



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**La salud mental en trabajadores sanitarios durante la
pandemia en el sector publico de Tungurahua y privado de
Pastaza**

Trabajo de integracion curricular previo a la obtencion del titulo de:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Autor: Jonathan Alexander Villacrés Moreno

Director: Gabriel Josué Ortiz Francisco

PUYO

2023



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

2023

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 08 de enero de 2023

Magister
Geovanny Eduardo Cuenca Puma
Director de la carrera de Psicología.
Ciudad de Loja

De mi consideración:

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

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Gabriel Josué Ortiz Francisco

C.I.: 1756869473

Correo electrónico: gjortiz5@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Jonathan Alexander Villacrés Moreno, 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 Ecuador, específicamente de los contenidos comprendidos en: Introducción, Capítulo uno Marco Teórico, Capítulo dos Marco Metodológico, Capítulo tres Análisis de Resultados y Discusión, Capítulo cuatro Conclusiones y Recomendaciones, Referencias Bibliográficas y Anexos, siendo Geovanny Eduardo Cuenca Puma, director (a) del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

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

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

Autor: Villacrés Moreno Jonathan Alexander

C.I.: 1805168414

Correo electrónico: javillacres2@utpl.edu.ec

Dedicatoria

Dedicado a todos y cada uno de los profesionales del área salud que dieron sus vidas en servicio y cumplimiento de su profesión en la lucha contra el COVID-19.

Muchas gracias.

Agradecimiento

Agradezco a mi Padre eterno por regalarme una maravillosa familia, quienes me han dado ejemplo de esfuerzo, dedicación, humildad, sacrificio, y su ayuda incondicional cuando más lo necesite. A todos ellos dedico este trabajo, porque han fomentado en mí el deseo de superación, lo que me ha llevado a concluir este importante logro en mi vida.

Índice de contenidos

| | |
|--|-----|
| Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular..... | II |
| Declaración de autoría y cesión de derechos | III |
| Dedicatoria..... | V |
| Agradecimiento..... | VI |
| Índice de contenidos..... | VII |
| Índice de figuras | XI |
| Índice de Apéndice | XII |
| 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..... | 7 |
| 1.1.3 COVID-19 en Ecuador | 11 |

| | | |
|-------|--|----|
| 1.1.4 | COVID-19 en personal sanitario y sus repercusiones | 16 |
| 1.2 | Afectaciones a la Salud mental..... | 19 |
| 1.2.1 | Salud mental..... | 19 |
| 1.2.2 | Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios | 23 |
| 1.3 | Variables psicosociales relacionadas a la salud mental | 24 |
| 1.3.1 | Inflexibilidad psicológica..... | 25 |
| 1.3.2 | Soledad y Apoyo social..... | 27 |
| 1.3.3 | Estrategias de afrontamiento | 27 |
| 1.3.4 | Retos y desafíos de la Covid-19 en profesionales de la Salud | 29 |
| | Capítulo dos..... | 32 |
| | Marco metodológico | 32 |
| 2.1 | Objetivos | 32 |
| 2.1.1 | Objetivo general | 32 |
| 2.1.2 | Objetivos específicos | 32 |
| 2.2 | Preguntas de Investigación..... | 32 |
| 2.3 | Diseño de la investigación | 33 |
| 2.4 | Población y Muestra..... | 34 |
| 2.5 | Técnicas e instrumentos..... | 35 |

| | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|
| 2.6 | Procedimiento | 41 |
| Capítulo tres..... | | 43 |
| Análisis de Resultados y Discusión | | 43 |
| 3.1 | Análisis de resultados..... | 43 |
| 3.2 | Discusión de resultados | 49 |
| Capítulo cuatro | | Error! Bookmark not defined. |
| Conclusiones y Recomendaciones | | Error! Bookmark not defined. |
| 4.1 | Conclusiones | 55 |
| 4.2 | Recomendaciones..... | 56 |
| Referencias Bibliografías..... | | 59 |
| 5 | Apéndice | 76 |

Índice de tablas

| | |
|---|-----------|
| Tabla 1. Procesos psicopatológicos asociados a la inflexibilidad psicológica | 25 |
| Tabla 2. Procesos psicopatológicos asociados a la inflexibilidad psicológica | 28 |
| Tabla 3. Ficha técnica del Inventario de Burnout de Maslach (MBI)..... | 36 |
| Tabla 4. Ficha técnica del Cuestionario Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) | 37 |
| Tabla 5. Ficha técnica del Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II)..... | 38 |
| Tabla 6. Ficha técnica del Cuestionario Escala de Soledad (UCLA-R)..... | 39 |
| Tabla 7. Ficha técnica del Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño | 40 |
| Tabla 8. Características sociodemográficas y laborales del personal de salud | 43 |
| Tabla 9. Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud | 45 |
| Tabla 10. Percepción de la salud mental del personal de salud..... | 46 |
| Tabla 11. Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad | 47 |
| Tabla 12. Calidad de sueño del personal de salud | 48 |

Índice de figuras

| | |
|---|-----------|
| Figura 1 Evolución del coronavirus en el Ecuador 2020 al 2022 según el Statita Research Departament | 12 |
| Figura 2 Evolución del coronavirus en el Ecuador 2020 al 2022 según el Observatorio Social del Ecuador | 14 |
| Figura 3 Vacunados en el Ecuador según el Statita Research Departament al 2022 .. | 14 |
| Figura 4 Vacunados en el Ecuador según el Observatorio Social del Ecuador al 2022 | 15 |

Índice de Apéndice

| | |
|--|-----------|
| Apéndice 1 Documento de Información para Participantes y Consentimiento Informado | 76 |
| Apéndice 2 Consentimiento Informado | 77 |
| Apéndice 3 Instrumentos de Evaluación | 78 |

Resumen

La propagación inmediata de la pandemia COVID-19 generó saturación de los centros de salud y puede haber ocasionado elevados niveles de tensión psicológica, como el síndrome de burnout, inflexibilidad psicológica, soledad y alteraciones de la calidad de sueño en el personal sanitario. De tal modo, la investigación tiene como objetivo determinar el estado de salud mental de trabajadores sanitarios del sector público de Tungurahua y privado de Pastaza durante la pandemia del año 2021. Se empleó una metodología con diseño no experimental de corte transversal, enfoque cuantitativo, alcance exploratorio y descriptivo en 39 profesionales sanitarios. Los resultados indican que existen una predominancia del género femenino, media de edad de 33,51 años, niveles bajos en agotamiento emocional y despersonalización, pero alto en rendimiento personal. La variable salud mental presentó categoría leve en estrés, ansiedad y depresión. En inflexibilidad psicológica se mostraron convenientemente flexibles al igual que en percepción de soledad, los evaluados denotaron una adecuada percepción de apoyo social. Por último, en calidad de sueño presentaron baja dificultad para dormir. Se concluye que el personal sanitario aparentemente muestra adecuada salud mental.

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

Abstract

The immediate spread of the COVID-19 pandemic saturation of health centers and may have caused high levels of psychological stress, such as burnout syndrome, psychological inflexibility, loneliness and changes in the quality of sleep-in the health personnel. In this way, the research aims to determine the mental health status of health workers in the public sector of Tungurahua and the private sector of Pastaza during the 2021 pandemic. A methodology with a non-experimental cross-sectional design, quantitative approach, was used. exploratory and descriptive scope in 39 health professionals. The results indicate that there is a predominance of the female gender, average age of 33.51 years, low levels of emotional exhaustion and depersonalization, but high levels of personal performance. The mental health variable presented a mild category in stress, anxiety and depression. In psychological inflexibility and comfortably flexible, as well as in loneliness perception, the evaluators denoted an adequate perception of social support. Finally, sleep quality showed low difficulty sleeping. It is concluded that the health personnel apparently show adequate mental health.

Keywords: mental health, healthcare workers, COVID-19

Introducción

La aparición del nuevo virus generador de la pandemia por Covid-19 (SARS-CoV-2) está asociada a grandes repercusiones en la vida humana, y uno de los grupos poblacionales más afectados es el de los trabajadores de salud, debido a la exposición directa al virus en cumplimiento de su labor en defensa de la vida de la población (Muñoz et al., 2020). La inmediata propagación de contagio colapsó los servicios de salud, generando elevados niveles de presión física, emocional y psicológica, aumentando la posibilidad de sufrir alteraciones de salud mental a corto y largo plazo (Tolsá y Malas, 2021).

Debido a la poca información de esta problemática en el Ecuador se ha considerado necesario indagar sobre la salud mental del personal sanitario y sus actuales repercusiones. Los resultados obtenidos servirán para investigaciones posteriores como fuente de consulta bibliográfica y generará una línea básica de estudio de los indicadores de la salud mental sobre cómo se encuentra la población sanitaria en el país, lo que permitirá contribuir al planteamiento políticas públicas y toma de decisiones de las instituciones donde prestan sus servicios como también a instituciones gubernamentales para el bienestar general de esta población.

Para lograr este propósito, se ha estructurado la investigación en cuatro capítulos que abarcan diferentes aspectos que en conjunto brindan una perspectiva global de la temática.

El primer capítulo aborda el marco teórico de la pandemia COVID-19 y sus repercusiones en la salud mental de los profesionales de salud, con énfasis en el síndrome de burnout, estrés, ansiedad, depresión, inflexibilidad psicológica, percepción de soledad y calidad de sueño.

En el segundo capítulo se plantea la metodología, vinculada con los objetivos del estudio, preguntas de investigación, diseño de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos y procedimiento.

El análisis de resultados y discusión se ubica en el capítulo tres, donde se exponen los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos psicológicos de evaluación. A partir de ello, se realizó una valoración sociodemográfica y análisis descriptivo a través de frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar de las variables de estudio. En esta misma sección se aborda la discusión de los datos obtenidos con otras investigaciones para establecer diferencias y semejanzas entre ellas.

Las conclusiones y recomendaciones forman parte del capítulo cuatro, emergentes de los datos obtenidos en el estudio, en relación directa con los objetivos propuestos, en orden a puntualizar varios aspectos que sirvan de base para futuras investigaciones. Finalmente, se encuentra el apartado de referencias bibliográficas y anexos.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 COVID 19

Tras la aparición del COVID-19 la población mundial sufrió millones de pérdidas humanas. El personal de salud a pesar de no contar con los recursos necesarios estuvo en primera línea batallando con el virus, provocando sobrecarga en muchas variables de salud integral que detonaron un aumento negativo en contra de su salud física, emocional y mental. Independientemente de cada país las repercusiones fueron catastróficas cobrando miles de víctimas en este periodo de la historia. En Ecuador se presenciaron en las ciudades de Guayaquil y Quito un estado crítico de contagio llegando a encontrarse cadáveres en calles, basureros y hospitales colmados de contagiados al punto de tener internos en pasillos, salas, patios, baños, comedores. Debido a la precariedad del sistema de manejo de emergencias y falta de insumos y una vacuna para poder afrontarlo (Chauca, 2021).

Debido a la gran cantidad de pacientes, el personal de salud obligatoriamente pasó de trabajar 8 horas diarias a trabajar 18 horas por día, 150 horas por semana (Vera, 2021). Esto constituyó un enorme factor de riesgo para la salud de esta población.

1.1.1 *Reseña histórica de la pandemia*

Inició en China a fines de diciembre del año 2019, en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, el primer caso fue diagnosticado el 8 de diciembre de 2019, días más tarde se diagnosticó 27 casos de neumonía desconocida, 7 de ellos en estado crónico. Un mes después de la aparición del primer caso el 7 de enero de 2020 el Ministerio de Sanidad de China descubre un nuevo tipo de coronavirus, como la posible causa de estos casos, 17 días más tarde el 24 de enero en China se reportó 835 casos, 534 en Hubei (Maguiña et al., 2020).

Los 27 primeros diagnosticados se relacionaron epidemiológicamente con el mercado mayorista de mariscos de Huanan, un mercado húmedo ubicado en el centro de la ciudad de Wuhan donde no solo se comercializa mariscos sino también animales vivos de la fauna silvestre. El brote coincidió con el anunciado festival del año Lunar, los viajes entre ciudades facilitaron su transmisión dentro de las provincias y después al mundo entero (Hu et al., 2020).

A raíz de las cifras expuestas, el número de pacientes con COVID-19 proliferó notablemente en China continental, el 30 de enero se reportó 9.692 casos en todo el país y aproximadamente 90 en distintos países, entre ellos, Taiwan, Tailandia, Malasia, Nepal, Japón, República de Corea, Francia, Alemania (Lu, 2020; Wang et al., 2020).

El primer caso en el continente americano, fue el 19 de enero de 2020 en Washington, el 26 de febrero del mismo año, con antecedentes de visita a familiares en la ciudad de Wuhan, China; el virus se propagó por Sudamérica, específicamente en Brasil. El 11 de marzo, con un reporte de 118.000 casos en 114 países y 4.291 fallecidos, la Organización Mundial de la Salud declaró que el brote de Coronavirus 19, correspondía a una pandemia (Koury y Hirschhaut, 2020; World Health Organization, 2020). Cabe mencionar que para que la OMS declarase estado de pandemia necesariamente debía existir dos criterios: brote epidémico en más de un continente y transmisión comunitaria (García-Iglesias et al., 2020), criterios que fueron cumplidos y el 11 de marzo la OMS (2020) declaró pandemia por COVID-19.

Se cree que las especies de pangolín son una reserva natural de CoV parecido al SARS-CoV-2, si la transmisión es directamente del murciélago puede ayudar al entendimiento de su generación dada la similitud con los CoV que se evidencian en estos mamíferos (Zhang et al., 2020). Entre los principales síntomas asociados al COVID-19 se encuentran fiebre, tos, disnea, dificultad respiratoria que puede llegar a provocar síndrome

respiratorio agudo severo al observar en tomográficas del pulmón opacidades en video esmerilado, bronquietasis de tracción, lesión del pulmón entre otras (Rodríguez et al., 2020).

Sin embargo, se ha detectado que el virus tiene facilidades de penetración en todo tipo de células, investigadores concuerdan que el SARS-CoV-2 posiblemente emplee el receptor similar que el SARS encontrando tanto en pulmonos como intestino delgado lugares idoneos para la replicación, conllevando al apareamiento de otra sintomatología como diarrea posterior a la colonización del virus. Este nuevo coronavirus probablemente actúa en los linfocitos T, y las citoquinas mediante procesos inflamatorios generando afecciones en diversos órganos (Valero-Cedeño et al., 2020).

Por tanto, el virus se propagó con rapidez, dado las facilidades existentes en torno a la globalización, los viajes constantes a diversas zonas del mundo, contribuyeron a la proliferación y aumento de contagios, que al ser un virus nuevo, el desconocimiento de cómo hacer frente a la ola de pacientes contagiados, generó fallecimientos notorios. Además, la toma de medidas preventivas optadas por los gobiernos redujo la interacción social, aislando a las familias en sus hogares, pudo haber incidido de forma negativa en el bienestar de las personas, sumado al miedo a contraer el virus, dado que existían incertidumbres y dudas en relación al tratamiento frente al COVID-19, su origen y sobretodo el tratamiento.

1.1.2 Consecuencias de COVID-19

Una pandemia genera consecuencias relevantes tanto a nivel económico, social y de salud pública en mayor o menor intensidad en todos los países golpeados por este fenómeno. En el ámbito económico hay una notable pérdida y parálisis de producción industrial, pérdidas económicas, disminución del precio del petróleo, cierre de empresas y un elevado gasto en insumos sanitarios. En el ámbito social, existen cambios vinculados con el impacto económico, sumado a las restricciones en relación de movilidad de la población a nivel nacional e internacional, adición de nuevos hábitos como el uso de la mascarilla,

distanciamiento social y lavado de manos, y también el cierre de instituciones educativas. En cambio, a nivel sanitario, los sistemas globales de salud tienen la misión de prevenir, tratar y aplicar cuidados paliativos para combatir la enfermedad y el aumento de mortalidad (García-Iglesias et al., 2020).

De acuerdo a lo expuesto por García-Iglesias et al. (2020) es oportuno desglosar cada uno de estos niveles afectados por la pandemia para ampliar el panorama de la realidad por la que atravesó la población mundial, dado que se toma en cuenta la integralidad de la persona, al encontrar incidencia negativa en diversos aspectos. Por ello, se parte del impacto en la economía dado que presentó reducciones de sustentos financieros ante la disminución de pedidos y reducción de personal para solventar gastos.

Así lo señala Magallanes (2021) la propagación del virus impactó altamente en la economía del mundo, motivado al confinamiento establecido por los gobiernos que generó el cierre de empresas, las cuales, cesaron funciones de manera definitiva o parcial quedando más del 50% de la población desempleada, incrementando el trabajo informal y la pobreza mientras se generó en algunos casos la desigualdad salarial para no perder los empleos (Mofijur et al., 2021).

En este sentido, el Fondo Monetario Internacional (2020) generó un declive en la economía mundial y un descenso en el crecimiento económico al 3%, debido a dos factores principales: inicialmente el crecimiento exponencial al empezar la pandemia lo cual provocó inestabilidad en los mercados financieros y de capital pues este era un escenario inesperado y no existía plan de acción para mitigar de forma inmediata la situación. En segunda instancia, es que los países adoptaron medidas de seguridad que incluían el cierre de fronteras y por ende paralización en exportaciones e importaciones lo que impactó en la actividad económica mundial, reducción de los bienes de consumo y estatización de la producción económica (Mofijur et al., 2021).

Al igual que la economía mundial, a nivel familiar tampoco existía planes de contingencia, uno de los factores que mayor fuerza ejerció en el proceso fue la restricción a la sociabilización, elevando el nivel de estrés, haciendo que la convivencia sea cada vez más inestable (Akber et al., 2021). Siendo lo antes expuesto múltiples estímulos generadores de estrés, activándose elementos como violencia intrafamiliar, abuso sexual, depresión, fobias. Durante el confinamiento, los dos factores que más afectan al bienestar físico y psicológico son la pérdida de hábitos y rutinas y el estrés psicosocial, de acuerdo al primer estudio que analiza el impacto psicológico de la cuarentena por COVID-19 en China (Wang et al., 2020).

Otro de los impactos sociales que ocasionó el COVID-19, no abordados por Wang et al. (2020), es en la educación a nivel mundial debido a que los establecimientos educativos con el fin de que el virus no se siguiera propagando y por medidas de bioseguridad decidieron cerrarlos y desarrollar el proceso de enseñanza-aprendizaje virtualmente por lo que según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación (UNESCO, 2021), a mediados de mayo de 2020 más de 1.200 millones de estudiantes de todos los niveles de enseñanza, en todo el mundo, habían dejado de tener clases presenciales en la escuela.

De ellos, más de 160 millones eran estudiantes de América Latina y el Caribe viéndose afectados más de 1.300 millones de estudiantes debido a que no todas las familias cuentan con recursos económicos suficientes para que los hijos utilicen dispositivos tecnológicos para que asistan a clases virtuales. Es por ello que esta metodología de llevar la educación virtualmente ha sido un reto tanto para líderes políticos, docentes y familias que aún se les dificulta este método de estudios (Bonilla, 2020).

La pandemia ha ocasionado que el financiamiento, establecida por los Estados para la educación se vea afectado, la mayoría de los países se enfrenta a una disminución de la inversión lo que conllevará a una elevada reducción de recursos disponibles para el sector educativo. Las repercusiones económicas de esta crisis deben medirse no solo en términos

de pérdida de empleos e ingresos en el presente, sino también por las pérdidas que sufrirá la fuerza laboral capacitada de la región en los años venideros.

De hecho, los datos del Banco Mundial (BM) (2020), cada niña y niño en educación primaria y secundaria en América Latina y el Caribe podría perder entre US\$242 y US\$835 en ingresos anuales, lo que equivale a más de US\$15.000 a lo largo de su vida laboral. Esto tendrá un impacto significativo en los niveles de pobreza en una región en la que las desigualdades ya son pronunciadas.

En general, la región podría sufrir una pérdida de hasta US\$1,2 billones en ingresos durante el ciclo de vida de esta generación de estudiantes como resultado de meses perdidos de escolaridad, logros de aprendizaje inferiores y una mayor probabilidad de abandonar la educación por completo, características de una potencial catástrofe generacional (UNICEF, 2020). Sin embargo, no solo afectó la educación, sino que en hogares sin precedentes recientes es previsible que tenga un importante impacto en el bienestar físico y psicológico. La interrupción de hábitos durante el confinamiento y la instauración de otros poco saludables pueden derivar en problemas físicos, emocionales y comportamentales, ante las situaciones estresantes y con carga emocional elevada que vivencia el sujeto.

De hecho, las condiciones que acompañan a una pandemia incluyen distintas fuentes de estrés para las personas. Los estudios sobre situaciones de estrés y emergencias permiten resumir las principales variables implicadas en el impacto psicológico como las siguientes: el miedo a la infección por virus y enfermedades, la manifestación de sentimientos de frustración y aburrimiento, imposibilidad de cubrir las necesidades básicas y no disponer de información y pautas de actuación claras o la presencia de problemas de salud mental previos o problemas económicos (Wang et al., 2020).

En contraposición, Balluerka et al. (2020) centraron su interés en el estigma y rechazo social en el caso de personas infectadas o expuestas a la enfermedad, puede ser un

desencadenante de una peor adaptación. El grado de impacto dependerá de varios factores, por lo que la población que ha vivido una cuarentena durante enfermedades pandémicas es más propensa a presentar trastorno de estrés agudo, de adaptación y dolor.

En esta línea de pensamiento, el resultado ha sido niveles elevados de impacto emocional reflejado en los miedos al coronavirus, problemas de sueño, y síntomas emocionales: preocupación, estrés, desesperanza, depresión, ansiedad, nerviosismo, e inquietud. La intolerancia a la incertidumbre y la exposición a los medios de comunicación son poderosos predictores del impacto, consecuencias fueron sentimientos de rechazo y exclusión a personas contagiadas con COVID-19.

Visto de esta forma, las consecuencias generadas por el SARS-CoV-2 se asocian con la integralidad de la persona, dado que ha afectado a los ingresos económicos frente a las pérdidas de pedidos incidentes en sustentos financieros, reducción de personal para solventar las empresas, y en otros casos los quiebres de las organizaciones. En el ámbito social dio paso al aislamiento de las personas e incluso apareamiento de exclusión y rechazo ante personas contagiadas de COVID-19. Además, alteraciones psicológicas como niveles elevados de impacto emocional reflejado en los miedos al contagio, problemas de sueño, y síntomas emocionales: preocupación, estrés, desesperanza, depresión, ansiedad, nerviosismo, e inquietud. La intolerancia a la incertidumbre y la exposición a los medios de comunicación son poderosos predictores del impacto.

1.1.3 COVID-19 en Ecuador

Ecuador confirmó su primer caso de coronavirus el 29 de febrero, reportó su primera muerte por Covid-19 el 13 de marzo de 2020 e impuso restricciones y medidas de higiene el 16 de marzo para evitar la propagación del virus en el país (MSP, 2020). Entre las medidas optadas por el Gobierno se encontraron de acuerdo al Suplemento al Registro Oficial No. 163 (2020):

1. Suspensión de jornada presencial para aplicar teletrabajo.
2. Cierre de escuelas a nivel nacional.
3. Restricciones vehiculares y peatonales.
4. Suspensión de actividades comerciales, restaurantes y cafeterías en modalidad de servicio en el local.

Sin embargo, las medidas fueron infructuosas debido a que la ciudadanía no consideró la seriedad del asunto y omitió los señalamientos del Estado. Debido a la falta de planes de contingencia no se generan cifras serias dentro del mismo ministerio de salud, lo que amplía el margen de incertidumbre y descontrol, falta de insumos médicos, poca capacidad en la infraestructura del sector salud, inexistencia de vacuna y de pruebas de diagnóstico, fueron el escenario inicial en el país (MSP, 2020).

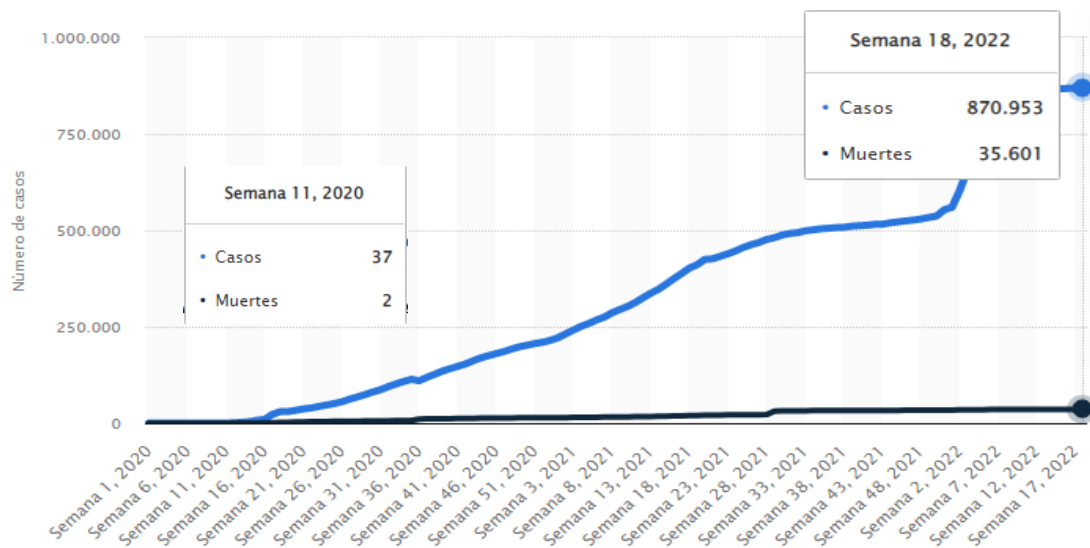
Además, la situación obligó a que el personal de salud realizara jornadas extendidas sin tomar en cuenta periodos de descanso correspondiente y sin salir de las instalaciones de la unidad médica o debían estar muy cerca en lugares habilitados para tal fin, por lo que dejaron de ver a familias y amigos; además de que se excedió el número de pacientes en el área asignada, lo que generó la habilitación de otras áreas para solventar la demanda de contagiados en relación con la capacidad operativa de las instituciones (MSP, 2020).

Desde el año 2020 en la semana 11, hasta la semana 18 del año 2022, se registraron 870.953 casos, de los cuales 35.601 han resultado en fallecimiento. En la Figura 1, se evidencia la evolución de esta situación según el Departamento de Investigación de Statista (SRD, 2022).

Figura 1

Evolución del coronavirus en el Ecuador 2020 al 2022 según el Statista Research

Departament



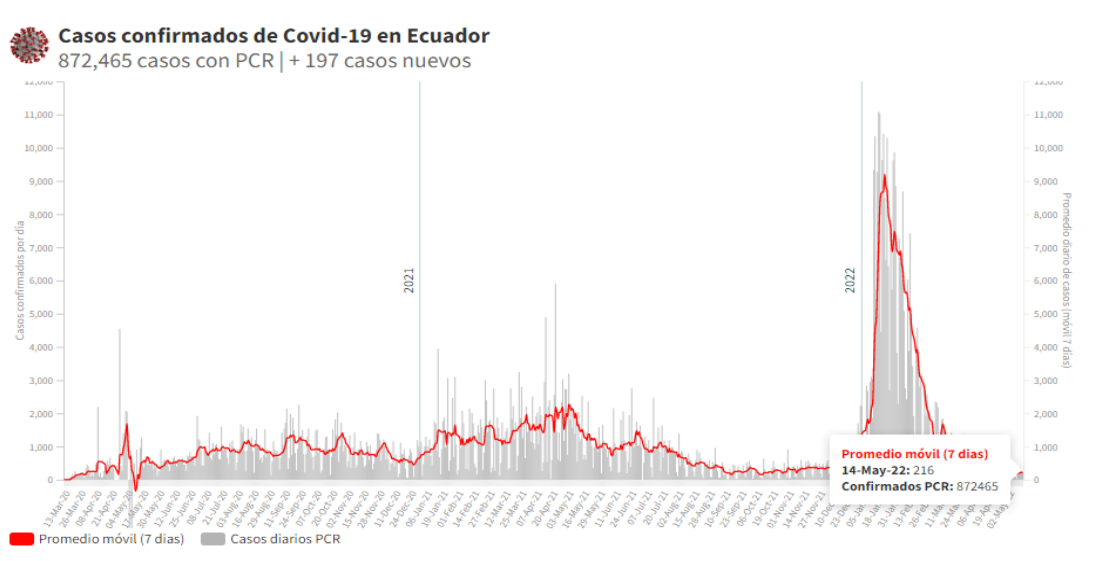
Nota: Datos recopilados hasta el 11 de mayo 2022 a las 23:00

Fuente: SRD (2022)

Mientras que el Observatorio Social del Ecuador (OSE, 2022), manifiesta que el 14 de mayo de 2022, en el Ecuador se registran 872.465 casos confirmados por COVID-19, reflejado en la Figura 2, de los cuales 197, son de las últimas 24 horas. Además, se registran 197.664, casos probables de ser COVID-19, a la espera del resultado. En las últimas 24 horas se notifican resultados de 2.033 pruebas, de ellas fueron positivas el 8.8%. La tasa nacional acumulada de casos de COVID-19 es de 4,982 por cada 100.000 habitantes.

Figura 2

Evolución del coronavirus en el Ecuador 2020 al 2022 según el Observatorio Social del Ecuador



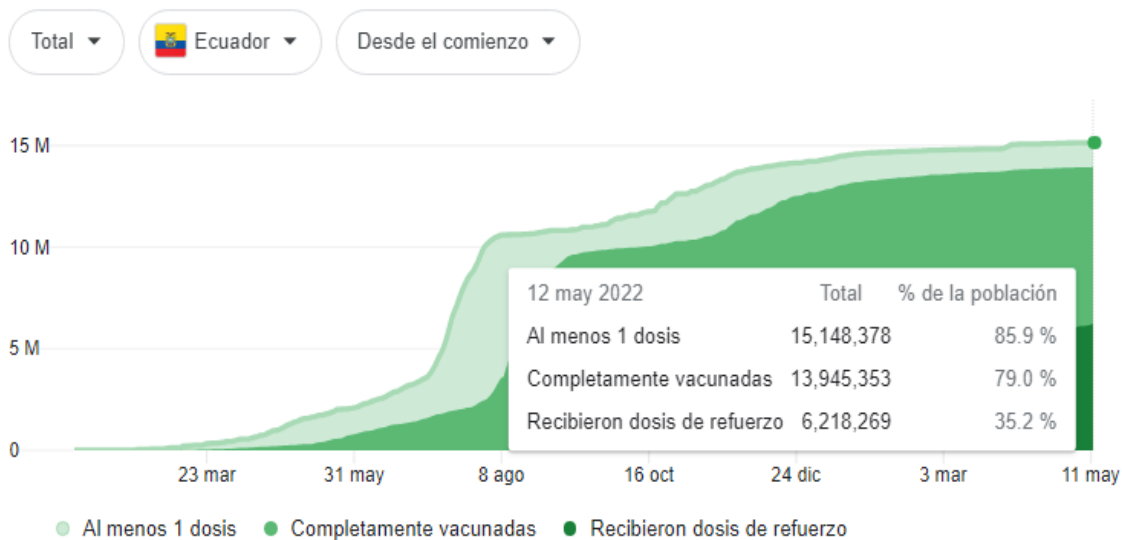
Nota: Datos recopilados hasta el 14 de mayo 2022 a las 23:00

Fuente: OSE (2022)

En relación con las cifras de las personas vacunadas hasta el 12 de mayo de 2022, (SRD, 2022) reporta que el 79% de la población esta vacunada, como lo presenta la Figura 3, de las que 35,2% ya tiene la dosis de refuerzo y el 85,9% ya tiene la primera dosis. Lo que demuestra el nivel de eficiencia de la gestión de vacunación del Estado ecuatoriano.

Figura 3

Vacunados en el Ecuador según el Statista Research Department al 2022



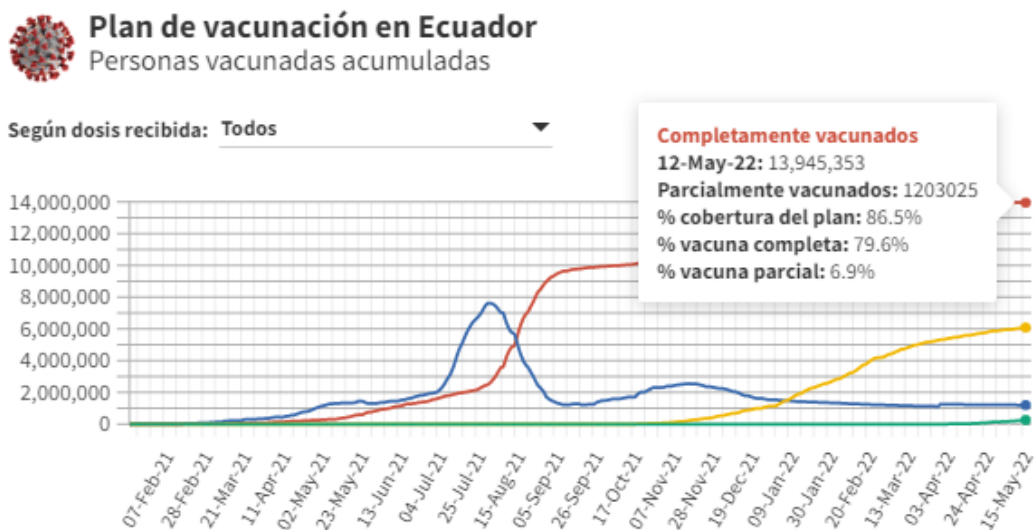
Nota: Datos recopilados hasta el 12 de mayo 2022 a las 23:00

Fuente: SRD (2022)

Con respecto al mismo tema el OSE (2022) para el 12 de mayo de 2022 coincide con SRD (2022) en relación al 79% de los vacunados, común a cobertura del plan del 86,5%, como se presenta en la Figura 4.

Figura 4

Vacunados en el Ecuador según el Observatorio Social del Ecuador al 2022



Nota: Datos recopilados hasta el 12 de mayo 2022 a las 23:00

Fuente: OSE (2022)

En el país, el 16 de marzo se dictan medidas preventivas para reducir el contagio, dado que no contaba con los recursos y herramientas necesarias para hacer frente a la pandemia, generando pérdidas económicas y humanas, con énfasis en los médicos, quienes estuvieron expuestos a cargas emocionales fuertes ante la ola de pacientes en los hospitales y la infraestructura ineficiente para atender a todos ellos. No obstante, la reducción de la presencia de COVID-19 es significativa puesto que la mayor parte de la población cuenta con vacunas generadoras de defensas ante el virus, gracias a la eficiencia del Gobierno ecuatoriano.

1.1.4 COVID-19 en personal sanitario y sus repercusiones

Ante la pandemia, la salud mental de la población se ha visto comprometida de manera exacerbada en el personal de salud al ser parte de personas de primera línea en defensa de la vida, los mismos que pueden haber aumentado su jornada laboral y cara horaria, sumado factores externos como el déficit de material de protección elevando el riesgo

de exposición al contagio, miedo al contagio, vivencias aislamiento y discriminación social (García-Iglesias et al., 2020).

Sin duda, el personal sanitario es uno de los colectivos profesionales que sufre mayor nivel de estrés laboral, sobre todo en momentos con la pandemia de COVID-19 (Dosil et al., 2020) por lo que la tendencia es a sentirse frágiles, con miedo a ser contagiados debido a la falta de materiales de protección, a tal punto, miedo a contagiar a las familias algunos incluso optaron por mantenerse aislados de ellas durante algún tiempo (Monterrosa et al., 2020).

En concordancia, Ruiz-Frutos y Gómez-Salgado (2021) mencionan que el personal sanitario ha presenciado fallecimiento de personas en situaciones de soledad con la incapacidad de ofrecer ayuda humanitaria, se han convertido en víctimas de agresión, carencia de recursos materiales para atender a los pacientes con todas las garantías de bioseguridad generando alteraciones en su salud mental.

Una de las afecciones mentales es la presencia de estrés, mismo que aparece cuando una persona experimenta situaciones que exceden los recursos que posee y percibe que no puede generar una respuesta adecuada. El estrés es una respuesta adaptativa del organismo que sirve para preparar para la acción, pero cuando se mantiene en el tiempo pueden aparecer efectos perjudiciales sobre la salud (Parra, 2020).

En relación a las consecuencias negativas expuestas por Parra (2020) se encuentran también la desorientación, se presenta por la avalancha de información y los constantes cambios en los protocolos de actuación. Además de sobrecarga y agotamiento por el gran volumen de pacientes para atender, haciendo guardias de hasta 24 horas (Sandoval, 2019). Lo peor es que se ven obligados a tomar decisiones continuamente que suponen un grave dilema ético, enfrentados a pacientes que por edad y múltiples patologías no van a responder a un tratamiento agresivo (Ortiz y Merino, 2021).

Asimismo, un problema crucial corresponde a la distribución de insumos vinculados a la suspensión o privación de ciertos tratamientos, y más aún cuando el final de la vida del paciente es inevitable, y debe existir toma de decisiones inmediatas que no afecta únicamente a los familiares sino también al personal sanitario, sumado al aumento de cifras estadísticas de colegas contagiados o fallecidos, a la vez se acompaña de falta de equipos protectores y las demandas de tiempo (Musalem Musalem, 2020).

De acuerdo a Acosta-Quiroz y Iglesias-Osores (2020) mientras aumentaba los casos de contagio el equipo de salud de médicos, enfermeros, laboratoristas, imagen logos y todas las personas del área de la salud en general se expusieron a altos riesgos de contagio aumento de incertidumbre e idea recurrente de contagio. Además, al estar expuestos a atenciones emergentes genera efectos emocionales como altos niveles de estrés, ataques de pánico, sintomatología psicósomática e incluso llegar al suicidio producto de la impotencia y falta de herramientas para afrontar la pandemia (ONU, 2020).

Por todo lo que implica ser un profesional de la salud y el ambiente en el que se desenvuelven, se convierten en personas vulnerables y principales candidatos a padecer alteraciones de la salud mental. Tal como lo exponen Kang et al. (2020) pueden experimentar agotamiento físico, mental, miedo, presencia de trastornos del estado afectivo, problemas de sueño, niveles elevados de ansiedad, depresión, conductas disruptivas y estrés postraumático.

Toda esta sintomatología y afectación de la salud psíquica ha generado alteraciones en el quehacer profesional incidiendo de forma negativa en las funciones superiores como atención, concentración y ejecutivas asociadas a la toma de decisiones. Sin embargo, no han dejado de brindar sus servicios profesionales (García-Iglesias et al., 2020). De hecho, Córdoba-Rojas et al. (2021) señalan que es una problemática que influye en el rendimiento laboral de quienes lo padecen, tornando a la persona en alguien menos efectiva y productiva

y en casos extremos el abismo laboral, al plantear la posibilidad de salirse del trabajo o abandonar su profesión.

En concordancia, Martínez (2020) frente al aislamiento, distanciamiento social y cuarentena expone que son elementos generadores de ansiedad, depresión debido a la importancia de la conexión social como fuente de redes de apoyo para afrontar las consecuencias negativas que puede conllevar dichas medidas optadas por los Gobiernos para reducir significativamente los niveles de contagio. Cabe recordar que la persona es un ser social al requerir de interacciones sociales para el desarrollo personal y colectivo, sumado a fortalezas y habilidades que permita su trascendencia.

De tal forma, uno de los segmentos poblacionales con repercusiones considerables corresponde al personal sanitario por el hecho de encontrarse expuestos a la atención a pacientes con COVID-19, y toda la carga emocional que genera una eventualidad de tal magnitud, sumado a las extensas jornadas de trabajo a causa de la reducción de los profesionales de salud debido al incremento de los fallecimientos. Razón de presentar alteraciones en su salud mental y física como miedo, ansiedad, depresión, alteraciones conductuales y estrés, y en ocasiones suicidio (Izurieta y Izurieta, 2021).

1.2 Afectaciones a la Salud mental

Para conocer el contexto teórico de las variables de la investigación, se desarrolla información referente a salud mental desde diferentes perspectivas, así como, los elementos que le pudieran afectar, de esta manera se refuerza la investigación delimitando cada uno de los elementos a considerar que se enfrenta el personal sanitario frente al COVID-19.

1.2.1 Salud mental

Inicialmente para desarrollar el concepto de salud mental, se debe presentar el concepto de salud para de esta manera de limitar claramente la intención de esta

investigación por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) la define como un estado integral en el individuo, que afecta el desarrollo habitual no solo a manera personal sino además en la interrelación con el entorno. A la vez, la salud mental se refiere al estado de bienestar que experimenta la persona, pudiendo hacer uso de sus capacidades para afrontar al estrés de la vida diaria, estipulado en la Constitución de la República Del Ecuador (2008) promulgada el 20 de octubre del 2008, en el artículo Nro. 3, considera la salud como: “completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Al hallar estipulado el tema de la salud mental en la normativa legal, es meritorio señalar que ha experimentado un crecimiento considerable en los últimos tiempos en distintas esferas sociales, educativas, sanitarias, familiar, entre otras (Arévalo y Vega, 2022). Esto genera que los principios de la psicología traspasen la barrera de lo académico y se destine a distintos estratos sociales, posicionándose en el ideario colectivo vinculado con el lema de la OMS “No hay salud sin salud mental” (Miranda Hiriart, 2018).

Sin embargo, la salud mental se encuentra afectada por elementos sociales, de origen ambiental, biológico y psicológico, lo que constituyen padecimientos como la depresión, la ansiedad, la epilepsia, las demencias, la esquizofrenia y los trastornos del desarrollo en la infancia (Xing et al., 2020).

En el espacio clínico, se ha equiparado el concepto de salud mental con el de enfermedad mental, es decir, que cuando se hace referencia en relación a la salud mental, lo que en realidad se estima y se proyecta es hacia la enfermedad mental, además, se ha empleado referentes de medicina tradicional vinculadas a la salud mental (Gutiérrez y Mora, 2021).

La psiquiatría habla de la salud mental como un estado de equilibrio constante generador de interacciones adecuadas en el entorno, de forma creativa, y favorecedor del

crecimiento y bienestar personal y del contexto (Esperidião et al., 2020). Por otro lado, en psicología cuando se habla de salud mental se hace alusión a un estado de adaptación, satisfacción con la vida y la autorrealización personal, dado que se enfoca en un estado positivo más que la ausencia de patologías (Quirós y Gotay, 2021).

La salud mental de los trabajadores es un elemento de gran importancia en todas las empresas que se encuentran orientadas hacia el bienestar laboral, no solo por el impacto que esto genera a la empresa a nivel de costos o de resultados efectivos en la gestión, sino por cómo afecta al resto de las personas que interactúan con el individuo afectado, impactando en el ambiente laboral. Cuando son las mismas condiciones de trabajo las que generan el desequilibrio en la salud mental, es importante enfocarse en la resolución de las condiciones laborales (Carlos et al., 2020).

Tal es el caso de los trabajadores de la salud en el proceso de la pandemia COVID-19, quienes se afectan significativamente debido a la falta de descanso, guardias prolongadas y exceso de pacientes en cada jornada, así como la falta de insumos y de espacio físico para recibir todos los pacientes.

Además de los resultados de los decesos masivos a pesar de ejecutar las gestiones pertinentes, contribuyen a menoscabar de forma progresiva la eficiencia y la comunicación hasta la capacidad para mantener la seguridad en el lugar de trabajo, situación que influye en la respuesta efectiva del profesional en el desarrollo de la actividad habitual, originando condiciones mentales que se ven reflejadas a corto o a largo plazo.

Como por ejemplo la ansiedad de Beck “involucra una errada perspectiva de la persona basada en premisas falsas” (López, 2021). En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico.

No obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico. Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles.

Así también pueden generar depresión, que para Roja (2006) “son un conjunto de enfermedades psíquicas hereditarias o adquiridas, con una sintomatología determinada, a la que se asocian cambios negativos de tipo somático, psicológico, conductual, cognitivo y asertivo” (p. 61). Los principales síntomas que se presentan son sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, desesperanza o pesimismo, irritabilidad, frustración o intranquilidad, culpabilidad, inutilidad o impotencia.

Otra de las posibles patologías que puede desarrollar el profesional de la salud es el Síndrome de Burnout, también conocido como síndrome del trabajador quemado, hace referencia a la cronificación del estrés laboral. Este se manifiesta a través de un estado de agotamiento físico y mental que se prolonga en el tiempo y llega a alterar la personalidad y autoestima del trabajador (Aceves, 2018).

Además, que las circunstancias pueden generar las alteraciones del sueño, para Lira y Custodio (2018) son problemas relacionados con dormir. Estos incluyen dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, dormir demasiado y conductas anormales durante el sueño.

Las consecuencias señaladas, corresponden a algunas de las sintomatologías generadas a causa de la pandemia y la sobrecarga emocional a la que se vieron expuestos los trabajadores sanitarios, debido al desconocimiento del nuevo virus, la reducción de implementos de bioseguridad y el cambio radical de vida al que posiblemente tuvieron que

adaptarse a una “nueva normalidad” y trabajar con exposiciones a circunstancias altamente elevadas.

1.2.2 Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios

Desde el 07 de febrero del 2020, Huang et al. (2020) procedieron a desarrollar las primeras investigaciones en el mundo con el objetivo de conocer el estado de salud mental del equipo sanitario y establecer las bases fundamentales para la intervención psicológica, en esta investigación realizada en China se aplicó la Escala de autoevaluación para la ansiedad (SAS) y la Escala de autoevaluación para el Trastorno de estrés Postraumático (PTSD-SS).

De acuerdo con los autores mencionados, el personal de enfermería presentó mayor ansiedad que el personal médico, por la alta exposición al virus cuando realizan su trabajo, especialmente el género femenino con mayor número de casos, por el temor al contagio, tanto personal como familiar y son más vulnerables a los factores de riesgo biológicos y sociales para desarrollar alguna afección de salud mental, en los médicos a mayor formación académica se incrementa el nivel de ansiedad, por estas razones se debe crear e implementar equipos de intervención psicológica y proporcionar la atención y el asesoramiento necesario al personal sanitario.

En otro estudio, realizado en Latinoamérica por Samaniego et al. (2020) sobre la afectación a la salud mental del personal de hospitales en Paraguay destinados para atención exclusiva de pacientes con COVID-19, establecieron que el personal sanitario está sometido a factores que contribuyen al desarrollo de alteraciones en la salud mental como: turnos extendidos de trabajo, excesiva carga laboral y disminución de los periodos de descanso, donde los profesionales de enfermería del sexo femenino tiene una mayor predisposición a presentar ansiedad, depresión, estrés, insomnio y fatiga, relacionado con la naturaleza de su trabajo que conlleva a mayor exposición y permanencia con los pacientes.

Son varias las investigaciones realizadas a nivel de Ecuador debido a los efectos que conlleva la pandemia en la salud mental de los trabajadores de salud al encontrarse expuestos a una variedad de factores tanto intrínsecos y extrínsecos que aumenta la probabilidad de su afectación.

En un estudio realizado por López y López (2021) en Ecuador presentó 198.244 casos confirmados por COVID-19 hasta el 7 de diciembre del 2020, lo que aún sigue complicado en estos meses la situación sanitaria del país, por lo que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), en el mismo año, implementó medidas para mejorar el déficit que existía en relación a insumos y equipos médicos, incrementado la disponibilidad de los equipos de protección personal (EPP) para los trabajadores sanitarios y el número de camas del sistema salud nacional, para de esta forma aliviar la carga de pacientes, restando importancia a la salud mental del personal sanitario que está afrontando la emergencia sanitaria.

En la investigación de Pérez et al. (2021) analizó las repercusiones psicológicas del personal de salud de un centro de salud de Ecuador, encontrando que presentan síntomas significativos en ansiedad e insomnio en un 48 % asociados a los procesos cognitivos que tiene el individuo para hacer frente a lo desconocido, generando mecanismos de defensa como los expuestos, además la depresión grave se evidencia en un 10 %.

1.3 Variables psicosociales relacionadas a la salud mental

El desarrollo de este apartado profundiza en el análisis de las diversas variables psicosociales que se encuentran directamente relacionadas con la salud mental y la ubicación de estas en el contexto del desempeño laboral del personal de la salud y evidenciar cada una de las gestiones realizadas para avanzar de forma positiva ante esta coyuntura mundial.

1.3.1 *Inflexibilidad psicológica*

La inflexibilidad psicológica (IP) es el concepto central de la terapia de aceptación y compromiso (Acceptance and Commitment Therapy [ACT]), y define Delgado et al. (2020) como “un patrón rígido de comportamiento en el que la persona orienta sus acciones sobre la base de las experiencias privadas momentáneas en lugar de los valores elegidos libremente” (p.118). El mantener la postura sobre vivencias circunstanciales, genera un ciclo degenerativo en la salud mental del individuo, por lo que afianza conductas que dan paso a patologías que conducen a reacciones divergentes de las habituales, para los trabajadores sanitarios el permanecer por tiempo prolongado en situaciones de alto estrés, le llevan a una rigidez mental que afecta el desempeño laboral.

Por tanto, la aceptación está muy lejos de la solución, ya que mientras la sinergia del diario consume el accionar sin ver una solución cerca, incrementa los niveles de ansiedad, falta de sueño, además de que se presentan momentos de confusión como lagunas mentales, propias de la situación en la que se desenvuelve el profesional (González et al., 2020).

Dentro de este orden de ideas, la inflexibilidad psicológica parte de seis procesos conductuales relacionados entre sí, los cuales se enlazan con el proceso terapéutico que permite la flexibilidad psicológica (Valiente-Barroso et al., 2020).

A continuación, en la Tabla 1 se presentan los procesos psicopatológicos asociados a la inflexibilidad psicológica.

Tabla 1

Procesos psicopatológicos asociados a la inflexibilidad psicológica

| Proceso de inflexibilidad psicológica | Descripción |
|--|--------------------|
| | |

| | |
|---|--|
| Fusión cognitiva | La fusión cognitiva hace alusión al exceso de control, inapropiado uso del lenguaje, el mismo que es tomado de forma literal imposibilitando el apareamiento de conductas adaptativas en determinadas situaciones. La persona se torna insensible ante las circunstancias ajenas dado la presencia de un bajo control en las redes verbales generando que el sujeto vivencia lo que piensa de forma absoluta |
| Evitación experiencial | Se refiere a la intención de realizar modificaciones, eliminaciones y el control de la forma y frecuencias de diversas experiencias aversivas. |
| Pérdida de contacto flexible con la realidad presente | Es el resultado de la evitación experiencial y fusión cognitiva. |
| Apego al yo conceptualizado | Se refiere al procedimiento que incluye acumulación de vivencias en torno a preguntas de la comunidad en relación al propio pensamiento, sentimiento y pensamiento de la persona vinculada con facetas de la vida y la reacción frente a ellas. Al existir apego, el foco de atención está ausente y pierde el contacto con el aquí y el ahora. |
| Falta de claridad con los valores | Los valores son patrones y principios reforzadores de una actividad. Los cuales no son reconocidos ni puesto en primer plano, es decir, la persona actúa en oposición a ellos con el fin de evitar reglas o sucesos desagradables. |
| Inacción, impulsividad o persistente evitación | Corresponde al hecho que genera una alteración psicológica generando falta de implicación en acciones acorde a los valores que posee. |

Fuente: Marder (2019)

Estos aspectos corresponden a elementos indicadores de la presencia de inflexibilidad psicológica al interferir con la vida diaria de la persona.

1.3.2 Soledad y Apoyo social

La soledad es un estado emocional que sobreviene a la persona cuando no ha logrado las relaciones interpersonales que desea. Quan et al. (2020) la definen como una negativa experiencia que vivencia la persona en orden a redes de apoyo ineficientes sea por calidad o cantidad. Se trata, por tanto, de una discrepancia entre los niveles de contacto social deseados y los contactos reales mantenidos. La soledad es una experiencia subjetiva que resulta de la percepción de dicha discrepancia, de modo que las personas pueden no sentirse solas estando aisladas socialmente o, por el contrario, una persona puede sentirse sola en medio de una multitud.

Por apoyo social, Barrera et al. (2019) exponen que corresponde a la ayuda brindada por las redes de apoyo próximos al sujeto, sea de familia, amigos o personas significativas. Ambos términos en primera instancia no parecen relacionarse, pero según los autores antes mencionados se podría establecer una relación directa entre estos dos constructos, dado que, ante la presencia de soledad, la búsqueda social podría activarse, lo que podría generar apalancamiento emocional que contribuya en el avance y creación de un nuevo entorno social que ayude al individuo a desarrollar un nuevo estilo de vida, alejándose del hermetismo mental que le podría afectar, por falta de interacción social.

1.3.3 Estrategias de afrontamiento

El afrontamiento hace ilusión a procesos cognitivos y conductuales modificables, desarrollados para manejar de manera adecuada la capacidad de afrontamiento ante demandas externas o internas específicas (Izquierdo, 2022), donde el individuo desarrolla diversos estilos de adaptación y se expresan las predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones, y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento.

Siendo, las estrategias de afrontamiento los procesos, actividades o acciones concretas que se utilizan en cada contexto, donde el individuo puede cambiar según las circunstancias y preferencias a razón de avanzar en la construcción de un contexto más asertivo.

Para el personal de la salud es indispensable el desarrollo de los talleres o programas de entrenamiento, que promuevan el uso de estrategias adaptativas como: el fortalecimiento de las fuentes y relaciones de apoyo social, las técnicas de relajación, el cambio de cogniciones inadaptables o erróneas y las sesiones o reuniones informativas como estrategias de afrontamiento (Arrogante, 2016).

No obstante, existen dimensiones de afrontamiento al estrés, los cuales se muestran en la siguiente Tabla 2.

Tabla 2

Procesos psicopatológicos asociados a la inflexibilidad psicológica

| Dimensiones de afrontamiento al estrés | Descripción |
|---|--|
| Afrontamiento al estrés centrado en el problema | <ul style="list-style-type: none"> • Se relaciona con la búsqueda de cambios en la determinada situación mediante el alejamiento o distanciamiento del impacto de la amenaza. • Son esfuerzos asertivos para modificar una situación desagradable. |
| Afrontamiento al estrés centrado en la emoción | <ul style="list-style-type: none"> • Está vinculado con la minimización o eliminación de reacciones emocionales producto de la presencia del factor estresor, en esta dimensión se busca el soporte |

emocional mediante las redes de apoyo y empatía de terceros.

- Afrontamiento al estrés centrado en la evitación del problema
- Corresponde a una dimensión disfuncional.
 - Tiene la función de centrarse en la evitación del problema sin realizar alguna actividad para afrontar el problema.
 - En esta dimensión se evidencia la negación del problema, presencia de huida al esperar que terceros solución el conflicto.

Fuente: Condori y Feliciano (2020)

Las dimensiones expuestas en la tabla anterior tienen la función de modificar el problema presente en situaciones estresantes que permita la autorregulación emocional. De modo que cada sujeto tendrá un modo distinto de resolver los conflictos y afrontarlos, los cuales se vinculan con factores internos y externos.

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

El profesional de la salud en el ámbito de la atención hospitalaria ejerció un papel importante en la prevención y progreso de las enfermedades, durante la pandemia del COVID-19, esto no fue una excepción, ya que la educación en salud fue el pilar fundamental para disminuir la tasa de contagio, siendo el rol educativo de los profesionales uno de los más ejercidos en cuanto a nivel de importancia.

El profesional asume, de acuerdo con las competencias propias de la profesión, los retos de salud que se le presenten gracias al campo de acción profesional en el que pueda ejercer ante los nuevos desafíos el conocimiento profesional permite brindar el cuidado al

paciente con calidad en base al conocimiento científico (Gómez Maridueña y Ochoa Cercado, 2020).

Durante el tiempo de COVID-19 el personal sanitario se enfrentó a varios retos que comprometían no solo la salud física y mental, además entraba en juego la situación laboral, ante la falta de insumos médicos, el declive del sistema de salud, el despido masivo de profesionales, causó que los retos solo aumentaran, complicando más el afrontamiento y la lucha ante la pandemia.

La falta de equipos de protección personal a nivel institucional y ante el desabastecimiento general en el país, generó temor a un posible contagio en los profesionales sanitarios, lo cual interrumpía la labor y generaba un factor psicológico con el que tenían que enfrentarse, sumado a esto el exceso de carga laboral debiendo cumplir guardias de hasta 24 horas debido a la falta de personal en las casas institucionales sea por despidos sin motivo o por enfermedad (Gómez Maridueña y Ochoa Cercado, 2020).

El declive de un sistema de salud frágil sin duda representó uno de los mayores retos para el personal de salud, debido a que esto solo derivaba en el abarrotamiento de las casas asistenciales, generando un exceso de trabajo, el cual, combinado con la ausencia de personal, solo generaba estrés laboral en los profesionales. La falta de gestión por parte del organismo central de salud, representado por el Ministerio de Salud Pública (MSP), fue el principal factor desencadenante de todos los problemas que surgieron a causa de la pandemia.

Resaltando los problemas que han estado presentes en el sistema de salud desde hace mucho tiempo. Siendo principales retos a los que se enfrentó el profesional en el tiempo de COVID-19, la falta de insumos médicos, ausencia de equipos de protección personal, limitada remuneración en el tiempo establecido, despidos intempestivos, carga laboral excedida, ausencia de personal en las casas asistenciales. Aspectos que pueden haber

interferido de manera negativa en la salud mental de los profesionales sanitarios, tales como ansiedad, depresión, sentimientos de soledad, estrés, entre otros, que no afectan únicamente a su vida, sino al entorno y el desempeño laboral.

Capítulo dos

Marco metodológico

2.1 Objetivos

2.1.1 *Objetivo general*

- Determinar el estado de salud mental de trabajadores sanitarios del sector público de Tungurahua y privado de Pastaza durante la pandemia del año 2021.

2.1.2 *Objetivos específicos*

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

2.2 Preguntas de Investigación

Para la presente propuesta de trabajo de fin de carrera se han definido las siguientes preguntas de investigación en base a los objetivos específicos:

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales del personal sanitario que labora en el sector público de Tungurahua y privado de Pastaza?
- ¿Cuál es el nivel de burnout que presenta el personal sanitario que labora en el sector público de Tungurahua y privado de Pastaza en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal?
- ¿Cuál es el estado de salud mental del personal sanitario que labora en el sector público de Tungurahua y privado de Pastaza en relación a estrés, ansiedad y depresión?
- ¿Cuál es el grado de inflexibilidad psicológica y percepción de soledad que manifiesta el personal sanitario que labora en el sector público de Tungurahua y privado de Pastaza?

2.3 Diseño de la investigación

La presente investigación tuvo un diseño no experimental, definido por Ramos (2021) como una investigación en la que no existe manipulación de variables de forma intencional, es decir, es un diseño centrado únicamente en la observación de los fenómenos en su entorno natural para su posterior análisis. En el estudio no se cuenta con un control directo sobre las variables independientes, dado que no hay una intervención por parte del investigador, tampoco se realizó una evaluación pre y post test para verificar intervenciones, sino por el contrario, se analizó la realidad desde la perspectiva de los encuestados sin modificarla.

Es de corte transversal, entendido como investigaciones donde se realiza una única medición de las variables de estudio en un tiempo determinado (Rodríguez y Mendivelso, 2018). Este proyecto es transaccional o transversal porque los instrumentos fueron aplicados en una sola ocasión a los participantes y en un momento determinado.

El enfoque es cuantitativo, el mismo que corresponde a un conjunto de procesos sistematizados para la recolección de información numérica para comprobar la hipótesis a través del análisis estadístico (Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2018). Es aplicable a la investigación porque permitió identificar a través de valores numéricos los niveles de *burnout*, salud mental, inflexibilidad psicológica y percepción de salud en el personal sanitario. Además del análisis estadístico descriptivo para conocer los porcentajes y frecuencias de cada una de las variables de estudio.

El alcance de la investigación es exploratorio el cual consiste en examinar un tema desconocido (Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2018). Este tipo de investigación permitió obtener datos relevantes sobre la realidad del personal sanitario de los cantones Quero y Mera de las provincias de Tungurahua y Pastaza respectivamente por no existir información en esta población en orden a las variables de estudio, siendo la salud mental una variable poco estudiada y en cierto grado desconocida en estos sectores.

El alcance descriptivo tiene como finalidad hallar propiedades y características específicas del fenómeno de estudio (Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2018). En la investigación se describió las propiedades específicas de la población de estudio, así como sus niveles de salud mental concernientes a los instrumentos de evaluación, cuyo cumplimiento se realizó a través de la recopilación de información de la muestra.

2.4 Población y Muestra

La población o universo hace alusión al conjunto de sujetos que tienen características comunes entre ellos, es decir, es el total de elementos de un estudio determinado (Arias y Covinos, 2021). En este caso, la población de estudio corresponde al personal sanitario de los cantones Quero y Mera de las provincias Tungurahua y Pastaza respectivamente. Sin embargo, para levantar la información es importante delimitar la población de estudio denominada muestra.

La muestra corresponde al subgrupo de una población para recabar información (Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2018). La extracción de la muestra se realiza a través de un muestreo. El mismo que se define como una técnica de selección de la muestra acorde a criterios o fórmulas (Arias y Covinos, 2021).

El muestreo de la investigación es no probabilístico por conveniencia, es decir, la muestra es seleccionada acorde a la conveniencia o criterios del investigador (Hernández, 2021). Por lo tanto, se emplearon criterios de inclusión y exclusión para la selección de los participantes:

Criterios de Inclusión:

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

Criterios de exclusión:

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

El tamaño de la muestra de la investigación estuvo conformado por 39 profesionales sanitarios que cumplieron los criterios de inclusión.

2.5 Técnicas e instrumentos

La técnica empleada fue la encuesta, siendo una de las más utilizadas para recabar información, definida como la agrupación de preguntas vinculadas a la variable de estudio

(Hernández et al., 2014). Los instrumentos aplicados fueron ficha sociodemográfica, Inventario de Burnout de Maslach (MBI), Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II), Escala de soledad(UCLA-R) y Calidad del sueño.

La ficha sociodemográfica y laboral tuvo la finalidad de recabar información relevante de los participantes para su posterior caracterización. Se indagó aspectos sociodemográficos como género, edad, número de hijos, ciudad de trabajo, nacionalidad, estado civil; y aspectos laborales: zona de trabajo, profesión, título, tipo de contrato, horas que trabajo, trabajo usted en turno, recursos que provee la institución donde labora, tiempo de experiencia laboral, tipo de institución y si ha tratado a pacientes con riesgo de muerte.

El primer instrumento corresponde al MBI correspondiente a Maslach Burnout Inventory compuesto de 22 ítems. A continuación se presenta la ficha técnica del reactivo psicológico (ver Tabla 3).

Tabla 3

Ficha técnica del Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

| Aspecto | Descripción |
|----------------|--|
| Autor | Maslach y Jackson (1997) |
| Objetivo | Evaluar síndrome de burnout (quemado) |
| Administración | Autoadministración |
| Ítems | 22 ítems |
| Factores | <ul style="list-style-type: none"> • Cansancio emocional • Despersonalización • Falta de realización personal |
| Respuestas | Escala Likert de 7 opciones: <ul style="list-style-type: none"> • 0 = Nunca • 1 = Alguna vez al año o menos |

- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Algunas veces al mes
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Varias veces a la semana
- 6 = Diariamente

| | |
|------------|---|
| Puntuación | Se emplea baremos para la calificación Superior al percentil 75: Alto Entre 75 y 25 = Medio Debajo del percentil 25 = Bajo |
|------------|---|

Fuente: Gillaa et al. (2019)

El instrumento fue seleccionado por las propiedades psicométricas que posee, mostrando un alfa de Cronbach $\alpha = 0,92$ y la validez se determinó mediante validez discriminante a través del índice de discriminación de los ítems, los resultados obtenidos fueron superior al mínimo aceptable ($r = 0,20$) (Yslado et al., 2021).

El segundo instrumento corresponde a la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) relacionado con las escalas de depresión, ansiedad y estrés, compuesto de 7 ítems por escala (ver Tabla 4).

Tabla 4

Ficha técnica del Cuestionario Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)

| Aspecto | Descripción |
|----------------|--|
| Autor | Lovibond y Lovibond (1995) |
| Objetivo | Evaluar en conjunto tres constructos: depresión, ansiedad y estrés. |
| Administración | Autoadministración |
| Ítems | 21 ítems |
| Respuestas | Escala Likert de 4 opciones: <ul style="list-style-type: none"> • 0 = Nada aplicable en mí • 1 = Aplicable a mí en algún grado |

| | |
|------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • 2 = Aplicable en mí en alto grado • 3 = Muy aplicable en mí |
| Puntuación | La calificación se realiza por cada sección obteniendo: Normal Leve Moderado Severo Extremadamente severo |
| Alfa de Cronbach | En la versión original se obtuvo un valor alfa de Cronbach para la dimensión CE de ,89, para el D de ,77 y el de RP de ,74, y en la versión adaptada, un valor alfa de Cronbach para la dimensión CE de ,90, para el D de ,79 y el de RP de ,71. |

Fuente: Pesántez y Rosales (2021)

Las propiedades del instrumento muestran niveles de confiabilidad mayores a 0,70, en estrés y ansiedad ($\alpha = .79$) y depresión ($\alpha = .78$) (Tapullima, 2022).

El tercer instrumento aplicado corresponde a AAQ-II correspondiente al Cuestionario de Aceptación y Acción II compuesto de 7 ítems (ver Tabla 5).

Tabla 5

Ficha técnica del Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II)

| Aspecto | Descripción |
|----------------|---|
| Autor | Lovibond y Lovibond (1995) |
| Objetivo | Evaluar la evitación experiencial o rigidez psicológica |
| Administración | Autoadministración |
| Ítems | 7 ítems |
| Respuestas | Escala Likert de 7 opciones: <ul style="list-style-type: none"> • 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

Fuente: Valencia (2019)

Las propiedades psicométricas del instrumento fueron evaluadas a través del análisis factorial confirmatorio, encontrando correlaciones positivas y altas con BAI y BDI, además de una consistencia interna de $\alpha = .897$. Por lo tanto, se concluye que es un instrumento adecuado para la población en general (Mellin y Padrós, 2021).

Ong et al. (2019) sugirieron que puntuaciones entre 28 y 32 podrían utilizarse como punto de corte para identificar a los “evitadores experienciales patológicos” o “inflexibles”

El cuarto instrumento es UCLA-R correspondiente a la escala de soledad, que consta de 3 ítems. A continuación, se presenta la ficha técnica del instrumento (ver Tabla 6).

Tabla 6

Ficha técnica del Cuestionario Escala de Soledad (UCLA-R)

| Aspecto | Descripción |
|----------------|--|
| Autor | Rusell, D. (1996) version Hughes et al. (2004) |
| Objetivo | Evaluar la soledad |
| Administración | Autoadministración |
| Ítems | 3 ítems |
| Respuestas | Escala Likert de 4 opciones: <ul style="list-style-type: none"> • 1 = Nunca • 2 = Rara vez • 3 = A veces • 4 = Siempre |

Fuente: Steptoe et al. (2013)

El análisis de las propiedades del instrumento fue analizado en personas de edad media y mayores, demostrando ser un instrumento útil y con una adecuada consistencia (0,72) y validez concurrente (0,82) medida a través de correlaciones con estrés percibido y depresión (Bellegarde, 2017).

El último instrumento psicológico empleado fue el de calidad de sueño compuesto de 11 preguntas cuya finalidad es valorar la calidad y dificultades presentan al momento de irse a acostar. Se presenta en la tabla 7 la ficha técnica del instrumento.

Tabla 7

Ficha técnica del Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño

| Aspecto | Descripción |
|----------------|--|
| Autor | Buysee, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer (1989) adaptado al castellano por Royuela y Macías en 1997. |
| Objetivo | Valorar de forma rápida la calidad y dificultades presentes en las personas al momento de irse a acostar. |
| Administración | Autoadministración |
| Ítems | 11 ítems |
| Respuestas | <p>Respuestas abiertas en los ítems del 1 al 4</p> <p>Respuestas tipo Likert (pregunta 5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Respuestas escala ordinal (preguntas de la 6 a la 10)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muy buena • Bastante buena • Muy mala • Bastante mala <p>Respuesta en escala del 1 a 10 (intensidad) en la pregunta 11</p> |

Fuente: Ravelo (2022)

Las propiedades psicométricas del instrumento fueron determinadas por Ravelo (2022), encontrando una confiabilidad de Alfa de Cronbach de $\alpha=0.79$, y la validez fue determinada a través de análisis factorial confirmatorio en la estructura del reactivo, alcanzó valores de 0,06 y 0,05 asociados a RMSE y SRMR, además de cargas factoriales de 0,35 hasta 0,58 en los ítems que conformaban el modelo unidimensional.

2.6 Procedimiento

Fase desarrollo marco teórico y metodológico

- Se partió de la revisión bibliográfica de documentos académicos como artículos científicos, tesis, libros, entre otros, para la redacción de dichos capítulos que permitan dar sustento a la investigación.

Fase de recolección de información

- Se realizó la identificación de la población participante en la recolección de datos.
- Llevamos a cabo la entrega de los oficios a las autoridades pertinentes de los centros de atención médica elegidos para obtener el permiso y desarrollar el proyecto de investigación.
- Una vez revisado y aceptado el protocolo de investigación y la documentación por parte de las autoridades de las instituciones de salud se estableció la fecha de recolección de datos.
- Acorde a la fecha establecida de Aplicación se procedió a la recolección de datos.
- Seleccionamos los participantes dentro de las instalaciones de salud que cumplieron los criterios de inclusión señalado en el apartado anterior.

- Ya en la sala de juntas con una cálida bienvenida a cada profesional, de manera general se dio una breve introducción del estudio, sus beneficios y la importancia de su participación, por parte del investigador.
- Se entregó la carta de consentimiento informado del instrumento a todos aquellos que brindaron su colaboración. Seguidamente, una breve explicación de los test y como llenarlos, al tener todo claro en cuanto a los instrumentos y la manera correcta de completarlos, se aplicó los instrumentos seleccionados para cumplir con los objetivos propuestos.
- Una vez terminado el proceso de recolección, una despedida y agradecimiento por su alto espíritu de colaboración.

Fase de procesamiento de datos

- Depuración de la información y tabulación de datos: Una vez obtenido la aplicación de los instrumentos se revisó si presentaron inconsistencias en los datos. Sin embargo, al no hallar información inconclusa se procedió con la tabulación en el sitio web previamente estipulado por la universidad para el análisis de la información pertinente.
- El análisis de los resultados se efectuó con el paquete estadístico SPSS para Windows versión 23.0.
- Una a una las encuestas fueron subidas de manera ordenada al sistema de tabulación, juntamente con esto se escaneo y se transformó a formato PDF para que se pueda evidenciar la constancia de las encuestas.

Capítulo tres

Análisis de Resultados y Discusión

En este apartado se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos en el personal sanitario para identificar su estado de salud mental en el año 2021. Cada uno de ellos, se indica en tablas para una mejor visualización y cumplimiento de los objetivos. Se parte del análisis sociodemográfico para culminar con los puntajes directos de los test psicológicos. Cabe señalar la utilización de estadística descriptiva a través de frecuencias y porcentajes para variables nominales y ordinales, y variables a escala la media, desviación estándar, máximo y mínimo.

3.1 Análisis de resultados

En la Tabla 8

Características sociodemográficas y laborales del personal de salud se presenta los resultados del cuestionario Ad-Hoc que permite el análisis sociodemográfico de los participantes en concordancia con el primer objetivo específico, incluye variables de género, estado civil, trabajo por turnos, tipo de trabajo, tipo de institución y variables a escala como la edad, horas de trabajo por día y experiencia laboral.

Tabla 8

Características sociodemográficas y laborales del personal de salud

| Variable | | N | % |
|---------------------|--------------------|----------|----------|
| Género | Masculino | 12 | 30.8 |
| | Femenino | 27 | 69.2 |
| Estado civil | Soltero/a | 13 | 33.4 |
| | Casado/unión libre | 16 | 41.0 |
| | Viudo/a | 3 | 7.7 |

| | | | | |
|---------------------------------|-----------------|-------------|-------------|-----------|
| | Divorciado/a | 7 | 7.7 | |
| Trabajo por turnos | Si | 16 | 41.0 | |
| | No | 23 | 59.0 | |
| Tipo de trabajo | Tiempo completo | 33 | 84.6 | |
| | Tiempo parcial | 6 | 15.4 | |
| Tipo de institución | Pública | 23 | 59.0 | |
| | Privada | 16 | 41.0 | |
| | M | Máx. | Min. | DT |
| Edad | 33.51 | 56 | 24 | 8.37 |
| Horas de trabajo por día | 8.44 | 12 | 6 | 1.31 |
| Experiencia laboral | 6.36 | 28 | 1 | 6.57 |

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

En la Tabla 8

Características sociodemográficas y laborales del personal de salud se registra dentro de los establecimientos de salud una predominancia del género femenino (69.2 %), y el estado civil casado o unión libre (41 %). Asimismo, la mayoría no trabaja por turnos (59 %). Los resultados de la variable tipo de trabajo señala que el 84.6 % de los evaluados laboran en tiempo completo, indicativo que son pocos profesionales que cuentan con un trabajo a medio tiempo (15.4 %). Finalmente, el 59 % de los servidores de salud pertenecen al sistema de salud pública, en contraste con el privado 41 %.

En cuanto a la variable de la edad, el promedio de los participantes corresponde a 33.51 años, indicativo de encontrarse en la etapa de adultez joven caracterizada por buenas capacidades físicas para alcanzar el máximo de efectividad laboral. En cuanto al tiempo de trabajo por día, siendo el máximo 12, el mínimo 6, el promedio fue de 8.44 horas, y la

desviación estándar observada 1.31, dejando de lado la posible interpretación de sobrecarga del personal de salud. Por último, la variante experiencia laboral muestra una media de 6.36 y una desviación estándar de 6.57 indicativo de una baja experiencia laboral en una gran parte de los encuestados.

En relación al segundo objetivo específico y los niveles de burnout acorde a las dimensiones agotamiento emocional, despersonalización y realización personal se presenta los resultados en la Tabla 9 mediante frecuencias y porcentajes.

Tabla 9

Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud

| Dimensiones de Burnout | Categoría | Frecuencia | Porcentaje % |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------------------|
| Agotamiento emocional | Bajo | 20 | 51.3 |
| | Medio | 14 | 35.9 |
| | Alto | 5 | 12.8 |
| Despersonalización | Bajo | 23 | 59 |
| | Medio | 8 | 20.5 |
| | Alto | 8 | 20.5 |
| Realización personal | Alto | 17 | 43.6 |
| | Medio | 8 | 20.5 |
| | Bajo | 14 | 35.9 |

Nota. Maslach Burnout Inventory (MBI)

En la Tabla 9 se puede apreciar que, en la dimensión de cansancio emocional, el 51.3 % de los encuestados tienen un nivel general bajo, y el 35.9 % de los encuestados tiene un nivel medio, es decir, estos niveles son los más comunes de las personas evaluadas, y solo el 12.8 % de los profesionales sufren un alto agotamiento emocional.

Por otro lado, la mayoría de los trabajadores de la salud señalan niveles bajos de despersonalización en un 59 %, con una distribución aparentemente uniforme de un 20.5 %

tanto en niveles moderados como altos. Dicho de otra manera, 41 % de los evaluados experimentan en cierto grado sensaciones persistentes de distanciamiento de los procesos mentales del propio cuerpo y una desconexión del entorno, también problemas para concentrarse en las tareas o para recordar cuestiones relacionadas con el trabajo y con otras actividades diarias.

En cuanto a la realización personal de maximizar el potencial, alcanzar el éxito y crear una vida feliz, el resultado más representativo es el nivel alto de autosatisfacción 43.6 %, seguidamente de nivel medio 20.5 %. Es importante señalar que el 35.9 % de los profesionales reportó una baja percepción de la su autorrealización, dicho de otra manera, pese a que la mayoría de las personas evaluadas se encuentran satisfechas y muy satisfechas con su confianza personal en uno mismo, sus motivaciones y su crecimiento personal, existen individuos que necesitan ayuda inmediata para mejorar su salud mental de autopercepción.

El tercer objetivo específico asociado con la identificación de la salud mental acorde a niveles de estrés, ansiedad y depresión se presenta en la Tabla 10 a través de frecuencias y porcentajes.

Tabla 10

Percepción de la salud mental del personal de salud

| Salud mental | Categoría | Frecuencia | Porcentaje % |
|---------------------|------------------|-------------------|---------------------|
| Estrés | Leve | 31 | 79.5 |
| | Moderado | 5 | 12.5 |
| | Severo | 3 | 7.7 |
| Ansiedad | Leve | 21 | 53.8 |
| | Moderado | 9 | 23.1 |
| | Severo | 9 | 23.1 |
| Depresión | Leve | 26 | 66.7 |

| | | |
|----------|---|------|
| Moderado | 9 | 23.1 |
| Severo | 4 | 10.3 |

Nota. Cuestionario de salud mental DASS-21

En relación a la salud mental del personal de salud, se puede observar en la Tabla 10 variables como estrés, ansiedad y depresión, los resultados más significativos que arroja la tabla se encuentran en el nivel leve, un 79.5 % estrés, 53.7 % ansiedad y 66.7 % depresión. En segundo plano, los resultados de las variables en el nivel moderado se encuentran el 12.5 % en estrés, y el 23.1 % de manera equivalente en ansiedad y depresión. Adicionalmente, los resultados más bajos se encuentran en el nivel severo revelando valores para estrés 7.7 % y depresión 10.3 % a excepción de la ansiedad en un 23.1 %.

El personal médico de manera preeminente presenta niveles leves de estrés, ansiedad y depresión. Es importante mencionar que la ansiedad fue la variable más representativa de sintomatología y malestar, con un 23.1 % de homogeneidad en los puntajes de severidad y levedad. En fin, los profesionales con mayor salud física y emocional son más productivos, poseen altos niveles de compromiso, duplican el tiempo en sus tareas diarias, tienen más energía, y proporcionan un mejor ambiente laboral (Cando, 2021).

En orden al cuarto objetivo asociado a la inflexibilidad psicológica y percepción de soledad se encuentra en la Tabla 11, cuyas puntuaciones totales se muestran a través de la media (M), máximo (Máx.), mínimo (Min.) y desviación típica (DT).

Tabla 11

Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad

| Variables | M | Máx. | Mín. | DT |
|----------------------------|----------|-------------|-------------|-----------|
| Inflexibilidad psicológica | 17.31 | 49.00 | 7.00 | 9.99 |
| Percepción de soledad | 5.90 | 12.00 | 3.00 | 2.55 |

Nota. Inventario AAQ-7 y UCLA-3

La Tabla 11 indica que la variable inflexibilidad psicológica tiene una media de 17.31 con un máximo de 49 puntos y mínimo de 7 y su desviación típica es de 9.99. Al sumar el valor máximo y valor mínimo y dividirlo para dos se encuentra que el punto de corte es 28, una media mayor a este punto, denota mayor inflexibilidad, menor a este punto, mayor flexibilidad. Teniendo en cuenta la media, sostiene que los evaluados tienden a ser mentalmente flexibles, dicho de otro modo, cuentan con óptimas capacidades cognitivas para adaptar su conducta y pensamientos a situaciones complicadas, cambiantes e inesperadas de manera más adaptativa.

En cuanto a la percepción de soledad su media es de 5.90 con puntajes máximos de 12 y mínimo de 3 y desviación estándar de 2.55, punto de corte 7.5, una media mayor a este punto representa mayores sentimientos de soledad, menor a este punto, mayor apoyo social. Comprendiendo la media y el punto de corte se puede identificar una alta percepción de apoyo social por parte de los evaluados.

Por último, el quinto objetivo relacionado a la calidad de sueño del personal de salud se encuentra en la Tabla 12 mediante frecuencias y porcentajes.

Tabla 12

Calidad de sueño del personal de salud

| Variable | Frecuencia | Porcentaje % |
|------------------------------|-------------------|---------------------|
| Calidad de sueño | | |
| Facilidad para dormir | 0 | 0.0 |
| Baja dificultad para dormir | 24 | 61.5 |
| Media dificultad para dormir | 12 | 30.8 |
| Alta dificultad para dormir | 3 | 7.7 |

Nota. Cuestionario de Pittsburgh de Calidad de sueño

En relación a la calidad de sueño, la tabla muestra el valor predominante de los evaluados en un 61.5 % que no tienen problemas para dormir, sin embargo, el 30.8 % realiza un esfuerzo mayor para conciliar el sueño, a comparación del 7.7 % que tienen una alta dificultad para descansar.

3.2 Discusión de resultados

En relación al perfil sociodemográfico, la mayoría de los participantes son mujeres, un dato relevante, dado que en varias investigaciones la mujer predomina en número dentro de los servicios de salud, tal como lo exponen Pérez et al. (2021); Raraz-Vidal et al. (2021) una predominancia del género femenino 80 %. De igual forma, en el estudio de Torres et al. (2020) encontraron que la mayor parte de los encuestados correspondían a mujeres de profesión enfermeras. Sin embargo, en la investigación de Samaniego et al. (2020) existió una prevalencia del 83 % de mujeres, superior al estudio actual. Esto hace pensar que son las mujeres quienes ejercen profesiones de corte “humanista”, vinculadas con el contacto con terceros y servicio hace el otro, en concordancia con su perfil característico, pero a la vez aumenta la predisposición a padecer trastornos de ansiedad (Muñoz et al., 2020), aunque su resiliencia puede convertirse en un factor protector (Pérez et al., 2021).

El promedio de edad de los evaluados corresponde a 33.51 años en concordancia con el estudio de Samaniego et al. (2020) al señalar que los profesionales sanitarios tienen una media de edad de 32 años. Por otro lado, el estudio de Arias et al. (2017) muestra una edad media de 37 años, que en conjunto las investigaciones indican encontrarse en la etapa de adultez joven, caracterizada principalmente por la vitalidad y actividad, es decir, es considerada una de las fases con niveles más altos de productividad dado que coincide con la culminación de la formación profesional, independencia económica respecto a la familia, y también la etapa idónea para procrear (Ancajima, 2021). Sin embargo, el estudio de Sandoval (2019) indica una media de 29 años por corresponder a médicos residenciales.

Por otro lado, en relación al estado civil existen una predominancia en casado/unión libre, similar a la investigación de Flores y Ruíz (2018) al tener una prevalencia de estado civil casado. Así mismo, Arias et al. (2017) indica una prevalencia de estado casado con un 52.1 %. No obstante, en el estudio de Sandoval (2019) existe una prevalencia de estado civil soltero en un 65.4 % al tener una media de 29 años.

En orden al trabajo por turnos, se observa que la mayor parte de trabajadores sanitarios no presentan jornada rotativa, en cambio, Vásquez y Guzmán (2020) denotan que los profesionales de salud de Chile trabajan en turnos rotativos en un 54 % en una serie de cuatro días seguidos. Así mismo, el estudio de Martínez (2022) indica que el 100 % de los médicos tienen turnos rotativos, los cuales podrían incidir en el apareamiento del síndrome de burnout. De igual forma, Larrea y Merino-Salazar (2018) mencionan que el personal sanitario de una institución privada de Quito está expuesto en su mayoría a jornada irregular en un 81.1 %, aumentando la probabilidad del apareamiento de conflictos familiares, así como alteraciones de la salud física, mental, social, desempeño laboral y familiar.

En relación al tipo de trabajo, se observa que, en la investigación actual, la mayor parte de profesionales sanitarios cuentan con un trabajo de tiempo completo, datos similares al estudio de Prada et al. (2016) al indicar que el personal sanitario de Madrid tenían un trabajo de tiempo completo en un 86.7 % y 13.3 % en jornada parcial. De igual forma, señaló Ochoa y Carreño (2019) que el personal de enfermería presentó una jornada completa en un 100 %.

La variable tipo de institución, se encuentra que en el estudio la mayor parte de trabajadores sanitarios pertenecían a la red de salud pública, concordante con lo expuesto por Saltos Llerena et al. (2022) al señalar que el 75 % de los profesionales de salud del Ecuador laboran en el sector público. De tal modo que el estudio de Pérez et al. (2021) indicó que el 100 % del personal sanitario de Huambaló corresponde a institución pública al igual

que el estudio de García et al. (2020) al encontrar que el 100 % de enfermeras evaluadas con riesgo de estrés laboral, pertenecen a un hospital público de la zona fronteriza de México.

Las horas de trabajo por día presentan una media de 8.44, datos semejantes a Flores y Ruíz (2018) quienes indican una media de 8 horas de trabajo tanto para médicos como enfermeras mexicanas. En cambio, estos resultados no conciben con la investigación de Raraz-Vidal et al. (2021) al indicar que el personal de salud de Lima se encuentra expuesto a un promedio de 12 horas, valor superior al estudio actual. No obstante, Costa et al. (2021) señala que las horas de trabajo de los profesionales sanitarios de Italia tienen una media de trabajo de 6.9 horas por semana, valores inferiores a los dos estudios señalados.

La variable experiencia laboral indica un promedio de 6.36 años de ejercicio profesional, semejante al estudio de Pérez et al. (2021) al mostrar experiencia del personal de salud de Huambaló superior a 5 años, sin embargo, el estudio de Flores y Ruíz (2018) mostró 14 años de experiencia laboral de enfermeras y médicos, lo cual podría aportar mejores herramientas de afrontamiento a las presiones laborales. En cambio, en la investigación de Guamán (2022) encontraron un promedio de años de experiencia de 6 años, semejante a la investigación actual.

La mayoría de la muestra estudiada presentó bajos niveles de agotamiento emocional, despersonalización y altos en realización personal. Esto coincide con el estudio de Flores y Ruíz (2018) quienes encontraron en el personal médico predominancia en agotamiento emocional bajo 82.75 %, despersonalización baja 75.86 % pero discrepantes en la dimensión realización personal donde el 79.31 % puntúa bajo en dicho aspecto, indicativo de niveles leves de síndrome de burnout, que reduce la posibilidad de alterar la personalidad y autoestima del trabajador (Aceves, 2018). Sin embargo, al analizar con el personal de salud del Ministerio de Salud Pública e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en Ecuador, se encuentra agotamiento emocional severo 78.15 %, despersonalización severa 72.61 %, y la

realización personal en el trabajo es baja 85.41 %. Esto puede explicarse en base a las diferencias en la jornada laboral que puede ir hasta 30 horas de forma ininterrumpida o 160 horas a la semana, a diferencia del presente estudio, donde el promedio fue de 8 horas de trabajo (Vinueza et al., 2021).

Así mismo, los resultados de Vinueza et al. (2021) en el personal médico ecuatoriano la predominancia de los evaluados son mujeres mayores a 40 años, a diferencia de esta investigación, donde la muestra estuvo conformada principalmente por mujeres con edad media de 33,51 años, por lo tanto, pueden vincularse estos resultados con los principales factores de riesgo; ser mujer, mayor de 40 años, con hijos, contratación de base, con 10 años o más de antigüedad institucional (Castañeda y García 2010).

La variable salud mental denota presencia de estrés 79.5 % ansiedad 53.8 % y depresión 66.7 % en nivel leve, valores que concuerdan con del estudio de Pérez et al. (2021) al indicar en el personal de Huambaló niveles leves en ansiedad, insomnio y depresión. Frente a esto, Galindo Vázquez et al. (2020) exponen que los profesionales de atención en primera línea y administrativos tienen mayor propensión a desarrollar padecimientos mentales por su exposición a factores estresores generados por la pandemia COVID-19. Así mismo, la investigación de Monterrosa et al. (2020) quienes hallaron en la mayoría ansiedad leve 33.5 % y estrés laboral leve 35 %. No obstante, al comparar los resultados con el personal sanitario de Quito que labora en la unidad crítica COVID-19 presentaron en su mayoría niveles moderados de estrés 80 %, ansiedad severa 100 % y depresión leve en un 85 %, por el hecho de mantener una jornada irregular, alteraciones de relaciones familiares y sociales, y en su vida cotidiana (Larrea y Merino-Salazar, 2018).

Concomitante con Kang et al. (2020) al señalar que el ser profesional de salud y el ambiente de trabajo puede generar que la persona experimente niveles elevados de ansiedad, depresión, y estrés. De igual forma, Samaniego et al. (2020) halló alteraciones en

la salud mental del personal sanitario de Paraguay destinados a la atención exclusiva de pacientes COVID-19, encontrando mayor predisposición a niveles moderados y severos en ansiedad, depresión, estrés, insomnio y fatiga debido a las situaciones estresantes y vivencias sometidas por la pandemia, aumento de casos contagiados, servicios críticos y sobrecarga de trabajo.

En relación a la inflexibilidad psicológica se encuentra rangos normales de flexibilidad psicológica, es decir, menor grado de evitación experiencial, semejante a la investigación de Valiente-Barroso et al. (2020) demostraron que los profesionales sanitarios presentaron menor temor o evitación experiencial ante la pandemia. En cambio, el estudio de Mareš (2018) demuestra que, ante las modificaciones en el sistema de salud, el personal sanitario presenta inflexibilidad psicológica moderada, al mostrar objeciones constantes ante modificaciones planteadas. Por último, el estudio de Johns et al. (2022) indicó niveles de flexibilidad psicológica normales en el personal sanitario del Reino Unido. Una explicación tentativa es la presencia de resiliencia, reevaluación cognitiva adaptativa y la inteligencia que permite a las personas afrontar las adversidades y gestionar el estrés acorde a las competencias emocionales (Morales Rodríguez, 2017).

En cuanto a la percepción de soledad los resultados de la investigación señalan una buena percepción de apoyo social, en contraposición del estudio de Pinazo-Hernandis et al. (2022) al encontrar entre las versiones emitidas por los profesionales sanitarios que vivenciaron sentimientos de soledad a causa de las restricciones de visitas familiares y contacto social, aumentando sintomatología depresiva, sumado a la falta de personal disponible para atenderlos y acompañarlos. En concordancia, el estudio de Stubbs y Achat. (2022) mostró que los profesionales sanitarios de Australia vivenciaron sentimientos de soledad en un 62.7 %, incidiendo de forma negativa en su bienestar. Así mismo, la investigación de Fang et al. (2021) indicaron que el personal sanitario de China mostró una media de 36.24 en percepción de soledad, indicativo de niveles elevados de soledad debido

a encontrarse en la sala de aislamiento, fiebre y el triaje, al ser ubicados en primera línea de la epidemia, impidiendo el compartir con sus familias, sumado a la preocupación del riesgo de infectar a su familia, generando sentimientos de soledad e indefensión.

Por último, en orden a la calidad de sueño, se encuentra que la mayor parte de profesionales sanitarios muestran baja dificultad para dormir, datos inferiores al estudio de Arriola Torres et al. (2021) quienes hallaron que los médicos residentes del sistema de salud público del Perú presentan problemas de sueño en un 89.71 % y de ellos el 55 % requiere tratamiento médico, pero los hallazgos no coinciden con el estudio de Costa et al. (2021). Al evaluar la calidad del sueño a través del instrumento Calidad del sueño de Pittsburgh en los trabajadores de salud italianos, hallando que el 45 % reportó mala calidad del sueño, al presentar valores inferiores a las investigaciones anteriores a causa posiblemente de cambios profundos en la organización del trabajo y el entorno pueden haber incidido en la desregulación del ritmo circadiana, empeorando de esta forma la calidad del sueño.

4.1 Conclusiones

Los profesionales de la salud del sector público de Tungurahua y del sector privado de Pastaza que participaron del estudio son predominantemente mujeres, en estado civil casadas o unión libre, de edad promedio 33.51 años, que laboran hasta 8.44 horas diarias con una experiencia laboral de 6.36 años. Vale la pena mencionar que la mayoría de los profesionales de la salud trabajan a tiempo completo, pero no están de guardia o de turno.

El personal sanitario presenta un bajo nivel de burnout asociado a niveles bajos de agotamiento emocional, bajos de despersonalización y altos niveles de realización personal. Es importante mencionar que en la dimensión realización personal existen resultados casi parecidos entre el nivel alto y bajo de la muestra, lo que supone que existe cierto desinterés, desmotivación e insatisfacción por su trabajo.

En cuanto a la salud mental para el personal médico, señalan repercusiones de nivel leve, observados en los resultados obtenidos, en la dimensión de estrés (leve), ansiedad (leve) y depresión (leve); no menos importante, en la variable ansiedad, entre los niveles moderados y severos los resultados fueron los mismos, es decir, aunque la mayor parte de los evaluados presentan niveles leves existe un considerado número de trabajadores que experimentan niveles moderados y severos de ansiedad, que de no tener apoyo psicológico puede generar graves consecuencias en su estado de salud física y mental.

En cuanto a las dimensiones, inflexibilidad psicológica y apoyo social, el personal médico según los resultados, tienden a ser psicológicamente flexibles, con un alto nivel de percepción de asistencia social, es decir, confían en el soporte que brinda la comunidad para superar acontecimientos estresantes con los que se enfrentan durante su vida diaria y cuentan con habilidades que permite responder de forma flexible a los pensamientos, sentimientos y eventos negativos.

Por último, los evaluados muestran bajas dificultades para dormir, siendo esto beneficioso para la recuperación física y buena salud mental que los ayudan a ser más felices, proactivos y emocionalmente más fuertes.

4.2 Recomendaciones

En base a las conclusiones halladas, se recomienda que:

Debido a que las variables sociodemográficas como el género, las variables laborales, el tipo de institución y las variables de estudio (burnout, salud mental, inflexibilidad mental, soledad y calidad del sueño) es necesario que se realicen investigaciones comparativas no solo entre instituciones sino también provincias que permita conocer la realidad de cada zona y a la vez, establecer semejanzas y diferencias entre resultados. Dichos resultados pueden contribuir al desarrollo de propuestas de intervención que favorezca al fortalecimiento de la salud mental de este segmento poblacional.

A los establecimientos de salud desarrollar espacios de prevención y promoción que promuevan la salud mental, reduciendo así el desgaste profesional de los profesionales de la salud. Así, se necesitan ciclos restaurativos o talleres vivenciales para prevenir el burnout, dotando a los profesionales sanitarios de recursos y herramientas para afrontar el estrés. Además, el uso de la recreación activa y el desarrollo de técnicas de relajación son beneficiosos para reducir el nivel de estrés relacionado con el trabajo que puede conducir a enfermedades crónicas.

Debido a los niveles leves asociados con las variables de estudio, se necesitan políticas nacionales que promuevan la salud mental de los trabajadores de la salud para asegurar su calidad de vida digna y reducir el riesgo psicosocial y la psicopatología. De este modo, uno de ellos podría tratarse de intervenciones psicológicas encaminadas a reducir los síntomas antes mencionados a través de la terapia de grupo, que brinda herramientas para

reducir los síntomas de ansiedad, depresión y estrés, que pueden surgir desde enfoques cognitivo-conductuales o terapias de tercera generación. Además, ver a las personas desde una perspectiva positiva de sí mismo, como a través de la psicología positiva, que se enfoca en las fortalezas y virtudes de uno, además, permite que la atención plena se centre en el aquí y ahora a través de una atención plena.

En relación a la variable inflexibilidad psicológica y percepción de soledad es necesario el desarrollo de programas y espacios de autocuidado para todo el personal sanitario, donde se fortalezca relaciones interpersonales entre compañeros, con énfasis en talleres vivenciales y actividades recreativas, que tengan como objetivo generar redes de apoyos entre ellos, pero también entre el personal administrativo, permitiéndoles evidenciar que existen personas en las que se puede acudir en caso de algún conflicto, pero no solo buscar la cohesión del grupo, sino también en establecer lazos afectivos entre pares sanos, que aporten al desarrollo personal de cada uno. A la vez, la inflexibilidad psicológica puede ser combatida o elaborada mediante la terapia de aceptación y compromiso (tercera generación) que permita al personal centrarse en el hoy, que está bien realizar modificaciones a las rutinas diarias, es decir, reeducar al paciente y re orientar su vida, para fortalecer el autodescubrimiento personal con la práctica de la aceptación y agradecimiento de las vivencias, en beneficio de la confrontación de sus pensamientos erróneos, determinando lo perjudicial o la influencia que pueden ejercer en su vida

En orden a la variable calidad de sueño, es importante socializar sobre técnicas que favorezcan al descanso nocturno, a manera de recomendaciones o tips como el caso de no ver televisión, o estar en contacto con aparatos electrónicos media hora antes de dormir, establecer una rutina de sueño que aporte un descanso de horas adecuados, así mismo, la realización de meditación previo al acostarse, para tranquilizar los pensamientos y centrarse en el aquí y en el ahora. Para esto, será necesario la ejecución de talleres psicoeducativos que entrene al profesional en estas herramientas que contribuyan al sueño. Realizar

evaluaciones psicológicas más profundas con la finalidad de identificar la presencia de otras patologías relevantes, mediante entrevistas personales entre un profesional de la salud mental y el trabajador sanitario, cuyos resultados contribuyan a intervenciones individuales acorde a cada paciente.

Referencias Bibliografías

- Aceves, G. (2018). Síndrome de burnout. . . *Archivos de neurociencias, Nro, 11*(Nro. 4), 305–309.
- Acosta-Quiroz, J., & Iglesias-Osores, S. (2020). Salud mental en trabajadores expuestos a COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatria, 83*(3), 212–213.
<https://doi.org/10.20453/RNP.V83I3.3784>
- Akber, N., Shahil, A., Akber, N., Feroz, R., Nazim, S., Saleem, & Sarah. (2021). When COVID-19 enters in a community setting: an exploratory qualitative study of community perspectives on COVID-19 affecting mental well-being. *BMJ Open, 11*(55).
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049851>
- Ancajima, L. (2021). Nivel de autoestima en los padres de familia de los estudiantes de primer grado de secundaria de la I.E “Alejandro Sánchez Arteaga” La Arena Piura, 2018 [UDELACH católica]. In *Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote*.
<https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/23303>
- Arévalo, S., & Vega, V. (2022). Comparación de la salud mental de estudiantes de un Instituto Superior Tecnológico durante la COVID-19. *PSICOLOGÍA UNEMI, 6*(10), 96–111.
<https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss10.2022pp96-111p>
- Arias, J., & Covinos, M. (2021). *Diseño y metodología de la investigación* . Enfoques Consulting EIRL. <http://repositorio.concytec.gob.pe/handle/20.500.12390/2260>
- Arias, W., Muñoz, A., Delgado, Y., Ortiz, M., & Quispe, M. (2017). Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). *Medicina y Seguridad Del Trabajo, 63*(249).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000400331

Arriola Torres, L. F., Palomino Taype, K. R., & Quintana Castro, L. (2021). Calidad de sueño y antojo por azúcares en médicos residentes durante la pandemia de COVID-19 en el Perú. *Neurología Argentina*, 13(1), 7–13.
<https://doi.org/10.1016/J.NEUARG.2021.01.004>

Constitución de la República del Ecuador, Pub. L. No. Registro Oficial 449 de 20-oct.2008
 Última modificación: 25-ene.2021, 449 Decreto Legislativo 0 25 (2008).
https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf

Balluerka, N., Gómez, J., Hidalgo, D., Gorostiaga, A., Espada, J., Padilla, J., & Santed, M. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la Covid-19 y el confinamiento*. Universidad del País Vasco.
https://www.psicociencias.com/pdf_recursos/las_consecuencias_psicologicas_covid_19_y_confinamiento.pdf

Barrera, A., Neira, M., Raipán, P., Riquelme, P., & Escobar, B. (2019). Apoyo social percibido y factores sociodemográficos en relación con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en universitarios chilenos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24, 105–115.
[https://www.researchgate.net/profile/Ana-Barrera-3/publication/335574518_Apoyo_social_percibido_y_factores_sociodemograficos_en_relacion_con_los_sintomas_de_ansiedad_depre-sion_y_estres_en_universitarios_chilenos/links/5d950085299bf1c363f2bd99/Apoyo-social-percibido-y-factores-sociodemograficos-en-relacion-con-los-sintomas-de-ansiedad-depre-sion-y-estres-en-universitarios-chilenos.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ana-Barrera-3/publication/335574518_Apoyo_social_percibido_y_factores_sociodemograficos_en_relacion_con_los_sintomas_de_ansiedad_depresion_y_estres_en_universitarios_chilenos/links/5d950085299bf1c363f2bd99/Apoyo-social-percibido-y-factores-sociodemograficos-en-relacion-con-los-sintomas-de-ansiedad-depre-sion-y-estres-en-universitarios-chilenos.pdf)

Bellegarde, M. (2017). *La soledad de las mujeres mayores que viven solas* [Universidad de Valencia].
<https://1library.co/document/zkx99ppy-soledad-mujeres-mayores-viven-solas.html>

- Bonilla, J. (2020). Las dos caras de la Educación en el COVID-19. *CienciAmérica*, 9.
- Carlos, J., Adán, M., del Pino Cuadrado, P., Alaejos, R. S., Gálvez Herrero, M., Dolores, M., & García, G. (2011). El trabajador con problemas de salud mental: Pautas generales de detección, intervención y prevención. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 57, 188–205. <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500012>
- Chauca, R. (2021). La covid-19 en Ecuador: fragilidad política y precariedad de la salud pública. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 28(2), 587–591. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021005000003>
- Condori, M., & Feliciano, V. (2020). *Estrategias de afrontamiento al estrés y ansiedad estado en trabajadores de un centro de salud en cuarentena por COVID-19, JULIACA* [Universidad Autónoma De ICA]. <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/728/1/Maritza%20Condori%20Chambi.pdf>
- Córdoba-Rojas, D. N., Sanz-Guerrero, D., Medina-Ch, A. M., Buitrago-Echeverri, M. T., & Sierra-González, Á. M. (2021). Fatiga por compasión y agotamiento profesional en personal de salud ante el duelo y muerte en contextos hospitalarios. *Saúde e Sociedade*, 30(3). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200478>
- Costa, C., Teodoro, M., Briguglio, G., Vitale, E., Giambò, F., Indelicato, G., Micali, E., Italia, S., & Fenga, C. (2021). Sleep Quality and Mood State in Resident Physicians during COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021, Vol. 18, Page 8023, 18(15), 8023. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18158023>
- Delgado, C., Varas, J., Ruiz, F., Espejo, B., Guerrero, P., Ruiz, E., Gonzalez, N., Rincon, A., & Ramos, R. (2020). Inflexibilidad psicológica e impacto clínico. *Nefrología, Nro*, 40(2), 115–212. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2019.06.008>

- Dosil, M., Ozamiz, N., Redondo, I., Jaureguizar, J., & Picaza, M. (2020). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 14(2), 106–112. <https://doi.org/https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989120300604>
- Esperidião, E., Saidel, M. G. B., & Rodrigues, J. (2020). Salud mental: enfoque en los profesionales de la salud. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.202073SUPLO1>
- Fang, X. H., Wu, L., Lu, L. S., Kan, X. H., Wang, H., Xiong, Y. J., Ma, D. C., & Wu, G. C. (2021). Mental health problems and social supports in the COVID-19 healthcare workers: a Chinese explanatory study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S12888-020-02998-Y/TABLES/5>
- Flores, S., & Ruíz, A. (2018). Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel | Psicología y Salud. *Psicología y Salud*, 28(1), 63–72. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2539/4421>
- Fondo Monetario Internacional. (2020). *International Monetary Fund* . Fondo Monetario Internacional. <https://www.imf.org/es/Publications/WEO/Issues/2020/04/14/weo-april-2020>
- García, P., Jiménez, A., Hinojosa, L., Gracia, G., Cano, L., & Abeldaño, R. (2020). Estrés laboral en enfermeras de un hospital público de la zona fronteriza de México, en el contexto de la pandemia covid-19. *Rev. Salud Pública (Córdoba) (Internet)*, 65–73. <https://doi.org/10.1016/J.ENFI.2016.03.001>
- García-Iglesias, J., Gómez-Salgado, J., Martín-Pereira, J., Fagundo-Rivera, J., Ayuso-Murillo, D., Martínez-Riera, J., & Ruiz-Frutos, C. (2020). Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en

- la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 94(1), e1–e20. <https://medes.com/publication/152295>
- Gilla^a, M. A., Belén Giménez, S., Moran, V. E., & Olaz, F. O. (2019). Adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental. *Liberabit*, 25(2), 179–193. <https://doi.org/10.24265/LIBERABIT.2019.V25N2.04>
- Gomez Maridueña, D. A., & Ochoa Cercado, T. G. (2020). *Retos percibidos por profesionales de enfermería frente al cuidado en tiempos de covid 19* [Universidad de Guayaquil]. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/53893>
- Guamán, G. (2022). *Trastorno mixto, Estrés, Depresión y Ansiedad en los profesionales de Enfermería de las unidades de cuidados intensivos Covid, en un Hospital público de Quito, durante la emergencia sanitaria*. [Universidad Internacional SEK]. <https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/4662/1/Guam%C3%A1n%20Aguilar%20Gabriela%20Natalia.pdf>
- Gutiérrez, V., & Mora, J. (2021). Nunchill resignificación de la percepción estigmatizadora de las enfermedades mentales y la salud mental [Universidad Santo Tomás]. In *Revista ICONO14 Revista científica de Comunicación y Tecnologías emergentes* (Vol. 14, Issue 1). <https://doi.org/10.7195/RI14.V14I1.902>
- Hernández, O. (2021). Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. McGRAW-HILL.

- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la Investigación: Las Rutas Cuantitativa, Cualitativa y Mixta*. Edamsa Impresiones.
- Hu, B., Guo, H., Zhou, P., & Shi, Z. L. (2020). Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nature Reviews Microbiology* 2020 19:3, 19(3), 141–154. <https://doi.org/10.1038/s41579-020-00459-7>
- Huang, J., Han, M., Luo, T., Ren, A., & Zhou, X. (2020). Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases, Chinese*, 38(3), 192–195.
- Izurieta, I. L., & Izurieta, I. L. (2021). LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL SANITARIO ANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19. *Enfermería Investiga*, 6(1), 47–50. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v6i1.1026.2021>
- Johns, G., Waddington, L., & Samuel, V. (2022). Prevalence and predictors of mental health outcomes in UK doctors and final year medical students during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 311, 267–275. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2022.05.024>
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H., & Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), e14. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
- Koury, J., & Hirschhaut, M. (2020). Reseña histórica del COVID-19 ¿Cómo y por qué llegamos a esta pandemia? *Acta Odontológica*. In *Acta Odontológica Venezolana*. <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2020/especial/art-2/>
- Larrea, I., & Merino-Salazar, P. (2018). Conflicto trabajo-familia y estado de salud en el personal sanitario y administrativo de un hospital privado de Quito. *Universidad*

Internacional

SEK.

<https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/2823/2/1Conflicto%20trabajo-familia%20y%20estado%20de%20salud%20en%20el%20personal%20sanitario%20y%20administrativo%20de%20un%20hospital%20privado%20de%20Quito.pdf>

Lira, D., & Custodio, N. (2018). Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. *Neuropsiquiatr [online]*, 81(1), 20–28. <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i1.3270>.

Lopez, I., & Lopez, I. (2021). La Salud Mental del Personal Sanitario ante la Pandemia COVID 2019. *Enfermería Investiga, Nro*, 6(o), 1. <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1026/956>

Lu, H. (2020). Drug treatment options for the 2019-new coronavirus (2019-nCoV). *Biosci Trends*, 14(1), 69–71. <https://doi.org/10.5582/bst.2020.01020>

Magallanes, L. (2021). *El desempleo a causa de la pandemia*. Partido Acción Nacional. <http://www.promocionpoliticadelamujer.mx/documentos/investigaciones/el-desempleo-a-causa-de-la-pandemia.pdf>

Maguiña, C., Gastelo, R., & Tequen, A. (2020). El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Revista Medica Herediana*, 31(2), 125–131. <https://doi.org/10.20453/RMH.V31I2.3776>

Marder, D. (2019). *Inflexibilidad psicológica en personas con obesidad que asisten a una ONG en la ciudad de Rosario* [Universidad Abierta Interamericana]. <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC131971.pdf>

Mareš, J. (2018). Resistance of health personnel to changes in healthcare. *Kontakt*, 20(3), e262–e272. <https://doi.org/10.1016/J.KONTAKT.2018.04.002>

- Martínez, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué Sabemos Actualmente? *Revista Caribeña de Psicología*, 4(2), 143–152. <https://revistacaribenadepsicologia.com/index.php/rcp/article/view/4907/4335>
- Martínez, L. (2022). *Estudio del Síndrome de Burnout en el personal médico del servicio de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca – Ecuador 2022* [Universidad del Azuay]. <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/11998/1/17525.pdf>
- Martínez-Pizarro, S. (2020). Necesidad de apoyo psicológico en profesionales sanitarios ante el COVID-19. *Psiquiatría Biológica*, 27(3), 134. <https://doi.org/10.1016/J.PSIQ.2020.08.001>
- Mellin, M., & Padrós, F. (2021). Estudio psicométrico de la escala AAQ-II de evitación experiencial en población de México. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 21(1), 81–81. <https://web.s.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=15777057&AN=149605519&h=r4d5NPfKavOb3sjUkw0X9Z0800W8%2ba4GbNMNdexpD5A9T2QTGT3gYqwWmiCTItCTaiLBHU2v8%2b5aKaNOU0r9FQ%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d15777057%26AN%3d149605519>
- Miranda Hiriart, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83). <https://doi.org/10.5281/zenodo.1438570>
- Mofijur, M., Rizwanul, M., Alam, M., Saiful, M., Chyuan, H., Ashrafur, S., Najafi, G., Ahmed, S., Alhaz, M., & Mahlia, T. (2021). Impact of COVID-19 on the social, economic, environmental and energy domains: Lessons learnt from a global pandemic. *Sustainable*

Production and Consumption. Nro, 26, 343–359.
<https://doi.org/10.1016/J.SPC.2020.10.016>

Monterrosa, Á., Dávila, R., Mejía, A., Contreras, J., Mercado, M., Flores, & Chabeli. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*, 23(2), 195–213. <https://doi.org/10.29375/01237047.3890>

Monterrosa-Castro, A., Dávila-Ruiz, R., Mejía-Mantilla, A., Contreras-Saldarriaga, J., Mercado-Lara, M., & Florez-Monterrosa, C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*, 23(2), 195–213. <https://doi.org/10.29375/01237047.3890>

MSP. (2020, March 16). *Informe-de-Situación-No008-Casos-Coronavirus-Ecuador-16032020-20h00.pdf*. Informe de Situación COVID-19 Ecuador N 0008. <https://www.salud.gob.ec/>

Muñoz, S., Molina, D., Ochoa, R., Sánchez, O., & Esquivel, J. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediatr Mex*, 41(S1), 547–560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)

Musalem Musalem, T. M. (2020). *Término anticipado de la vida: eutanasia, el tratamiento jurídico y sus consecuencias en la práctica médica* [Universidad de Chile]. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/179741>

Ochoa, N., & Carreño, M. (2019). *Factores que influyen en el ausentismo laboral en el profesional de enfermería del Hospital III de Emergencias GRAU ESSALUD-2018* [Universidad Nacional del Callao]. http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/3542/CARRE%c3%91O%20Y%20OCHOA_tesis_posgrado_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- OMS. (2022). *La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución*. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Ong CW, Lee EB, Levin ME & Twohig MP (2019). A review of AAQ variants and other context-specific measures of psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 329-346. Doi: 10.1016/j.jcbs.2019.02.007
- Ong CW, Pierce BG, Woods DW, Twohig MP & Levin ME (2019). The Acceptance and Action Questionnaire-II: An item response theory analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41, 123-134. Doi: 10.1007/s10862-018-9694-2
- ONU. (2020). *La COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental*. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_covid_and_mental_health_spanish.pdf
- Suplemento al Registro Oficial No. 163, Registro Oficial (2020). <https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/suplementos/item/12726-suplemento-al-registro-oficial-no-163>
- Ortiz, H., & Merino, B. (2021). *Impacto psicológico en el personal de salud por atención a pacientes con COVID-19*. Universidad Central del Ecuador. <https://doi.org/http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/24881>
- OSE. (2022). *Monitoreo de casos de pandemia covid-19 (coronavirus)*. Observatorio Social Del Ecuador. <https://www.covid19ecuador.org/ecuador>
- Parra, E. (2020). *¿Cuánto saben del estrés y el impacto que tiene en su salud los pacientes con DTM II en la Asociación Viedmense Amigos del Diabético? 1-54*. Rio Negro

Universidad

Nacional.

https://rid.unrn.edu.ar/bitstream/20.500.12049/7409/1/Parra_Emily-2021.pdf

Pérez, P., Noroña, D., & Vega, V. (2021). Repercusión SARS-CoV-2 en salud mental y bienestar psicológico del personal Centro de Salud Huambalo 2020. *Revista Cientific*, 6(19), 243–262.

https://www.indteca.com/ojs/index.php/Revista_Scientific/article/view/563/1261

Pérez, P., Noroña, D., & Vega, V. (2022). Repercusión SARS-CoV-2 en salud mental y bienestar psicológico del personal Centro de Salud Huambalo 2020. *Revista Cientific*, 6(19), 243–262.

http://www.indteca.com/ojs/index.php/Revista_Scientific/article/view/563/1261

Pesántez, J., & Rosales, M. (2021). *Incidencia de ansiedad, depresión y estrés medida con el cuestionario DASS 21 en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca matriculados en el período septiembre 2020 - febrero 2021*. [Universidad de Cuenca].

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/35953/1/Trabajo%20de%20titulacion.pdf>

Pinazo-Hernandis, S., Galvañ Bas, A., Dosil Diaz, C., Pinazo-Clapés, C., Nieto-Vieites, A., & Facal Mayo, D. (2022). El peor año de mi vida. Agotamiento emocional y burnout por la COVID-19 en profesionales de residencias. Estudio RESICOVID. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 57(4), 224–229. <https://doi.org/10.1016/J.REGG.2022.06.001>

Prada, F., Bocija, M., Luque, B., Reina, A., García, J., & Moreno, B. (2016). Conciliación de la vida laboral y familiar en profesionales que trabajan con menores de riesgo social en la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Pediatr*, 72(4), 224–229. <http://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2016/REP%2072-4.pdf#page=39>

- Quan, N. G., Lohman, M. C., Resciniti, N. v., & Friedman, D. B. (2020). A systematic review of interventions for loneliness among older adults living in long-term care facilities. *Aging & Mental Health*, 24(12), 1945–1955. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1673311>
- Ramos, C. (2021). Diseños de investigación experimental . *CienciAmérica*, 10(1), 1–7. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7890336>
- Raraz-Vidal, J. G., Allpas-Gomez, H. L., Torres-Salome, F. K., Cabrera-Patiño, W. M., Alcántara-Leyva, L. M., Ramos-Gómez, R. P., Aldea-Chihuantito, F. K., Colona-Risco, V., Raraz-Vidal, O. B., Raraz-Vidal, J. G., Allpas-Gomez, H. L., Torres-Salome, F. K., Cabrera-Patiño, W. M., Alcántara-Leyva, L. M., Ramos-Gómez, R. P., Aldea-Chihuantito, F. K., Colona-Risco, V., & Raraz-Vidal, O. B. (2021a). Condiciones laborales y equipos de protección personal contra el Covid-19 en personal de salud, Lima-Perú. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 21(2), 335–345. <https://doi.org/10.25176/RFMH.V21I2.3608>
- Raraz-Vidal, J. G., Allpas-Gomez, H. L., Torres-Salome, F. K., Cabrera-Patiño, W. M., Alcántara-Leyva, L. M., Ramos-Gómez, R. P., Aldea-Chihuantito, F. K., Colona-Risco, V., Raraz-Vidal, O. B., Raraz-Vidal, J. G., Allpas-Gomez, H. L., Torres-Salome, F. K., Cabrera-Patiño, W. M., Alcántara-Leyva, L. M., Ramos-Gómez, R. P., Aldea-Chihuantito, F. K., Colona-Risco, V., & Raraz-Vidal, O. B. (2021b). Condiciones laborales y equipos de protección personal contra el Covid-19 en personal de salud, Lima-Perú. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 21(2), 335–345. <https://doi.org/10.25176/RFMH.V21I2.3608>
- Ravelo, M. (2022). *Validez y confiabilidad del Cuestionario de Calidad de Sueño de Pittsburgh en estudiantes universitarios peruanos* [Universidad César Vallejo]. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/87440/Ravelo_BMF-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Rodríguez, A., Sánchez, J., Hernández, S., Pérez, C., Villamil, W., Méndez, C., Verbanaz, S., Cimerman, S., Rodriguez, H., Escalera, J., Balbin, G., Arteaga, K., Cvtkovic, A., Orduna, T., Savio, E., & Paniz, A. (2020). Preparation and control of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Latin America. *ACTA MEDICA PERUANA*, 37(1), 3–7. <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.909>
- Rodríguez, M., & Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de corte transversal . *Revista Médica Sanitas*, 21(3), 141–147. https://www.researchgate.net/profile/Fredy-Mendivelso/publication/329051321_Disenio_de_investigacion_de_Corte_Transversal/links/5c1aa22992851c22a3381550/Diseno-de-investigacion-de-Corte-Transversal.pdf
- Roja, E. (2006). *Como superar la depresion. Que hacer cotra el mal de la tristesa*. Ediciones Martínez Roca.
- Ruiz-Frutos, C., & Gómez-Salgado, J. (2021). Efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de la población trabajadora. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 24(1), 6–11. <https://doi.org/10.12961/APRL.2021.24.01.01>
- Saltos Llerena, I., Paravic Klijn, T., Burgos Moreno, M., Saltos Llerena, I., Paravic Klijn, T., & Burgos Moreno, M. (2022). Visibilización de condiciones de trabajo del personal de salud en Ecuador en tiempos de pandemia. *Revista Eugenio Espejo* , 16(2), 153–161. <https://doi.org/10.37135/EE.04.14.15>
- Samaniego, A., Urzúa, A., Buenahora, M., & Vera, P. (2020). Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en paraguay: efecto covid-19. *Revista Interamericana de Psicología.*, Nro, 54(Nro. 1), 1298. <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/1298/1013>
- Sandoval, K. (2019). Incidencia de síndrome de Burnout en los residentes de urgencias del Hospital General Regional No. 251 IMSS, Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital

General Regional No. 51 Metepec. In *Universidad Autónoma del Estado de México*.
Universidad Autónoma del Estado de México.
<https://doi.org/http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/106185>

SRD. (2022). *COVID-19: casos y muertes semanales Ecuador 2020-2022 | Statista*. SRD.
<https://es.statista.com/estadisticas/1110063/numero-casos-muertes-covid-19-ecuador/>

Stephoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110(15), 5797–5801.
https://doi.org/10.1073/PNAS.1219686110/SUPPL_FILE/PNAS.201219686SI.PDF

Stubbs, J. M., & Achat, H. M. (2022). Are healthcare workers particularly vulnerable to loneliness? The role of social relationships and mental well-being during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research Communications*, 2(2), 100050.
<https://doi.org/10.1016/J.PSYCOM.2022.100050>

Tapullima, C. (2022). Escala de estrés, ansiedad y depresión (DASS-21). *PsiqueMag Revista Científica Digital de Psicología*, 11(1), 73–88.
<http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/292/273>

Tolsa, M., & Malas, O. (2021). COVID-19: Impacto Psicológico, Factores de Riesgo e Intervenciones Psicológicas en el Personal Sanitario. Una Revisión Sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 12(2), 58–75.
<https://doi.org/10.23923/j.rips.2021.02.045>

Torres, V., Farias, J., Reyes, L., & Guillén, C. (2020). Mental health risks and damage in healthcare personnel due to treating patients with COVID-19 Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19

Correspondencia. *Mex. Urol*, 80(3), 1–9. <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2020/ur203i.pdf>

UNESCO. (2021). *Interrupción y respuesta educativa*. UNESCO.

UNICEF. (2020). Educación en pausa: Una generación de niños y niñas en América Latina. In *UNICEF. UNICEF PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE*.

Valencia, P. (2019). Does the Acceptance and Action Questionnaire II Really Measure Experiential Avoidance? *Revista Evaluar*, 19(3), 42–53. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/26776/28435>

Valero-Cedeño, N. J., Mina-Ortiz, J. B., Veliz-Castro, T. I., Merchán-Villafuerte, K. M., & Perozo-Mena, A. J. (2020). COVID-19: La nueva pandemia con muchas lecciones y nuevos retos. Revisión Narrativa. *Kasmera*, e48102042020–e48102042020. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.3745322>

Valiente-Barroso, C., Villanueva, U., Saiz-Obeso, J., Valiente-Barroso, B., Lombraña-Ruiz, R., & Martínez-Vicente, M. (2020a). Inflexibilidad psicológica gestionada por profesionales sanitarios durante el estado de alarma vinculado al COVID-19. *Apuntes de Psicología*, 38(3), 149–158. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/128912/Inflexibilidad%20psicol%c3%b3gica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Valiente-Barroso, C., Villanueva, U., Saiz-Obeso, J., Valiente-Barroso, B., Lombraña-Ruiz, R., & Martínez-Vicente, M. (2020b). Inflexibilidad psicológica gestionada por profesionales sanitarios durante el estado de alarma vinculado al COVID-19. *Apuntes de Psicología*, 38(3), 149–158. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/128912/Inflexibilidad%20psicol%c3%b3gica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Vásquez, J., & Guzmán, E. (2020). Calidad de vida, Burnout e indicadores de salud en enfermeras/os que trabajan con turnos rotativos. *Universidad y Salud*, 23(3), 240–247. <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/5457/7520>
- Vera, B. (2021). Factores de riesgo para COVID-19 en el personal de salud del Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora, marzo-diciembre 2020. *Horizonte Médico (Lima)*, 21(3), e1382. <https://doi.org/10.24265/HORIZMED.2021.V21N3.03>
- Vinueza, A., Aldaz, N., Mera, C., Tapia, E., & Vinueza, M. (2021). Síndrome de Burnout en personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19. *Correo Científico Médico*, 25(2). <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3808/1932>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho., & Ho, R. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729.
- Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., Jiang, F., Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., & Jiang, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. In *The Lancet* (Issue ildren395(10228), pp. 945–947). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X)
- Wang, W., Tang, J., & Wei, F. W. (2020). Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. *Journal of Medical Virology*, 91(4), 441–447. <https://doi.org/10.1002/jmv.25689>
- World Health Organization. (2020). Virtual press conference on COVID-19. In *World Health Organization*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-full-and-final-11mar2020.pdf?sfvrsn=cb432bb3_2

- Xing, J., Sun, N., Xu, J., & Geng, S. L. (2020). Study of the mental health status of medical personnel dealing with new coronavirus pneumonia. *PLoS One.*, *Nro*, 15(o), 5. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233145>
- Yslado, R., Ramírez, E., & García, M. (2021). Propiedades psicométricas del cuestionario burnout para profesores universitarios en una muestra peruana. *Archivos de Medicina*, 21(2), 425–439. <https://www.redalyc.org/journal/2738/273868435010/273868435010.pdf>
- Zhang, T., Wu, Q., & Zhang, Z. (2020). Probable Pangolin Origin of SARS-CoV-2 Associated with the COVID-19 Outbreak. *Current Biology*, 30(7), 1346-1351.e2. <https://doi.org/10.1016/J.CUB.2020.03.022>

Apéndice

Apéndice 1 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

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.

Apéndice 2 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 3 Instrumentos de Evaluación

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

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

Estado civil: Soltero Casado/unión libre Viudo Divorciado

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

Profesión: _____ Título: _____

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

Horas que trabaja diariamente: _____ Trabaja usted en turno: Si No

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

Tiempo de experiencia laboral: _____ años _____ meses.

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo Parcial

Tipo de institución: Pública Privada

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

| |
|--|
| ¿Siente que su trabajo consume <i>tanta energía</i> que tiene un efecto negativo en su vida privada? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Siente que su trabajo toma <i>tanto tiempo</i> que tiene un efecto negativo en su vida privada? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Hay momentos en los que necesita estar en el trabajo y en casa al mismo tiempo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

MBI

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

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

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

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado. | | | | | | | |
| 2. Al final de la jornada me siento agotado. | | | | | | | |
| 3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo. | | | | | | | |
| 4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes. | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos. | | | | | | | |
| 6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí. | | | | | | | |
| 7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes. | | | | | | | |
| 8. Me siento agobiado por el trabajo. | | | | | | | |
| 9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros. | | | | | | | |
| 10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo. | | | | | | | |
| 11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente. | | | | | | | |
| 12. Me encuentro con mucha vitalidad. | | | | | | | |
| 13. Me siento frustrado por mi trabajo. | | | | | | | |
| 14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro. | | | | | | | |
| 15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender. | | | | | | | |
| 16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés. | | | | | | | |
| 17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes. | | | | | | | |
| 18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes. | | | | | | | |
| 19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo. | | | | | | | |
| 20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades. | | | | | | | |
| 21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo. | | | | | | | |
| 22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas. | | | | | | | |

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés 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 |

Cuestionario de Aceptación y Acción II

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 |

Escala de Soledad 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 |

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