida de apetito y déficit en la actividad social (Beck, 1967b).

La depresión se deriva de la composición de factores biológicos, ambientales y psicológicos como: las dificultades económicas, desempleo, problemas familiares, consumo frecuente de alcohol, altos niveles de estrés, luto, antecedentes familiares de ansiedad y depresión, afectando a 280 millones de personas a escala mundial representando un 3,8% de la población, de los cuales el 5% corresponde a adultos (OMS, 2021).

En lo que respecta a estrés, es una respuesta no específica del organismo ante los sucesos del exterior, incluyendo amenazas psicológicas, denominando aquella reacción como el síndrome de adaptación, debido a la sucesión activa de resistencia a la conformidad del cambio en el medio, es decir, es la reacción activa ante la pérdida del equilibrio del individuo (Selye, 1956). Por otra parte, se conceptualiza estrés como las peculiaridades relacionadas a los estímulos del ambiente, alterando de esta manera al funcionamiento del organismo (Holmes y Rahe, 1967).

Lazarus y Folkman (1986) definen el estrés como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo está valorada por la persona como algo que excede sus propios recursos y que pone en peligro el bienestar personal, entre sus síntomas se destacan los siguientes: pérdida de memoria, desconcentración, pensamientos ansiosos, irritabilidad, agitación, problemas en la relajación, palpitations, náuseas, comer de manera abundante o escasa.

De esta forma las frecuentes causas de estrés son: preocupaciones, angustias, trastornos mentales y físicos, experimentar frustración, situaciones vividas durante la infancia retenidas en el inconsciente, insatisfacción y miedo, reflejando en el 43% de encuestados en más de cien países haber experimentado estrés la mayor parte del día, mientras que en el año 2019 este porcentaje era de un 38% (Gallup, 2022).

En cuanto a burnout, se distingue como la sensación de fracaso y una realidad agotada derivada de una sobrecarga por exigencias de energías y medios personales del trabajador (Freudenberger, 1974). Por otra parte, se considera como un síndrome de carácter psicológico, agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, el cual, al manifestarse en el profesional, se presenta como un estado "quemado", debido a que las situaciones del entorno laboral, social o familiar han sobrepasado, agotando la capacidad de respuesta de manera adaptativa (Maslach, 1993).

Asimismo, se describe burnout como un reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajo en la actualidad, dada la competencia laboral, la exigencia de producir más con resultados al menor tiempo y los mismos recursos posibles, causando, presión de satisfacción de las demandas de los demás, competencia máxima, sentir que su labor no es valorada y remuneración no considerada (Durand, 2019).

En relación a la problemática expuesta las consecuencias del síndrome de burnout son: deterioro físico, sintomatología depresiva y ansiosa, déficit en el rendimiento laboral, cansancio, pérdida de apetito, náuseas, sentimiento de fracaso, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, consumo de sustancias, deterioro del núcleo familiar y aislamiento social (Hernández et al., 2019). Mientras tanto estadísticas en la población con mayor prevalencia padecimiento de burnout se encuentra en el área de salud, por lo tanto, en Ecuador se evidenció en los profesionales sanitarios un 95% de despersonalización, agotamiento emocional 47% y el 11% de realización personal (Torres et al., 2021).

Mientras tanto, las alteraciones del sueño se comprenden como las dificultades que se manifiestan en la persistencia y continuidad de sueño, cuando un individuo presenta insomnio frecuentemente se despiertan por la noche con problemas de poder conciliar el sueño, asimismo durante la desproporción de sueño (hipersomnia) sus periodos se extienden durante la noche o aumenta el sueño durante el día (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Por otra parte, se define los trastornos de sueño como la problemática para dormir, además, de los presentes cambios de rutinas y patrones de sueño, manifestándose síntomas como la dificultad de mantener y conciliar el sueño, también, dormir en situaciones no propicias, asimismo, experimentar sueño prolongado en el transcurso de los periodos de vigilia o manifestaciones no apropiadas durante el mismo (Weber y Wetter, 2022).

Por consiguiente, entre los principales tipos correspondientes a las alteraciones de sueño se encuentra el insomnio, narcolepsia, Apnea del sueño y síndrome de piernas inquietas, las cuales están asociado con episodios de estrés, ansiedad y depresión, uso de medicamentos (benzodiazepinas, barbitúricos o antidepresivos), consumo de sustancias u otro tipo de patologías, atribuyendo como consecuencia a experimentar fatiga diurna, deterioro en el desempeño laboral, académico y social, ansiedad, agresión e irritabilidad (Mora et al., 2018).

Por consiguiente, alrededor del 40% de la población ha sufrido algún tipo de trastorno de sueño, estableciéndose como el más frecuente el insomnio, por el cual, fluctúa en la comunidad adulta entre el 8 al 10% (Red Informática de Medicina Avanzada [RIMA], 2018). Por otra parte, en los ciudadanos españoles el 12% de la población manifiesta insomnio, entre el 4% sufre de apnea de sueño y el 3% el síndrome de piernas inquietas (González et al., 2017).

De la misma manera, en Chile el 67.2% de la población osciló una gran cantidad de sintomatología relacionado a trastornos de sueño, la cual el 29.4% presentó somnolencia diurna al igual que Brasil con el 16.5%, en cuanto a presencia de insomnio en los habitantes de México se reportó un 36% y en Colombia el 46.8% (López, 2017). Por lo tanto, es relevante mantener una higiene de sueño permitiendo establecer conductas adecuadas para mantener el afianzamiento de la patología o prevenirla: la evitación de sustancias estimulantes, realizar ejercicios, instaurar un ambiente adecuado en la habitación y mantener rutinas reguladoras en el momento de dormir o despertar (García y Navarro, 2017).

Planteadas las postulaciones anteriores en este apartado, resalta la importancia de mantener, priorizar y educar sobre la salud mental, debido al impacto significativo en las actividades de la vida diaria, es decir, que al existir alteraciones o malestares en índole psicológica, perjudica el bienestar del individuo, dado a que, las afecciones de la salud mental actúan en el ámbito cognitivo, conductual y emocional, perjudicando el contexto laboral, social y familiar del individuo.

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

En lo que respecta a la labor del profesional de la salud cumplen un papel fundamental en nuestra sociedad brindando sus servicios con la finalidad de solventar enfermedades o anomalías que se suscitan como seres humanos y a los diversos riesgos constantes que se enfrentan como el contacto cercano con pacientes que enfrentan una enfermedad infecciosa y crónica, determinándose como una población vulnerable a desarrollar repercusiones hacia la salud mental (Alnazly et al., 2021).

Factores como la falta de servicio hospitalaria durante crisis de salud pública conlleva a niveles de ansiedad al personal sanitario, dado la exhibición a casos confirmados, temor a infectarse incluso de transmitir a los miembros de su familia al tratarse de epidemiologías o pandemias la preocupación se eleva al conocer sobre la gran demanda en atención médica y en caso de un miembro del entorno familiar llegue a contagiarse sabe la dificultad de ser atendidos, igualmente sucede en el entorno social donde las elevadas expectativas, la extensa jornada laboral conlleva la mayor parte de tiempo y la falta de apoyo social puede llegar a experimentar síntomas como palpitaciones, náuseas mareos y disnea (Yifan et al., 2020).

Por otro lado, las consecuencias de la ansiedad en el entorno laboral del sector sanitario se evidencian con bajos niveles de autoeficacia que consiste en la percepción que tiene una persona hacia su capacidad de establecer una acción por medio de la observación

y que aquellas sean consideradas como válidas ante cualquier suceso, en un estudio se mostró que los sujetos con ansiedad tuvieron una baja eficacia laboral (Mamani et al., 2021).

Durante la pandemia de COVID 19 el 23.4% del personal sanitario experimentó ansiedad, resaltando en la población de enfermería, repercutiendo de esta forma el desempeño laboral, conflictos con el personal médico, estrés, falta de toma de decisiones, además de experimentar miedo al contagio por salvaguardar la salud de los miembros de la familia, por otra parte, la falta de flexibilidad de la ciudadanía ante el rol de los servidores de médicos fue un detonante más ante la problemática (López y López, 2021).

En cuanto a la depresión, el personal de salud durante el colapso de infección del virus COVID 19 evidenció tasas elevadas de síntomas depresivos, pensamientos suicidas y malestar psicológico consecuentemente el 14.7 % y 22% de la población sanitaria presentó síntomas que permitían sospechar un episodio depresivo, mientras entre un 5% y 15% tuvo pensamientos suicidas, debido a los sentimientos de culpa y falta de control en la situación hospitalaria que conducían al fallecimiento de varios pacientes (OPS, 2022).

Por ello se necesita de forma urgente la creación de políticas específicas que permitan organizar acciones que cuiden la salud mental de estos trabajadores sanitarios, se recomienda cambiar el ambiente laboral y garantizar condiciones de trabajo adecuadas, otorgar remuneraciones dignas e instaurar espacios saludables que fomente el bienestar y autocuidado de estos (OMS, 2022).

Con relación al estrés, se ha convertido en una problemática más relevante en el mundo laboral, el exceso de demanda en la que la mayoría de los servidores de salud están sometidos genera esta variable, debido a que la relación profesional con el paciente es compleja requiriendo de habilidades, herramientas, actitudes y competencias del personal sanitario, de esta manera los altos índices de estrés afectan la distribución de horarios adecuados entre hogar-trabajo, estabilidad física y mental además de adoptar conductas de huida ante situaciones que se perciban como incómodas (Megias y Castro, 2018).

Con referente a lo anterior, las principales fuentes de estrés en las enfermeras se dividieron en dos categorías: primero las relacionadas con la organización del trabajo en la empresa como falta de personal y falta de apoyo emocional; asimismo los factores estresantes relacionados con el ámbito profesional como son el afrontamiento al dolor, sufrimiento y muerte ajenos (García y Gil, 2017).

Por otra parte, el síndrome de burnout en los profesionales de salud se manifiesta con agotamiento emocional a causa del exceso de estrés a los que están sometidos habitualmente en el área de la salud, desarrollan una armadura de despreocupación que conllevan a no involucrarse afectivamente con los pacientes, además la reducción personal de talento que se caracteriza por la evasión de las situaciones emocionales, resultando como un comportamiento de agresión a las personas. (Torres et al., 2021).

Acorde a Intriago (2019) en su estudio realizado en un hospital de España se identificó la presencia de burnout mostrando cansancio emocional en el 43.3% de los enfermeros, un 57% presentó despersonalización y un 35.66% falta de realización en el trabajo, además se muestra que el 15% de la muestra de estudio sufre de fatiga crónica predominando en el sexo femenino repercutiendo en la adecuada atención a los pacientes, niveles de autoestima, vida social y lazos afectivos.

Las epidemias siempre han constituido un factor determinante en la salud mental de los trabajadores sanitarios, ante ello en Taiwán durante el brote de COVID 19 se manifiesta una prevalencia de trastornos de sueño en los profesionales de salud del 28.4% de afectación, mientras que otro estudio manifestó que un 68.3% de los profesionales de la salud iraquíes presentaron trastornos del sueño, consiguientemente esta condición puede causar somnolencia, fatiga y pérdida de apetito, lo que deriva en consecuencias que van desde la renuncias al trabajo hasta bajo desempeño laboral, descuidos en actividades asignadas, poca motivación, irritabilidad y desgano (Salari et al., 2020).

Concluyendo con este apartado se puede establecer que, la salud mental tiene una gran relevancia en el desarrollo de las actividades diarias en el ser humano, por lo tanto, el sector sanitario posee una gran responsabilidad y ligamiento en la atención de enfermedades que adquiere el ser humano, además de la gran labor y tiempo que demanda la ocupación, la relevancia de la prevención en esta área tiene beneficios eficaces en el desempeño profesional de la salud.

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

Las variables psicosociales de la salud mental son aspectos que se asocian con el entorno laboral, emocional, familiar y social de esta forma atribuyen a la inflexibilidad psicológica, soledad y apoyo social, estrategias y afrontamiento asimismo como retos y desafíos en la población de investigación del presente trabajo.

#### **1.3.1 *Inflexibilidad psicológica***

La inflexibilidad psicológica (IP) se define como la incapacidad para ajustar el conocimiento y comportamiento sobre la base de utilidad en la consecución de los fines deseados, asimismo se asocia con la terminología de evitación experiencial; que es la respuesta inflexible que asciende a conductas exteriorizadas con el propósito de controlar sucesos exclusivos negativos como: recuerdos, pensamientos y emociones, disponiendo al individuo una forma de comportamiento que al generarse como benefactor en un tiempo corto a largo plazo causa un resultado contrario propagando el nivel de sufrimiento (Luciano y Valdivia, 2006).

De la misma forma, menciona que la inflexibilidad psicológica hace referencia a las estrategias que utiliza el sujeto para afrontar el estrés debido al dominio de las reacciones psicológicas ante aquellas, provocando de esta forma, la falta de voluntad de experimentar acontecimientos o privaciones incómodas mientras se persiguen metas y estimaciones personales (Bond et al., 2006). Por otra parte, se denomina como un tipo de regulación del individuo, que a su vez genera malestar; haciendo énfasis en la incapacidad de estar

conectado completamente con el presente, la tendencia a evitar de experiencias internas indeseadas, la falta de claridad y compromiso (Eisenbeck, 2018).

Manifestado aquello, la inflexibilidad psicológica es acogida como una estrategia del individuo, cuando no posee los recursos psicológicos necesarios para afrontar situaciones estresantes o que provoquen una sensación de incomodidad, debido a que, tienden a querer mantener el control, es decir, se manifiesta por la desadaptación que persiste ante los cambios de rutina, provocando de esta manera un efecto reverso, el cual, altera la salud mental.

Mientras tanto, las consecuencias de IP en los profesionales sanitarios a corto plazo se encuentran: la desconexión emocional, alivio, distracción, desaparición o disminución de determinados pensamientos y emociones desagradables, sensaciones placenteras producidas por consumo de algún tipo de droga. En las consecuencias a largo plazo están: mala práctica médica, descontento por parte de los profesionales y de las personas que atienden, problemas de salud, incremento del malestar general, problemas a nivel organizacional (Ortiz, 2018).

Por otra parte, la inflexibilidad psicológica desencadena una serie de emociones y pensamientos ante circunstancias ambientales como entornos organizacionales u acontecimientos vitales significativos, de esta forma cuando los profesionales de la salud producen conductas dirigidas a la evitación como: establecer distanciamiento con los pacientes, tratar al paciente como enfermedad y no como persona, llegar tarde a las consultas, absentismo profesional, disminuir el contacto físico y las visitas (Valiente et al., 2020).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ATC) es una de las intervenciones que trata de modificar la función, generando flexibilidad en la regulación de los mismos, contemplando el malestar y el sufrimiento como algo natural, defiende la resistencia ante el sufrimiento es precisamente el sufrimiento patológico y promueve el análisis funcional con el objetivo de promover la aceptación de los eventos privados, así como el distanciamiento de los mismos

(estableciendo una distinción entre el yo como contexto y los contenidos) promoviendo de esta manera el compromiso personal junto a los valores (Páez et al., 2006).

Una mente que posee una inflexibilidad psicológica es propensa a sufrir algunos trastornos psicológicos y emocionales, evidenciando, pensamientos rotativos, afectando de manera significativa en contextos familiares, laboral y social (Villanueva et al., 2018). Las consecuencias de la inflexibilidad psicológica ocasionan, un nivel de estrés alto, poca tolerancia a la frustración, angustia por no mantener el control y déficit en el crecimiento personal (Hayes et al., 2012).

Por lo tanto, se menciona en un estudio que la relación que existe entre salud e inflexibilidad psicológica está vinculado con el factor de ciertas psicopatologías, de esta manera, los procesos como comportamientos, incapacidad de recuperarse tras eventos estresantes, en la planificación y proyectarse en el futuro conformando la estructura de inflexibilidad psicológica (Cevallos, 2020).

Por ello, la flexibilidad psicológica, actúa como un factor protector en el bienestar del individuo, por lo tanto, al poseer una mente inflexible las alteraciones en la salud mental son más evidentes, provocando que la sintomatología relacionados a trastornos como ansiedad y depresión sean evidentes, debido al grado de pensamientos negativos y rotativos, perjudicando de esta manera el entorno social, familiar y laboral.

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

El termino soledad y apoyo social están estrechamente relacionados con los contextos sociales, en tanto la definición de soledad desde la perspectiva psicológica, se determina como un fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante que surge mediante las carencias a nivel afectivo, físico y social que se pueden manifestar como real o percibidas, conllevando un impacto diferencial en el funcionamiento de la salud física y mental (Montero y Sánchez, 2001).

No obstante, el apoyo social se entiende por las interacciones que suscitan de manera explícita o eventual, enfocando su relación con aspectos de mayor apoyo resultando entre

más sea aquello mejor para el individuo, siendo relevante que descienda de amigos, familiares, pareja o compañeros de trabajo, por ello, la influencia que se obtiene entre la soledad y falta de asistencia colectiva hacia el bienestar repercute más en el primer tema anteriormente mencionado, afectando el concepto que el sujeto tiene hacia sí mismo y a su calidad de vida, evidenciando que el aislamiento y soporte comunitario son dos cuestiones que se definen de manera diferente pero con una relación en los medios sociales con atribución al bienestar del individuo (Expósito y Moya, 1999).

De igual forma, Weiss (1974) define soledad mediante dos dimensiones, las cuales, una se considera como la ausencia de compañía (soledad social), refiriéndose a la pérdida de relaciones sociales y apoyo social, en otras palabras, es la falta de percepción de corresponder a un grupo. Mientras tanto la otra dimensión (soledad emocional), se describe como el estado de como la persona percibe la eficacia de sus relaciones significativas, en este caso la falta de vínculo con ellas, conllevando a que se experimente una sensación de vacío conjuntamente con la aspiración de tener relaciones interpersonales o especiales.

Sin embargo, el personal sanitario durante tiempos de pandemia estuvo expuesto a experimentar soledad y nulo apoyo de la sociedad debido a la proximidad a pacientes infectados por el virus por cumplir con su labor al igual que los protocolos para salvaguardar la salud de familiares y amigos como el distanciamiento que fue una alternativa en caso de contagio y cumplir la cuarentena respectiva para evitar la propagación con sus más cercanos, afligiendo de esta forma el desenvolvimiento clínico y relaciones intrapersonales (Serrano et al., 2020).

Planteado las definiciones de este apartado, se concluye que la soledad y el apoyo social son dos variables psicosociales que influyen de manera significativa al bienestar del individuo, además de considerar la soledad no solamente es el estar sin compañía, sino, también comprende la sensación de soledad, enfatizando, que la soledad social, se relaciona con la toma de decisión de no pertenecer a un grupo, mientras que, en la soledad emocional

se manifiestan dependiendo de las circunstancias de índole positivo o negativo que conlleve al sentimiento de soledad.

### **1.3.3 Estrategias de afrontamiento**

Desde el modelo cognoscitivo del estrés se define afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales periódicamente inestables que se desarrollan para manipular las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como desbordantes de los procesos del individuo, conllevando dos estrategias una de ellas es centrada en resolución de problemas y otra en el control emocional (Lazarus y Folkman, 1986).

De esta forma, el afrontamiento centrado en el problema tiene como objetivo la resolución de conflictos implicando la manera de respuesta del individuo para sobrellevar las demandas internas o ambientales ante situaciones que generen descompensaciones, dividiéndose en afrontamiento activo que constituye a los pasos activos para modificar una situación y el efecto demorado es una respuesta práctica que busca una oportunidad para actuar de forma adecuada. En tanto a las estrategias de afrontamiento emocional su fin principal es regular las emociones incluyendo las dificultades de manejar estados viscerales mediante la evitación, regulación de los aspectos negativos o de forma selectiva de las situaciones positivas personales o ambientales (Lazarus y Folkman, 1984).

Por su parte, Lee y Preece (2005) manifiestan que las estrategias de afrontamiento son consideradas como la totalidad de recursos y esfuerzos, de carácter cognitivo y comportamentales, encaminados a la resolución de problemas, reducir o eliminar reacciones emocionales, por lo tanto, al utilizar una estrategia, se determina aquella mediante la evaluación cognitiva, control percibido, emociones y activación orgánica.

A su vez, las estrategias de afrontamiento basado en la problemática aparecen cuando las contextos resultan evaluadas para generar un cambio, mientras que en la segunda estrategia basada en la emoción, se manifiesta cuando luego de realizar la evaluación y no

existe factores para modificar las condiciones estresantes, por ello los profesionales de la salud desarrollaban estrategias emocionales como la escisión conductual, búsqueda de soporte emocional y social a través de la familia, consumo de sustancias, desconexión mental y desahogo en momentos de altos niveles de estrés como mecanismos para confrontar entornos desbordantes (Aguir y Muñoz, 2002).

Ampliando este aspecto, las estrategias de afrontamiento que los profesionales sanitarios han adoptado para enfrentar situaciones de estrés en el transcurso de la pandemia fueron mediante recursos de apoyo como: familiar, asesoramiento, terapia individual online o videos de bienestar, asimismo aceptan ser atendidos por profesionales de salud mental al percibir que los niveles de estrés o ansiedad están muy altos (Aguilar et al., 2021).

Por ello, fomentar estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes, son de suma importancia para solventar las problemáticas presentes o futuras, permitiendo manejar de manera adecuada aquellos acontecimientos, que al no poseer los recursos necesarios ante estresores puede desencadenar una alteración en el bienestar del individuo, de esta manera, enfatizando en el personal de salud, las estrategias que se han implementado, provienen desde el ámbito social y emocional, siendo aquellas fundamentales para solucionar las problemáticas dentro del entorno de salud y poder mantener el bienestar psicológico y físico.

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

En nuestros días, la visión que proyecta la pandemia de la Covid-19, marca un hito histórico debido a que se presenta como la problemática más grande a nivel global. Si bien, la pandemia afectó el sector de la salud también logró repercutir contextos referentes a la economía, la educación, el trabajo formal e informal, el campo social y la estabilidad emocional en un gran número de la población mundial (CEPAL, 2020).

Por consiguiente, los desafíos de la problemática emergente obligaron a las organizaciones internacionales y estados a la aplicación de medidas externas en todo su

territorio, ciertamente la pandemia no solo afectó al campo de la medicina, como se ve fundamentado en el texto anterior; pero también, no se puede obviar el gran impacto que sufrió la salud mundial al enfrentar una innumerable cantidad de infectados y el colapso de miles de hospitales a causa del Sars Cov-19 (CEPAL, 2020).

Consecuentemente, Leiva (2020) postula que la estampida hacia los centros hospitalarios y clínicas, por parte de ciudadanos contagiados de Covid-19, sacaron a relucir el sistema de salud pública que mantienen los países Latinoamericanos como: la falta de infraestructura, personal especialista, medicamentos, equipos médicos; además de ofrecer sus servicios con maquinaria obsoleta y desorganización al agendar citas.

Ante ello, los gobiernos afrontan desafíos que direcciona a la mejora de su sistema de salud post pandemia, para los gobiernos deben declarar en emergencia a las instituciones de salud públicas e invertir un nuevo porcentaje estatal del PBI en esta área, que se gestione la adquisición de equipos nuevos, se de apertura a plazas de empleo para médicos especialistas, desarrollar industrias farmacéuticas y evitar el desabastecimiento de medicinas, ofrecer servicios de calidad e incrementar infraestructura o crear instalaciones en la mayor cantidad de ciudades posibles (OIT, 2020).

Ahora bien, el personal médico que incluye doctores, enfermeras, terapeutas, psicólogos y especialistas en diferentes áreas, ha enfrentado múltiples retos a causa de la pandemia de la COVID-19, dado que ellos siempre han estado en la primera línea de atención médica, es decir, cara a cara con los miles de infectados con este virus siendo expuestos a condiciones extremas que incluyen: un alto riesgo de contagio, sobre carga de horas laborables y sin descanso, usar equipo médico inapropiado o antiguo, agotamiento, fatiga, depresión, conflictos emocionales y psicológicos que incluso pudo ser evidenciado en los hogares (Urzua et al., 2020).

Otro punto desafiante del personal médico fue la ardua tarea de capacitaciones e indagación acerca de esta enfermedad, de la cual se tenía casi nula información, por ende,

no se sabía a ciencia cierta cómo combatirla. Además, se optó por el incremento de personal médico ante la gran afluencia de infectados conllevando a un reto por mantener el espacio laboral, puesto que, se contrataba pasantes, jubilados o recién egresados de las universidades (Eslava, 2021, p. 6).

Por lo tanto, las reuniones o seminarios dirigidos a los profesionales de medicina deben ser ejecutados de manera regular, específicamente en torno a nuevas patologías o avances científicos en el campo médico; a su vez, menciona la realización capacitaciones a nivel de higiene y materiales de protección (mascarillas, guantes, uniforme), además del entrenamiento en el uso de equipos especiales para cualquier tratamiento patológico; finalmente hace hincapié en el seguimiento psicológico y la seguridad laboral de los profesionales de salud, siendo aplicables en cualquier estado ante futuras emergencias sanitarias (MSP, 2021).

Finalmente, el personal médico fue uno de los grandes héroes que contribuyó a que la pandemia de la COVID-19, cese en agresividad y poco a poco se vaya retomando las actividades, las rutinas y la vida cotidiana como se vivía antes de empezar con los contagios del SARS-COV-19. Los doctores y enfermeros arriesgaron sus vidas enfrentando una emergencia sanitaria para la cual nadie estaba preparado, si bien es cierto, muchos miembros de la primera línea de salud fallecieron infectados, pero es admirable el reto y el desafío al cual se comprometieron para servir como lo dicta su profesión.

## **Capitulo dos**

### **Metodología**

#### **2.1 Objetivos**

##### **Objetivo general**

Determinar el estado de salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en el sector de la ciudadela de Santa Paula de la ciudad de Salinas durante el año 2022.

### **Objetivos específicos**

- Identificar las características sociodemográficas y laborales del personal sanitario de una clínica privada del cantón Salinas de la provincia de Santa Elena.
- Establecer los niveles de burnout en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización, y realización personal en la muestra.
- Describir la salud mental de la muestra participante a través del estrés, ansiedad y depresión.
- Determinar el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que manifiesta la muestra participante.
- Analizar la calidad de sueño que posee la muestra participante.

### **2.2 Preguntas de investigación**

¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de la muestra del personal sanitario de la cabecera cantonal de Salinas de la provincia de Santa Elena?

¿Cuál es el nivel de burnout que presenta la muestra participante en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal?

¿Cuál es el estado de salud mental de la muestra participante en relación a estrés, ansiedad y depresión?

¿Cuál es el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que manifiesta la muestra participante?

¿Qué calidad de sueño muestra la muestra participante?

### **2.3 Diseño de investigación**

La presente investigación se fundamentó conforme al enfoque cuantitativo dado a que la recopilación de datos se llevó a cabo a través de instrumentos de atribución numérica con el objetivo de encontrar respuestas a las preguntas de investigación planteadas (Hernández et al., 2014). Por consiguiente, el diseño de investigación se denomina no experimental, debido a que, se presenta sin manipulación de variables, permitiendo basar el análisis de las

manifestaciones que suscitan en el entorno natural a través de la observación (Kerlinger y Lee, 2002).

Asimismo se determina como tipo transversal puesto que el análisis del nivel de las variables de salud mental se realiza en un momento dado seguidamente de la investigación exploratoria con el fin de obtener información relevante y actual sobre el estado de salud mental en los profesionales sanitarios frente a la pandemia de Covid 19, también como investigación descriptiva, dado a que, permite recolecta información de cada variable relacionada a la salud mental y describe lo que se indaga (Hernández et al., 2014).

### **2.3.1 Poblacion y muestra**

El presente estudio va dirigido a profesionales de la salud de Ecuador con experiencia mínima de un año laborando durante la pandemia de COVID 19, mientras tanto la muestra de investigación es de accesibilidad-accidental no probabilística, el cual permite escoger al investigador a los sujetos de la población en base a las posibilidades para ejecutar el estudio y acceder a los participantes (Hernández et al., 2014). Por esta razón la muestra participante constituye de 41 profesionales sanitarios, con una edad entre 25 a 48 años correspondiente al sexo femenino y masculino de una clínica privada ubicada en la ciudad de Salinas, provincia de Santa Elena.

## **2.4 Criterios de inclusión y exclusión**

### **Criterios de inclusión**

- Encontrarse en situación laboral activa.
- Firmar el consentimiento informado.
- Tener mínimo 1 año laborando dentro de la organización
- Ser 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 el estudio.
- No encontrarse laborando en la institución por maternidad o enfermedad.

- No cumplir con alguno de los criterios de inclusión.

## **2.5 Instrumentos de recogida información**

### **Cuestionario ad hoc sociodemográfico**

El cuestionario es no estandarizado con el objetivo de estimar los criterios de inclusión y exclusión de la investigación conformado por varios ítems proporcionando la información sociodemográfica de los profesionales de la salud como: género, edad nacionalidad, ciudad, lugar de trabajo, estado civil, cantidad de hijos, remuneración salarial, de la misma forma incluye datos laborales como: profesión, título, años de experiencia laboral, tipo de ocupación, institución y contrato, trabajo de turno, horas de labor diario, si posee la institución los recursos necesarios, si ha tratado pacientes con riesgos de muerte, en la parte final contiene tres preguntas cerradas sobre si siente que el trabajo consume energía con efecto negativo en la vida personal, si toma el trabajo más tiempo de lo requerido afectando la vida privada y si hay momentos en los que necesita estar en el trabajo y en casa al mismo tiempo.

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

Es un instrumento que se emplea para hallar y medir la presencia de estrés laboral crónico denominado como burnout en el trabajador; indicando situaciones de estrés laboral prolongado que afecta al sujeto en aspectos de la vida personal, laboral y social. La escala MBI-HSS formula 22 interrogantes al individuo para evaluar pensamientos y sentimientos con relación a su trabajo a través de tres sub-escalas: la primera valora el agotamiento emocional en el cual si las puntuaciones son altas evidencian que el evaluado se siente consumido emocionalmente como resultado de las demandas de trabajo, la segunda dimensión trata sobre la despersonalización donde las puntuaciones que son altas reflejan estado de frialdad y distanciamiento en el entorno laboral mientras tanto en la última magnitud evalúa la realización personal, revelando el nivel de realización, logro y autoeficacia del sujeto.

En cuanto a las respuestas se utiliza una escala de Likert con valoraciones de 0 a 6, de manera que 0 proyecta que lo planteado no ocurre nunca y 6 que ocurre diariamente, oscilando por medio de las propiedades psicométricas de alfa de Cronbach entre 0.84 a 0.89

(Maslach et al., 1996). Por otra parte, en un estudio realizado en Argentina establecieron que el MBI-HSS es una escala con validez y fiable para evaluar el burnout mediante el análisis factorial de una muestra  $n= 544$  con estimaciones máxima de verosimilitud, y en la consistencia interna valores de  $fc >70$  a través de SPSS 20 y software MPLUS 7 (Gilla et al., 2019).

De este modo la interpretación de la escala en puntuaciones de cansancio emocional de 0–18 (bajo), 19–26 (medio) y de 27-54 (alto), en el nivel de despersonalización 0-5 (bajo) 6-9 (medio), 10-30 (alto) y en la última medición entre el 0-33 (bajo), 34-39 (medio), 40-56 (alto), al reflejar las dos primeras secciones valoraciones altas y bajas en la tercera de determina como síndrome de burnout, permitiendo analizar detalladamente para determinar el grado de esta variable de salud mental en la población de estudio.

### **Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)**

El DASS-21 fue desarrollado con el fin de valorizar los efectos negativos de los trastornos planteados en las sub-escalas como: la depresión que es un trastorno relacionado a estados de ánimo disfóricos como la tristeza; ansiedad que se caracteriza a síntomas físicos en concreto a tensión muscular, miedo y ataques de pánico; y estrés definido como la tendencia a responder a sucesos estresantes ostentando síntomas de actividad constante, tensión e irritabilidad (Lovibond y Lovibond, 1995).

En las escalas de depresión y estrés muestra el alfa de Cronbach de 0.85 y 0.83, en cambio en la escala de ansiedad se obtiene un alfa de 0.73, simultáneamente entre todos los ítems del DASS 21 demuestra un alfa de 0.91, de esta manera, las tres subescalas, depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16,17 y 21), ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 29) y estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18) se evalúa cada subescala por separado y sumar las puntuaciones de los ítems proporcionados a cada una, para interpretar esta escala se considera que a mayor valoración general, mayor nivel de sintomatología (Antúnez y Vinet, 2012).

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

Este cuestionario evalúa la inflexibilidad psicológica de un individuo, establecido como el dominio de rigidez de emocional o situaciones internas rigurosas, establecido por ítems que valoran el déficit de voluntad en percibir emociones y pensamientos no deseables asimismo la incapacidad de estar presente ante una situación que desarrollen aquellos factores y comportamientos acorde acciones dirigidas por la apreciación al experimentar eventos psicológicos (Bond et al., 2011).

De esta forma se distribuye en siete preguntas que deben ser resueltas por los participantes en una la escala de Likert de siete puntos, el cual, el numero 1 representa a nunca y el 7 a siempre fluctuando el resto de los valores entre el significado de ambos, en tanto a las puntuaciones van de 7 a 49, las notas altas indican una mayor inflexibilidad psicológica con una oscilación del coeficiente de alfa de 0.93 a 0.95 (Ortega et al., 2021).

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

La versión de la Escala de Soledad de UCLA Revisada de la Universidad de California tiene como finalidad evaluar el aislamiento social apreciado por medio de los factores de lazos o intimidad con los demás y sociabilidad del participante. Soledad se caracteriza por la percepción y valoración que posee una persona sobre su entorno social y el apoyo social real que aquello le ofrece. La frecuencia para la contestación de los ítems se compone en la escala de Likert con una categoría de pregunta del número 1 al 4 proporcionado a frecuentemente, algunas veces, raras veces y nunca, obteniendo un coeficiente alfa validado al idioma español a 0.944, por lo tanto, al reflejar una media superior a 7.5 se considera que tienen mayor percepción de soledad y si presenta un valor por debajo de la media indica mayor percepción de apoyo (Morejón y García-Bóveda, 1994).

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

El instrumento mide la eficacia de sueño del evaluado, compuesto por 19 ítems con 7 dimensiones como: calidad de sueño relativa, eficacia habitual de sueño, disturbios de sueño, usar medicamentos para conciliar el sueño, disfunción diurna, duración y latencia de sueño para responder consta con la escala Likert del número 0 a 4 de la misma forma obtiene un

perfil de sueño en cada dimensión para su corrección oscilando entre la numeración 0 y 3 con un total de puntuación de 0 a 21, evidenciando consistencia interna de 0.72 en la validación de estudio realizado por (Araujo et al., 2015).

De tal modo, una puntuación de 0 puntos muestra que no existe dificultad, en tanto a una puntuación de 3 evidencia una severa dificultad. Para obtener la puntuación global se suman las siete dimensiones, que tienen un nivel de 0 a 21 puntos, mostrando que 0 puntos corresponde a la no presencia de dificultad y 21 demuestra severas dificultades en todas las áreas evaluadas (Buysse et al., 1989).

## **2.6 Procedimiento**

Para la realización del presente estudio se inició con la revisión bibliográfica relacionadas a la salud mental, depresión, ansiedad, estrés, burnout, alteraciones de sueño, COVID 19 y personal sanitario consultadas, mediante artículos científicos, repositorios universitarios y libros. El diseño investigación se planteó considerando las características descriptivas, no experimental, transversal y cuantitativa con un muestreo de accesibilidad-accidental no probabilístico, con el fin de ejecutar el proceso de recolección de una forma adecuada.

Conforme a lo anteriormente mencionado se optó por el acercamiento a la institución privada del cantón Salinas perteneciente a la provincia de Santa Elena con el fin de dialogar con los encargados sobre el estudio, a quienes va dirigido y especificar el objetivo académico posteriormente presentar el formato para adquirir el permiso para proceder a recolectar información de los profesionales de sanitarios, después de varios días la solicitud se aprobó con éxito, comunicándome el horario de salida e ingreso de los profesionales dado que este varía por turnos de esa manera el tiempo de duración para recolectar información de la muestra seleccionada duró alrededor de un mes.

Mientras tanto el acercamiento a los profesionales de salud fue de forma presencial, la institución designó una oficina para proceder aplicar los instrumentos de evaluación, para la explicación de las diversas escalas de la batería de preguntas mediante la técnica de lápiz

y papel, se procedió a brindar información al personal sobre el motivo de estudio, población a la que va dirigido, medición de las diferentes escalas, tiempo aproximado de duración de la encuesta asimismo recalcar la confidencialidad y el objetivo académico de los resultados obtenidos mediante sus datos.

Una vez entendido y aceptado el consentimiento informado se procedió a la explicación breve de las escalas y la forma de contestación recalcando que si existe algún inconveniente no dude en comunicar, luego de finalizar el test se agradeció amablemente la participación, para llevar a cabo la recolección de datos se realizó de manera grupal y otros individual dependiendo de la disponibilidad del personal.

Finalmente, para el procesamiento de información se ejecutó una depuración de la base de datos y en los análisis se llevaron a cabo a través del Software de Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), por sus siglas en inglés. Se estableció el análisis descriptivo de la muestra mediante las medidas y las desviaciones típicas para las variables cuantitativas y se utilizó frecuencias y porcentajes para resumir las variables nominales.

## Capítulo tres

### Análisis de resultados y discusión

#### 3.1 Análisis de resultados

En el siguiente apartado, se expone los resultados de cada objetivo planteado, mediante la recolección de datos al personal sanitario de la clínica privada ubicada en el cantón Salinas.

**Tabla 1**

*Características sociodemográficas y laborales del personal de salud*

		N	%
Género	Masculino	13	31.7
	Femenino	28	68.3
Estado civil	Soltero/a	31	75.6
	Casado/unión libre	9	22.0

	Viudo/a	1	2.4		
	Divorciado/a	0	0.0		
Trabajo por turnos	SI	37	92.5		
	No	3	7.5		
Tipo de trabajo	Tiempo completo	31	75.6		
	Tiempo parcial	10	24.4		
Tipo de institución	Pública	0	0.0		
	Privada	41	100.0		
		<b>M</b>	<b>Máx.</b>	<b>Min.</b>	<b>DT</b>
Edad		28.39	41	24	4.49
Horas de trabajo por día		15.76	24	8	5.54
Experiencia laboral		3.44	18	1	3.32

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

En la tabla 1 se evidencia que la mayor parte de participantes pertenecen al sexo femenino 68.3%. Con respecto a estado civil se visualiza la siguiente distribución, soltero 75.6%, casado/unión libre 22.0% y viudo 2.4%. En tanto a la media de edad fue de 28 años (DT= 4.49; máx.= 41; min.= 24), por consiguiente, el 92.5% trabaja por turnos, además del 75.6% trabaja a tiempo completo, perteneciendo todos a una institución privada, demostrando una media de 15.76 horas diarias de trabajo (DT= 5.54; máx.= 24; min.= 8) y una experiencia laboral de 3 años.

**Tabla 2**

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

		N	%
Agotamiento emocional	Bajo	32	78.0
	Medio	6	14.6
	Alto	3	7.3
Despersonalización	Bajo	28	68.3
	Medio	9	22.0
	Alto	4	9.8
Realización personal	Alto	28	68.3
	Medio	8	19.5
	Bajo	5	12.2

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

En la tabla 2 se detallan las dimensiones de burnout, por lo que refiere a agotamiento emocional, muestra que el 78% de participantes posee un nivel bajo, mientras que el 7.3%

presenta un alto nivel, en la escala de despersonalización evidencia que el 68.3% despliega un bajo nivel y el 9.8% un alto grado. En cuanto a realización personal el 68.3% posee un nivel alto y el 12.2% pauta un bajo índice.

Aquello indica que la mayoría del personal de salud no posee riesgos en agotamiento emocional, asimismo en la despersonalización ostentan que se sienten conforme consigo mismo y en realización personal se refleja el grado de motivación y satisfacción en sus actividades diarias, demostrando aquello, que gran parte de los participantes presentan bajos niveles de burnout. Sin embargo, hay que considerar el grupo reducido de individuos que demuestran sintomatología correspondiente a burnout, dado las repercusiones que se puedan manifestar ante el desempeño laboral.

**Tabla 3**

*Percepción de la salud mental del personal de salud*

		N	%
Estrés	Leve	38	92.7
	Moderado	2	4.9
	Severo	1	2.4
Ansiedad	Leve	28	68.3
	Moderado	8	19.5
	Severo	5	12.2
Depresión	Leve	38	92.7
	Moderado	3	7.3
	Severo	0	0.0

*Nota.* Cuestionario de salud mental DASS-21

En la tabla 3, el 92.7% del personal de salud posee una ponderación de estrés leve y el 2.4% tiene estrés severo, seguido de ansiedad con el 68.3% leve y 12.2% con ansiedad severa, por último, en depresión el 92.7% adquiere un nivel leve y el 7.3 presenta sintomatología moderada. Por lo tanto, se establece que la mayoría de los participantes muestran bajos niveles de estrés, ansiedad y depresión, el cual, explica que el personal conserva su salud mental. No obstante, se debe tomar en cuenta al porcentaje limitado que presenta niveles moderados y leves.

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

	M	Máx.	Mín.	DT
Inflexibilidad psicológica	13.49	34.00	7.00	6.74
Percepción de soledad	5.32	9.00	3.00	1.78

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

En la tabla 4 se expone según los datos recolectados que la media de inflexibilidad psicológica de los profesionales sanitarios corresponde al 13.49 (DT=6.74; máx.=34; mín.=7), por otra parte, en la percepción de soledad se muestra una media de 5.32 (DT=1.78; máx.=9; mín.=7). En tal sentido, los resultados demuestran que el personal sanitario posee flexibilidad psicológica y mayor percepción de apoyo, determinando el logro que poseen al enfrentar acontecimientos desfavorables en los diversos ámbitos de la vida.

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

		N	%
Calidad de sueño	Facilidad para dormir	0	0.0
	Baja dificultad para dormir	25	61.0
	Media dificultad para dormir	16	39.0
	Alta dificultad para dormir	0	0.0

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

Con respecto a la tabla 4 se describe la calidad de sueño del personal de salud con el 61% de los encuestados con baja dificultad para dormir, mientras tanto, el 39,0% indica que dispone de media dificultad para dormir. En virtud de los resultados, se evidencia una distribución heterogénea entre la escala de baja y media, especificando que la gran parte de los participantes presentan dificultades de sueño de menor gravedad. No obstante, se debe considerar la media de dificultad de sueño, debido a las repercusiones que se pueden manifestar en el desempeño adecuado en la atención al paciente del área sanitaria

### 3.1.1 Discusión

La finalidad de esa investigación es determinar el estado de salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19 en el sector de la ciudadela de Santa Paula del cantón Salinas durante el año 2022, de esta manera las variables consideradas fueron: ansiedad, estrés, depresión, burnout, calidad de sueño, además de evaluar aspectos psicosociales como la inflexibilidad psicológica, apoyo social y soledad.

Entre los puntos sociodemográficos del personal de salud, hay un 68.3% de individuos femeninos, contra un 31.7% de género masculino, conformando una edad media de 28.39 años, mostrando que el 75.6% son solteros donde el 92% trabaja por turnos, además, de laborar el 75% a tiempo completo, el cual, se establece una media de 15 horas laborales diarias y una media de 3 años de experiencia profesional, asemejándose con las características sociodemográficas de Cubillos (2017), en donde el 66.7% del personal de salud eran mujeres y el 33% eran hombres discrepando en la edad con una media de 49 años. En las indagaciones de Sánchez et al. (2021) postuló que el 58% de los profesionales de salud trabajan entre 6 y 8 horas diarias, en tanto al estudio de Simón et al. (2022), coincide de la misma forma en la jornada de trabajo ordinaria y en la experiencia laboral con una media de 3 años.

De acuerdo con ello, los participantes de esta investigación muestran una alta demanda de personal femenino, dado a la predominancia que existe en la atención de primera línea de trabajadores de enfermería, en tanto a la edad y el estado civil, atribuye a las necesidades familiares de forma baja, debido a que la mayoría es soltero y poseen una edad media de 28 años (Vera y Adderly, 2020). Referente a la media de 15 horas diarias de trabajo de la gran parte del personal de salud, las horas laborales consideradas para la población de salud son 40 horas semanales MSP (2012), por lo tanto, los resultados evidenciados de los profesionales de salud pueden estar relacionado con la distribución de turnos.

En relación a los niveles de burnout, la mayoría del personal de salud (78%) muestra en la escala de agotamiento emocional un índice bajo, determinando el déficit de

sobreesfuerzo y desmotivación; en despersonalización el 68% posee un nivel bajo mostrando las habilidades para solventar los acontecimientos adversos, conservación del compromiso y responsabilidad; en la última escala correspondiente a realización personal indica que el 68% despliega un rango alto, reflejando el grado de satisfacción personal y laboral dando beneficio al desarrollo adecuado en los ámbitos anteriormente mencionado.

En contraste a lo anterior, en el estudio de Torres et al. (2021), usaron el instrumento de Maslach, el cual, indicaron en las diversas escalas que la mayoría de profesional de la salud (47%) mostraron alto nivel de agotamiento emocional; el 95% alto rango de despersonalización; y el 11% alta realización personal. Asimismo, en estudios de Montoya et al. (2020), presentó 82% del personal de enfermería bajo agotamiento emocional, el 57% baja despersonalización y el 40% falta despersonalización, de la misma forma, en los resultados de García et al. (2022) evidenció en enfermeros y médicos donde el 56.8% mostró agotamiento emocional, el 39.2%, alto grado de despersonalización, y 36% realización personal baja.

De esta manera, existe una oscilación entre el estudio actual y las investigaciones expuestas referente a los resultados de burnout en la población sanitaria durante la pandemia de COVID-19, debido al manejo y preparación ante las diversas circunstancias que se han determinado en el transcurso del periodo de pandemia como fue el inicio del colapso sanitario hasta la vacunación previa para disminuir casos de contagio (Silva y Silva, 2021).

Mientras tanto, la presente indagación evidencia que la mayoría de los participantes valorados registran en la escala de salud mental con bajos niveles de estrés (92.7%), lo que indica que conservan un dominio de los factores estresantes; en ansiedad el 68% muestra un grado leve, determinando que existe una respuesta anticipatoria o estado de alerta en conjunto de la toma de decisiones y comportamientos racionales de en los participantes ante eventos amenazantes, el cual, se visualiza como un factor funcional que no repercute significativamente en el bienestar de la población sanitaria; en depresión el 92% refleja un

estado leve, evidenciando el déficit de sintomatología depresiva, asimismo la capacidad para efectuar las actividades laborales y enfrentar contextos de la vida cotidiana (Huarcaya, 2020).

De este modo, los resultados reflejan un contraste con el estudio de López & López et al. (2021), el cual evidenció que el 24.3% del personal de enfermería, poseen síntomas de ansiedad, por otra parte, en estudios de Samaniego et al. (2020), los resultados de 126 participantes del grupo de salud presentaron niveles altos en depresión con el 32.2%; 41.3% en ansiedad; y estrés con el 38.9%. Asimismo, con el estudio de realizado a trabajadores de salud del Instituto Ecuatoriano de seguridad social (IESS) mostró que el 18.7% obtuvo estrés leve y el 28% estrés severo; en ansiedad el 9.3% evidenció un nivel leve y 82.7% un nivel severo; en depresión, el 96% demostró una leve sintomatología y el 4% proyectó una medida intermedia (Pincay, 2021).

Por lo tanto, las prevalencias expuestas en las diversas investigaciones referentes a la variable de salud mental en los trabajadores sanitarios oscilan con los resultados del presente estudio, lo que se puede derivar del manejo administrativo de la institución clínica, conducido de un pago salarial adecuado al igual de la seguridad e higiene laboral que el sector de salud demanda para el apropiado desempeño del personal de salud favoreciendo la dimensión personal y social (OIT, 2022).

En cuanto a inflexibilidad psicológica la media de 13.49 del personal sanitario en el presente estudio ostenta la capacidad de afrontar y adaptación adecuada ante situaciones adversas que puedan afectar significativamente el desarrollo óptimo en la atención de pacientes, de esta forma, dichos resultados son inferiores a los de Lorza (2019) donde la media fue de 18.8. En los estudios de Barroso et al. (2021) probó que el 44% no tiene flexibilidad psicológica ante la pandemia. En percepción de soledad se presenta en los participantes una media de 5.32 mostrando alta percepción de apoyo social. Estos resultados coinciden con las indagaciones de Martín y Pacheco (2021) donde el 13% de los trabajadores de salud obtuvo sentimientos de soledad, asimismo, en las indagaciones de Espinoza y

Luengo (2022) los profesionales sanitarios obtuvieron en los resultados el apoyo social como un factor protector.

En la escala de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad, se evidencia que no hubo la incidencia de estas variables para afrontar la pandemia en la población participante, por lo tanto, no se evidencia evitación experiencial en esta muestra, prevaleciendo el compromiso ante el desempeño laboral, mostrándose como un factor protector, dado que, al poseer inflexibilidad psicológica pueden derivar a desencadenar emociones y pensamientos negativos, disminuyendo el interés hacia los otros. De esta manera, esta población al igual que en la primera variable, no evidencia sentimientos de soledad, determinando la perseverancia del apoyo social del personal sanitario (Molero et al., 2020).

Finalmente, en la escala de calidad de sueño se reflejó en los profesionales de salud 61% tiene baja dificultad de sueño y el 39% media dificultad, determinando de esta manera que existe problemas de menor gravedad para conciliar el sueño en los participantes, manifestándose como un factor de riesgo en el bienestar laboral y personal de la población evaluada, estos resultados se asemejan con el estudio de Sher (2020), donde el 34% presentó insomnio, análogamente, en postulados de Satizábal y Marín (2018) el 55 % del personal de salud no presentó insomnio, por otra parte, en las indagaciones de Peña et al. (2022) El 93 % del personal de sanitario mostró sintomatología relacionada al trastorno de sueño.

Las postulaciones anteriores denotan que en la escala de calidad de sueño de la presente investigación muestran semejanzas en los resultados, existiendo una variación con los resultados de Satizábal y Marín, debido a la oscilación del año de estudio, determinando las repercusiones negativas de la pandemia en la calidad de sueño en la población sanitaria, de esta manera se considera que los profesionales sanitarios del presente estudio, poseen dificultad de sueño de menor gravedad, mostrando aquello como un factor de riesgo, que pueden atribuir consecuencias a las condiciones de vida como: bajo desempeño laboral,

conflictos intrapersonales, negligencias en actividades asignadas y baja motivación, debido a las causas derivadas de la privación de sueño (Salari et al., 2020).

La población sanitaria demanda un rol fundamental para la salud del ser humano, por lo tanto, la salud mental es un factor muy importante el cual se debe mantener y tomar en cuenta como se realiza ante una situación de salud física, dado que es un factor contribuyente a la salud de forma general. La gran parte del personal sanitario de la presente investigación no demuestra alteraciones en la salud mental, evidenciados en los índices bajos de ansiedad, estrés, depresión, agotamiento emocional, despersonalización, inflexibilidad psicológica, percepción de soledad y un alto rango de realización personal, evidenciando un adecuado manejo de los acontecimientos derivados del COVID-19. Sin embargo, en la escala de sueño existe una demanda de dificultad de sueño, el cual, puede estar asociado al manejo de turnos laborales.

## Conclusiones

En síntesis, los resultados sociodemográficos y laborales en el personal de salud representan se identifica una alta población femenina, asimismo predomina el estado civil soltero y una edad media de 28 años, trabajando en su gran mayoría por turnos y a tiempo completo, además de pertenecer todos al sector privado con una experiencia promedio de 3 años.

En cuanto a los niveles de burnout en el personal sanitario mediante el Inventario de Maslach, se establece en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización bajos niveles en la gran mayoría, mientras tanto existe un gran porcentaje de la muestra que posee un alto rango de realización personal, mostrándose como factor protector que permita desarrollar el adecuado desempeño laboral en todo el personal de salud.

Por otra parte, en el estado de salud mental de los profesionales sanitarios existen niveles adecuados, debido a que, en las dimensiones de estrés, ansiedad y depresión se muestra que 8 de cada 10 profesionales de la salud poseen niveles leves en estrés, ansiedad y depresión, reconociendo que en la mayoría de la muestra predomina el bienestar psicológico, emocional y social.

En tanto a la percepción de inflexibilidad psicológica muestra que en los participantes existe un valor por debajo de la media de 28 puntos, asimismo en el grado de percepción de soledad muestra una media inferior de 7, determinando que en la población de salud existe el grado de flexibilidad psicológicamente y en apoyo social proporcionando al reconocimiento de aquello como factor protector de estas dos variables psicosociales que mantienen una estrecha relación en las repercusiones a la salud mental del individuo.

Por último, se comprende que la calidad de sueño en la mayoría del personal sanitario posee dificultades de menor gravedad, debido que el 61% muestra baja dificultad y el 39% media dificultad, aquellos resultados, pueden estar relacionados con el manejo de los turnos y al tipo de trabajo que realizan en el área sanitaria.

### **Recomendaciones**

Conforme a los resultados obtenidos en la presente investigación, se recomienda que se desarrolle talleres gestionado desde el departamento de talento humano, que permitan brindar técnicas de prevención para el estrés, ansiedad y depresión.

Asimismo, que se desarrolle capacitaciones que permitan psicoeducar sobre las causas y consecuencias de burnout, además, de establecer una fecha exacta en determinado tiempo con el fin de realizar un programa de reconocimiento por ambigüedad y desempeño, para incrementar la motivación en el personal sanitario.

De la misma manera, fomentar la importancia de la mantener la higiene de sueño, conjuntamente, de la adecuada orientación de cómo prevenir y fortalecer los factores protectores para evitar estas variables, mediante capacitaciones y talleres que brinden técnicas adecuadas.

Este estudio muestra las bases para futuras investigaciones que permitan establecer la correlación de las variables (salud mental, estrés, burnout, ansiedad, depresión, inflexibilidad psicológica y alteraciones de sueño) generando conocimiento sobre cómo estos factores inciden en el personal sanitario durante la pandemia de COVID-19.

Se sugiere estudiar las variables de salud mental en el ámbito educativo como grupo docente y universitarios, de la misma manera, se puede replicar el estudio a pacientes con enfermedades adversas en la población de adultos mayores, quienes son propensos a tener repercusiones en el bienestar por las diversas situaciones que se manifiestan los adultos mayores.

## Referencias

- Abuabara, Y. Ataque al personal de la salud durante la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica. *Acta Médica Colombiana*, 45(3), 1-15.
- Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria. (11 de Junio de 2021). *Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria*.<https://bit.ly/3Noh4NI>
- Aguilar, N. O., Casanova, M. R., Aguilar, V. O., & Gutierrez, V. O. (2021). Ansiedad, estrategias y recursos para el afrontamiento de trabajadores de salud en primera línea. *Revista médica vallejana*, 39-52. doi: <https://doi.org/10.18050/revistamedicavallejana.v10i2.03>
- Aguir, V., & Muñoz, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana: un estudio con entrevistas semi-estructuradas. *Revista Española de Salud Pública*, 141 – 174.
- Alcántara, P., Aldecoa, S., Carbajo, L., Canals, M., Fernández, A., Martínez, M., . . . Tranche, S. (2021). *Abordaje del paciente con Covid 19 en atención primaria* . Semfyc.
- Alnazly, E., Khraisat, O., Bashaireh, A., & Bryant, C. (2021). Anxiety, depression, stress, fear and social support during the COVID-19 pandemic among Jordanian health workers. *Plos one*, 1-22.
- American Academy of Sleep Medicine. (2005). *International classification of sleep disorders and coding manual*. Westchester.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- American Psychological Association. (11 de Junio de 2013). *Cómo ayuda la psicoterapia a las personas a recuperarse de la depresión*. <https://www.apa.org/topics/depression/depression>
- Antúnez, Z., & Vinet, E. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS- 21): Validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia Psicológica*, 49-55.
- Araujo, P. A., Sties, S. W., Wittkopf, P. G., Netto, A. S., & Gonzáles, A. I. (2015). Índice da qualidade do sono de Pittsburgh para uso na reabilitação cardiopulmonar e metabólica. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 472-475.
- Arias Gómez, J., Villasís Keever, M., & Miranda Novales, M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alegria México*, 201-206.
- Arreaza, A., & López, O. &. (2021). *La pandemia del COVID-19 en América Latina: impactos y perspectivas*. <http://scioteca.caf.com/handle/123456789/1788>: CAF.
- Balluerka, N., Gómez, J., Gorostiaga, A., & Espada, J. (2020). *Informe de Investigación: Las Consecuencias Psicológicas de la COVID-19 y el Confinamiento*. Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco. [https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu\\_eines/noticias/docs/Consecuencias\\_psicologicas\\_COVID-19.pdf](https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticias/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf)

- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper & Row.
- Bermejo, D., Alvarez, R., Lliguisupa, V., Pesántez, D., & Zhindón, C. (2021). Impacto social y psicológico del COVID-19 en el personal sanitario. Caso Ecuador. *Revista Ciencias Pedagógicas e Innovación*, 9(2), 153-159. doi:<https://doi.org/10.26423/rcpi.v9i2.412>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., & Barnes, D. H. (2006). Psychological flexibility, ACT, and organizational behavior. *Journal of organizational behavior management*, 26(6), 25-54. doi:10.1300/J075v26n01\_02
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., . . . Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 676-688.
- Burke, R. (1987). Burnout in police work: An examination of the Cherniss model. *Group and Organization Studies*, 174-188.
- Buyse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., & Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Research*, 28, 193-213.
- Cardona, L., Camús, D., & Pons, A. (2022). El impacto psicológico del Covid-19 en los servicios de emergencias extrahospitalarias. *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal*, 17, 11-46. <https://revistas.proeditio.com/ehquidad/article/view/4488/5217>
- Cevallos, A. (2020). *La evitación experiencial y la relación con el consumo de sustancias en personas privadas de libertad del Centro de Rehabilitación Social Sierra Centro (Latacunga) en el año 2019 [tesis de licenciatura, [Universidad Politécnica Salesiana]*. repositorio institucional. <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/18433>
- Comisión Económica para América Latina. (2020). *Informe COVID-19: Violencia contra niñas, niños y adolescentes en tiempos de COVID-19*. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46485/1/S2000611\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46485/1/S2000611_es.pdf)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). *La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe*. <http://hdl.handle.net/11362/45335>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2020). *Entornos Familiares Sanos durante la cuarentena por COVID-19*. <https://www.cndh.org.mx/documento/entornos-familiares-sanos-durante-la-cuarentena-por-covid-19>
- Comité de Operaciones de Emergencia Nacional. (2020). *Informe de Situación COVID-19 Ecuador*. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/Informe-de-Situaci%C3%B3n-No009-Casos-Coronavirus-Ecuador.pdf>
- Contreras, C., Gutiérrez-García, A., Hernández-Domínguez, L., & Molina, T. (2008). Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *Anales de Psicología*, 24(2), 353-360.
- Correa, I. (2021). *Evaluación del nivel de estrés laboral en los médicos y enfermeras de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo. Estrategias de afrontamiento adecuado [Tesis de*

postgrado, Universidad del Azuay]. Repositorio Institucional.  
<http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/10586>

- Cruz, E., Borja, B., & Hernández, E. (2003). Síndrome Agudo Respiratorio Severo (SARS). *Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, XVII(2), 56-79.
- Davini, M. C., Gellon, S. R., & Rossi, A. A. (1978). *Psicología General*. Kapelusz.
- Diario El Comercio. (15 de Marzo de 2020). Lenín Moreno declara restricción de circulación de personas y automóviles en Ecuador a partir del 17 de marzo. *El Comercio*, págs. 1-2.
- Díaz, M., N. J., & Blanca García, C. S. (2017). Estudio de la ansiedad del profesional de enfermería de cuidados. *Enfermería Global*, 246-255.
- Eisenbeck, N. (2018). Del malestar psicológico a la procrastinación académica: explorando el rol de la inflexibilidad psicológica [Tesis para obtener el grado de Bachiller]. Repositorio de la Universidad de Almería. <http://repositorio.ual.es/handle/10835/7961>
- Eslava, D. (2021). Enfermería: Retos y desafíos en tiempos de pandemia. *Revista Ciencias y Cuidado*, 5-8.
- Espín, A. (2020). Análisis de la bioseguridad frente la pandemia covid-19 y el impacto psicológico en profesionales de enfermería. *Polo del Conocimiento*, 5(12), 30-41. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2029/4047>
- Espinoza, N., & Luengo, C. (2022). Factores sociolaborales, de salud y organizativos como predictores de alta carga mental percibida en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 45(3), 1-11. doi:<https://doi.org/10.23938/ASSN.1024>
- Expósito, F., & Moya, M. (1999). Soledad y Apoyo Social. *Revista de psicología social*, 297-316.
- Farber, B. (1983). *Stress and burnout in the human services professions*. Pergamon Press.
- Ferrer, R. (2020). Pandemia por COVID-19: el mayor reto de la historia del intensivismo. *Medicina Intensiva*, 44(6), 323-324.
- Fornier, M., Fidel, S. G., Beneria, A., Delgado, M., Perea, M., Closa, M. H., . . . Lara, B. (2021). La atención a las necesidades en salud mental de los profesionales sanitarios. *Clínica y Salud*, 119-128. doi:<https://doi.org/10.5093/clysa2021a13>
- Gallup. (2022). Informe sobre el estado del lugar de trabajo mundial: 2022. <https://www.gallup.com/workplace/349484/state-of-the-global-workplace.aspx#ite-393218>
- García, M., & Gil, M. (2017). El estrés en el ámbito de los profesionales de salud. *Persona*, 23-30.
- García, S. J., & Navarro, B. (2017). Higiene del sueño en estudiantes universitarios: conocimientos y hábitos. Revisión de la bibliografía. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(3), 170-178. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699695X2017000300170&lng=es&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699695X2017000300170&lng=es&tlng=pt).

- Gilla, M. A., Gimenez, S. B., Moran, V. E., & Olaz, F. O. (2019). Adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental. *Liberabit*, 179-193. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n2.04>
- González, C. Á., Alonso, M. L., Águeda, B. M., Romero, O., & Terán, J. (2017). *Pautas de actuación y seguimiento: Insomnio*. Internal Marketing & Communication.
- Gorbalenya, A. E., Susan C. Baker, R. B., Groot, R., Drosten, C., Gulyaeva, A. A., Haagmans, B. L., . . . Samborskiy, D. V. (2020). The species severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nature Microbiology*, 5, 536-544. doi:<https://doi.org/10.1038/s41564-020-0695-z>
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford.
- Hernández, E. F., González, L. F., & Olivárez, V. G. (2019). Análisis del burnout y sus escalas en medición. *Praxis investigativa REDIE*, 11(20), 106-124. file:///C:/Users/JORGE/Downloads/Dialnet-AnalisisDelBurnoutYSusEscalasDeMedicion-6951593%20(1).pdf
- Hernández, R. S., Collado, C. F., & Lucio, M. d. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Hidalgo, S., Vargas, R., & Carvajal, L. (2021). El efecto psicológico de la COVID-19 en el personal de salud. *Revista Médica Sinergia*, 6(8), 2215-5279. doi:<https://doi.org/10.31434/rms.v6i8.706>
- Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11, 213-218.
- Huang, L., Lei, W., Xu, F., Liu, H., & Yu, L. (2020). Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during Covid-19 outbreak: A comparative study. *Plos One*, 1-12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7413410/pdf/pone.0237303.pdf>
- Huarcaya, V. J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 37(2), 327-334.
- Intriago, S. (2019). Síndrome del burnout en el personal de salud de un centro hospitalario de la dirección distrital Junín-Bolívar. *Revista San Gregorio*, 94-107.
- Karlsson, U., & Carl, J. F. (2020). COVID-19: risks to healthcare workers and their families. *British Medical Journal*, 371. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3944>
- Kerlinger, F. N., & Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. McGraw-Hill.
- Lang, P. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in. *Research in psychotherapy*, 3, 90-102.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Lee, B., & Preece, M. (2005). Coping With Interpersonal Stress: Role of Big, Five Traits. *Journal of personality*, 73(5), 1141-1180. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00345.x>

- Leiva, A., Martínez, M., Petermann, F., Ricchezza, J., & Celis, C. (2020). Dimensión psicosocial de la pandemia: la otra cara del COVID-19. *Ciencia y enfermería*, 26(10), 1-12. <https://doi.org/10.29393/ce26-3dpal60003>
- Leiva, L. (2020). Enfrentar los retos de la Pandemia Covid 19 desde la investigación científica. *Medicinas UTA*, 1-3.
- Lewinsohn, P. (1975). Engagement in pleasant activities and depression level. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(6), 729-731.
- López, I. (2021). La salud mental del personal sanitario ante la pandemia del covid-19. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 6(1), 47-51.
- López, I., & López, I. (2021). Salud mental en el personal sanitario ante la pandemia de COVID 19. *Enfermería Investiga*, 6(1), 47-50. [doi:http://dx.doi.org/10.31243/ei.uta.v6i1.1026.2021](http://dx.doi.org/10.31243/ei.uta.v6i1.1026.2021)
- López, S. C. (2017). *Prevalencia y factores asociados a trastornos de sueño en internos rotativos en Hospital Carlos Andrade Marín [Tesis de licenciatura, Universidad Católica del Ecuador]*. <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/2966306>
- Lorza, I. (2019). *Burnout, evitación experiencial y autoconcepto laboral en profesionales de la salud [Tesis de maestría, Universidad Pontificia Comillas]*. Repositorio institucional. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/53100>
- Lovibond, P., & 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*, 335-343.
- Luciano-Soriano, M., & Valdivia-Salas. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): fundamentos, características y evidencias. *Papeles del Psicólogo*, 79-91.
- Mamani, O., Carranza, R., Ventura, J., Caycho, T., Farfán, R., & Hidalgo, D. (2021). Effect of concern about COVID-19 on professional self-efficacy, psychological distress, anxiety, and depression in Peruvian health personnel. *Salud mental*, 44(5), 215-220. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2021.028>
- Martín, E., & Pacheco, T. (2021). Impacto Psicológico en profesionales del ámbito sanitario durante la pandemia Covid-19. *Cuadernos de crisis y emergencias*, 1(20), 71-89. [https://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2021/numero20vol1\\_2021.pdf#page=71](https://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2021/numero20vol1_2021.pdf#page=71)
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach burnout inventory* (3rd ed ed.). Consulting psychologists press.
- Matos, L., Reyes, U., Comas, A., Luévanos, A., & Reyes, K. (2020). Infecciones por Coronavirus y el nuevo COVID-19:: Conceptos Básicos. *Revista Médico-Científica de a Secretaría de Salud Jalisco*, 7(1), 10-14.
- Megias, F., & Castro, F. J. (2018). *Menejo del estrés en profesionales sanitarios*. Ediciones de avance de enfermería.
- Ministerio de Salud Pública . (21 de Julio de 2022). *Vacunómetro Covid-19*. <https://bit.ly/3XjDzbn>

- Ministerio de salud pública. (4 de Julio de 2012). *Aplicación de la jornada laboral 40 horas semanales para profesionales de la salud rige desde el 2009*. <https://bit.ly/3Pt9oNa>
- Ministerio de Salud Pública. (21 de enero de 2021). <https://www.salud.gob.ec/las-primeras-vacunas-contra-covid-19-estan-en-el-pais/>
- Ministerio Salud Pública. (13 de Marzo de 2020). *Informes de situación e infografía de COVID-19*. <https://www.salud.gob.ec/actualizacion-de-casos-de-coronavirus-en-ecuador/>
- Molero, M. d. (2020). Factores psicológicos en situaciones de cuarentena: una revisión sistemática. *European Journal of Health Research*, 6(1), 109-120. doi:<https://doi.org/10.30552/ejhr.v6i1.206>
- Montero López, M. L., & Sánchez Sosa, J. J. (2001). La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud Menta*, 19-27.
- Montoya, M. S., Peña, S. L., Villa, E. A., Hernández, R. I., Vargas, M. R., & Ocaño, M. A. (2020). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enfermería Global*, 19(59), 479-506. doi:<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.398221>
- Mora, P. C., Martínez, K. G., Vázquez, I. S., & Rangel, M. F. (2018). Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias? *Revista de la facultad de medicina UNAM*, 61(1), 6-20.
- Morejón, A. J., & García-Bóveda, R. J. (1994). RULS: Escala de soledad UCLA revisada. Fiabilidad y validez de una versión española. *Revista de Psicología de la Salud*, 45-54.
- Munir, S., & Takov, V. (2019). *Generalized anxiety disorder*. StatPearls.
- Navas, W., & Vargas, M. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 497-507.
- Observatorio Social del Ecuador. (14 de mayo de 2022). <https://www.covid19ecuador.org/fallecidos>
- Organización de las Naciones Unidas. (2020). *Informe: El impacto del COVID-19 en América Latina y el Caribe*. <https://bit.ly/43YG5pZ>
- Organización Internacional del Trabajo. (2020). *Covid-19 y el mundo del trabajo: repercusiones y respuestas*. <https://bit.ly/3NkbufC>
- Organización Internacional del Trabajo. (2021). *El sistema de salud ecuatoriano y la COVID-19*. <https://bit.ly/3CEdmlf>
- Organización Internacional del trabajo. (13 de Abril de 2022). Trabajadores de la salud en Ecuador: quiénes son y qué proponen para mejorar sus condiciones laborales. [https://www.ilo.org/lima/sala-de-prensa/WCMS\\_842439/lang--es/index.htm](https://www.ilo.org/lima/sala-de-prensa/WCMS_842439/lang--es/index.htm)
- Organización Mundial de la Salud (12 de abril de 2022) *Enfermedad por coronavirus*. [https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_3](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3)
- Organización Mundial de la Salud . (10 de Junio de 2022). *Organización Mundial de la Salud* . <https://bit.ly/44cKWU7>

- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional.*
- Organización Mundial de la Salud. (27 de abril de 2020). <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Organización Mundial de la Salud. (22 de Junio de 2022). *Organización Mundial de la Salud. Vacunas contra la COVID-19:* <https://www.paho.org/es/vacunas-contra-covid-19/preguntas-frecuentes-vacunas-contra-covid-19>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus>
- Organización Panamericana de la Salud. (13 de Enero de 2022). *Organización Panamericana de la Salud.* <https://bit.ly/42OCGc0>
- Ortega-Jiménez D, R. P. (2021). Psychological (In)Flexibility Mediates the Effect of Loneliness on Psychological Stress. Evidence from a Large Sample of University Professors. *International Journal Environmental Research*, 18, 2992. doi:10.3390/ijerph18062992
- Ortiz-Fune, C. (2018). Burnout como inflexibilidad psicológica en profesionales sanitarios: revisión y nuevas propuestas de intervención desde una perspectiva contextual-funcional. *Apuntes de Psicología*, 135-143.
- Páez, B. M., Gutiérrez, M., Valdivia, S. S., & Luciano, S. C. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los propios valores en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 1-20.
- Patel, R., Bachu, R., Adikey, A., Malik, M., & Shah, M. (28 de Octubre de 2018). Factores Relacionados con el Burnout del Médico y sus Consecuencias: Una Revisión. *Behavioral Sciences*, 8(11), 2-7. doi:<https://doi.org/10.3390/bs8110098>
- Peña, S., Vega, L. d., Nuñez, V., Pedemonte, M., & Dubourdieu, M. (2022). El sueño en el personal de salud durante la pandemia SARS-CoV-2 en Uruguay. Enfoque desde la psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE). *Pinelatinoamericana*, 2(3), 213-224. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/pinelatam/article/view/39184>
- Pincay, K. (2021). *Salud mental y riesgo de exposición a COVID-19 en trabajadores del Hospital del Día IESS, Ecuador, 2020 [tesis de maestría, Universidad César Vallejo].* repositorio institucional. [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/59033/Pincay\\_OKJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/59033/Pincay_OKJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Red Informática de Medicina Avanzada. (2018). *Red Informática de Medicina Avanzada. Trastornos del sueño y afectividad: ¿cuál es la relación?:* <https://ssl.rima.org/noticia.aspx?idnota=3013>
- Romo, K., Saucedo, E., Hinojosa, S., Mercado, J., & Rosaldo, J. (2020). Manifestaciones clínicas de la COVID-19. *Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica*, 33, 10-32.
- Ruiz, A., & Jiménez, M. (2020). SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome respiratorio agudo (COVID-19). *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 61(2), 63-79.

- Salari, N., Hosseinian, A., & Ghacemi, H. (2020). La prevalencia de los trastornos del sueño entre médicos y enfermeras frente a los pacientes con covid 19. *Globalización y Salud*, 1-14.
- Samaniego, A., Urzua, A., Buenahora, M., & Villarroel, P. V. (2020). Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores de la salud en Paraguay: efecto COVID-19. *Revista interamericana de psicología/interamerican journal of psychology*, 54(1), 1-19. doi:<https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/1298>
- Sánchez, J., González, T., García, P., López, M., & Tovilla, C. (2021). Estado emocional y psicológico del personal de enfermería agredido durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1-7. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.006>
- Satizábal, J., & Marín, D. (2018). Calidad de sueño del personal de enfermería. *Ciencia salud*, 16, 75-86. doi:<http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6846>
- Selye, H. (1956). *El estrés de la vida*. McGraw-Hill.
- Serrano, M., Meneses, J., Ricci, I., Fraile, D., Fiol, M., Pastor, G., . . . Gonçalves-Bradley, D. (2020). Impacto de los brotes epidémicos virales en la salud mental de los trabajadores de la salud: una revisión sistemática rápida y un metanálisis. *Journal of Affective Disorders*, 347-357.
- Silva, R., & Silva, V. (2021). Pandemia de la COVID-19: síndrome de Burnout en profesionales sanitarios que trabajan en hospitales de campaña en Brasil. *Enfermería clínica*, 31(1), 128-129. doi:[doi:10.1016/j.enfcli.2020.10.011](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.011)
- Simón, A., Jiménez, M., Solano, J., Simón, L., Gaya, B., & Bordonaba, D. (2022). Análisis del impacto psicoemocional de la pandemia del COVID-19 entre los profesionales de enfermería. *Enfermería Global*, 21(66), 184-234. doi:<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.489911>
- Spielberger, C. (1966). *Anxiety and behavior*. Academic Press.
- Torres, F. G., Irigoyen, V., Moreno, A. P., Ruilova, E. A., Casares, J., & Mallea, M. M. (Marzo de 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. doi:<https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2021.08.01.126>
- Torres, F. G., Piñeiros, V. I., Moreno, A. P., Ruilova, E. A., Jimmy, C. T., & Mariuxi, M. 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. doi:<https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2021.08.01.126>
- Urzua, A., Villarroel, P. V., Urizar, A. C., & Carrasco, R. P. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia psicológica*, 38(1), 103-118. doi:<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000100103>
- Vera, C., & Adderly, B. (2020). Factores de riesgo para COVID-19 en el personal de salud del Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora. *Horizonte Médico*, 21(3), 1-7.

- Vidal, G., & Alarcon, R. (1986). *Psiquiatria*. Panamericana.
- Villanueva, V. J., Martínez, A. C., Pérez, D. E., & Valdivia, S. (2018). Relación entre agresividad e inflexibilidad Psicológica durante la adolescencia: Resultados preliminares. *Información psicológica*, 107-118. doi: <https://doi.org/10.14635/IPSIC.2018.115.7>
- Villanueva, V., Motos, P., Isorna, M., Villanueva, V., Blay, P., & Vázquez-Martínez, A. (2021). IMPACTO DE LAS MEDIDAS DE CONFINAMIENTO DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN EL CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL. *Revista Española de Salud Pública*, 95, 1-13.
- Weber, F., & Wetter, T. (2022). The many faces of sleep disorders in post-traumatic stress disorder: An update on clinical features and treatment. *Neuropsychobiology*, 81, 85-97. <https://doi.org/https://doi.org/10.1159/000517329>
- Weiss, R. (1973). *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*. The MIT press.
- Yifan, T., Ying, M., Chunhong, G., Zhenyu, B. L., Zejuan, M. G., & Peihung, M. L. (2020). Symptom Cluster of ICU Nurses Treating COVID-19 Pneumonia Patients in Wuhan, China. *Journal of pain and Symptom Management* , 48-56.

## Apéndice

### Apéndice A. información para participante y consentimiento informado

#### DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

##### Consentimiento informado

Estimado/a,

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

##### ¿Quiénes participarán en el estudio?

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

##### Procedimientos del estudio

A los voluntarios incluidos en el estudio se les realizará la aplicación de distintas escalas psicológicas y levantamiento de información sociodemográfica, a través de los siguientes instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico y laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Escala de depresión ansiedad y estrés - DASS 21, Cuestionario de aceptación acción (AAQ), Escala de soledad UCLA-20, AUDIT y Escala de calidad de sueño (PSQI).

##### Beneficios de su participación:

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

**Riesgos y molestias:**

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

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

**Participación voluntaria:**

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

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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

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

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

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

Sus respuestas serán **SECRETAS, CONFIDENCIALES** y **NUNCA** podrán vincularse con usted.

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

He leído y acepto.

Acepto, firma .....

Apartado recortable:

Estimado participante, como es de su conocimiento usted ha participado de forma libre y voluntaria en responder la Batería psicológica del Proyecto: **“Salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en Ecuador”**. Por tanto, únicamente para fines de cumplimiento con la actividad académica de recolección de datos, se solicita escriba su número de **cédula de identidad** ..... Cabe mencionar que sus datos no serán vinculados en ningún momento a las respuestas que emita en los cuestionarios.

Desde la UTPL reiteramos nuestro agradecimiento por su participación.

### Apéndice B. cuestionario ad hoc sociodemográfico

#### Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

**Género:**  Femenino  Otro  **Edad:** \_\_\_\_\_ años **Número de hijos:** \_\_\_\_\_

**Ciudad de trabajo:** \_\_\_\_\_ **Nacionalidad:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** Soltero  Casado/unión libre  Viudo  Divorciado

**La zona que trabaja es:** Urbana  Rural  Su remuneración es de:  
 \$425 a \$800  \$1201 a \$1600

\$801 a \$1200       mayor a \$1601

**Profesión:** \_\_\_\_\_ **Título:** \_\_\_\_\_

**Tipo de contrato:**

Nombramiento permanente	<input type="checkbox"/>	y	Nombramiento provisional	<input type="checkbox"/>
Libre nombramiento y remoción	<input type="checkbox"/>		Servicios ocasionales	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

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

**La institución provee de recursos necesarios para su trabajo:**

Totalmente	<input type="checkbox"/>	Medianamente	<input type="checkbox"/>	Poco	<input type="checkbox"/>	Nada	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	--------------	--------------------------	------	--------------------------	------	--------------------------

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

**Tipo de trabajo:** Tiempo completo  Tiempo Parcial

**Tipo de institución:** Pública  Privada

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

¿Siente que su trabajo consume <i>tanta energía</i> que tiene un efecto negativo en su vida privada? Si__ No__
¿Siente que su trabajo toma <i>tanto tiempo</i> que tiene un efecto negativo en su vida privada? Si__ No__
¿Hay momentos en los que necesita estar en el trabajo y en casa al mismo tiempo? Si__ No__

### Apéndice C. Inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS)

#### MBI

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

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

Nunca	Alguna vez al año o	Una vez al mes	Algunas veces	Una vez a la	Varias veces a la	Diariamente
-------	---------------------	----------------	---------------	--------------	-------------------	-------------

	menos	o menos	al mes	semana	semana	
0	1	2	3	4	5	6

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

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

#### Apéndice D. Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)

##### DASS-21

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

0= Nada aplicable en Mí

1= Aplicable a Mí en algún grado

2= Aplicable en Mí en alto grado

3= Muy aplicable en Mí

1.	Me costó mucho relajarme.....	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca .....	0	1	2	3

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

### Apéndice E. cuestionario de aceptación y acción

#### AAQ – II

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

1= nunca es verdad

2= muy rara vez es verdad

3= rara vez es verdad

4= a veces es verdad

5= con frecuencia es verdad

6= casi siempre es verdad

7= siempre es verdad

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

7.	Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir	1	2	3	4	5	6	7
----	--	---	---	---	---	---	---	---

### Apéndice F. escala de soledad (UCLA-3)

#### UCLA-R

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

1= Nunca

2= Rara vez

3= A veces

4= Siempre

Con que frecuencia:

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

### Apéndice G. Cuestionario de Pittsburg de calidad de sueño

#### Calidad de sueño

Las siguientes cuestiones hacen referencia a tus hábitos de sueño sólo durante el último mes.

Tus respuestas deben reflejar fielmente lo ocurrido la mayoría de días y noches del último mes. Por favor contesta a todas las preguntas.

**1. Durante el último mes, ¿a qué hora solías acostarte por la noche?: \_\_\_\_\_**

2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) te ha costado quedarte dormido después de acostarte por las noches?: \_\_\_\_\_

3. Durante el último mes, ¿a qué hora te has levantado habitualmente por la mañana?: \_\_\_\_\_

4. Durante el último mes, ¿cuántas horas de sueño real has mantenido por las noches? (puede ser diferente del número de horas que estuviste acostado): \_\_\_\_\_

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

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

1= no me ha ocurrido

2= menos de una vez a la semana

3= una o dos veces a la semana

4= tres o más veces a la semana

a	no poder conciliar el sueño después de 30 minutos de intentarlo: .....	1	2	3	4
b	despertarse en mitad de la noche o de madrugada .....	1	2	3	4
c	tener que ir al baño .....	1	2	3	4
d	no poder respirar adecuadamente .....	1	2	3	4

e	tos o ronquidos: .....	1	2	3	4
f.	sensación de frío:.....	1	2	3	4
g	sensación de calor: .....	1	2	3	4
h	pesadillas .....	1	2	3	4
i.	sentir dolor .....	1	2	3	4

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

Muy buena

Muy mala

Bastante buena

Bastante mala

**7. Durante**

**el último mes,**

**¿con qué frecuencia tuviste que tomar medicina (prescritas o automedicadas) para poder dormir?**

No me ha ocurrido durante el  
último mes

Una o dos veces a la semana

Menos de una vez a la semana

Tres o más veces a la semana

**8.**

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

No me ha ocurrido durante el  
último mes

Una o dos veces a la semana

Menos de una vez a la semana

Tres o más veces a la semana

**9. Durante el último mes, ¿cómo de problemático ha resultado para ti el mantener el entusiasmo**

**por hacer las cosas?**

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

**10.**

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

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

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

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

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

**Gracias por su participación**