



UTPL

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**Salud mental en trabajadores sanitarios durante la
pandemia de COVID 19 en la Ciudad de Guayaquil - Sur**

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

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Autora: Suárez Moreno, Jessie Marianela

Directora: Toro Sánchez, Gianella Lisseth

DURÁN
2023



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

2023

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Durán, 26 de octubre del 2023

Magister.

Gianella Lisseth Toro Sánchez

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad.-

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en la Ciudad de Guayaquil – sur, realizado por Jessie Marianela Suárez 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,

Directora: Mgtr. Gianella Toro Sánchez

C.I: 0706673290

Email: gltoro@utpl.edu.ec.

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Jessie Marianela Suárez 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 la Ciudad de Guayaquil - Sur, de carrera de Psicología, específicamente de los contenidos comprendidos en: Introducción, Capítulo 1. Marco teórico, COVID-19, Afectaciones a la salud mental, Variables psicológicas relacionadas, Capítulo 2. Metodología, Objetivos y preguntas, Diseño y población, Instrumentos y procedimientos, Recolección de datos, Aplicación de instrumentos. Capítulo 3. Descripción de la población seleccionada, Capítulo 4. Conclusiones y Recomendaciones, siendo Mgtr Gianella Toro Sánchez, directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

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

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

Autor: Jessie Marianela Suárez Moreno

C.I.: 0924199615

Correo electrónico: jmsuarez2@utpl.edu.ec

Dedicatoria

Es para mí un inmenso placer poder dedicarle a Dios y mi familia este trabajo de titulación.

A Dios como principal pilar para mi vida; mi madre Marianita Moreno quien es mi segundo pilar, base para mi formación como persona y una futura profesional a carta cabal, a mi tía Jacqueline Suárez mi tercer pilar quien con su ayuda y guía he podido extender mis horizontes y por ultimo mi hermana la persona que me apoya en todo; han sido y seguirán siendo mis modelos a seguir llenas de dedicación, superación, con gran alto valor ético y moral son mujeres maravillosas, que se han sobrepuesto a las adversidades y pudieron salir adelante.

Agradecimiento

Mi total agradecimiento a mis tutores quienes día a día dejan huella en sus estudiantes y forman profesionales de alta excelencia académica de la carrera de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja.

Especial agradecimiento a la Mgtr, Gianella Toro, por la guía en el desarrollo y corrección de mi trabajo de investigación, sus guías han hecho de manera decisiva lograr con éxito la realización del presente trabajo de investigación.

Y para finalizar, mi más sincero agradecimiento al director del Hospital CPNV-EMC Gustavo Paz Noboa; al departamento de Docencia y a todo el personal; por su colaboración desinteresada e incondicional que me permitió realizar el proceso investigativo de este trabajo.

Índice de contenido

Carátula	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular	II
Declaración de autoría y cesión de derechos	III
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice de contenido	VII
Resumen.....	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo uno.....	6
Marco Teórico	6
1.1 Reseña histórica de la pandemia	6
1.1.1 <i>Consecuencias de COVID 19</i>	7
1.1.3 <i>COVID 19 en Ecuador.</i>	9
1.2 Afectaciones a la salud mental.....	12
1.2.1 Salud mental.	12
1.2.2. <i>Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios</i>	17
Ansiedad 17	
<i>Depresión</i>	19
<i>Estrés</i> 22	
<i>Burnout</i> 24	
1.3. Variables psicosociales relacionadas a la salud mental	27
1.3.1. <i>Inflexibilidad psicológica</i>	27
1.3.2. <i>Soledad y apoyo social</i>	28
1.3.3. <i>Estrategias de afrontamiento</i>	29
1.3.4. <i>Retos y desafíos de la Covid-19 en profesionales de la Salud</i>	30
Capítulo dos	32

Metodología.....	32
2.1 Objetivos.....	32
1 Objetivo general.....	32
<i>Objetivos Específicos.....</i>	32
Preguntas de investigación.....	32
Diseño de investigación	33
2 Población y muestra	33
Criterios de inclusión y exclusión.	34
<i>Criterios de inclusión</i>	35
<i>Criterios de exclusión.....</i>	35
2.2 Instrumentos de evaluación	35
<i>Cuestionario ad hoc sociodemográfico</i>	35
<i>Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21)</i>	36
<i>Cuestionario de aceptación y acción (AAQ - II) 7.</i>	37
<i>Escala de Soledad (UCLA-3)</i>	38
<i>Índice de calidad del sueño (PSQI).....</i>	39
Procedimiento.....	40
<i>Análisis de base de datos</i>	41
Capítulo tres.....	42
Análisis de Resultados y discusión	42
3 Tabla 1. Características sociodemográficas y laborales del personal de salud.....	42
4 Tabla 2. Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud	43
5 Tabla 3: Percepción de la salud mental del personal de salud.....	43
6 Tabla 4. Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad.....	43
7 Tabla 5. Calidad de sueño del personal de salud	44
3.1 Discusión.....	44
Conclusiones	47
Recomendaciones	48

Referencias	50
Apéndice.....	64
Apéndice A.....	64
Apéndice C. Oficio de recibido	71

Aquí se debe hacer constar la paginación respectiva de los capítulos, temas y subtemas desarrollados, así como incluir índice de tablas y figuras.

Índice de tablas

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

Resumen

El Hospital de la Ciudad de Guayaquil se enfrenta a enormes presiones laborales diarias, entre las que se encuentran alta exposición al contagio de Covid-19. En consecuencia, la crisis que viven los trabajadores de la salud genera problemas psicológicos como estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio y miedo. En esta investigación se han analizado niveles de ansiedad, estrés y depresión; también calidad de sueño, despersonalización, agotamiento emocional, baja realización personal; inflexibilidad psicológica y percepción de soledad en el personal de salud que trabajo en pandemia. Mediante una metodología con enfoques cualitativos y cuantitativos se obtuvo una muestra de 48 participantes y estas variables fueron hechas mediante los cuestionarios: Estrés laboral crónico de Maslach (MBI), Cuestionario de salud mental DASS-21, Inventario AAQ-7 y UCLA-3 y Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño. Los resultados demuestran que la sintomatología es de niveles leves en general, no se descarta que se presenten sintomatologías a largo plazo que además pueden afectar la calidad de la atención, la comprensión clínica o la capacidad de toma de decisiones del proveedor de atención médica.

Palabras clave: Salud Mental, COVID-19, Personal Sanitario.

Abstract

The Hospital of Guayaquil faces enormous daily work pressures, among which are high exposure to the spread of Covid-19. Consequently, the crisis experienced by health workers generates psychological problems such as stress, anxiety, depressive symptoms, insomnia, and fear. In this research, levels of anxiety, stress and depression have been analyzed; also, quality of sleep, depersonalization, emotional exhaustion, low personal fulfillment; Psychological inflexibility and perception of loneliness in health personnel who work in a pandemic. Using a methodology with qualitative and quantitative approaches, a sample of forty-eight participants was obtained and these variables were made using the questionnaires: Maslach Chronic Work Stress (MBI), DASS-21 Mental Health Questionnaire, AAQ-7 and UCLA-3 Inventory and Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire. The results show that the symptoms are generally mild, it is not ruled out that long-term symptoms may also affect the quality of care, clinical understanding, or the decision-making capacity of the health care provider.

Keywords: Mental Health, COVID-19, Health Care Personnel.

Introducción

La irrupción del virus el 31 de diciembre de 2019 del COVID -19 ha transformado los aspectos sociales, económicos y de salud del mundo, los cuales han generado un gran impacto en la salud mental de los trabajadores a nivel personal y profesional, quienes son los responsables de la atención de pacientes con COVID-19, lo que pone a los empleados en riesgo de desarrollar trastornos mentales y de enfermedades mentales según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021).

Ante este panorama, la mayor preocupación del Hospital de la Ciudad de Guayaquil Sur durante la pandemia es el control de la carga hospitalaria y la necesidad de servicios médicos. Esta pandemia ha provocado graves déficits en los sistemas de salud preexistentes, que en el pasado han mostrado una capacidad limitada para atender las necesidades de las personas (Zúñiga, 2020).

Por lo tanto, además de los riesgos potenciales de exposición al coronavirus, la gran carga de trabajo y las exigencias psicológicas y emocionales a las que están expuestos los trabajadores de la salud durante esta pandemia son indescriptibles e indecibles. Factores de riesgo psicosocial en el sector salud en América Latina y el mundo. La falta de procedimientos operativos claros, así como de precauciones y protección para evitar contagios, también ha llevado a una falta de cultura en el respeto a las normas de las personas para evitar la propagación del virus. Este trabajo de investigación se analiza el impacto en la salud mental en los trabajadores de primera línea durante el COVID – 19 (Jordán, 2021).

Si bien los trabajadores de la salud están a la vanguardia en el tratamiento de pacientes con Covid-19, enfrentan serios desafíos físicos y mentales. Como resultado, el impacto de la pandemia en la salud mental ha afectado más a los trabajadores de la salud, manifestándose como depresión, estrés, inseguridad, vergüenza, culpa, disgusto, estrés postraumático y pensamientos suicidas. Como ya se explicó en estudios anteriores, esta condición sería un determinante importante de la calidad de la atención y de la salud del paciente, afectando la toma de decisiones hospitalarias y los errores médicos, poniendo en peligro el sistema de salud. Por lo tanto, el objetivo de este artículo fue realizar una revisión de la literatura que

analice la salud mental de los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19 (Villegas et al., 2021).

Los profesionales de la salud que participan regularmente en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con coronavirus corren el riesgo de desarrollar signos de ansiedad y estrés. La simple transmisión del virus y muertes similares pueden dejar a los trabajadores de la salud vulnerables y estresados (Quiroz y Osoreo, 2020).

Esta condición ha causado signos de depresión, estrés, ansiedad, insomnio, y miedo en los trabajadores de la salud en el Hospital, participaron en este trabajo de investigación, 48 participantes (hombres 29 y mujeres 19) quienes laboran en la ciudad de Guayaquil; a este personal se le aplicó 5 instrumentos de evaluación; estas pruebas indagan sobre estrés laboral crónico, salud mental, inflexibilidad psicológica, percepción de soledad y calidad de sueño en el personal de salud. Esta información nos permite determinar que variable actúan como factores de riesgo para el personal sanitario del Hospital (Caicedo, 2023).

En el capítulo uno, se encuentra el marco teórico, donde proporciona conceptos relacionados a la problemática que se va a investigar, así se define COVID – 19, su reseña histórica, en Ecuador y en el personal sanitario; como segundo tema se presenta las afectaciones a la salud mental y sus repercusiones en la salud mental del profesional sanitario; y por último las variables psicosociales relacionadas a la salud mental, inflexibilidad psicológica, soledad y apoyo social, estrategias de afrontamiento, retos y desafíos de la COVID – 19 en profesionales de salud.

En el capítulo dos, se establece metodología, objetivos, generales y específicos de la investigación; se plantean las preguntas de investigación, el diseño de investigación; la población y muestra; criterios de inclusión; criterios de exclusión; los instrumentos de recogida de información utilizados; en este apartado damos a conocer una breve reseña de cada instrumento; el procedimiento y como último tenemos el análisis de base de datos.

En el capítulo tres, se realiza el análisis de resultados de los datos obtenidos, utilizando los respectivos métodos e instrumentos, por medio de las pruebas aplicadas en esta

investigación, discusión, conllevando a las conclusiones y recomendaciones vertidas luego del análisis de la información y considerando consecuentes y oportunas dichas recomendaciones.

Con la llegada del COVID - 19, todos estos factores de riesgo se han incrementado de una manera o de otra, incluso se han agregados otros tipos de estresores que son propicios de situaciones de pandemias. Al respecto, el siguiente trabajo de investigación señala que los principales factores psicosociales de estrés durante el COVID - 19 para todo el personal que trabaja en la primera línea de esta emergencia sanitaria tales como trabajadores sanitarios, laboratoristas, militares, funerarios, ambulancias, personal de limpieza, policías, y bomberos, han trabajado en su mayoría con el temor de contagio propio o de su familia y de compañeros. La falta de equipo de protección, el aislamiento voluntario en ocasiones a la que se sometieron para evitar el contagio en otros lugares o en sus hogares, la falta de apoyo de su comunidad ante el contagio, la tensión de los diversos protocolos de seguridad establecidos anteriormente y los nuevos; el ayudar a personas en su entorno, señala que las reacciones comunes a estos factores se traducen en estrés laboral, estado de ánimo bajo, una baja motivación, fatiga extrema y efectos graves en la depresión, ansiedad y otros en la salud mental del personal de salud.

Bajo esta investigación se propone monitorear a corto, mediano y largo plazo al personal de salud, para identificar y tratar adecuadamente el daño moral o alteración mental resultantes, del trabajo en pandemia ayudándoles a recuperar su confianza y seguridad en el trato de sus pacientes; otro punto necesario es que la universidad establezca una cooperación con las distintas instituciones de salud, para llevar un control estadístico propio del bienestar del personal de salud; así contar con una amplia base de datos acerca de la salud mental post COVID -19 actualizados para futuras investigaciones del estudiantado de la Universidad Técnica Particular de Loja.

Capítulo uno

Marco Teórico

1.1 Reseña histórica de la pandemia

El covid-19 se detectó por primera vez el 1 de diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, la capital de la provincia de Hubei, en el centro de china, cuando un grupo de pacientes desarrolló neumonía de causa desconocida. Los mismos resultaron ser, según investigaciones, empleados de un mercado mayorista de mariscos chinos al sur de Wuhan (Koury y Hirschhaut, 2020).

Durante un período de tiempo estimado desde el 18 al 29 de diciembre de 2019 se registraron los primeros cinco casos, de los cuales cuatro pacientes fueron hospitalizados por síndrome de dificultad respiratoria aguda y uno de esos pacientes falleció. La mayoría de los pacientes afirmaron estar directa o indirectamente relacionados con el mercado de alimentos de Wuhan en la provincia de Hubei donde se originó el virus del COVID 19 (Koury y Hirschhaut, 2020).

El 2 de enero, un total de 41 pacientes fueron hospitalizados y solo murió un paciente crítico. El 7 de enero, las autoridades chinas anunciaron que habían descubierto un nuevo coronavirus (2019-COVID-19). También se excluyeron otros posibles patógenos, incluidos el coronavirus del síndrome respiratorio agudo (SARS-COV), el coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-COV), el virus de la influenza, el virus de la influenza aviar y los adenovirus (Koury y Hirschhaut, 2020).

Más de 81 000 personas se infectaron en China, con más de 3 200 muertes. No obstante, como consecuencia de las cuarentenas y las limitaciones del desplazamiento personal, el ritmo de la infección en China se disminuyó en forma drástica. Para mala fortuna, a raíz de la facilidad de los viajes aéreos, se han generado más de 390 000 casos (incluidas 18 000 muertes) en 160 territorios (excluida China). En especial, Italia que se convirtió en el territorio más perjudicado fuera de China, con 74 000 casos y 7 500 muertes. El número de decesos en España (más de 3600 muertes) además ya excedió el número de muertes en

China. Como consecuencia, muchas naciones han ordenado el cierre de sus fronteras, y alientan a los ciudadanos a el confinamiento (Rubio, 2021).

Las personas infectadas con el coronavirus tienen una variedad de signos, que van desde una enfermedad leve como un resfriado o gripe hasta complicaciones respiratorias e incluso la muerte. Este rango es similar al observado en el período de incubación del virus MERS; Sin embargo, el coronavirus es diferente del COVID-19. El riesgo se agudiza para las personas de las zonas afectadas por el brote del Coronavirus; Estas personas deben seguir los consejos de las autoridades sanitarias nacionales y locales. Aunque el coronavirus solo causa una enfermedad leve en la mayoría de las personas, puede hacer que algunas personas se enfermen gravemente y, en menor medida, que sean fatales (Arcos y Sanaguano, 2020).

1.1.1 Consecuencias de COVID 19

Algunos factores comunes en la mayoría de los países son los profundos impactos sociales y económicos de la pandemia de COVID-19. El estado del sistema de salud y el contexto macroeconómico, así como la forma en que las autoridades enfrentan la situación de salud, son factores diferentes en la distribución de la población. En América Latina las epidemias han encontrado gran variación, tanto en la organización de sus sistemas de salud como en sus finanzas (Casalí, 2021).

Ecuador enfrenta otra externalidad en 2020, producto de la histórica crisis con repercusiones globales, la emergencia sanitaria del Covid-19, enfermedad originada por un grupo de virus denominados coronavirus que afectan el sistema respiratorio y causan neumonías fatales en algunos pacientes. Originario de la ciudad de Wuhan en China a fines de 2019, se extendió a todos los continentes a partir de Asia, Europa y América y fue declarado pandemia por la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo de 2020 (Ordóñez et al., 2020).

El suicidio en Ecuador empieza a ser una inquietud en el territorio latinoamericano. A nivel mundial, ocurre 1 suicidio un suicidio cada 40 segundos y era esperable que, como

resultado de la pandemia, la salud psicológica de quienes son más vulnerables se deteriore. Hace poco conocíamos que los casos de suicidio en Ecuador han incrementado a inicios de la pandemia, siendo la zona más afectada la provincia del Guayas; Por cierto, el suicidio es la principal causa de muerte entre jóvenes en Ecuador (Cabezas, 2020).

De igual manera, el Ministerio de Salud Pública generó el Protocolo de Prevención del Peligro Psicosocial en Intervinientes Operativos y Administrativos en Coronavirus -19, en el cual se provocaron lineamientos para la atención en salud psicológica para los conjuntos de trabajo de primera línea en la atención hospitalaria o servidores que trabajen de manera directa para la atención en la emergencia sanitaria (policías, guardias, militares, administrativos etcétera). El protocolo de prevención de peligros para personal que atiende la emergencia contempla el elevado grado de peligro en su salud física y emocional y que puede decantar en la existencia de indicios provocados por el estrés gremial (Tenorio et al., 2021).

La pandemia de la COVID-19 ha golpeado fuertemente al Ecuador, no solo en lo sanitario, sino en lo social, lo económico y lo político. Las estadísticas oficiales (que distan mucho de la realidad) han expuesto, a través de las autoridades de gobierno, que más de 85.000 personas se han infectado a nivel nacional matando a más de 9.000 residentes de nuestro país. Los entendidos sobre este tema, los familiares de los fallecidos y los propios afectados saben que este número dista mucho de la realidad (Ortiz y Naranjo, 2020).

El confinamiento ha puesto a muchas familias en crisis, incapaces de cumplir con las medidas de seguridad y sin poder comer todos los días. Esto provocó escenas de violencia social, como las registradas en el mercado de San Roque en una zona popular de Quito, donde los productos y materiales de pequeños comerciantes informales fueron destruidos por maquinaria pesada en la oficina del alcalde de Quito. Durante la operación se difundieron en Internet varias grabaciones de abusos militares y policiales de sus poderes para hacer cumplir las restricciones del estado de emergencia (Labarthe, 2020).

El área enseñanza, además terminó gravemente perjudicado ya que hay una reducción que va a partir de los 1.360 a los 1.099 millones de USD, en el mismo lapso

examinado; mientras tanto que el régimen además anunciaba un recorte de alrededor de 100 millones de USD a las universidades públicas, especialmente en gasto corriente; perjudicando las partidas de contratación del personal profesor y administrativo eventual y con ello la calidad de la enseñanza; limitando de esta forma, la posibilidad de ingreso a la enseñanza pública a los recientes y futuros postulantes, debido al obligado recorte sobre la oferta académica (Calderón, 2022).

La salud mental y la estabilidad humana, desde el impacto de la crisis anterior hasta el impacto de la crisis económica, particularmente investigaciones relacionadas con los recortes en los presupuestos de trabajo, salud y educación, reconoce que la presencia del coronavirus ha causado un impacto psicológico importante. Esto debe haber sido inicialmente observado y reflejado en actividades como la compra indiscriminada de papel higiénico (más allá de la anécdota, puede interpretarse como "representante" de la estabilidad previa a las grandes crisis) (2021).

De acuerdo con la (OMS), "en términos de salud psicológica pública, el primordial efecto psicológico fue una alta tasa de estrés o ansiedad". En términos psicológicos aquel ejercicio personal y social reflejado en un acto compulsivo a la alta demanda, de ni una forma ha sido un acto egoísta con una clara intención de ignorar al otro, sino un acto compulsivo frente el miedo de lo ignorado y lo impropio. (Rosero et al., 2021).

1.1.3 COVID 19 en Ecuador.

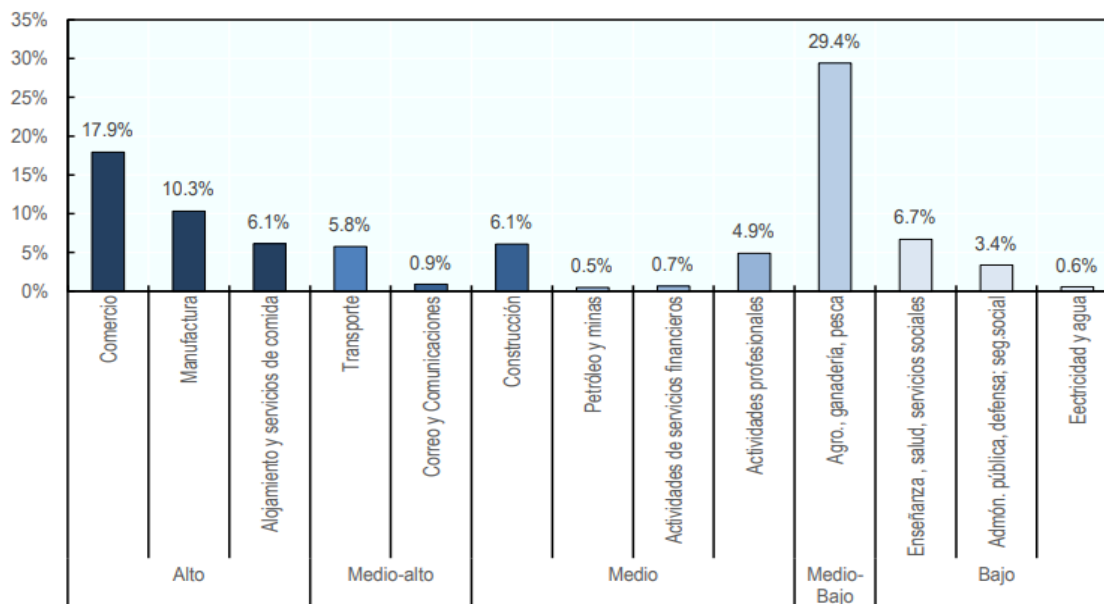
La crisis del coronavirus ha tenido un impacto dramático en las condiciones de vida del pueblo ecuatoriano. Los daños están afectando directamente a la región, con eventos bastante característicos en las provincias de Guayas, Pichincha, Manabí y Los Ríos. Además, las fallas estructurales en los sistemas de salud pueden exacerbar los efectos de la crisis y aún tienen dificultades para responder a la crisis Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE (OCDE, 2021).

En tal sentido, cabe resaltar que, de acuerdo con las averiguaciones de este estudio, el promedio de camas hospitalarias por cada 1 000 pobladores es de 1.5 en Ecuador, ante

4.7 en la OCDE. Por su parte, el número de médicos es de 2 por cada 1 000 pobladores en Ecuador, ante un 3.5 en la OCDE (OCDE, 2021).

Figura 1

Distribución del empleo según sectores e impacto de la crisis



Nota: El impacto de la crisis sobre el empleo en diferentes sectores sigue la categorización propuesta por la OIT en este documento: OIT (2020). Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la ENEMDU, INEC (2020).

La crisis por la falta de empleo que ocasionó el coronavirus implica una amenaza especialmente notable para el trabajo, tanto en términos de reducción de la proporción de empleos como de deterioro de su calidad. Por otro, varios trabajadores no han podido realizar sus tareas gracias a las medidas de confinamiento, en particular esos cuyas tareas no se pueden realizar por medio de posibilidades de teletrabajo, o que no poseen ingreso a las tecnologías correctas para eso. (Centro de Desarrollo de la OCDE, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas el Banco de Desarrollo de América Latina (CAF) y a Unión Europea, 2021) En este sentido, según Weller, en el tamaño en que el efecto de la crisis produzca despidos, reducciones de horarios, o deterioro de las

condiciones laborales, es de aguardar que incrementa tanto el desempleo como el subempleo y otras categorías de trabajo no conveniente (2020).

Las presiones sociales y económicas, combinadas con las limitaciones de desplazamiento y los domicilios precarios, permanecen ocasionando un crecimiento de la violencia de género. Muchas de estas damas permanecen ahora atrapadas en el hogar con sus maltratadores y corren un más grande peligro de padecer otras maneras de maltrato, ya que los sistemas de ayuda sanitaria permanecen sobrecargados y los servicios de justicia interrumpidos poseen inconvenientes para contestar. Las damas especialmente las trabajadoras informales y fundamentales, como doctoras, enfermeras y vendedoras ambulantes sufren un peligro alto de padecer maltrato al desplazarse por espacios públicos urbanos o rurales desocupados y al utilizar servicios de transporte vacíos a lo extenso del aislamiento (OCDE, 2021).

En entornos de emergencia la violencia contra las damas basada en género, especialmente la violencia dentro de la familia se incrementa gracias a las tensiones y conflictos en casa. El INEC reporta que el 65% de las féminas en Ecuador ha vivido maltrato basada en género, el 45% perpetrada por su pareja. De allí el valor de dar a conocer que en casos de maltrato en el campo dentro de la familia tienen la posibilidad de comunicar al 9-1-1 o al 1800 DELITO (opción 4) (Género., 2022).

El hecho de que el conjunto de la población, en circunstancias como la de esta emergencia sanitaria, pueda ser considerada “vulnerable” nos muestra la importancia de resolverla necesidad social del cuidado, que no implique hogares sobrecargados, asumiendo los cuidados y una desigualdad de género que afecta mayormente a las mujeres, por la división sexual del trabajo, tanto en el ámbito remunerado como en la distribución de tareas y actividades en el interior de los hogares (CEPAL, 2016).

En este sentido, la diferencia social y económica, así como los elevados índices de hacinamientos eran propias de Guayaquil anterior a la llegada del coronavirus (Borja, Buitrón, 2020, p.225; Trujillo, 2020, p.87-91). La pandemia ha puesto de manifiesto la urgente necesidad de redefinir la política, la confianza en las instituciones es la clave para iniciar un

ciclo virtuoso de reforma en un nuevo contrato social. Los objetivos básicos de un nuevo contrato social incluir una mayor protección social y servicios mejores y más accesibles. (OCDE, 2021)

1.2 Afectaciones a la salud mental

1.2.1 Salud mental. .

La salud mental es un estado de bienestar psíquico que permite a una persona hacer frente a los momentos estresantes de la vida, desarrollar todas sus capacidades, poder estudiar y trabajar bien, y contribuir al mejoramiento de su comunidad. Es una parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisión la salud mental es un estado de bienestar psíquico que permite a una persona hacer frente a los momentos estresantes de la vida, desarrollar todas sus capacidades, poder estudiar y trabajar bien, y contribuir al mejoramiento de su comunidad. Es una parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, construir relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es también un derecho humano fundamental. Y un elemento importante para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico (OMS, 2022).

Así pues, al reconocer que la salud psicológica es un elemento integral y sustancial de la salud, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud dice: “La salud es un estado de completo confort físico, de la mente y social, y no sólo la falta de afecciones o patologías.” (OMS, 1946). Un fundamental efecto de esta definición es que estima la salud psicológica como algo más que la falta de trastornos o discapacidades mentales (Antonia, 20202).

La salud psicológica personal está definida por diversos componentes sociales, psicológicos y biológicos (2018), es por ende que, la mala salud mental se asocia con los cambios sociales rápidos, condiciones de trabajo estresantes, discriminación de género, exclusión social, a los hábitos de vida poco saludables, a los riesgos de maltrato, violaciones de los derechos humanos y a la mala salud física.

En conclusión, es imperativo reconocer que la salud psicológica además es fundamental pues puede influir su salud física, dada la relación explicada en párrafos anteriores. Además, ejemplificando los trastornos mentales que tienen la posibilidad de incrementar el peligro de inconvenientes de salud física, como percance cerebrovascular, diabetes tipo 2 y patologías cardíacas y otras.

Ansiedad

La Asociación Estadounidense de Psicología (APA, por sus siglas en inglés) describe a la ansiedad como un sentimiento de temor, miedo y preocupación. Ejemplificando, puede sentirse ansioso una vez que se confronta a un problema difícil en el trabajo, previo a tomar un examen o anterior a tomar una elección fundamental. Si bien la ansiedad puede contribuir a confrontar una situación, además de darle un fomento de energía o ayudarlo a concentrarse, para los individuos con trastornos de ansiedad el temor no es temporal y podría ser abrumadora (Felman, 2021).

Depresión

La depresión, de acuerdo con varios especialistas y organizaciones de salud, es una enfermedad común, pero de un elevado nivel de gravedad que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos (Luna, 2020).

La depresión es una enfermedad común pero grave que afecta la vida cotidiana, incluido el trabajo, el sueño, la escuela, la alimentación y la capacidad de disfrutar la vida. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. Varios estudios sugieren que el riesgo genético de depresión es el resultado de múltiples genes que actúan junto con factores de riesgo ambientales y de otro tipo. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (OPS, 2020).

Estrés

El estrés es una sensación de tensión física o emocional. Puede provenir de cualquier situación o pensamiento que te haga sentir frustrado, enojado o estresado. El estrés es la

respuesta de su cuerpo a un desafío o demanda. A pequeña escala, el estrés puede ser positivo, por ejemplo, si te ayuda a evitar el peligro o cumplir con una fecha límite. Pero si el estrés continúa por mucho tiempo, puede afectar su salud (Ponce, 2021).

Hay al menos 3 diversos tipos de estrés: estrés agudo, estrés agudo episódico y estrés crónico, este tipo de estrés puede provocar trastorno de estrés postraumático y las personas tienen la posibilidad de sentir estrés de diferentes modalidades. Además, los individuos bajo estrés crónico padecen infecciones virales más comunes y graves, como la gripe o el resfriado común (2010)

Algunas personas lidian con el estrés de mejor forma que otras. El primer paso es reconocer la presencia de ese en su vida. Cada persona experimenta el estrés de manera diferente, puede sentirse enojado o irritable, tener problemas para dormir, dolor de cabeza o malestar estomacal. Una vez que conozca las señales que debe buscar, puede comenzar a combatirlos (Valero, 2020).

Todos los individuos sienten estrés agudo alguna vez en su vida. Es el estrés que se presenta por un corto período de tiempo y por lo general desaparece rápidamente. Es común en todo el mundo y puede aparecer cuando estás pasando por una situación difícil como un divorcio. Teniendo en cuenta lo poco que dura, por lo general no causa ningún problema de salud grave. Cualquier tipo de estrés que continúa por semanas o meses es estrés crónico. Puede acostumbrarse tanto al estrés crónico que no se dé cuenta que es un inconveniente.

En consecuencia, si no haya formas de mantener el control del estrés, este podría provocar inconvenientes de salud, su cuerpo humano reacciona frente al estrés al liberar hormonas. Una vez que tiene estrés crónico, el cuerpo humano se preserva en alerta inclusive una vez que no hay riesgo.

Síntomas y signos de estrés

El estrés como tal se evidencia en varios aspectos del ser humano ya que puede provocar varios tipos de indicios físicos y emocionales. A veces probablemente no se dará cuenta de

que estas señales son ocasionadas por el estrés, no obstante, se encuentran presentes aún si no pueden ser observables (Fernández y Valdespino, 2020).

Los síntomas del estrés pueden afectar su cuerpo, pensamientos, emociones y comportamiento. Ser capaz de reconocer los síntomas comunes del estrés puede ayudarlo a lidiar con ellos. El estrés descontrolado puede provocar muchos problemas de salud, como presión arterial alta, enfermedades cardíacas, obesidad y diabetes (Ramírez, 2021).

Es así como, día tras día y año tras año, este estrés crónico es agotador. El estrés crónico destruye el cuerpo, la mente y la vida. Esto puede desgastar a la persona emocional y físicamente. Es el estrés de la pobreza, de la familia disfuncional, el estar atrapado en un matrimonio infeliz o un trabajo que odias. El estrés crónico ocurre cuando una persona no ve una salida a su situación depresiva. Esto se va acentuado al pasar el tiempo por las demandas y presiones incesantes aparentemente interminables. Sin esperanza, la persona se da por vencida en encontrar una solución a su problemática (Pedraza, 2021).

Burnout

Síndrome de Burnout (SB), además conocido como síndrome de corrosión vocacional, síndrome de quema o síndrome de fatiga, en 2000 por la Organización Mundial (OMS), gracias a su posibilidad de ser capaz de impactar en la calidad de vida, la salud mental e inclusive la vida de un sujeto es peligrosa. En 2022, la fatiga relacionada con el trabajo o síndrome de burnout se incluirá en la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la (OMS).

El síndrome se agregó a la lista de problemas relacionados con el empleo o el desempleo en 2019. La Organización Mundial de la Salud dice que es "el resultado de un trabajo estresante crónico mal manejado" y aclara que "es específico del fenómeno en el entorno laboral y no debe usarse para describir experiencias en otras áreas de la vida" (Agea, 2022).

Componentes del Síndrome de Burnout.

Los principales componentes del síndrome de Burnout pueden reflejarse como: Baja energía o sensación de cansancio; Mayor distanciamiento mental del trabajo, sentimientos negativos o cínicos y menor eficacia profesional. Aunque son varias las voces que lo reclaman como

tal, es fundamental recordar que, legislativamente, el burnout sigue sin considerarse una patología profesional (2015).

Sin embargo, hay varios tipos de manifestaciones que podemos considerar como una advertencia o, a veces, en el contexto de imágenes clínicas, como: rechazo, aislamiento, ansiedad, miedo o miedo, es uno del síndrome de este síndrome y uno del síndrome. Proporciona síntomas graves porque puede provocar suicidio), enojo, acreditación, cambios personales, una sensación de pecado y tarifas de trabajo excesivas e independientes, como cambios en los hábitos de limpieza y los arreglos personales, y los modelos de alimentos cambiantes, con un modelo dietético, con pérdida excesiva. O aumento de peso, pérdida de memoria y no organización, y la concentración de dificultad y puede sufrir trastornos del sueño (Morales y Murillo, 2015).

Además, hay varios tipos de manifestaciones que podemos considerar como signos de alarma o en ocasiones como parte de la propia manifestación clínica, por ejemplo: negación, aislamiento, ansiedad, miedo o miedo, depresión (los síndromes más comunes y el síntoma más peligroso suele ser visto en psiquiatría, porque puede causar (suicidio), ira, adicción, cambios de personalidad, culpa y autoinmolación, carga de trabajo excesiva, que puede manifestarse como cambios en los hábitos de higiene y cuidado personal, cambios en los hábitos alimentarios, ganancia o pérdida excesiva de peso, pérdida de memoria y confusión, dificultad para concentrarse y trastornos del sueño (Morales y Murillo, 2015).

Por consiguiente, se ha esquematizado 4 niveles: Leve: fatiga, dificultad para despertarse por la mañana; Moderado: aislamiento, sospecha, negativismo; Grave: desaceleración, automedicación, aversión, consumo de alcohol o drogas; Extremo: aislamiento muy claro, colapso, suicidio (Morales y Murillo, 2015).

El síndrome de burnout es un estado de debilidad de la mente, emocional y físico que pasa como consecuencia de solicitudes abrumadoras, estrés crónico o insatisfacción gremial. Una vez que una persona está cansada, puede sentirse cansada cada día, tener una reacción clínica, sentirse desmotivada e insatisfecha con su trabajo.

Alteraciones del sueño

En cuanto al sueño, se sabe que el sueño de buena calidad es una función biológica fundamental para la salud física y mental de un organismo, y la privación del sueño puede afectar negativamente la salud de quienes padecen sueño. Varios procesos fisiológicos ocurren durante el sueño. B. Conservación de energía, regulación metabólica, mejora de la memoria, productos de desecho, activación del sistema inmunitario.

El sueño puede verse afectado por muchos factores, incluida la ocurrencia de eventos particularmente violentos, como desastres naturales, guerras y pandemias. Un estudio diseñado para medir los efectos en la salud mental de las personas en Atenas por un terremoto de magnitud 5.9 encontró que la capacidad de las personas para adaptarse a las nuevas condiciones de vida fue un factor clave en la evolución del cambio de sueño. El 54 % de los encuestados dijo que su nuevo entorno de vida era importante para dormir, y el 90 % de este grupo reconoció pesadillas en el 25 % y somnolencia en el 10%. (Fernando Molt, 2021)

La salud de las personas incluye la salud física y mental y todos los determinantes sociales, económicos, laborales, liberales, ambientales y psicológicos que pueden afectar la salud y el estado de la persona, deben ser vistos desde una perspectiva integral, que incluya Como parte de una pandemia mundial que es vital para la humanidad. Dependiendo del grupo de edad, el sueño de calidad durante el tiempo adecuado es fundamental para el buen funcionamiento de otras capacidades y habilidades para el desarrollo humano y la integración social. (Paternó Manavella, 2021)

1.2.2. Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitarios

Ansiedad

Un grupo que se ve gravemente afectado son los trabajadores sanitarios que han presenciado la aparición de trastornos psiquiátricos tras un brote, como el Trastorno de Estrés Postraumático, el trastorno depresivo o una respuesta adaptativa a los niveles de ansiedad aumentados en un 20% de los casos. Otro estudio de cohorte realizado en la misma región

localizó que en los profesionales de salud había tasas más altas de TEPT en comparación con los sobrevivientes del SARS-CoV (40.7 %) (Bladimir Becerra-Canales, 2022).

La incidencia acumulada de trastornos mentales en los sobrevivientes fue del 58.9 %, distribuidos Así: 44 % trastornos depresivos, 47.8 % TEPT en algún momento a partir del brote, 13.3 % trastorno de pánico, 6.6 % agorafobia y 1.1 % fobia social. Treinta meses después de la SARS-CoV, la prevalencia de los trastornos mentales en el último mes fue de 33.3 %, siendo el TEPT el diagnóstico más común (25.6 %), seguido de los trastornos depresivos (15.6 %) (2022)

Esa sensación de incertidumbre, así como las limitaciones secundarias a las medidas de aislamiento social preventivo, la posibilidad de que los planes a futuro se vean cambiados de forma dramática y la separación brusca del ámbito social o familiar del paciente son catalizadores recurrentes de cuadros de depresión y ansiedad, los cuales, en situaciones de aislamiento social, pueden exponer como parte de un trastorno adaptativo o una reacción de ajuste que, en muchas situaciones, no amerita un método farmacológico (2022).

Se ha identificado en estudios que un grupo poblacional particularmente vulnerable en el sector salud es enfermera, Loyola de Silva et al. Resaltando que existe un fuerte impacto en esta población por su papel de apoyo lo hace susceptible a los síntomas del síndrome de agotamiento (2020). Así mismo, es indicar síntomas de estrés, ansiedad y depresión. (Rodríguez et al. 2022).

Varias poblaciones tienen la posibilidad de ser vulnerables al estrés psicológico en el entorno de coronavirus, como los expertos de la salud de primera línea que afrontan una más grande carga de trabajo, peligro de infección, etcétera., y la necesidad de tomar elecciones de vida. En China, se informó que la depresión era del 50 %, la ansiedad del 45 % y el insomnio del 34 % entre los trabajadores de la salud, y en Canadá, el 47 % de los expertos de la salud mencionaron que necesitaban apoyo psicológico (Kestel, 2020).

En una pandemia, la ansiedad aumenta los niveles de estrés y ansiedad en personas sanas y exagera los síntomas en personas con trastornos mentales preexistentes. Estos trastornos pueden dar lugar a trastornos como depresión, ataques de pánico, trastorno de

estrés postraumático, síntomas psicóticos y suicidio, especialmente en pacientes aislados que tienden a experimentar un mayor malestar psicológico.

Los trabajadores de la salud enfrentaron situaciones laborales más críticas y muchas otras situaciones que causaron estrés, conflicto, estrés y ansiedad en los empleados que a menudo no pudieron enfrentar o controlar su depresión. A veces, estamos en mayor riesgo en nuestro estado actual de ansiedad. Esto conduce a sentimientos y emociones dolorosas que conducen al fracaso personal. Además, a las enfermeras que trabajan con niños les resulta difícil trabajar con ellos, especialmente cuando se trata de enfermedades como el cáncer.

Depresión

En un estudio realizado del 31 de enero al 2 de febrero de 2020 en 1210 personas en 194 ciudades de China, se aplicó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (Vargas, 2020). El objetivo de este estudio fue realizar una encuesta en línea, utilizando una técnica de muestreo de bola de nieve, para comprender mejor, entre otras variables, el grado de impacto psicológico, ansiedad, depresión y estrés en las primeras etapas de la epidemia de COVID-19 (2020).

Entre el total de participantes, de los cuales el 16.5 % de los participantes experimentó síntomas depresivos de moderados a graves, mientras que, el 28.8% tenía síntomas de ansiedad moderados a severos y el 8.1% informó fatiga moderada a severa. Por lo cual, se pudo denotar que mala salud se asoció significativamente con un mayor impacto psicológico en niveles más altos de estrés, ansiedad y depresión (Ozamiz et al.,2020)

Además de lo señalado, en un análisis llevado a cabo por Ansoleaga, Toro, Godoy, Stecher y Blanch (2011) evidenció que doctores, como enfermeros muestran malestar psicofisiológico referente con su profesión, no obstante, el promedio es máximo en las enfermeras, puesto que estas últimas obtuvieron un más grande grado de incomodidad que los doctores y puntuaciones de manera significativa más altas en malestar emocional, fatiga física, trastornos digestivos, dolor de cabeza, insomnio, dolor de espalda y tensión muscular; del mismo modo, los autores aseguran que los expertos en enfermería son más susceptibles a

reportar elevados puntajes en las escalas de desgaste emocional, trato despersonalizado con compañeros de trabajo y usuarios y baja ejecución personal, o sea, que presentarían los indicios del síndrome de burnout.

Estrés, ansiedad y depresión en personal las condiciones psicosociales de trabajo en los expertos de la salud, se ha encontrado que las solicitudes psicológicas, el control y la ayuda social, se relaciona con la salud psicológica de los competidores; no obstante, estos resultados varían según el territorio, especialmente en Colombia la ayuda social resulta ser la variable que mejor explica la salud psicológica de acuerdo con varios autores (2013).

Cabe señalar que en los residentes de medicina suele aparecer el síndrome de burnout e incremento en los indicios depresivos 6 meses luego de haber ingresado a la clínica, lo cual constituye a la depresión como una problemática que perjudica a estos expertos, primordialmente por la carga gremial y largas jornadas a las que permanecen expuestos (2019).

Además de lo anterior, está involucrado en reconocer el impacto en la salud física y psicológica COVID-19, ya que es un elemento contextual preliminar para aumentar los niveles de estrés, la ansiedad y la depresión, sin embargo, la existencia de grupos más sensibles, la población se indica en este sentido, los trabajadores de la salud del hospital son una de las áreas de población más afectadas porque recuerda a Hernández (2020), no sólo se encuentra con la sensación de miedo, cuidado y estrés por el mayor riesgo de infección contra la influencia de los virus. En su lugar de trabajo, pero el estigma social de la disposición de esto.

Es necesario considerar las valoraciones que poseen diferentes campos, como la psiquiatría, la medicina y la psicología, mediante las cuales se identifican la ansiedad, la depresión y el estrés, para poder desarrollar la terminología dominante para estos componentes de la vida. y actividades de los objetos en su vida diaria y profesional. Sin embargo, también señala que los niveles excesivos de ansiedad pueden ser vistos como dañinos, lo que lleva a patologías e ineficiencias en el desarrollo y logro de carrera.

Además de lo anterior Reyes señala que, aunque la ansiedad con frecuencia es relacionada con el estrés, estos dos términos son diferentes en la medida que mientras el

estrés necesita de un estresor, es decir de una situación que le genere demanda o amenaza, la ansiedad no. Razón por la cual asegura que la ansiedad puede hacer parte del estrés, donde emita la respuesta fisiológica de defensa (2005).

De igual manera existen diferentes factores que están asociados a una persona que presenta ansiedad, como lo son, trastornos neurológicos, enfermedades cardiovasculares y consumo de sustancias psicoactivas (Reyes, 2005). Mientras que, al indagar sobre conceptos como la depresión, se encuentra que desde la psiquiatría esta es entendida como un síndrome o agrupación de síntomas afectivos que se encuentran relacionados con esferas de sentimientos o emociones que conllevan a la tristeza patológica, la irritabilidad, el decaimiento, sensaciones subjetivas de imposibilidad frente a exigencias de la vida cotidiana (Alberdi, et al., 2006).

Referente a la depresión, del total de alumnos de una Universidad Pública de Perú, el 45.9% padece depresión leve, el 30.1% son féminas y el 15.9% son hombres. El 48% poseía depresión moderada, integrado el 31.4% de las féminas y el 16.6% de los hombres. De la misma manera, Apaza et al señala que, tanto el 4.1% estaba en depresión más grande, con la más grande proporción de datos divididos entre depresión leve y moderada que, además, según (Apaza et al., 2020) con una más grande prevalencia de depresión leve a severa en féminas que en hombres.

Otro estudio realizado en China examinó la presencia de psicopatología en 1257 trabajadores de la salud expuestos al COVID-19. Una proporción significativa de participantes informó síntomas de depresión (50 %), ansiedad (45 %), insomnio (34 %) y ansiedad (72 %). Las enfermeras, las mujeres, los trabajadores sanitarios de primera línea y las personas que trabajan en Wuhan midieron niveles más altos de síntomas de salud mental que otros trabajadores sanitarios¹¹. Los trabajadores sanitarios de primera línea que participan en el diagnóstico, el tratamiento y la atención directos de los pacientes con COVID-19 están asociados con un mayor riesgo de depresión, ansiedad e insomnio (Nicolini, 2021).

Estrés

Protección de la salud mental y factores de riesgo para los trabajadores de la salud la enfermedad SARS-Cov-2 (COVID-19) significa que los trabajadores de la salud enfrentan desafíos específicos que los dejan vulnerables al estrés. Su naturaleza altamente contagiosa ha resultado en numerosos reportes de la enfermedad e incluso muertes de personal en muchas partes del mundo, causando verdadero temor en la atención de los pacientes, muchos en algunos de los cuales no son diagnosticados en el primer contacto. La gestión requiere una gran cantidad de especialistas en áreas clave, lo que requiere que los médicos y enfermeras o paramédicos se capaciten en otras áreas. La alta tasa de mortalidad y la lenta progresión en muchos casos pueden generar sentimientos de impotencia, inseguridad y frustración para los médicos tratantes (OPS, 2020)

La OMS (OMS) manifestó en el primer mes del año de 2020, el coronavirus ha sido una Emergencia de Salud Pública de Inquietud Universal (PHEI), y en marzo del mismo año ha sido clasificado como enfermedad pandémica. Las agencias gubernamentales de todas las naciones y los organismos asesores sociales y de salud hicieron sugerencias para afrontar los retos de salud, económicos y de confort que combaten las patologías infecciosas. Las crisis de estabilidad sanitaria producen a menudo estrés e inclusive pánico entre la población generalmente, así como entre los expertos de la salud, debido a su temor al contagio y el deceso por infección. Por otro lado, ciertos autores señalan que los trabajadores de la salud principalmente temen lastimar a sus parientes, amigos o compañeros de trabajo, y del mismo modo experimentan indicios de estrés, ansiedad o depresión, con secuelas psicológicas a extenso plazo, sugiere que los expertos de la salud han comunicado tasas significativas de depresión, ansiedad, insomnio y estrés a lo largo del brote de hoy de coronavirus (Álvaro y Mantilla, 2020).

De acuerdo con el mismo autor, entre los recursos tomados para evaluar las reacciones mentales contra el virus del COVID 19, los componentes sociales, las conclusiones sociales y otros componentes relacionados a los empleados, los ingredientes

de la identidad de los trabajadores y los resultados sociales son utilizados por las tácticas para concretar los objetivos del objeto de investigación (2020).

Otros componentes de peligro son la historia sumatoria de exposición a otros eventos adversos en la vida, la coexistencia previa de psicopatología y las conductas adictivas. Entre ellos: el afrontamiento positivo, con reacciones resolutivas, la organización de resoluciones realistas a la problemática enfrentada, autoafirmación y la introspección, canalizan las emociones que surgen frente a el estrés en ocupaciones productivas y el sentido del humor. Otros componentes son: la valoración del autocuidado, la función de solicitar ayuda, la espiritualidad, llevar un estilo de vida sana, tener pareja estable, disponer de redes de apoyo, tener otras capacidades y pasatiempos: pintar, oír canción, leer, redactar, ejercitarse, etcétera (Gallegos y Zea, 2020).

La resiliencia es un elemento defensor personal frente a el estrés, es dicha capacidad en la que se enlazan puntos biológicos y en el desarrollo de la personalidad, para lidiar con la adversidad y recuperarse de manera espontánea, tienden a tener una personalidad bien organizada, son tenaces y optimistas, demostrando menor peligro de patología de la mente. Actitudes emocionales frente a la exposición a estrés Las primeras variantes médicas del estrés se secundan en la iniciativa de que el organismo es un sistema delegado de conservar la igualdad interno, por medio de mecanismos de retroalimentación planteados por autores levantes en el tema (García y Gambarte, 2019).

A lo largo de la contestación al estrés se activan 2 tipos diferentes de circuitos en el sistema nervioso central. Por una sección, se implican respuestas del sistema nervioso independiente, tanto agradables como parasimpáticas, mientras tanto que en el sistema nervioso central se hace una interpretación cortical del estresor, aunada a la contestación del sistema límbico y del eje hipotálamo-hipófisis adrenal. El hipotálamo activa al sistema neuroendocrino, secreta hormonas como la hormona liberadora de corticotropina, que estimula la secreción de glucocorticoides y producen altas concentraciones de cortisol y, dependiendo del tiempo de exposición al estresor, puede crear disfunción de la contestación inmunitaria (Cortés Romero, 2018).

Burnout

El Síndrome de Burnout constituye un desorden servible de la esfera neuropsiquiátrica condicionado por la exposición crónica a situaciones que general altos niveles de estrés. Los primeros indicios del síndrome de burnout fueron en USA; alrededor del año 70, el creador ha sido el psiquiatra Freud Enberger en el año 1974, el mismo que identifica inicios de estrés gremial en el campo económico, cultural y social, después de ciertos años: Desde el trabajo de Freud Enberger, se inicia la llamada etapa pionera de la indagación del Burnout (1974).

El desgaste gremial o síndrome de burnout ha provocado un enorme efecto en el planeta gremial debido a que en las últimas décadas ha tenido algunas transformaciones en el entorno sociocultural gracias a exigencias recientes que se muestran en el trabajo al estar en un ámbito rodeado de ciencia y novedosas tecnologías, el cual la gente debería ajustarse a su ámbito de trabajo, ya que como personas buscan la superación en el diario a vivir, sobrellevando instantes difíciles empero no imposibles, con la intención de consumir metas y descubrir una seguridad económica, social, gremial, entre otras (2016).

Con más frecuencia el examen usado al referirnos al síndrome de burnout es Maslach Burnout Inventory-Human Services (MBI-HSS) el cual mide 3 indicadores respectivamente los cuales pretenden calcular la frecuencia y magnitud con la que se muestra el síndrome: “el cuestionario MBI-HSS que radica de 22 ítems que se catalogan de la siguiente forma: Debilidad emocional (AE): compuesta de 9 ítems que miden la sensación de estar emocionalmente agotado por las solicitudes laborales. Logro personal (LP): comprende 8 ítems que miden el nivel de satisfacción gremial y las emociones de competencia” (2016).

Por lo tanto se lo califica de consenso al grado severo o elevado una vez que la puntuación es superior a 27 relacionadas al cansancio emocional, superior a 10 en despersonalización y superior a 40 puntos de vista al dialogar de ejecución personal, moderado o medio una vez que el puntaje esta entre 19 -26 al referirnos a cansancio emocional, despersonalización entre 6-9 y la ejecución personal entre 34-39 y finalmente y no menos fundamental bajo o leve una vez que el puntaje de cansancio emocional supera los

18 puntos de vista, la despersonalización de 0-5 puntos de vista y la ejecución personal hasta 33 aspectos (Hederich-Martínez y Caballero-Domínguez, 2016).

Actualmente el Síndrome de Burnout está referente en enorme medida con el trabajo que presta servicios asistenciales, o sea los trabajadores que se relacionan de forma directa con otros usuarios, procurando de saciar las necesidades de todos ellos, esto produce alteraciones en su salud física, emocional y social. Por lo tanto, López confirma que: “El Spanish Burnout Inventory (SBI) estima que el Burnout se lleva a cabo como consecuencia del estrés gremial crónico derivado de las colaboraciones que se establecen entre los expertos en contacto con consumidores (2017).

Conforme con la Agrupación De España de Psiquiatría, los doctores y enfermeros (trabajadores de la salud), que permanecen en la primera línea de la contienda contra la epidemia de coronavirus, se afrontan a condiciones potenciales que disminuyen su salud psicológica, lo que respalda conceptual y teóricamente las definiciones y relación de la salud psicológica con el estado de salud de un paciente en general (Izurieta y Izurieta, 2021).

Diversos estudios han mostrado diferentes comportamientos de la BS entre doctores y enfermeras debido al papel que cada uno juega en el cuidado del paciente. Por esto, revisiones sistemáticas llevadas a cabo en diferentes territorios indican que este porcentaje cambia entre doctores y enfermeras entre el 35.1% y el 11.23%. No se realizaron estudios para establecer la incidencia de BS en expertos de la salud a lo largo de la enfermedad pandémica de coronavirus en esta nación. Por consiguiente, el propósito de este trabajo ha sido establecer la incidencia y severidad del BS entre doctores y enfermeras ecuatorianos que laboran en el sistema público de salud y prestan sus servicios en la enfermedad pandémica del coronavirus (Veloz et al., 2021).

Las consecuencias del estrés para los profesionales de la salud son especialmente graves y pronunciadas debido al factor añadido de la constante exposición pública de su trabajo y su vocación de servicio. Las relaciones profesionales con los pacientes no son fáciles y requieren una gama de herramientas, habilidades, competencias y actitudes del personal de salud. Además, los profesionales deben saber establecer la necesaria distancia

terapéutica con los pacientes sin perder la empatía y el compromiso. Otras fuentes de estrés son la necesidad de actualización constante de conocimientos, el uso de nuevas tecnologías y los recortes presupuestarios en el actual sistema de salud pública (María, 2009).

Dada la prevalencia del estrés entre los médicos, el psiquiatra Okinoura (1988) propuso la definición de "síndromes médicos" como trastornos con entidades separadas. A menudo surge al terminar la escuela y comenzar un entrenamiento profesional. Los médicos creen que su profesión los hace invulnerables y los protege de la presión de amenazar a otros, aunque sea una visión distorsionada de la realidad. El burnout ocurre principalmente en los centros de salud. Los oncólogos, neumólogos y profesionales de la salud en el trabajo están bajo la presión de los empleadores y los trabajadores a los que asisten (García y Gil, 2016).

En consecuencia, se hizo un diseño detallado prospectivo, no empírico, de corte transversal en el sector de emergencia coronavirus del HOSPITAL del Seguro Social IESS Manta Grado II, situado en la provincia de Manabí-Ecuador, y estuvo referido a 42 enfermeras que laboró entre abril y agosto de 2021 en la sala de emergencias. Los expertos de la salud han experimentado estrés, ansiedad y fatiga de la mente como consecuencia de la desinformación que circula en Internet, además de largas horas de trabajo, sobrecarga del paciente y semejantes. Servicio prestado, indemnización inadecuada y falta de información (Cruz et al., 2021).

Como si no fuera suficiente, sumado a los componentes particulares, situacionales y organizacionales que influyen en los niveles de burnout. Estudios hechos en China (Zhang et al., 2021; Xie et al., 2021; Lozano, 2020), revelaron el gran estrés en el trabajo diario al que se afrontan los expertos doctores, inclusive reportamos tener indicios de ansiedad inclusive en un 26.88% (43 /160) de las enfermeras encuestadas (Huang et al., 2020) mientras tanto que en Perú se han comunicado números más alarmantes (Guerra et al., 2022).

Por un lado, hay cuestiones pendientes relacionadas con la organización del trabajo de la empresa: personal insuficiente, demasiadas tareas de enfermería atípicas, información insuficiente sobre los médicos y poco tiempo para expresar apoyo emocional a los pacientes.

Estos factores estresantes sugieren que las enfermeras que trabajan "al lado de la cama del paciente" tienen una capacidad limitada para intervenir (César Carrillo-García, 2018).

Las enfermeras tienen más margen de maniobra que los médicos y auxiliares de enfermería cuando se trata de prevenir el estrés. Esto puede deberse a que tienen menos responsabilidad y mayor autonomía de trabajo que estos últimos. En este ejercicio preventivo, el trabajo de Ribera et al, mostró que para los profesionales de enfermería adquirir habilidades específicas de afrontamiento (como la distancia emocional necesaria para poder apoyar a los pacientes) puede ser de gran utilidad.

Cuanto mejor se definan las competencias de rol de cada profesional de la salud, más independiente será y más seguro realizará su trabajo, lo que repercutirá en la calidad de la atención que reciben los pacientes (1993).

1.3. Variables psicosociales relacionadas a la salud mental

Para concretar las bases conceptuales de esta investigación, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define salud mental como "estado de bienestar en el que cada individuo es consciente de su potencial, puede responder apropiadamente a los estresores diarios de la vida, trabajar productiva y fructíferamente, ser capaz de hacer una contribución a su comunidad" (OMS, 2013).

1.3.1. Inflexibilidad psicológica

La inflexibilidad psicológica y la soledad mediaron el efecto del estrés sobre la ansiedad y el estado de ánimo depresivo en los competidores, independientemente del género y los precedentes particulares anteriores de coronavirus. Además, se discuten más a fondo las repercusiones de la inflexibilidad psicológica y la prevención y el afrontamiento del estrés en los expertos sanitarios a lo largo del coronavirus.

Así pues, la inflexibilidad psicológica (IP) es el término central de la terapia de asentimiento y compromiso (Acceptance and Commitment Therapy [ACT]), y se define como "un jefe duro de comportamiento en el cual el individuo orienta sus actividades sobre la base

de las vivencias privadas momentáneas en vez de los valores elegidos libremente” (Carlos J. Delgado Domínguez, 2020, pág. 3).

El modelo de participación psicológica en el cual se enmarca dicho instrumento indica que el término de IP puede variar por medio de los múltiples entornos. No obstante, conforme a nuestro entendimiento, no se ha descrito ningún análisis con el término de aprobación planteado por el modelo de ACT, en la que se entiende como una su dimensión experiencial (no como táctica de afrontamiento), cuya función es impulsar la flexibilidad psicológica del sujeto con el objeto de poder centrarse en sus valores particulares (2020).

1.3.2. Soledad y apoyo social

Debido a cierta ambigüedad en la terminología, se han desarrollado algunas definiciones de la unidad. Uno de los más famosos fue creado por Sullivan, quien explica la soledad como "una vivencia desagradable relacionada con la carencia de intimidad interpersonal". Además, Jung define la soledad como "la falta real o percibida de colaboraciones patológicas, constantemente acompañada de indicios de estrés" (Andrade y Hernández, 2022).

Otros autores, como Scalise et al, han reconocido 4 componentes asociados a las emociones de soledad: Fatiga, que, de hecho, el bajo rendimiento de la energía y la vinculación conduce a una falta de vitalidad; Soledad, la vivencia de la segregación social; Agitación, que se relaciona con la frustración, la insatisfacción y el estrés referente con la soledad; Negación, Sentirse deprimido está más asociado con la depresión.

Weiss (1973) según este autor, podemos hablar de dos tipos de soledad: la soledad social y la soledad emocional. Cuando sienta que carece de una persona especial y cercana (objeto de apego, cónyuge) en su vida, se sentirá emocionalmente solo. Este tipo de soledad tiene un carácter más subjetivo, destacando la dimensión cualitativa de la relación, es decir, la valoración de las personas sobre la calidad de la relación que mantienen.

Por sí sola, la soledad social es más común, principalmente por la falta de red social suficiente, es decir, el tamaño de la red social y la frecuencia de contacto con las personas

que integran la red, que es el factor desencadenante de esta soledad. Los dos tipos de soledad son diferentes, causan diferentes síntomas y desencadenan diferentes estrategias de afrontamiento.

Todos los humanos necesitan interacción social para sobrevivir y prosperar. Pero a medida que crecen, tienden a pasar más tiempo solo. El aislamiento deja a las personas mayores vulnerables a la soledad y el aislamiento social, lo que puede afectar su salud y bienestar. Las investigaciones han demostrado que la soledad y el aislamiento social están asociados con un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud como enfermedades cardíacas, depresión y deterioro cognitivo.

La soledad y el aislamiento social son cosas diferentes pero relacionadas. La soledad es un sentimiento abrumador de soledad o alienación. El aislamiento social se refiere a la falta de relaciones sociales con las que pocas personas pueden interactuar de forma regular. Puedes vivir solo sin sentirte solo o aislado socialmente, o, por el contrario, cuando estás con otras personas, te sientes solo (Moya, 1999).

1.3.3. Estrategias de afrontamiento

De forma esquemática, podríamos mencionar que una vez que un individuo piensa que una situación requiere una respuesta, puede reaccionar de dos formas sencillas: pensar que tiene las habilidades para afrontar la situación o pensar que no tiene tácticas satisfactorias (López Izurieta, 2021).

Con base en ello, diferentes personas reaccionan de manera diferente al mismo evento y perciben de manera diferente. Esto depende de la evaluación individual del evento, no de la naturaleza del evento. Si la evaluación de la ejecución de un caso por parte de un individuo es amenazante o fácil de controlar, depende de la interacción establecida por el individuo entre las necesidades del caso y sus puntos de vista sobre sus propias estrategias de respuesta satisfactorias (López Izurieta, 2021).

Las estrategias de afrontamiento se pueden definir como las reacciones, comportamientos e incluso pensamientos que los individuos utilizan para responder a las

necesidades de la situación de la manera más ideal y factible. De acuerdo con este estándar, pueden tener estrategias de afrontamiento más saludables o beneficiosas y más reacciones anormales, por lo que no pueden ayudar a los profesionales a sentirse satisfechos.

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

Los trabajadores de la salud enfrentan el desafío de la pandemia de coronavirus: caos, inestabilidad y sobre pensamientos. Hay una serie de desafíos que enfrentan los trabajadores de la salud cuando brindan atención por COVID-19, de los cuales hemos identificado tres prioridades: Interrupción debido al ritmo de la pandemia y desplazamiento inicial en respuesta a las emergencias pandémicas; El sistema de salud se enfrenta a la incertidumbre de un importante problema de salud pública y la paranoia nacida de la respuesta del público al miedo a lo desconocido (Huarcaya-Victoria, 2020).

Po lo tanto, entendemos que desde que el coronavirus surgió como pandemia, la situación sanitaria a nivel mundial ha cambiado radicalmente y los profesionales de la salud se enfrentan a nuevos retos y situaciones sin precedentes dentro de la rama profesional (Cuevas y Doubova, 2020).

Por lo cual, se han observado historias sobre el costo y sacrificio del personal médico a grado universal, como casos de doctores retirados que han tenido que volver a prestar sus servicios para cubrir la demanda de atención en pacientes, alumnos de último año de carreras de ciencias de la salud, quienes tuvieron que asistir al apoyo de la pandemia han decidido rasurar sus cabezas para eludir el contagio por medio del pelo, una cantidad enorme de historias como estas se muestran a diario. Una interpretación de esto puede ser la sensación de frustración por las restricciones del sistema de salud sobrecargado, producto del virus (Cuevas y Doubova, 2020).

Esta escasez de especialistas ha causado que doctores de otras especialidades o sin especialidad se apresuren a formarse por medio de cursos acelerados u online para colmar el vacío. Este enfoque es una solución parcial pues brindar cuidados intensivos necesita una subespecialidad que necesita un entrenamiento preciso. Además, para encarar a la escasez,

ciertos territorios, como México, Colombia, Perú, Guyana y Trinidad y Tobago, entre otros, comenzaron a contratar trabajadores de la salud, integrados personal doctor y jubilados, que trabajan temporalmente en la zona público (Cuevas y Doubova, 2020).

Los instrumentos clave del personal para contestar a la enfermedad pandémica, además de su inquebrantable dedicación al servicio, son: Capacitación en limpieza personal y equipo de defensa personal (máscara, careta, diana, guantes); Capacitación para detectar y manejar especímenes, casos, exposición y uso de dispositivos doctores como ventiladores y monitores (Cuevas y Doubova, 2020).

El Médico Juan Carlos Panchi, director del Sistema de Salud Fundación Tierra Nueva, habló sobre el trabajo que hace el Nosocomio Papá Carollo un canto a la vida y su tarea a lo largo de la enfermedad pandémica. Para eso, explica el caso al sur de Quito, donde el nosocomio presta más atención, y destaca que, si bien la salud es un derecho, las condiciones dispares dificultan el acercamiento de los nosocomios (Ruíz, 2020).

Después, el doctor Iván Doñas, Instructor de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, se refirió a las perspectivas de salud de la nación y enfatizó en su presentación que el efecto de la enfermedad pandémica del coronavirus está bastante por arriba de la capacidad de la nación de Ecuador (2020).

Además, tocó otros temas relevantes como la alta tasa de mortalidad infantil, en particular la tasa de mortalidad infantil, la prevalencia de la desnutrición crónica entre los mineros y la necesidad de mejorar las políticas y políticas en relación con la autonomía, la estabilidad alimentaria, la nutrición, el derecho a la vida sexual y salud reproductiva, promoción de la lactación (2020).

Capítulo dos

Metodología

2.1 Objetivos

El objetivo fue describir las necesidades emocionales y efectos en la salud mental del personal médico de la ciudad de Guayaquil; Personas cuyos trabajos son particularmente exigentes durante la pandemia y que se han visto afectados emocionalmente durante este tiempo.

1 Objetivo general

Determinar el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en el sector sur de la ciudad de Guayaquil durante el año 2021.

Objetivos Específicos

Determinar las características sociológicas y laborales de la muestra de trabajadores de la salud.

Definir el grado de agotamiento en términos de agotamiento emocional, declive de la personalidad y realización personal en un esfuerzo.

Especificar el nivel de rigidez mental y percepción de soledad que presenta la muestra de prueba.

Definir la calidad del sueño de las muestras participantes.

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 de la muestra / del personal sanitario que trabaja en el Hospital de la ciudad de Guayaquil objeto del estudio?

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

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

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

¿Qué calidad de sueño posee la muestra participante?

Diseño de investigación

Este diseño de investigación es no experimental, transversal se aplicó una encuesta a 48 sanitarios para poder analizar las diferentes emociones que tuvieron durante el trabajo en la pandemia. Exploratoria: nuestro estudio fue nuevo ya que fue realizado en tiempos de pandemia. Esta investigación es descriptiva, en ella hemos puesto en consideración ciertas variables como el estrés, depresión, falta de sueño en el personal sanitario de primera fila; y cuantitativa el diseño de investigación se desarrolló en base varios cuestionarios que aplicamos a 48 trabajadores sanitarios de la Ciudad de Guayaquil - Sur.

2Población y muestra

Esta investigación se centra en la población del personal sanitario que trabajó en Pandemia, específicamente en la ciudad de Guayaquil en el Sur de dicha ciudad, en el "HOSNAG" de los cuales se ha considerado una muestra de 48 miembros de dicho personal, los cuales fueron investigados.

Los criterios de inclusión de esta investigación se tomaron en cuenta en función de los objetivos. Por tanto, se incluyeron, médicos, enfermeras, auxiliares, residentes, intensivistas, paramédicos, personal UCI, personal de Emergencia que labora en pandemia en la Ciudad de Guayaquil - Sur y que hayan firmado el consentimiento informado para poder colaborar en este estudio.

Aquellos participantes que fueron asignados por la jefatura de enfermería, se les remitió el enlace para que procedan a responder el instrumento de evaluación diseñado para esta investigación.

Para la muestra se pidió la colaboración de 48 participantes entre mujeres y hombre, personal sanitario que trabajo en tiempos de pandemia en la Ciudad de Guayaquil - Sur.

¿Quiénes conformarán la muestra de investigación?

La muestra de la presente investigación será de accesibilidad-accidental y no probabilística ya que los individuos se escogen de manera casual, es decir, de acuerdo con el medio idóneo para ejecutar el estudio y buscar los datos en función de los objetivos de la investigación o los intereses propios del investigador (Hernández et al., 2014).

Por lo tanto, serán partícipes de esta investigación 48 trabajadores sanitarios, del Hospital de la Ciudad de Guayaquil pudiendo ser estos médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, psicólogos, psiquiatras, que hayan trabajado durante el último año en el Hospital. Es importante que los participantes posean un título de tercer nivel. No hay contraindicaciones, ni riesgos relacionados a la participación en la investigación. La población objeto de estudio será el personal sanitario de instituciones, públicas o privadas, en servicio activo.

El personal de la jefatura de enfermería la cual tiene a cargo a todo el personal del Hospital escogió al personal que colaboraría con la finalidad de tener una muestra definitiva. Se solicitó a la jefatura, una hora, que permitiera al personal ingresar a sus dispositivos móviles, una vez en ellos, se le proporcionó el enlace al personal sanitario para que accedan al instrumento y lo respondan, la aplicación duró aproximadamente 30 minutos.

La muestra quedó constituida por 48 trabajadores sanitario en la que trabajaron en tiempos de pandemia dentro de las diversas áreas del Hospital.

Población: Personal sanitario del Ecuador.

Elementos de muestreo: Hospital de la Ciudad de Guayaquil ubicado en el sector sur en el cual se aplicó la investigación.

Muestra: 48 trabajadores sanitarios de la ciudad de Guayaquil del sector sur entre hombres y mujeres a los cuales se les ha aplicado la encuesta en línea.

Criterios de inclusión y exclusión.

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

Criterios de inclusión

Encontrarse en situación laboral activa.

Firmar el consentimiento informado (anexo 2 Consentimiento informado).

Tener como mínimo 1 año laborando dentro de la organización.

Ser un profesional sanitario cualificado (título de tercer nivel o superior).

Haber ejercido la profesión durante el tiempo de COVID 19.

Criterios de exclusión

No aceptar participar en este estudio.

No encontrarse laborando en la institución por maternidad o enfermedad.

No cumplir con varios criterios de inclusión.

2.2 Instrumentos de evaluación

En este estudio se utilizó 6 instrumentos.

Cuestionario ad hoc sociodemográfico

Es un cuestionario no estandarizado, compuesto por una serie de ítems que permiten la recolección de información sociodemográfica de los profesionales, en la cual se pueden identificar: el género, edad, nacionalidad, ciudad, zona en la que trabaja, estado civil, número de hijos, remuneración salarial, así mismo consta de datos laborales como: profesión, título, años de experiencia laboral, tipo de trabajo, tipo de institución, tipo de contrato, horas que trabaja diariamente, si trabaja en turno, si la institución provee de los recursos necesarios, entre otras.

Este cuestionario sirve de referencia para contemplar los criterios de inclusión y exclusión detallados anteriormente. Además, el cuestionario permite determinar si se está recogiendo adecuadamente la información que necesitamos para crear mejores estrategias; Inventario del estrés laboral crónico (MBI-HSS)

Esta herramienta se utiliza para detectar y medir el desgaste por estrés crónico en los empleados. El burnout se entiende como el resultado del estrés laboral crónico que afecta al individuo a nivel personal, social y profesional. La Escala MBI-HSS proporcionó a los sujetos

22 oraciones para calificar cómo se sentían y pensaban sobre su trabajo, y se calificó en tres dimensiones: 1) agotamiento mental, que puntúa alto indica que el individuo está emocionalmente agotado por las exigencias del trabajo; 2) Las puntuaciones altas personalizadas reflejan apatía y distanciamiento del trabajo; 3) Realización personal, que indica el nivel de realización personal, logro y autoeficacia que siente el individuo. Por tanto, en esta escala, una puntuación baja se asocia con burnout.

La evaluación del estrés laboral es uno de los aspectos más importantes en el campo de la salud mental laboral en la actualidad, más aún cuando alcanza niveles artificialmente crónicos. Se presentan los resultados psicométricos venezolanos validados de la versión cubana del Maslach Burnout Inventory Máster Survey (MBI-GS). Los resultados muestran que la herramienta es lo suficientemente confiable y se recomienda eliminar el ítem 1 para asegurar su validez constructiva. También se proporcionaron figuras que muestran el efecto de diferentes criterios MBI-GS en la salud mental de los participantes.

Para las respuestas se utiliza una escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6, de forma que 0 supone que lo expuesto no sucede nunca y 6 que sucede todos los días. En cuanto a las propiedades psicométricas, el alfa de Cron Bach oscila entre 0.84 a 0.89 (Maslach y Jackson, 1986).

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

El DASS 21 quedó constituido por tres dimensiones que son las siguientes: la depresión como un trastorno compuesto por síntomas típicamente asociados con estado de ánimo disfórico como la tristeza; la ansiedad es descrita en torno a los síntomas físicos de excitación, ataques de pánico, tensión muscular y miedo; y el estrés descrito como cierta tendencia a reaccionar a los acontecimientos estresantes con síntomas tales como tensión, irritabilidad y activación persistente (Lovibond y Lovibond, 1995).

Las respuestas se dan en una escala de Likert en una escala de 0 a 3 (no me funciona para nada, un poco para mí, muy bueno para mí, muy relevante para mí). La escala de depresión y estrés tiene un alfa de 0.85 y 0.83, y una escala de ansiedad de 0.73. Las

entradas que componen el DASS-21 en conjunto muestran un valor alfa de 0.91 (Antúnez, 2012).

La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) fue creada para evaluar la presencia de efectos negativos de la depresión y la ansiedad y para maximizar la diferenciación de estas condiciones, con superposición clínica reportada por médicos e investigadores (Lovibond y Lovibond, 1995). Para ello, se incluyeron síntomas básicos de cada trastorno y se excluyeron síntomas que pudieran estar presentes en ambos trastornos, como cambios en el apetito. En un análisis factorial continuo, surgió un tercer estresor, que agregaba síntomas relacionados con dificultades de relajación, nerviosismo, irritabilidad y agitación (Lovibond, 1995).

El DASS fue desarrollado para cumplir con los requisitos psicométricos de una escala de dimensiones de autoinforme en lugar de conceptos categóricos de trastornos psicológicos. Esto significa que la diferencia entre sujetos normales y sujetos clínicamente alterados es la severidad de su experiencia de estados emocionales como depresión, ansiedad y estrés (Lovibond, 1995).

Su versión abreviada, denominada Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21 (DASS-21), tiene la ventaja de ser una herramienta de autoinforme, es breve, fácil de responder y presenta adecuadas características de medición psicológica en muestras clínicas, adolescentes y universitarios (Román, 2016).

Cuestionario de aceptación y acción (AAQ - II) 7.

Este cuestionario permite valorar la inflexibilidad psicológica de una persona. La inflexibilidad psicológica se refiere al control de rigidez emocional o eventos internos desagradables. Los ítems evalúan la falta de voluntad para experimentar emociones y pensamientos no deseados; y, la incapacidad de estar en el momento presente y comportarse de acuerdo con acciones dirigidas por valores cuando se experimentan eventos psicológicos no deseados (Bond et al. 2011).

El AAQ-II se compone de siete preguntas que los participantes deben responder en una escala tipo Likert de siete puntos, en la que 1 es igual a “nunca” y 7 a “siempre”, el resto de los valores fluctúa entre ambos significados. Las puntuaciones van de 7 a 49, en las que las puntuaciones más altas indican una mayor inflexibilidad psicológica. El coeficiente alfa de Cronbach de este instrumento oscila entre 0.93 a 0.95 (Jiménez et al., 2021).

El Cuestionario de Consentimiento y Acción (AAQ-II) monitorea una estructura llamada evitación experiencial e inflexibilidad psicológica, constructos fundamentales para la terapia de aceptación y compromiso (ACT) que ocurre cuando un individuo no permite el acceso a sus experiencias privadas (Carrasco, 2016).

La experiencia y la rigidez psicológica (Bond et al., 2011) tienen validez, confiabilidad y composición satisfactorias. El AAQ-II mide el mismo concepto que el AAQ-1, pero con mejor consistencia psicométrica. Esta prueba no está diseñada para diagnosticar trastornos mentales. El examen que sí lo trata se basa en la sintomatología que define la enfermedad, y el AAQ-II fue creado para supervisar modelos específicos de psicopatología que enfatizan la rigidez mental.

El consentimiento y la evitación experiencial son ejemplos de flexibilidad e inflexibilidad psicológicas, respectivamente, y el trabajo de estos términos sigue siendo apropiado. Dicho se refiere a las situaciones y actividades mentales en las que se involucran los individuos cuando tienen pensamientos y emociones con los que no quieren estar en contacto en el momento presente. Por lo tanto, a menudo se utilizan cuando se habla de psicopatología y psicoterapia.

El AAQ-II ha sido traducido y estandarizado en diferentes idiomas para diferentes poblaciones. En el caso del español, existe la versión ibérica de Ruíz et al., (2013) y la versión mexicana de Patrón Espinosa (2010). Este último se utiliza en este informe.

Escala de Soledad (UCLA-3)

La Escala de Soledad de UCLA, modificada por la Universidad de California, está diseñada para evaluar los sentimientos de soledad o aislamiento social a través de factores

como 'cercanía a los demás' y 'capacidad de sentirse solo'. La soledad es un constructo psicológico complejo que representa una experiencia caracterizada por la percepción y valoración cuantitativa y cualitativa de una persona sobre las redes sociales y el apoyo real que las redes sociales brindan (Vega. y Bernal, 2014). Se contestaron respuestas en escala de Likert, con respuestas que van de 1 a 4 (correspondientes a Frecuentemente, A veces, Rara vez y Nunca) según la frecuencia de la experiencia descrita en cada ítem. El coeficiente alfa obtenido en español auténtico es de 0.944 (Morejón y García-Bóveda, 1994). La escala incluye 20 categorías con 2 componentes: intimidad con los demás y competencia social, traducida al español por Expósito y Moya (1993) y Vázquez y Jiménez (1994).

Russell (1982) usó esta escala para identificar ciertos grupos en riesgo de soledad: estudiantes universitarios estadounidenses (primera vez que salen de casa), psicópatas adultos, competidores de grupo que optimizan habilidades sociales y personas divorciadas. La Escala de Soledad de UCLA es una prueba independiente que incluye tres dimensiones: sentimientos subjetivos de soledad, apoyo familiar y apoyo social, con dos factores: proximidad con otros y con competencia social, para pacientes incapaces de completar el cuestionario (con demencia o incapaz de leer), independientemente de la respuesta de los familiares o cuidadores.

Índice de calidad del sueño (PSQI)

Diseñado para medir la calidad del sueño de una persona, el dispositivo incluye 19 factores divididos en 7 dimensiones: calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, rendimiento habitual del sueño, trastornos del sueño, consumo de drogas y disfunción diurna. Respóndelas con una escala Likert de 0 a 4. Para superar esto, se obtienen perfiles de sueño en cada dimensión de 0 a 3, y la puntuación total puede ser de 0 a 21. En un estudio de validación de los autores por Araujo et al., quien indica que la escala mostró una conformidad alfa interna de Cronbach de 0.72. (2015).

Los trastornos del sueño pueden llegar a estar presentes en un 30-50% del personal Sanitario. Mantener un sueño de calidad es extremadamente esencial para obtener un buen

control de nuestras acciones y así poder evitar que este trastorno pueda relacionarse con otros cuadros clínicos.

Hemos visto que existen diversas herramientas para el diagnóstico de los trastornos del sueño, el Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)⁷ este instrumento es considerado el más apropiado para valorar cuantitativamente la calidad del sueño a una variada población clínicas. El PSQI, desarrollado por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Pittsburgh en 1988, es un cuestionario que evalúa tanto aspectos cualitativos como cuantitativos de la calidad del sueño.

Procedimiento

A los voluntarios incluidos en el estudio se les realizó la aplicación de distintas escalas psicológicas y el levantamiento de información sociodemográfica, a través de los siguientes instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Escala DASS 21, Cuestionario de Aceptación Acción (AAQ) Escala UCLA-20 y Escala de Calidad de Sueño (PSQI).

Primero, se seleccionó el Hospital Naval Guayaquil para llevar a cabo la visita, así como determinar el número de personal sanitario que participaría en la muestra. A continuación, se solicitó permiso a la Universidad Técnica Particular de Loja para ingresar al Hospital y obtener el consentimiento de los directivos del hospital.

El instrumento fue aplicado bajo la modalidad online debido a la emergencia sanitaria mundial por la cual se está atravesando en estos momentos debido a la pandemia del COVID19 y sus variantes, previamente para la aplicación del instrumento se contó con el respectivo consentimiento informado que se les hizo llegar al personal sanitario que labora en el Hospital, situado en el sur de la ciudad de Guayaquil que desean participar en esta investigación, el personal que acepto participar voluntariamente en la investigación pudieron responder las preguntas del instrumento, además, en el consentimiento informado se les indicó al personal sanitario que pueden negarse a la participación en esta investigación en el momento que ellos decidan no autorizar el consentimiento informado que se les dio.

Para poder tener acceso al consentimiento informado y al instrumento se les envió el enlace al personal sanitario a través del grupo de WhatsApp que tiene la directiva del hospital, en el cual pudieron aceptar participar y contestar a las preguntas del instrumento mediante la plataforma, para ello, se les pidió su hora de Rancho para tener un espacio con el personal sanitario, de tal manera logre estar presentes para la aplicación del instrumento.

Esta herramienta incluye 5 instrumentos de evaluación, a saber: Cuestionario Laboral y Sociodemográfico, MBI (22), DASS-21 (21), AAQ-II (7), UCLA-20 (20), Calidad del sueño (11) y problemas relacionados. Contamos con la ayuda de la dirección de la facultad en el hospital, la ayuda de la sala, y el personal para registrar la guitarra, todos traen sus dispositivos móviles para hacer la guitarra como se usa digital.

Análisis de base de datos

En este subapartado se describe los resultados conseguidos mediante de la aplicación del instrumento utilizado. La muestra estuvo constituida por 48 trabajadores sanitarios que trabajaron en el Hospital en tiempos de pandemia. "Para el análisis de información se realizará una depuración de la base de datos y los análisis se llevarán a cabo mediante el programa estadístico paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), por sus siglas en inglés, se realizarán análisis descriptivo de la muestra mediante las medias y las desviaciones típicas para variables cuantitativas y se utilizarán frecuencias y porcentajes para resumir las variables nominales"

Capítulo tres

Análisis de Resultados y discusión

Análisis de resultados

Una vez que fue aplicado los instrumentos de recolección de la información, se procedió a realizar el análisis de estos, dada la información que arrojará será la que indique las conclusiones a las cuales llegará la investigación, por cuanto mostrará la percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud del Ecuador.

Muestra recolectora de datos: 49
Muestra procesadora de datos 48

Tabla 1

Características sociodemográficas y laborales del personal de salud

		N	%		
Género	Masculino	29	60,4%		
	Femenino	19	39,6%		
Estado civil	Soltero/a	18	37,5%		
	Casado/unión libre	19	39,6%		
	Viudo/a	3	6,3%		
	Divorciado/a	8	16,7%		
Trabajo por turnos	SI	39	81,2%		
	No	9	18,8%		
Tipo de trabajo	Tiempo completo	38	79,2%		
	Tiempo parcial	10	20,8%		
Tipo de institución	Pública	7	14,6%		
	Privada	41	85,4%		
		M	Máx.	Min.	DT
Edad		40	68	25	10
Horas de trabajo por día		11	24	6	4
Experiencia laboral		13	35	3	8

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

El tamaño de la muestra fue de 48 encuestados, de los cuales 60.4% fueron hombres y 39.6% fueron mujeres. Entre la población encuestada se encontró que el 39.6% son casados o en unión libre, seguidos por el 37.5% eran solteros, con un 6.3% son viudos y el 16.7% restante son divorciados.

La mayoría de los encuestados 81.2% trabajaba en turnos alternos. El 18.8% labora en establecimientos no cíclicos y el 14.6% trabaja en establecimientos públicos, y terminamos con un 85.4% trabajando en establecimientos privados.

El promedio es de 40 años. La jornada laboral media diaria es de 11 horas; La experiencia laboral promedio es de 13 años.

Tabla 2**Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud**

		N	%
Agotamiento emocional	Bajo	46	95,8%
	Medio	1	2,1%
	Alto	1	2,1%
Despersonalización	Bajo	26	54,2%
	Medio	20	41,7%
	Alto	2	4,2%
Baja realización personal	Bajo	7	14,6%
	Medio	14	29,2%
	Alto	27	56,3%

Nota. Estrés laboral crónico de Maslach (MBI)

En cuanto a los aspectos percibidos del desgaste profesional de los trabajadores de la salud, se observó que el 95.8 % presentaba puntajes de agotamiento emocional bajo; En el apartado de despersonalización alcanzó el 54.2%; en la baja realización personal se ubica con un máximo de 56.3%.

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

		N	%
Estrés	Leve	48	100,0%
	Moderado	0	0,0%
	Severo	0	0,0%
Ansiedad	Leve	27	56,3%
	Moderado	17	35,4%
	Severo	4	8,3%
Depresión	Leve	44	91,7%
	Moderado	4	8,3%
	Severo	0	0,0%

Nota. Cuestionario de salud mental DASS-21

Entre la población encuestada tenemos un nivel leve de Estrés con un 100.0%; Ansiedad con un nivel leve de 56.3% y en Depresión un nivel leve del 91.7%.

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

	M	Máx.	Mín.	DT
Inflexibilidad psicológica	11,96	24,00	7,00	4,13
Percepción de soledad	4,02	7,00	3,00	1,16

Nota: Inventario AAQ-7 y UCLA-3

Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad; este estudio realizó y aplicó los inventarios AAQ-7 y UCLA-3 concluyó que el promedio fue de 11.96, que es una psicología bastante flexible; En la percepción de soledad, su promedio fue de 4.

Tabla 5

Calidad de sueño del personal de salud

		N	%
Calidad de sueño	Facilidad para dormir	0	0,0%
	Baja dificultad para dormir	18	37,5%
	Media dificultad para dormir	30	62,5%
	Alta dificultad para dormir	0	0,0%

Nota. Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño.

La calidad del sueño de los trabajadores de la salud, con un 62.5% de dificultad moderada para conciliar el sueño y un 37.5% de dificultad leve para dormir, según el Cuestionario de Calidad del Sueño de Pittsburgh, aplicado a los trabajadores de la salud.

Los trastornos del sueño pueden llegar a estar presentes en personal Sanitario con más frecuencia. Para el personal de salud es esencial mantener una calidad de sueño para así poder obtener un excelente control de sus acciones y brindar un buen servicio en su trabajo.

3.1 Discusión

A partir de los datos obtenidos en el análisis de resultados, en características sociodemográficas y laborales del personal de salud, la mayoría de la población encuestada fueron hombres con el 60.4%, los participantes que son casados o en unión libre ocupan el 39.6%, los que trabajaban en turnos rotativos son el 81.2%; y el 85.4% trabaja en establecimientos privados; el promedio de edad de los participantes es de 40 años, su jornada laboral media es de 11 horas; la experiencia laboral aproximadamente 13 años; datos que concuerdan con los proporcionados en el estudio descriptivo, transversal de (Pazmiño, 2021), en el que la población encuestada fue de 68.3% mujeres y 31.7% varones.

El 45% de participantes se encuentran en la franja de edad de 31-40 años, el 64.1% se encuentran en relación de pareja estable, y el 67.8% trabajan en un hospital de tercer nivel según la clasificación del MSP. Por lo contrario, en un estudio realizado en China se obtuvo

1.210 participantes de diferentes ciudades de China. El mayor porcentaje fue el sexo femenino 67.3%, con edades entre 21 a 30 años 53.1%, los casados 76.4% que vivían con 3-5 personas 80.7%, y con hijos 67.4% (Lozano, 2020).

En el presente estudio, mediante la aplicación del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), permitió determinar el estado actual del personal de salud, cuyos resultados muestran que el 95.8% de la población puntuó bajo en agotamiento emocional, el 54.2% puntuó bajo en despersonalización y el 56.3% puntuó alto en baja realización personal. Del mismo modo en un estudio desarrollado en Ibarra, (Lema Chiza, 2022) basado en la salud mental se encontró relación ante los resultados obtenidos, que el 50% de los encuestados se ubicaron en la subescala de agotamiento emocional, el 40%, a la subescala de despersonalización y en la subescala de realización personal tiene un puntaje del 5% de la población de estudio (Lema Chiza, 2022).

En otro estudio desarrollado en la ciudad de Medellín los resultados obtenidos demuestran la similitud, donde se presentó un nivel bajo de agotamiento emocional del 79%, con un nivel bajo de despersonalización puntuó un 76 % y el mayor resultado se logra obtener en la Subescala de realización personal con un valor de 39% que corresponde a un grado medio (Cossio y Arroyave, 2021)

Los resultados obtenidos mediante el cuestionario de percepción de la salud mental DASS-21 indicaron en la población presenta niveles leves de estrés, en ansiedad con un 56.3% y en depresión niveles leves 91.7% total del personal encuestado. Del mismo modo, Huang Jizheng y colaboradores realizaron un análisis descriptivo transversal en China, donde la tasa fue del 23.04% en ansiedad, otra incidencia de ansiedad severa con un 2.17%, ansiedad moderada del 4.78% y ansiedad leve con el 16.09%, mientras la tasa del trastorno de estrés fue del 27.39% estos datos están dentro de la investigación de Lozano (2020).

La variable depresión en este estudio reflejo resultado del 26% en el personal sanitario. Guardando relación con objeto de estudio en, Perú entre los meses de octubre a diciembre del 2020 se observó que, dentro de los 86 profesionales encuestados, estos

presentaron un nivel moderado de depresión del 16,28 %, seguido la escala de ansiedad con el 22,09 %; y 32,56 %, presentando estrés de nivel leve (Ayuque, 2022).

Respecto a los resultados obtenidos en la aplicación del Inventario AAQ-7 y UCLA-3 se concluye que la media de inflexibilidad psicológica es de 11.96 y de percepción de soledad, 4.02. En un estudio realizado en Ecuador entre enero y marzo desarrollado por Bonilla (2021) la muestra de inflexibilidad psicológica presentó una media de 23.22 y la soledad 7.61, mediaron el impacto del estrés en la ansiedad y los síntomas depresivos en los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19.

El resultado obtenido en el Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño mostró que el 62.5% de la población presentó media dificultad para dormir. Los resultados dados en este estudio de COVID-19 y salud mental la tasa de mala calidad del sueño fue de 42%; Intervalo de Confianza del 95%: 28-59% en trabajadores de la salud, (Rodríguez, Buiza, Mon y Quintero, 2020). En la investigación realizada mediante un estudio transversal basado en la web en China para los trabajadores de la salud; dieron como resultado un mayor riesgo de mala calidad del sueño razón de probabilidad = 0.69, Intervalo de Confianza 95%: 0.35-1.05. (Huang y Zhao, 2021).

Estos problemas de salud mental lo presentan en mayor frecuencia el personal de salud que trabajo directamente con casos de COVID-19, tuvieron que enfrentarse a situaciones agobiantes y de mucho estrés, para salvaguardar sus vidas las de sus familias y pacientes, quienes se han visto notablemente afectados física y emocionalmente, la gran parte del personal ha demostrado que las variables más comunes en estos casos son el agotamiento emocional, estrés, ansiedad, depresión, inflexibilidad psicológica, percepción de soledad y calidad de sueño, entre otros factores.

Conclusiones

Entre la población encuestada se describe la calidad de vida del personal de salud, el ambiente laboral y la interacción entre el empleado y ambiente laboral durante la pandemia, donde se encontró que el 39.6% son casados, el 37.5% eran solteros, con un 6.3% son viudos y el 16.7% restante son divorciados.

Además, la mayoría de los encuestados 81.2% trabajaba en turnos alternos; el 14.6% trabaja en establecimientos públicos, y un 85.4% trabajando en establecimientos privados. La jornada laboral diaria es de 11 horas; y la experiencia laboral promedio es de 13 años la que tiene el personal que labora en el hospital, de lo cual se ha podido formular las siguientes conclusiones:

El 100% del personal sanitario valorados presentaban síntomas de estrés, de los cuales se pudo destinar de ese total el 56.3% en ansiedad, y en depresión en forma leve con un valor de 91.7%, mientras que el 62% del personal presentaban síntomas de dificultad para conciliar el sueño.

Además, se pudo concluir, en cuanto a los aspectos observados del agotamiento emocional en los trabajadores de la salud, ya que se encontró que el 95.8% presentaba bajo agotamiento emocional, que la proporción de despersonalización alcanzó el 5.2% en nivel bajo, y en el caso de baja realización personal, es un nivel alto del 56.3%.

En adición, mediante la aplicación del cuestionario de salud mental DASS-21, se evidencia que el estrés leve fue del 100%, en ansiedad un valor leve del 56.3%, y de depresión su valor fue leve con un 91.7%; estos valores son considerados leves, y no se observa ninguna sintomatología de estrés, ansiedad y depresión.

Finalmente, este estudio realizó y aplicó los inventarios AAQ-7 y UCLA-3 concluyendo así que la media de inflexibilidad psicológica fue de 11.96, y en la percepción de soledad, la media fue de 4.2. Respecto a la calidad del sueño de los trabajadores de la salud, un 62.5% presentó media dificultad para conciliar el sueño.

Recomendaciones

Una vez superada la pandemia, es recomendable desarrollar programas a corto plazo como: terapia individual, o grupo y programas de apoyo, mediano ejecutar terapia de relajación, o mindfulness, adicional se debería establecer servicios de asesoramiento psicológico en el lugar de trabajo para brindar apoyo continuo y a largo plazo desarrollar estrategias de gestión del tiempo, resolución de conflictos y promoción de un entorno laboral saludable, realizar evaluaciones periódicas de salud mental para medir el impacto de los programas implementados y realizar ajustes; lograr tratar adecuadamente los trastornos de depresión, ansiedad y estrés en el personal de salud post COVID.

Es necesario que las instituciones de educación superior establezcan lazos de cooperación con las distintas instituciones de salud, para llevar un control estadístico del bienestar de sus empleados en cuanto a salud mental, tomando en cuenta estas variables (estrés postraumático, calidad de sueño, depresión y soledad) con la finalidad de obtener información sobre factores de riesgo en los trabajadores de la salud en pandemia.

Desarrollar programas de prevención para mejorar el ambiente institucional y modelos de intervención organizacional que incrementen los niveles de bienestar laboral y calidad de los colaboradores, para lo cual los sugeridos son: La práctica de las técnicas de relajación como la empleada por Jacobson que son útiles para la ansiedad y depresión con ellas podrán encontrar estrategias para controlar situaciones en que se manifiesten la ansiedad y depresión. Así también se recomienda poner en práctica técnicas de relajación de respiración profunda, relajación muscular progresiva y la de visualización.

Se recomienda utilizar estrategias de afrontamiento positivo que le hayan funcionado grupos como los de controles y tratamiento de estrés postraumático; donde los programas de intervenciones específicas para el tratamiento de trastornos psicológicos: estrés, agotamiento emocional. En adición, se recomienda utilizar técnicas de gestión emocional básicas como los primeros auxilios psicológicos Practicar mindfulness para mejorar en la regulación

emocional existe evidencia científica que avala el uso de esta técnica en momentos de alto malestar emocional.

- Stress Scales (DASS-21): Validation of the abbreviated version in Chilean university students. *Terapia Psicológica*, 30(3), 49-55. doi:<https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005>
- Anzules-Guerra, J. B., Menéndez-Pin, T. d., Villegas-Chiriboga, M. E., Mastarreno-Cedeño, M. P., & Loor-Vélez, K. G. (2022). Desgaste profesional en enfermeras durante la COVID-19, hospital de segundo nivel en Ecuador. *RECIMUNDO*, 289-300.
- Apaza P., C. M.-C. (2020). Factores psicosociales durante el confinamiento por el Covid-19 – Perú. *Revista Venezolana de Gerencia*, 402-413.
- Arcos, A. M., & Sanaguano, V. B. (2020). *Cumplimiento de protocolo en pacientes quirúrgicos Covid-19. Hospital Provincial General*. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/7229/1/PROYECTO%20FINAL%20COVID%20-19%20ARCOS-SANAGUANO.pdf>
- Association, A. P. (13 de Mayo de 2010). Obtenido de <https://www.apa.org/topics/stress/tipos>
- Ayunque-Loayza, A. L.-M.-A.-V. (2022). Salud mental de médicos y enfermeras en situaciones de crisis sanitaria. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 51(3). doi:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572022000300004&lng=es&tlng=es.
- Bladimir Becerra-Canales, *. H.-M.-S.-C. (2022). Trastorno de estrés postraumático y calidad de vida del paciente post-COVID-19 en Atención Primaria. *Elsevier Atón Primaria*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9420717/>
- Bonilla-Sierra Patricia, M.-G. A.-A. (2021). Psychological Inflexibility and Loneliness Mediate the Impact of Stress on Anxiety and Depression Symptoms in Healthcare Students and Early-Career Professionals During COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 12, 1664-1078. doi:10.3389/fpsyg.2021.729171
- Brunier, A. (2020). Aumentar sustancialmente las inversiones para evitar una crisis de salud mental. *Organización Mundial de la Salud*, 1.

- Cabezas. (2020). Salud mental en Ecuador: consecuencias de la COVID-19. *Ayuda en Acción*.
- Cabezas, N. G. (2020). Salud mental en Ecuador: consecuencias de la COVID-19. *Ayuda en Acción*, 2.
- Caicedo, C. (2023). *Estrés laboral y ansiedad en trabajadores de la salud del área de terapia intensiva*. Obtenido de <https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/1012>
- Calderón, J. E. (2022). *Pandemia y videodocumental: Videodocumental sobre el impacto de la covid-19*. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/28245/1/UCE-FACSO-CCS-CALDERON%20JOSSELYN.pdf>
- Cárdenas, M. A. (2020). La salud mental ante la pandemia de la COVID - 19. *Pluralidad y Consenso*, 8.
- Carlos J. Delgado Domínguez, J. (2020). Inflexibilidad psicológica e impacto clínico: adaptación del Cuestionario de Aceptación y Acción-II en una muestra de pacientes en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología Vol. 40. Núm. 2*, 115-212.
- Carrasco, O. V. (2016). El consentimiento informado del paciente. *Revista médica La Paz vol 22*.
- Casalí, P. (2021). Respuestas de corto plazo a la COVID - 19 y desafíos persistentes en los sistemas de salud de América Latina. *Organización Internacional del Trabajo*, 48.
- CEPAL, N. (2016). Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible. *Conferencia Regional sobre la mujer de América Latina y el Caribe*, 184. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40633/4/S1601248_es.pdf
- César Carrillo-García, M. I.-R.-F.-R. (2018). Factores de estrés laboral en el personal de enfermería hospitalario del equipo volante según el modelo de demanda-control-apoyo. *Enferm. glob. vol.17 no.50*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000200304

- Chapa-Koloffon1*, María G. Jean-Tron1, Aidee V. Ávila-Hernández1, Horacio Márquez-González1, Juan Garduño-Espinosa2. (2021). Frecuencia de trastorno por estrés agudo en el personal de salud de un hospital pediátrico de tercer nivel durante la Jornada Nacional de Sana Distancia para la prevención de la COVID-19.
1Departamento de Investigación Clínica; 2Dirección de Investigación. Hospital Infantil de México Federico Gómez, Mexico City, Mexico, 78(1):10-17.
 doi:10.24875/BMHIM.20000226
- Chica Cossio Idilia Yaneth, L. A. (2021). SINDROME DE BURNOUT EN TRABAJADORES DE LA SALUD A CAUSA DEL COVID -19 EN MEDELLIN, COLOMBIA.
<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/>, 18.
- Clinic, E. p. (2021). Trastornos del sueño. *Mayo Clinic*, 2.
- Cortés Romero, C. E. (2018). Estrés y cortisol: implicaciones en la ingesta de alimento. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(3), 1-15. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002018000300013
- Cuevas, P., & Doubova, S. (2020). Los retos del personal de salud ante la pandemia de COVID-19: pandemónium, precariedad y paranoia.
- Cynthia M. Apaza, R. S.-C. (2020). Factores psicosociales durante el confinamiento por el Covid-19 – Perú. *Revista Venezolana De Gerencia*, 25(90), 402-413.
 doi:<https://doi.org/10.37960/rvg.v25i90.32385>
- Doubova, R. P.-S. (2020). Los retos del personal de salud ante la pandemia de COVID-19. *Mejorando vidas*, 8.
- Edgar Efraín Pazmiño Erazo, María José Alvear Velásquez, Ivonne Gisselle Saltos Chávez, David Emanuel Pazmiño Pullas. (2021). Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(3), Pages 166-175.
 doi:<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.12.007>.

- Esteban Ortiz Prado, R. F. (2020). Impacto de la COVID-19 en el Ecuador: De los datos inexactos a las muertes en exceso. Impact of COVID-19 in Ecuador: From inaccurate data to using excess mortality. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 4.
- FARO, E. G. (2020). Salud y desafíos en tiempos de COVID19. *FARO*, 3.
- Felman, A. (2021). Ansiedad: Todo lo que debes saber. *Medical News Today*, 8.
- Felman, A. (2021). Ansiedad: Todo lo que debes saber. *Medical News Today*.
- Fenoy, R. (2022). Sentimiento de Soledad, patología del siglo XXI. *Aesthesis Psicólogos Madrid*, 11.
- Fernández, S. I., & Valdespino, D. M. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, Rosalba Ochoa-Palacios, Oscar Sánchez Guerrero, Juan Antonio Esquivel-Acevedo. *Acta Pediatr Mex*, 127-136.
- Fernando Molt, P. T. (15 de mayo de 2021). *Revista Médica Clínica Las Condes*. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864021000833>
- Fielding, A. (2020). TEMA 15: Reseña del COVID-19. *ACCESS Medicina*, 1.
- Fielding, A. (s.f.). TEMA 15: Reseña del COVID-19. *ACCESS- Medicina*, 2. Obtenido de <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2910§ionid=243952794>
- Gallegos, M., & Zea, R. M. (2020). Cómo afrontar la pandemia del Coronavirus (Covid-19) en las Américas: recomendaciones y líneas de acción sobre salud mental. *Revista Interamericana de psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 54(1), 1-28. doi:10.30849/ripijp.v54i1.1304
- García, M. d., & Gil, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona- Revista de la Facultad de Psicología- Universidad de Lima*(019). doi:<https://doi.org/10.26439/persona2016.n019.968>
- García, M. I., & Gambarte, M. I. (2019). La resiliencia como factor protector del estrés crónico en docentes. *European Journal of Investigation in Health*, 159-175. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7109644.pdf>

- Género, C. N. (2020). LOS RIESGOS A LOS QUE SE ENFRENTAN LAS MUJERES DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR EL COVID-19 EN ECUADOR. *Consejo Nacional para la Igualdad de Género - CNIG*, 1.
- Género., C. N. (2022). Consejo Nacional para la Igualdad de Género Agenda ... *Agenda Nacional para la Igualdad de Género 2021-2025*, 359.
- Guerra, A., Pin, M., Chiriboga, V., & Cedeño, M. (2022). Desgaste profesional en enfermeras durante la COVID-19, Hospital de segundo nivel en Ecuador. *RECIMUNDO*, 6(1), 289-300.
doi:[https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(1\).ene.2022.289-300](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(1).ene.2022.289-300)
- Hederich-Martínez, C., & Caballero-Domínguez, C. C. (2016). Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) en contexto académico colombiano. *CES Psicología*, vol. 9, núm. 1. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423545768002.pdf>
- Herrera-Covarrubias Deissy^{1*}, C.-A. G.-Z.-M. (2017). Impacto del estrés psicosocial en la salud. *Revista Electrónica Neurobiología*. Obtenido de <http://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2017/17/17.html>
- Hirschhaut, O. J.-O. (2020). Reseña histórica del COVID-19. *Fundación Acta Odontológica Venezolana*, 6.
- Huang Y, Z. N. (2020). Trastorno de ansiedad generalizada, síntomas depresivos y calidad del sueño durante el brote de COVID-19 en China: una encuesta transversal basada en la web. *Psychiatry Res*, 288.
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia del covid-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 37 (2). Obtenido de <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Ignacio Ricci-Cabello, José F. Meneses-Echavez, María Jesús Serrano-Ripoll, David Fraile-Navarro, María Antònia Fiol de Roque, Guadalupe Pastor Moreno, Adoración Castro, Isabel Ruiz-Pérez, Rocío Zamanillo Campos y Daniela Gonçalves-Bradle. (6 de Abril de 2020). Impacto de los brotes epidémicos virales en la salud mental de los

- trabajadores de la salud: una revisión sistemática rápida. *Journal of Affective Disorders*, 92. doi:<https://doi.org/10.1101/2020.04.02.20048892>
- Inger Solange Maitta Rosado, M. J. (2018). Factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan la salud mental. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. Obtenido de <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/factores-salud-mental.html>
- Izurieta, I. L., & Izurieta, I. L. (2021). LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL SANITARIO ANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19. *Enfermería Investiga*. Obtenido de <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v6i1.1026.2021>
- Jairo Ramírez-Ortiza, b. ,.-Q.-C.-F.-C. (2020). Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 8.
- Jairo Ramírez-Ortiza, D. C.-Q.-C. (2020). Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 8.
- Jordán, Y. T. (DICIEMBRE de 2021). *Aspectos psicosociales asociados a la pandemia por COVID-19*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332020000600585
- Kestel, D. (14 de mayo de 2020). *Aumentar sustancialmente las inversiones para evitar una crisis de salud mental*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>
- Koury, J. M., & Hirschhaut, M. (2020). Reseña histórica del COVID-19. ¿Cómo y por qué llegamos a esta pandemia? *Acta Odontológica*, 8.
- Koury, J., & Hirschhaut, M. (2020). Reseña histórica del COVID-19. *Acta Odontológica Venezolana*, 8. Obtenido de <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2020/especial/art-2/>
- Labarthe, S. (2020). ¿Qué pasa en Ecuador? *Nueva Sociedad*, 2.
- Labarthe, S. (2020). ¿Qué pasa en Ecuador? Covid-19, crisis sanitaria y conflictividad política. *Nueva Sociedad*.

- Lachiner Saborío Morales, L. F. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 119-124.
- Lacruz, M. d.-M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona*, 21.
- Lema Chiza Yuri, L. E. (2022). "SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UCI- COVID, HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, 2021". *UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE*, 77.
- Lema Chiza, Y. P. (2022). <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/12177?mode=full>.
Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/12177>
- López Izurieta, I. &. (2021). LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL SANITARIO ANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19. *Enfermería Investiga*, 6(1),, 47–50. Obtenido de <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1026>
- Lovibond, P. F. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*,, 33(2), 335-343.
- Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 51-56. doi:<https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 51-56. doi:<https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Luna, M. (2020). Ansiedad y depresión. *Clínica de la Ansiedad*.
- María Lorena Tenorio-Rosero, D. G.-A.-H. (2021). LA CRISIS ECONÓMICA DEL COVID-19 EN EL ECUADOR: IMPLICACIONES Y PROYECTIVAS PARA LA SALUD MENTAL Y LA SEGURIDAD. *REVISTA INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO I+D*, 15.
- María, N. P. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de este en el ámbito educativo. *Educación vol. 33*, 171-190.
- MedlinePlus. (2020). Manejo del Estres. *Medline Plus*.

- Mora, C., Gabriela, K., & Vázquez, S. (2018). Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias? *Revista de la Facultad de Medicina*, 61(1), 6-20. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000100006&lng=es&tlng=es.
- Mora, C., Martínez, B., Vázquez, S., & Caballero, R. (2018). Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias?. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 61(1), 6-20. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000100006&lng=es&tlng=es.
- Morales, L. S., & Murillo, L. F. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124. Obtenido de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&tlng=es.
- Moya, F. E. (1999). SOLEDAD Y APOYO SOCIAL. *Revista de psicología social*, 297-316.
- Naiara Ozamiz-EtxebarriaMaria Dosil-SantamariaMaitane Picaza-GorrochateguiNahia Idoiaga-Mondragon. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 10.
- Nekane, B. (MAYO de 2020). LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA COVID - 19 Y EL CONFINAMIENTO. *Universidad del País Vasco*, 210. Obtenido de https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas
- OCDE. (2021). Perspectivas económicas de América Latina 2021. *Centro de Desarrollo de la OCDE*, 32.
- OMS. (1946). ¿Cómo define la OMS la salud? *Organización Mundial de la Salud*, 100.
- OMS. (2013). Estadísticas sanitarias mundiales 2013. *Organización Mundial de la Salud.*, 13(1), 163. doi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/81965>

- OMS. (2021). *Cuidar nuestra salud mental*. Obtenido de https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health?gclid=CjwKCAjwpuajBhBpEiwA_ZtfhXZROvXerpj-igvjIYA9tTqWq1FIST_ad1beYGwyRzF9cV0P5sFBocQrAQAvD_BwE
- OMS. (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. *Organización Mundial de la Salud*.
- OPS. (2020). a Organización Panamericana de la Salud, Depresión. *La Organización Panamericana de la Salud (OPS)*.
- OPS. (2020). Depresión. *paho.org*, 1.
- OPS. (2020). Salud Mental y COVID-19. *Organización Panamericana de la Salud*.
- Ordóñez, J., Paola, D., Vásquez, C., Alexander, J., & Jaramillo, V. (2020). Crisis económicas y covid-19 en Ecuador: impacto en las exportaciones. *Revista Universidad y Sociedad*, 12(6), 103-110. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?>
- Ortiz, P. E., & Naranjo, R. F. (2020). Impacto de la COVID-19 en el Ecuador: De los datos inexactos a las muertes en exceso. Impact of COVID-19 in Ecuador: From inaccurate data to using excess mortality. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 29(2). doi:doi: 10.46997/revecuatneurol29200008
- Ozamiz, N., Dosil, M., Picaza, M., & Idoiaga, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública [online]*, 36(4). doi:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- Pablo Casalí, A. G. (29 de enero de 2021). Respuestas de corto plazo a la COVID-19 y desafíos persistentes en los sistemas de salud de América Latina. *Oficina de la OIT para los Países Andinos*, 48. Obtenido de [https://www.ilo.org/global/lang--es/index.htm](https://www.ilo.org/global/lang-es/index.htm)
- Paternó Manavella, M. A. (2021). <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/139530>. Obtenido de <http://hdl.handle.net/11336/139530>

- Pazmiño Erazo, E. E. (2021). Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(3), 15-24.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.12.007>
- Pazmiño Erazo, E. E. (2021).
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745021000317>.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.12.007>
- Pazmiño Erazo, E. E., Alvear Velásquez, M. J., Saltos Chávez, I. G., & Pazmiño Pullas, D. E. (2021). *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.12.007>.
- Pedraza, C. (2021). *El estrés: el enemigo silencio de la pandemia por COVID-19*. Obtenido de <https://redemc.net/campus/el-estres-el-enemigo-silencio-de-la-pandemia-por-covid-19/>
- Peñafiel-León, Ramírez-Coronel¹, Mesa-Cano, Martínez-Suárez. (2021). Impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica*, 202-211.
- Ponce, I. G. (2021). El estrés . *Cuidate plus*.
- Quiroz, J. A., & Osoreo, S. I. (2020). Salud mental en trabajadores expuestos a COVID-19. *Rev Neuropsiquiatr.*, 83(3), 212-213. doi:DOI: 10.20453/rnp.v83i3.3784
- Ramírez. (2021). *Consecuencias de la pandemia covid-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social*. Obtenido de <file:///C:/Users/LILY/Downloads/feescobarc,+CONSECUENCIAS+DE+LA+PANDEMI+A+COVID+19+EN+LA+SALUD+MENTAL+ASOCIADAS+AL+AISLAMIENTO+SOCIAL+preprint.p>
- Ramírez, J., Castro, D., Lerma, C., & Yela, F. (2020). Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud. . *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4), 8.
doi:<https://doi.org/10.5554/22562087.e930>

- Ramírez-Ortiz J, C.-Q. D.-C.-C.-C. (2020). Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *c o l o m b i a n j o u r n a l o f a n e s t h e s i o l o g y*, 8.
- Rodríguez Vásconez, A. S. (2022). Efectos de la Emergencia Covid-19 en la Salud Mental de los Trabajadores. *Investigatio - Universidad Espiritu Santo – UEES*, 21.
- Rodríguez, J. H. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 10.
- Román, P. S. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos1. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records*, 6(1), 2325-2336.
doi:DOI: 10.1016/S2007-4719(16)30053-9
- Rosero, T., Almeida, V., & Herrera, R. (2021). La crisis económica del COVID-19 en el Ecuador: implicaciones y proyectivas para la salud mental y la seguridad. *Investigación y Desarrollo*, 13(1), 88-102. doi:doi: 10.31243/id.v13.2020.1008.
- Rubio, M. A. (2021). *Impacto emocional del covid-19 en personal de salud de un hospital público de la ciudad de Quito* . Obtenido de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/20639/1/TTQ345.pdf>
- RUIZ, A. (2020). CLÍNICA DE HERIDAS, ATENCIÓN INTEGRAL, BIENESTAR FAMILIAR. *Hospital Padre Carollo*. Obtenido de <https://www.hospitalpadrecarlo.org/author/arui/>
- Ruíz, A. (2020). CLÍNICA DE HERIDAS, ATENCIÓN INTEGRAL, BIENESTAR FAMILIAR. *Hospital Padre Carollo*. Obtenido de <https://www.hospitalpadrecarlo.org/author/arui/>
- Saborío Morales, L. &. (2015). *Asociación Costarricense de Medicina Forense*. Obtenido de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&
- Tenorio Rosero, Veintimilla Almeida, Reyes Herrera. (2021). La crisis económica del COVID-19 en el Ecuador: implicaciones y proyectivas para la salud mental y la

seguridad. *Investigación y Desarrollo*, 13(1), 88-102. doi:doi:
10.31243/id.v13.2020.1008.

Valero, N. J. (2020). *Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión?*

Obtenido de file:///C:/Users/LILY/Downloads/913-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2157-1-10-20200706.pdf

Vargas, L. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-*

Psiquiatría. Obtenido de

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000100051

Velastegui-Mendoza, M. A., Touriz-Bonifaz, M. A., Cando-Caluña, W. W., & Herrera-Tutiven, J. D. (2022). Depresión y Ansiedad en Universitarios por Covid-19. *Pol. Con.*

(Edición núm. 67) Vol. 7, No 2, 2324-2344. Obtenido de

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8354943.pdf>

Veloz, V., Pachacama, A., & Veloz, T. (2021). Síndrome de Burnout en personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19. *Correo Científico Médico*, 25(2).

doi:<https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3808>

Vilca Villegas, R. A. (2021). Influencia de la pandemia del COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en salud. *Gaceta Médica Boliviana*, 1-75.

doi:<https://doi.org/10.47993/gmb.v44i1.200>

Villegas, J. L., Choque, R. A., Verduguez, C. A., & Aguilar, A. A. (Junio de 2021). *Gaceta Médica Boliviana*. Obtenido de

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662021000100013

Vinueza Veloz, A. A. (2021). Síndrome de Burnout en personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19. *Correo Científico Médico*, 25(2).

Weller, J. (2020). *La pandemia del COVID-19 y su efecto en las tendencias de los mercados laborales*. Obtenido de

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45759/1/S2000387_es.pdf

Zamora, J. V. (2020). Impacto social del COVID-19 . *Centro de Desarrollo de la OCDE*, 23.

Zhao, Y. H. (2020). Carga de salud mental china durante la pandemia de COVID-19.

PubMed Central. doi:doi: 10.1016/j.ajp.2020.102052

Zúñiga, C. (2020). *En el Hospital Naval de Guayaquil se redujo significativamente el ingreso diario de pacientes COVID-19*. Obtenido de <https://www.vicepresidencia.gob.ec/en-el-hospital-naval-de-guayaquil-se-redujo-significativamente-el-ingreso-diario-de-pacientes-covid-19/>

Apéndice

Apéndice A.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información general

Consentimiento informado

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información general

Estimado/a,

El propósito de esta información es ayudarlo 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?

El estudio no ha 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 será 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 el levantamiento de información sociodemográfica, a través de los siguientes instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, Cuestionario de *Maslach Burnout Inventory* (MBI), Escala DASS 21, Cuestionario de Aceptación Acción (AAQ) Escala UCLA-20 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 de 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

Este es un estudio en el 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 más 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 la copia de este documento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Por lo que, libre, voluntaria y conscientemente acepta participar en el proyecto detallado, colaborando para la realización de este 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, anónimas, 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) _____

No acepto _____

Apéndice B Instrumentos de evaluación

Instrumentos de aplicación

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

Ciudad de trabajo: _____

Edad: _____ años **Número de hijos:** _____

Nacionalidad: _____

Estado civil: soltero casado/unión libre viudo divorciado

La zona que trabaja es: urbana rural **Su remuneración es de:** _____

Profesión: _____

Tipo de contrato: nombramiento permanente libre nombramiento y remoción Otro nombramiento provisional servicios ocasionales

Horas que trabaja diariamente: _____ **Trabaja usted en turno:** Sí__ No__

La institución provee de recursos necesarios para su trabajo: totalmente medianamente poco nada

Título: _____

Tiempo de experiencia laboral: _____ años _____ meses.

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Tipo de institución: pública privada

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

¿Siente que su trabajo consume *tanta energía* que tiene un efecto negativo en su vida privada? sí__ no__

¿Siente que su trabajo toma *tanto tiempo* que tiene un efecto negativo en su vida privada? sí__ no__

¿Hay momentos en los que necesita estar en el trabajo y en casa al mismo tiempo? sí__ no__

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 sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

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 experimentó 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 de 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 podía hacer el ridículo.	0	1	2	3
10.	Sentí que no tenía nada por qué 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

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 quisiera.	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

UCLA-20

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

1= A menudo

2= Con frecuencia

3= Raramente

4= Nunca

Con qué frecuencia...

1.	Me llevo bien con la gente que me rodea.	1	2	3	4
2.	Me falta compañía.	1	2	3	4
3.	No tengo a nadie con quien pueda contar.	1	2	3	4
4.	Me siento solo.	1	2	3	4
5.	Me siento parte de un grupo de amigos.	1	2	3	4
6.	Tengo mucho en común con los que me rodean.	1	2	3	4
7.	No tengo confianza con nadie.	1	2	3	4
8.	Mis intereses no son compartidos.	1	2	3	4

9.	Soy una persona abierta, extrovertida.	1	2	3	4
10.	Me siento cercano a algunas personas.	1	2	3	4
11.	Me siento excluido, olvidado por los demás.	1	2	3	4
12.	Mis relaciones sociales son superficiales.	1	2	3	4
13.	Pienso que realmente nadie me conoce bien.	1	2	3	4
14.	Me siento aislado por los demás.	1	2	3	4
15.	Puedo encontrar compañía cuando lo necesito.	1	2	3	4
16.	Hay personas que realmente me comprenden.	1	2	3	4
17.	Me siento infeliz por estar tan aislado.	1	2	3	4
18.	La gente está a mi alrededor, pero no la siento conmigo.	1	2	3	4
19.	Hay personas con las que puedo hablar y comunicarme.	1	2	3	4
20.	Hay personas a las que puedo recurrir.	1	2	3	4

Calidad de sueño

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

1. Durante el último mes, ¿a qué hora solía acostarse por la noche? _____
2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) le ha costado quedarse dormido después de acostarse por las noches? _____
3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana? _____
4. Durante el último mes, ¿cuántas horas de sueño real ha mantenido por las noches? (puede ser diferente del número de horas que estuvo acostado) _____

Para cada una de las cuestiones siguientes, seleccione la respuesta más adecuada a su situación.

5. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha 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 calificaría, en general, la calidad de su sueño?

muy buena muy mala
 bastante buena bastante mala

7. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuvo que tomar medicina (prescrita o automedicada) 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 tuvo dificultad para mantenerse despierto mientras conducía, comía o desarrollaba 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, ¿cuán problemático ha resultado para usted el mantener el entusiasmo por hacer las cosas?

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

10. ¿Tiene pareja o compañero/a de habitación?

No tengo. Sí tengo, pero duerme en la misma habitación y distinta cama.
 Sí tengo, pero duerme en otra habitación. Sí 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!

Apéndice C. Oficio de recibido



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

779
 JEI

Loja, 9 de Noviembre de 2021

Gerente del Hospital Naval Guayaquil

DIRECTOR CPNV-EMC GUSTAVO PAZ NOBOA

En su despacho. -

De mi consideración:

La Universidad Técnica Particular de Loja, a través de la carrera de Psicología ha desarrollado desde 1998, varias líneas de investigación en el ámbito psicológico, en cooperación interinstitucional con diferentes Universidades Nacionales e Internacionales; con el fin de aportar al proceso de investigación y desarrollo del país.

Es importante en el momento actual, promover el desarrollo de entornos favorables para la salud y el bienestar laboral, por ello me permito comentar que, en el ámbito de la Salud mental, se lleva a cabo el proyecto de investigación: "Salud mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en Ecuador".

Conocedores de su alto espíritu de colaboración y compromiso con la sociedad y la ciencia solicito a usted Sr. Director se autorice a **Jessie Marianela Suárez Moreno**, estudiante de la Carrera de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, como parte de su Trabajo de Fin de Titulación TFT, realice la recolección de información dirigida a funcionarios de la Institución que usted tan acertadamente dirige.

Cabe mencionar que debido a la situación actual por la que atraviesa nuestro país, el proceso de recolección de **datos se llevará a cabo de manera On line**, resguardando así la protección de nuestros estudiantes y sus trabajadores.

Es importante indicar que los datos recogidos serán utilizados con fines netamente académicos e investigativos, salvaguardando la identidad de los profesionales e instituciones participantes.

Seguro de contar con la favorable atención al presente, anticipo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente.


Mgtr. Geovanny Cuenca
DIRECTOR DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA



ARMADA DEL ECUADOR
HOSPITAL GENERAL HOSNAG

FECHA RECEPCIÓN: 09/02/2021, HORA: _____

DELEGACIÓN	A	S	RESOLUCIÓN
DTE			Declarar como los pacientes del caso
DEI			
ZMF			
FR			
PLD			
SC			
SCP			
THU			
ADG			
TIC			
SEC			
AJU			
CAL			
ECQ			
ENF			

PRIORIDAD UU U P N FIRMA: 

ACCIÓN TOMADA: FIRMA: _____