



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

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

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN  
PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**Soledad en profesionales de la salud y su relación con el  
estrés percibido**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:

**MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN  
EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**Autor:** Macas Salinas, Tamia Salomé

**Director:** Sánchez Puertas, Rafael Nicolas

LOJA

2024



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

2024

## **Aprobación del director del Trabajo de Titulación**

Loja, 14 de marzo de 2024

Magíster

María Emilia Jaramillo

**Director de la maestría de Psicología Clínica mención en Ciencias de la Salud**

Ciudad.-

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Titulación denominado: Soledad en profesionales de la salud y su relación con el estrés percibido realizado por Tamia Salomé Macas Salinas ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Mgtr. Rafael Sánchez Puertas

C.I.: 1103464358

Correo electrónico: *rmsanchez@utpl.edu.ec*

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

Yo, Tamia Salome Macas Salinas, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor (a) del Trabajo de Titulación denominado: Soledad en profesionales de la salud y su relación con el estrés percibido, de la maestría en Psicología clínica con mención en psicología de la salud, específicamente de los contenidos comprendidos en: Marco teórico, metodología y resultados, siendo Rafael Sánchez Puertas, director (a) del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

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

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

.....

Autor: Tamia Salomé Macas Salinas

C.I.: 1102008669

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

## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo a mis padres Ruth y Benjamín cuyo apoyo inquebrantable, amor y sacrificio han sido mi inspiración. A mis sobrinas Sara y Aurora, pues su sonrisa ha sido una motivación en los momentos difíciles. Y a mi hermano Manuel, que siempre está presente con palabras de aliento.

## **Agradecimiento**

Gracias a Dios por permitirme culminar con éxito esta nueva meta. A mis padres, Benjamín y Ruth, cuyas primeras enseñanzas me inculcaron la importancia de perseguir mis sueños y me brindaron un ejemplo inquebrantable de perseverancia a lo largo de mi vida.

Mi más profundo agradecimiento al Mgtr. Rafael Sánchez Puertas por ser un apoyo y guiarme constantemente en la realización de esta investigación.

## Índice de contenido

Aprobación del director del Trabajo de Titulación.....	II
Declaración de autoría y cesión de derechos .....	III
Dedicatoria .....	V
Agradecimiento .....	VI
Índice de contenido.....	VII
Índice de tablas .....	IX
Índice de figuras.....	IX
Resumen .....	1
Abstract .....	2
Introducción .....	3
Capítulo uno .....	5
Marco teórico .....	5
1.1 Soledad .....	5
1.1.1 <i>Conceptualización</i> .....	5
1.1.2 <i>Tipos de soledad</i> .....	6
1.1.3 <i>Soledad como factor de riesgo en la salud mental</i> .....	7
1.1.4 <i>Prevalencia de soledad en profesionales de la salud</i> .....	9
1.2 Estrés percibido .....	10
1.2.1 <i>Conceptualización</i> .....	11
1.2.2 <i>Tipos de estrés</i> .....	13
1.2.3 <i>Estrés como factor de riesgo en la salud mental</i> .....	14
1.2.4 <i>Prevalencia de estrés en profesionales de la salud</i> .....	15
1.3 Relación entre soledad y estrés percibido .....	17

1.3.1	<i>Soledad y estrés percibido</i> .....	17
1.3.2	<i>Soledad y su relación con el estrés percibido en profesionales de la salud</i> .....	18
	Capítulo dos .....	21
	2. Metodología .....	21
2.1	Objetivos .....	21
2.1.1	<i>Objetivo General</i> .....	21
2.1.2	<i>Objetivos Específicos</i> .....	21
2.2	Diseño de investigación .....	21
2.3	Población y muestra de estudio .....	21
2.4	Instrumentos de recogida de información .....	23
2.5	Procedimiento .....	25
2.6	Análisis de Datos .....	27
	Capítulo tres .....	28
	3. Resultados .....	28
3.1.	Análisis de resultados .....	28
3.1.1	<i>Resultados del objetivo 1: Identificar los niveles de soledad y estrés percibido en profesionales de la salud según su sexo</i> .....	28
3.1.2	<i>Resultados del objetivo 2: Determinar la relación entre soledad y estrés percibido en profesionales de la salud</i> .....	32
	Discusión .....	34
	Conclusiones .....	38
	Recomendaciones .....	39
	Referencias .....	40

### Índice de tablas

<b>Tabla 1 Información Sociodemográfica.....</b>	<b>22</b>
<b>Tabla 2 Cuestionario de datos sociodemográficos (Ad hoc).....</b>	<b>23</b>
<b>Tabla 3 Escala de Estrés Percibido (PSS-10).....</b>	<b>24</b>
<b>Tabla 4 Escala de Soledad (UCLA) .....</b>	<b>25</b>
<b>Tabla 5 Prueba de Kolmogorov-Smirnov .....</b>	<b>30</b>
<b>Tabla 6 Niveles de Soledad y Estrés Percibido en profesionales de la salud.....</b>	<b>31</b>
<b>Tabla 7 Niveles de Soledad y Estrés Percibido según el sexo; Prueba U de Mann-Whitney.....</b>	<b>32</b>
<b>Tabla 8 Correlación entre la Escala de Soledad (UCLA-R) y Estrés Percibido (PSS-10).....</b>	<b>33</b>

### Índice de figuras

<b>Figura 1 Distribución de datos de soledad .....</b>	<b>29</b>
<b>Figura 2 Distribución de datos de Estrés Percibido .....</b>	<b>30</b>

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo examinar la relación entre la soledad y el estrés percibido en profesionales de la salud. Es una investigación con un enfoque cuantitativo, no experimental, de tipo correlacional y retrospectiva. La población de estudio está conformada por 276 profesionales de la salud. Los instrumentos de recogida de información que se emplearon fueron el Cuestionario de datos sociodemográficos (Ad hoc), Escala de Estrés Percibido (PSS-10) y la Escala de Soledad (UCLA-R). Los resultados que se encontraron fueron que no existen diferencias estadísticamente significativas ( $U= 8339,5$ ;  $p=0.460$ ) en los niveles de estrés percibido y soledad entre hombres y mujeres. En la correlación entre la soledad y el estrés percibido se encontró una correlación estadísticamente significativa, moderada y positiva entre las puntuaciones de la escala de soledad y la escala de estrés percibido  $r_s=0,595$  ( $p<0.01$ ), indicando que a medida que aumentan los niveles de soledad, los niveles de estrés percibido también tienden a aumentar.

**Palabras clave:** Soledad, Estrés percibido, Profesionales de la salud.

### **Abstract**

The aim of this research was to examine the relationship between loneliness and perceived stress in health professionals. It is a quantitative, non-experimental, correlational and retrospective research. The study population consisted of 276 health professionals. The instruments used to collect information were the Sociodemographic Data Questionnaire (Ad hoc), Perceived Stress Scale (PSS-10) and the Loneliness Scale (UCLA-R). The results found were that there are no statistically significant differences ( $U= 8339.5$ ;  $p=0.460$ ) in the levels of perceived stress and loneliness between men and women. In the correlation between loneliness and perceived stress, a statistically significant, moderate and positive correlation was found between the scores of the loneliness scale and the perceived stress scale  $r_s=0.595$  ( $p<0.01$ ), indicating that as loneliness levels increase, perceived stress levels also tend to increase.

*Keywords:* Loneliness, Perceived stress, Health professional

## Introducción

El estrés es una respuesta fisiológica y psicológica que un individuo presenta para hacer frente a desafíos y amenazas en nuestras vidas (OMS, 2023). Según Cohen et al. (1983), el estrés percibido se produce cuando un individuo siente que las demandas ambientales ponen a prueba o superan su capacidad de adaptación. Numerosos estudios en trabajadores de la salud han evidenciado altos niveles de estrés producido por la exigencia que tuvieron en sus puestos de trabajo para hacer frente a la pandemia del COVID-19. Por ejemplo, en una investigación realizada en Nepal, se encontró que, de 252 trabajadores de la salud, el 3% tenían un alto nivel de estrés percibido, mientras que el 87,6% presentaba estrés percibido moderado (Giri et al., 2022). Asimismo, investigaciones en Chile y Colombia en 105 y 682 trabajadores de salud, respectivamente, encontraron que el 23,6% y el 59,97% respectivamente, experimentaron estrés percibido (Ceballos et al., 2019; Guillen et al., 2022). Ahora bien, un importante predictor del estrés percibido es la soledad, esta relación puede darse debido a que la soledad o el aislamiento social en sí mismo ya representa un factor estresante central (Ruisoto et al., 2022). Los investigadores Cacioppo et al. (2006) han proporcionado evidencia experimental que ha demostrado el aumento del estrés percibido cuando se induce hipotéticamente un sentimiento de soledad.

La soledad es un estado emocional aversivo en el que una persona, independientemente de la cantidad de contactos, comienzan a carecer de relaciones sociales significativas (Hickin et al., 2021). Según Cacioppo et al. (2015), la soledad se divide en tres dimensiones: 1. Soledad íntima, se refiere a la carencia de una persona de confianza que pueda llegar a ser un apoyo emocional; 2. Soledad social o relacional, es la ausencia de un círculo familiar o de amigos cercanos dentro del espacio relacional; y 3. Soledad colectiva, es el sentirse socialmente poco valorado.

La soledad persistente y niveles elevados de estrés percibido son considerados factores de riesgo de trastornos mentales. Aunque las investigaciones que relacionan estas dos variables son escasas, hay evidencia que sugiere una posible correlación entre ellas. Por ejemplo, Debnath et al. (2021) investigaron las consecuencias para la salud mental (es decir,

depresión, ansiedad y estrés), el insomnio y la soledad entre los médicos internos en Bangladesh en medio de la pandemia, encontrando que un 30,9% de los médicos presentaron estrés y un 43,5% soledad, y que las dos variables tuvieron una correlación positiva moderada ( $r=0.49^{**}$ ;  $p<0.001$ ). En otro estudio, Das et al. (2021) investigaron el estrés percibido en médicos realizando una regresión logística univariada, encontrando que la soledad (OR 9,3; 95% IC =2,7-34,1) era un predictor estadísticamente significativo del estrés. Además,

En este contexto, la presente investigación se llevó a cabo con el objetivo principal de examinar la relación entre la soledad y el estrés percibido en profesionales de la salud. Los objetivos específicos fueron identificar los niveles de soledad y estrés percibido en profesionales de la salud según su sexo y determinar la relación entre la soledad y estrés percibido en profesionales de la salud.

Este estudio está organizado en tres capítulos. El primer capítulo comprende el marco teórico proporcionando una conceptualización de la soledad y el estrés percibido. El segundo capítulo describe los métodos de investigación, detallando el enfoque, las técnicas y los instrumentos empleados. Adoptando un enfoque cuantitativo, no experimental de tipo correlacional y retrospectivo, la población de estudio fueron 276 profesionales de la salud. Los datos se recolectaron a través de un cuestionario de datos sociodemográficos (Ad hoc), la Escala de Estrés percibido (PSS-10) y la Escala de Soledad (UCLA-R). El análisis de datos se llevó a cabo mediante la utilización del programa Statistical Package Social Sciences (SPSS) versión 24. En el tercer capítulo se presentan los resultados obtenidos a través de tablas y gráficos, además, se detalla la discusión realizada con base en los resultados.

La realización de este estudio podría tener implicaciones prácticas, ya que los hallazgos pueden ayudar en el desarrollo de futuros programas de prevención, promoción e intervención. Además, el estudio podría contribuir a la comprensión teórica de la relación entre la soledad y el estrés percibido entre los trabajadores de la salud en Ecuador, al proporcionar nuevos conocimientos e información.

## Capítulo uno

### Marco teórico

#### 1.1 Soledad

En este apartado se explorará varios aspectos relacionados con la soledad, comenzando por su conceptualización. Profundizaremos en los diferentes tipos de soledad que las personas pueden experimentar. Además, examinaremos la relación entre la soledad y la salud mental, explorando cómo la soledad puede actuar como un factor de riesgo para varias condiciones de salud mental. Finalmente, nos centraremos específicamente en la prevalencia de la soledad entre los profesionales de la salud.

##### 1.1.1 Conceptualización

La soledad es un constructo que ha atraído mucha atención e investigación en el campo de la Psicología. A lo largo del tiempo, numerosos autores han realizado notables contribuciones a la comprensión y definición de este complejo fenómeno (Cacioppo et al., 2015; van Tilburg, 2021).

Weiss (1974) es uno de los principales referentes del estudio de la soledad, la conceptualiza como aislamiento social percibido en el que existe una ausencia percibida de relaciones sociales satisfactorias, que puede surgir en cualquier momento de la vida sin importar sexo, edad o nivel socioeconómico. Otros autores, como Perlman et al. (1984), definen la soledad como una experiencia desagradable que ocurre cuando una persona tiene redes sociales deficientes en algún sentido importante, ya sea en la calidad o la cantidad. Este enfoque explica como una persona puede sentirse sola incluso si tienen muchos familiares y amigos. Asimismo, Jong-Gierveld (1987) define a la soledad como un sentimiento individual que se caracteriza porque la persona carece de relaciones sociales significativas.

Por otro lado, Cacioppo et al. (2015), refieren que la soledad son sentimientos de angustia y desesperanza que resultan de la diferencia entre los niveles deseados y alcanzados de relaciones sociales de una persona, convirtiéndose en un factor de riesgo para una mala salud tanto física como mental. En estudios más recientes, Hickin et al. (2021) conceptualizan a la soledad como un estado emocional aversivo en el que una persona,

independientemente de la cantidad de contactos, comienzan a carecer de relaciones sociales significativas; y Shrum et al. (2023) mencionan que la soledad es un conjunto complejo de sentimientos aversivos que se desencadenan cuando las personas perciben que sus necesidades de pertenencia no están siendo satisfechas.

Por otro lado, existen cuatro perspectivas teóricas que explican la soledad (Yanguas et al., 2018):

1. **Perspectiva cognitiva:** Se explica a la soledad como una discordancia entre las relaciones que tiene una persona y las que desearía tener.
2. **Perspectiva psicodinámica:** Explica la soledad como una consecuencia negativa que se deriva de las necesidades de intimidad, de relaciones interpersonales para vivir.
3. **Perspectiva existencialista:** La soledad es algo inherente al ser humano que le puede causar sufrimiento y dolor, pero a su vez, puede darle la posibilidad de crear cosas nuevas, reflexionar o comprenderse a sí mismo.
4. **Perspectiva interaccionista:** Esta perspectiva postula que la soledad es una falta de relaciones significativas y una falta de vinculación con la comunidad.

Todas las definiciones de soledad antes mencionadas comparten puntos en común, lo que subraya su naturaleza aversiva y subjetiva. Estas definiciones destacan que la soledad se puede experimentar incluso cuando las personas tienen conexiones personales satisfactorias con los demás. Esto indica que la soledad no está únicamente determinada por la cantidad o presencia de relaciones sociales, sino que también implica una evaluación subjetiva de la calidad de las mismas.

### **1.1.2 Tipos de soledad**

Weiss (1973) divide a la soledad en social y emocional. La soledad social hace referencia a la falta de compañía y ausencia de pertenecer a una red social; mientras que la emocional es la ausencia de personas de confianza y redes sociales íntimas.

Por otro lado, Young (1982) identifico tres tipos de soledad en función de su duración:

1. **Soledad crónica**, que hace referencia al tiempo de duración de la soledad y puede tener una duración de dos o más años, siendo incapaz la persona de establecer redes sociales significativas 2. **Soledad transitoria**, es un estado temporal exactamente localizado en el tiempo y de más corta duración, son brotes breves del sentimiento de soledad 3. **Soledad situacional**, se da cuando existe un acontecimiento estresante, como la muerte de un ser querido o la separación.

Asimismo, Cacioppo et al. (2015) divide a la soledad en tres facetas o dimensiones, que son:

1. **Soledad íntima**: Es la ausencia de una persona que se perciba como importante, con la cual se tenga una conexión íntima, y pueda ser una red de apoyo emocional en momentos de crisis.
2. **Soledad social o relacional**: Es la percepción subjetiva de la presencia o ausencia de conexiones familiares o amigos significativos dentro del espacio relacional.
3. **Soledad colectiva**: Es el sentimiento de ser socialmente poco valorado.

En un estudio más reciente, Castro (2016) también propuso 3 tipos de soledad:

1. **Soledad objetiva**: Se relaciona con los aspectos más objetivos, es la presencia o ausencia de relaciones sociales.
2. **Soledad emocional**: Es la percepción sobre las prestaciones de ayuda y cuidado que una persona recibe de su red social.
3. **Soledad social sintótica**: Se refiere a la falta de sintonía o afinidad con otros.

### **1.1.3 Soledad como factor de riesgo en la salud mental**

La soledad ha sido considerada como un problema de salud pública, debido a la creciente evidencia que la ha relacionado con varios resultados adversos para la salud física y mental (Lederman, 2022; Mann et al., 2022). En cuanto a la salud mental, varios estudios han demostrado su asociación con trastornos del sueño, deterioro cognitivo, ansiedad, depresión e ideación suicida (Griffin et al., 2020; Jeste et al., 2020 y Hawkey et al., 2010).

Cacioppo et al. (2002) investigaron sobre la soledad y su relación con la salud, para su investigación realizaron dos estudios transversales que tuvieron como objetivo medir la calidad del sueño en una población de universitarios y adultos mayores que se sentían solitarios frente a los no solitarios. En el primer estudio la población estuvo conformada por 89 universitarios, los instrumentos de evaluación que utilizaron fueron la Escala de Soledad (UCLA-3) y el Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI), los resultados que encontraron fueron que los universitarios que se sentían solos tenían peor calidad de sueño que aquellos que no se sentían solos. En el segundo estudio, la población estuvo conformada por 25 adultos mayores, para medir las variables de estudio utilizaron la Escala de Soledad (UCLA-3) y el Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI), los resultados que obtuvieron fueron similares a los del primer estudio, puesto que, los adultos mayores solitarios tenían problemas de sueño en comparación con los no solitarios. Asimismo, Griffin et al. (2020), en un metanálisis en el que se revisaron 27 artículos científicos sobre la soledad y la calidad del sueño en adultos, se evidenció que la soledad se correlacionaba con la alteración de sueño autoinformado.

Mann et al. (2022) informaron que las personas que experimentan soledad con frecuencia tienen más del doble de probabilidades de desarrollar depresión en comparación con aquellas que rara vez o nunca se sienten solas. Además, la evidencia sugiere que la soledad se asocia con un mayor riesgo de desarrollar ansiedad (Santini et al., 2020; Steen et al., 2022; Wei et al., 2023).

Incluso existen investigaciones que respaldan el impacto de la soledad a nivel cognitivo. Por ejemplo, Lara et al. (2019) encontraron una asociación entre la soledad y un mayor riesgo de padecer demencia, particularmente en los hombres. Asimismo, Solmi et al. (2021) realizaron un metaanálisis que investigó los factores asociados con la soledad en 210 estudios. Los resultados revelaron asociaciones significativas entre la soledad y varios resultados cognitivos, la paranoia, los síntomas depresivos y los intentos de suicidio, incluida la demencia.

Además, la soledad se ha relacionado con la presencia de ideación suicida. Antonella-Salgado et al. (2021) realizaron un estudio que reveló una asociación entre la soledad, la ideación suicida y las autolesiones. Estos hallazgos coinciden con la investigación realizada por McClelland et al. (2020), quienes identificaron a la soledad como un predictor significativo, tanto de la ideación suicida como del comportamiento suicida posterior, especialmente en la población femenina.

Las investigaciones que se han revisado destacan que la soledad está relacionada con problemas de salud mental. Por ende, es importante la intervención que se centre en reducir la soledad y promover las conexiones sociales; esto podría desempeñar un papel importante en la mejora y la prevención de problemas de salud mental.

#### **1.1.4 Prevalencia de soledad en profesionales de la salud**

La soledad en los profesionales de la salud se ha visibilizado los últimos cuatro años, en gran parte debido al brote mundial de COVID-19 (Lederman, 2022; Karcs et al., 2022). La pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud el 26 de marzo del 2020, tuvo un efecto directo en los trabajadores de la salud debido a que enfrentaron muchos desafíos como el desconocimiento de la enfermedad, poca disponibilidad de equipos de protección, altas horas de trabajo, el no contar con equipo suficiente, estar lejos de su familia por el riesgo de contagios, provocando que aumentara en ellos el sentimiento de soledad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020 ; Si et al., 2022; Karcs et al., 2022).

Repon et al (2021), investigaron sobre el efecto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental entre los profesionales de la salud de Bangladesh, la muestra de estudio fue de 355, médicos, enfermeras, farmacéuticos y tecnólogos médicos, para medir la soledad utilizaron la escala de soledad UCLA (ULS-8), en los resultados del estudio encontraron que los médicos tenían las tasas más altas de soledad (92%), seguidos de los enfermeros (85%) y los farmacéuticos (62%).

En otro estudio de Cabello et al. (2022), exploraron el papel de la salud mental de los profesionales sanitarios durante el brote de COVID-19 en España, participaron 1421 médicos,

enfermeros y otros profesionales de la salud a los cuales se les aplicó la escala de soledad UCLA de 3 ítems, en los resultados se encontró que el 53% tenía sentimiento de soledad. Así mismo, Wei et al. (2023) investigaron sobre la asociación de la soledad y el aislamiento social con trastornos mentales en médicos residentes durante la pandemia de COVID-19, la muestra estuvo conformada por 1.338 médicos residentes, para medir la soledad utilizaron la escala de soledad UCLA de tres ítems, encontraron que el 24,40% de los médicos experimentaron soledad.

Por otra parte, Keiner et al. (2023) también investigaron sobre la soledad en 364 estudiantes de medicina, médicos en formación y médicos docentes, y, a diferencia de los estudios descritos previamente, utilizaron una encuesta de 4 ítems realizada por los investigadores para medir la intensidad de la soledad, encontrando que los médicos residentes presentaban mayor soledad (24,7%), le seguían los estudiantes de medicina (21%) y los médicos docentes (9%).

En resumen, la mayoría de los estudios se realizaron durante y después de la pandemia de COVID-19, como ya se había mencionado anteriormente este suceso tuvo un impacto directo en la salud mental de los trabajadores, provocando en ellos un aumento de los niveles de soledad y a su vez de estrés percibido (Rakhshan et al., 2022; Yellowlees, 2022).

## **1.2 Estrés percibido**

En esta sección, se profundizará en el concepto de estrés percibido y su significado dentro del ámbito de la salud mental. Comenzaremos explorando la conceptualización del estrés percibido, destacando su naturaleza subjetiva y la interpretación de los factores estresantes por parte del individuo. Además, discutiremos los diferentes tipos de estrés que las personas pueden percibir, que van desde el estrés agudo desencadenado por eventos específicos hasta el estrés crónico derivado de la exposición prolongada a factores estresantes. Comprender el impacto del estrés percibido en la salud mental es crucial, ya que se ha identificado como un factor de riesgo significativo para diversas afecciones de salud mental. Por último, nos centraremos específicamente en la prevalencia del estrés percibido

entre los profesionales de la salud. Al profundizar en estos aspectos, nuestro objetivo es obtener una comprensión integral del estrés percibido y su papel en la salud mental, particularmente entre las profesiones en el campo de la salud.

### **1.2.1 Conceptualización**

El estrés según la Organización Mundial de la Salud (2023), es una respuesta fisiológica y psicológica que un individuo presenta para hacer frente a desafíos y amenazas en nuestra vida. El estrés percibido o psicológico es la percepción y evaluación que hace una persona del daño potencia causado por las demandas ambientales o externas (Cohen et al., 1983).

Por otro lado, el modelo del síndrome de adaptación general (GAS) (Selye,1956), menciona que el estrés psicológico es un patrón de respuesta en el que si un evento amenaza el bienestar de un organismo (un factor estresante), este genera una respuesta corporal de tres fases:

**1) Fase de alarma:** El cuerpo reacciona con una respuesta de “lucha o huida”, activándose el sistema nervioso simpático, las hormonas como cortisol y adrenalina se liberan en el torrente sanguíneo para poder enfrentar a la amenaza o peligro, aumenta el ritmo cardíaco y la presión arterial, y los recursos del cuerpo se activan para movilizarse.

**2) Fase de resistencia:** Si el factor estresante continúa, los síntomas de la reacción de alarma desaparecen, el cuerpo inicia un estado de homeostasis, libera una cantidad más baja de cortisol, y tanto la frecuencia cardiaca como la presión arterial comienza a normalizarse. Aunque el cuerpo entra a un estado de normalidad, permanece en alerta máxima durante un tiempo. Si se afronta la situación estresante, el cuerpo continuará normalizándose hasta llegar a un nivel normal hormonal; por el contrario, si no se afronta la situación estresante, el cuerpo seguirá secretando cortisol y puede conducir a la fase de agotamiento.

**3) Etapa de agotamiento:** En esta etapa las capacidades de adaptación del organismo al estresor se agotan, y regresan los síntomas de la fase de alarma, volviendo al

organismo susceptible a daños en sus tejidos, enfermedades y, en el peor de los casos, la muerte.

Asimismo, Lazarus y Folkman (1984) desarrollaron el modelo transaccional del estrés y el afrontamiento, el cual define al estrés psicológico como una relación que existe entre una persona y su medio ambiente, la persona considera que agota o excede sus recursos y pone en peligro su bienestar, esta relación se da por dos fases fundamentales, la primera fase es la evaluación psicológica y la segunda fase el afrontamiento.

La primera fase, que es la evaluación psicológica, hace referencia al proceso en el cual una persona categoriza una situación y sus diversas facetas basándose en el significado que tiene para su bienestar; es decir, las personas antes de enfrentarse a una situación la evalúan cognitivamente como potencialmente estresantes, valoración que pasa por dos mecanismos cognitivos (valoraciones primaria o secundaria). La valoración primaria es cuando una persona clasifica una situación como amenazante o como un desafío, mientras que la secundaria es la evaluación de los recursos de afrontamiento, un indicador de la confianza que tiene una persona para hacer frente a una situación porque sabe que tiene los recursos físicos, sociales, psicológicos y materiales para afrontarla (Lazarus y Folkman, 1984; Berjot et al., 2011).

La segunda fase, que es el afrontamiento, se refiere al esfuerzo cognitivo o conductual para poder dominar o tolerar las demandas que pueden ser internas o externas creadas por una situación estresante. El afrontamiento cumple dos funciones: 1) regulación de las angustias o emociones que vienen con la situación estresante; 2) manejo del problema que está causando el estrés (Lazarus y Folkman, 1984; Berjot et al., 2011).

Estos modelos ofrecen perspectivas complementarias sobre el estrés. El modelo del GAS de Selye (1956), enfatiza los aspectos biológicos y fisiológicos del estrés, mientras que el modelo transaccional del estrés y el afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984), enfatiza los aspectos cognitivos y psicológicos, incluidas la evaluación y las estrategias de afrontamiento. Juntos, brindan una comprensión integral de cómo las personas perciben y responden a los factores estresantes.

### **1.2.2 Tipos de estrés**

Según la Asociación Americana de Psicología (APA, 2010), existen tres diferentes tipos de estrés: estrés agudo, estrés agudo episódico y estrés crónico. Cada uno de los 3 tipos de estrés tiene sus propias características, síntomas y duración.

#### **1. Estrés agudo:**

Es un estrés emocional de corta duración que comúnmente ocurre debido a pensamientos negativos sobre eventos recientes o situaciones futuras anticipadas. Este estrés se caracteriza por ser temporal y no causar daño a largo plazo. Sus síntomas comunes son angustia emocional, tensión muscular como rigidez y dolor de espalda, problemas gastrointestinales e hiperexcitación temporal, lo que lleva a un ritmo cardíaco acelerado, migrañas, dolores en el pecho y dificultad para respirar (APA, 2010).

#### **2. Estrés agudo episódico:**

Es un tipo de estrés que surge como resultado de estilos de vida caóticos y llenos de crisis. Las personas que experimentan estrés agudo episódico están constantemente tensas y muestran rasgos de agitación excesiva, irritabilidad, ansiedad y hostilidad. Su estilo de vida apresurado y su constante nerviosismo impacta negativamente en sus relaciones sociales y ambiente de trabajo. Los síntomas comunes incluyen dolores de cabeza persistentes, migrañas, hipertensión y dolor en el pecho. Este tipo de estrés puede contribuir a condiciones graves como enfermedades cardíacas o depresión clínica (APA, 2010).

#### **3. Estrés crónico:**

Estrés prolongado y persistente que afecta significativamente a las personas tanto física como emocionalmente y, en última instancia, deteriora su calidad de vida. Surge de la exposición continua a múltiples factores estresantes, como la pobreza, la dinámica familiar disfuncional, los matrimonios infelices o el desempleo. El estrés crónico a menudo se origina en experiencias infantiles traumáticas que dan forma a visiones del mundo y sistemas de creencias negativos. Está fuertemente asociado con consecuencias dañinas, que incluyen

ideaciones suicidas. Este tipo de estrés está fuertemente asociado con resultados perjudiciales como la ideación suicida, la violencia, y otros problemas de salud (APA, 2010).

### **1.2.3 Estrés como factor de riesgo en la salud mental**

El estrés crónico según la OMS puede tener consecuencias tanto físicas como psicológicas (OMS, 2023). Por ejemplo, existe evidencia que ha relacionado al estrés crónico con una carga de salud mental como ansiedad y depresión (Burtscher et al., 2020).

Según Boukezzi et al. (2002), el estrés es un factor de riesgo en la depresión y la gravedad de los síntomas, la forma en que las personas perciben e interpretan los eventos estresantes puede empeorar los resultados de salud mental y fomentar la angustia psicológica. Una investigación de Cristóbal- Narváez et al. (2022), sobre la asociación entre el estrés percibido y la depresión utilizando datos comunitarios representativos de 45 países que participaron en la Encuesta Mundial de Salud (WHS), muestra que los niveles más altos de estrés percibido se asociaron con mayores probabilidades de depresión en todos los países. Con base en estos hallazgos, los investigadores concluyeron que el estrés percibido podría ser un factor de riesgo para la depresión. Asimismo, el estudio de Li et al. (2022), sobre el estrés percibido y su relación con la depresión en 606 miembros del personal médico de un hospital de china, encontraron que el estrés percibido tuvo una relación positiva moderada con la depresión ( $r=0,482$ ,  $p<0,01$ ) y el insomnio ( $r=0,323$ ,  $p<0,01$ ); además, otro resultado importante que encontraron fue que un mayor estrés percibido puede provocar depresión en el personal médico a causa del insomnio.

La exposición a factores estresantes incontrolables e impredecibles pueden provocar una menor calidad de sueño (Peña-Rodríguez et al., 2019). Existen investigaciones que confirman esta relación como la realizada por Zhao et al. (2021), quienes estudiaron el estrés percibido y la calidad del sueño en 1630 participantes chinos de población general, para medir las variables de estudio utilizaron la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) y el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI), en los resultados se observó que un mayor estrés percibido predijo significativamente una menor calidad del sueño ( $r=0,35$ ,  $p<0,01$ ). Resultados

similares encontraron Barrientos et al. (2021) en su investigación sobre el rol mediador del estrés en la relación del miedo al COVID-19 y el insomnio en 479 universitarios de ciencias de la salud, los instrumentos que utilizaron fueron la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) y el Insomnia Severity Index (ISI), en los resultados se encontró que el estrés percibido tenía una correlación positiva moderada con el insomnio ( $r=0,418$ ,  $p<0,001$ ).

Por otro lado, otras investigaciones también han encontrado que el estrés percibido es un factor de riesgo para la ansiedad. Por ejemplo, Aslan et al. (2020) exploraron los niveles de estrés percibido en 358 estudiantes turcos durante la pandemia. Los instrumentos que utilizaron fueron la escala de 7 ítems del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) y la escala de Estrés Percibido (PSS-10), en los resultados encontrando que un 5,6% de estudiantes tenía estrés percibido y que el mismo tenía una relación positiva moderada con la ansiedad generalizada ( $r=0,55$ ,  $p<0,001$ ). Asimismo, Onieva-Zafra et al. (2020) investigaron sobre la ansiedad, estrés percibido y estrategias de afrontamiento en 190 estudiantes de enfermería, los instrumentos de evaluación que utilizaron fueron la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgoen, en los resultados se pudo observar que el estrés percibido tenía una relación positiva moderada con la ansiedad estado ( $r=0,463$ ,  $p<0,000$ ) y una relación positiva fuerte con la ansiedad rango ( $r=0,718$ ,  $p<0,000$ ).

Las investigaciones demuestran consistentemente una influencia significativa del estrés percibido en la calidad del sueño, la ansiedad y la depresión. Los niveles más altos de estrés percibido se asocian con una peor calidad del sueño, un aumento de los síntomas de ansiedad y un mayor riesgo de desarrollar depresión.

#### **1.2.4 Prevalencia de estrés en profesionales de la salud**

Los profesionales de la salud están constantemente expuestos a un entorno laboral caracterizado por numerosos factores estresantes, que incluyen largas horas de trabajo, exposición continua con el sufrimiento y la muerte, y sobrecarga laboral. Estos factores estresantes han afectado su bienestar físico y psicológico (Peña-Rodríguez et al., 2019).

En un estudio realizado por Peña-Rodríguez et al. (2019), se examinó la asociación entre el estrés percibido y la calidad del sueño de 220 enfermeras colombianas. Los investigadores utilizaron la versión 14 de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14) y descubrieron una prevalencia significativa del 72,45 % del estrés percibido en esta población en particular. Así mismo, Shen et al. (2021) investigaron la ansiedad y su asociación con el estrés percibido y el insomnio, la muestra de estudio estuvo conformada por 653 enfermeras de primera línea con pacientes infectados con COVID-19, para medir el estrés percibido utilizaron la escala china de estrés percibido (CPSS), en los resultados se observó que un 41,4% de los participantes informaron estrés percibido.

En otros estudios también examinaron la prevalencia del estrés percibido entre los trabajadores de la salud utilizando la misma prueba psicológica, la Escala de Estrés Percibido (PSS-10). Yubonpunt et al. (2022) investigó a 517 trabajadores de la salud en Tailandia y encontró que el 47,97 % experimentaba estrés percibido. Del mismo modo, Aly et al. (2021) se centró en 316 trabajadores de la salud en Egipto y reveló que el 98,5 % de los participantes tenía un estrés percibido moderado o severo, y solo el 1,3 % informó niveles bajos de estrés percibido. Estos hallazgos resaltan una prevalencia significativa de estrés percibido entre los trabajadores de la salud tanto en Tailandia como en Egipto.

Por otro lado, en el contexto ecuatoriano Velasco -Yanez et al. (2021) estudiaron el estrés percibido asociado a la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Guayaquil. Los participantes del estudio fueron 860 estudiantes y profesores de la facultad de ciencias médicas de la universidad de Guayaquil, y el instrumento utilizado para medir el estrés percibido fue la escala de estrés percibido (SPP-10), se pudo observar que en los resultados que un 13% de los participantes tenían alto estrés percibido.

Los estudios antes mencionados se realizaron durante la pandemia de COVID-19, que por sí misma fue un factor estresor para la población en general, y en particular para los trabajadores de la salud que estaban en la primera línea del manejo de la crisis. Este factor externo, junto con las demandas inherentes de la profesión, probablemente contribuyó a los

niveles elevados de estrés percibido observados en estos estudios. Las circunstancias únicas de la pandemia agregaron más estrés a un entorno de trabajo ya exigente.

### **1.3 Relación entre soledad y estrés percibido**

La relación entre la soledad y el estrés percibido entre los profesionales de la salud es el foco central de esta investigación. Este apartado comprende dos secciones principales que contribuyen a comprender esta relación. En la primera sección, se sintetiza investigaciones que han examinado las respuestas fisiológicas a la soledad y su impacto en el estrés percibido, a su vez, también se exploran investigaciones que respaldan los mecanismos psicológicos a través de los cuales la soledad puede contribuir a una mayor percepción del estrés. La segunda sección se centra en la evidencia empírica derivada de estudios realizados específicamente entre trabajadores de la salud. Estos estudios brindan apoyo empírico de la posible asociación de la soledad con el estrés percibido en profesionales de la salud.

#### **1.3.1 Soledad y estrés percibido**

Los primeros estudios de la soledad sugieren que la soledad y el estrés percibido tienen una relación directa. Glaser et al. (1985) realizaron varios estudios sobre el estrés, soledad y herpes, encontrando que los participantes más solitarios tenían mayor estrés y por consiguiente se veía afectado notablemente su sistema inmunológico, esto proporcionó a los investigadores evidencia de una relación causal estrés-soledad-salud. La relación entre la soledad y el estrés percibido se puede explicar tanto desde una perspectiva biológica como psicológica (Laustsen et al., 2023).

Desde una perspectiva biológica, la soledad puede provocar respuestas fisiológicas en el cuerpo que contribuyen a aumentar los niveles de estrés (Brown et al., 2018). Cacioppo et al. (2018) en su teoría evolutiva de la soledad plantea que la amenaza social, tal como es percibida por las personas solitarias, activa el sistema de respuesta al estrés humano para responder rápidamente en caso de peligro social real y, como consecuencia, fomentar la autopreservación. Además, Cacioppo et al. (2002) realizaron una investigación en la que encontraron que las personas solitarias mostraban un gasto cardíaco y una frecuencia

cardíaca más baja cuando responden a una situación estresante en comparación con personas no solitarias.

En una revisión sistemática realizada por Brown et al. (2018), se examinaron estudios psicofisiológicos sobre la soledad y la reactividad al estrés agudo, descubriendo que la soledad estaba asociada con una mayor reactividad al estrés. Específicamente, se encontró que los niveles más altos de soledad predicen respuestas fisiológicas como arritmias respiratorias, aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial.

Desde una perspectiva psicológica, un importante predictor del estrés percibido es la soledad, esta relación puede darse debido a que la soledad o el aislamiento social en sí mismo ya representa un factor estresante central (Ruisoto et al., 2022). Los investigadores Cacioppo et al. (2006) han proporcionado evidencia experimental que ha demostrado el aumento del estrés percibido cuando se induce hipotéticamente un sentimiento de soledad.

### ***1.3.2 Soledad y su relación con el estrés percibido en profesionales de la salud***

Según Laustsen et al. (2023), la soledad puede tener una relación positiva con el estrés percibido. Cuando las personas se sienten socialmente solas o carecen de una red de apoyo, pueden percibir varios factores estresantes de la vida como más desafiantes y abrumadores. La ausencia de apoyo social y compañía puede hacer que las personas se sientan más vulnerables y menos preparadas para hacer frente a las exigencias de la vida diaria.

Las investigaciones que relacionan estas dos variables son escasas en Ecuador, especialmente en los trabajadores de la salud, pero existe evidencia que sugiere una posible correlación entre ellas.

Por ejemplo, Debnath et al. (2021) investigaron las consecuencias para la salud mental (depresión, ansiedad y estrés) del insomnio y la soledad, durante la pandemia COVID-19, de 108 médicos internos en Bangladesh. Los instrumentos que se utilizaron fueron la Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) y la Escala de soledad UCLA de 3 ítems. Se encontró que un 30,9% de los médicos presentaron estrés y un 43,5% soledad, y que las dos variables tuvieron una correlación positiva moderada ( $r=0.49$ ;  $p<0.001$ ). En otro estudio,

Das et al. (2021) evaluaron el estrés percibido en 95 médicos, para la recolección de datos utilizaron un cuestionario realizado por los investigadores en el que constataban 11 ítems para evaluar los factores psicosociales y ambientales, y la Escala de estrés percibido (PSS-10). En el análisis estadístico realizaron una regresión logística univariada y encontrando que la soledad (OR 9,3; 95% IC =2,7-34,1) era un predictor estadísticamente significativos del estrés.

Y en otro de los pocos estudios que existe sobre la correlación de la soledad y el estrés percibido en médicos, Kota et al. (2022) evaluar los efectos psicosociales (depresión, ansiedad y estrés) entre los médicos que trabajan con pacientes con COVID-19 y su asociación con la angustia psicológica. La población de estudio fueron 227 médicos posgradistas. Los instrumentos que se utilizaron fueron un cuestionario semiestructurado realizado por los investigadores y la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21). En los resultados se observó que no hubo una correlación significativa entre la soledad y el estrés severo ( $r= 0.001$ ;  $p<0.05$ ).

Por otro lado, un estudio realizado en Ecuador por Bonilla-Sierra et al. (2021) investigó la depresión y ansiedad entre estudiantes y profesionales de la salud. El estudio tuvo como objetivo examinar cómo la inflexibilidad psicológica, la soledad y el estrés psicológico predicen los síntomas depresivos. Los participantes del estudio fueron 191 estudiantes de pregrado y posgrado en salud que ejercen la práctica clínica en el Ecuador. Para medir las variables de interés, los investigadores utilizaron la Escala de Estrés Percibido (PSS) y la versión corta de la Escala de Soledad (UCLA). Los resultados obtenidos demostraron una correlación positiva moderada entre la soledad y el estrés percibido ( $r=0,48$ ,  $p< ,001$ ).

Las investigaciones existentes sobre la correlación entre la soledad y el estrés percibido en trabajadores de la salud son limitadas, especialmente en el contexto ecuatoriano. En consecuencia, la realización de este estudio podría tener implicaciones prácticas, ya que los hallazgos pueden ayudar en el desarrollo de futuros programas de prevención, promoción e intervención. Además, el estudio podría contribuir a la comprensión teórica de la relación

entre la soledad y el estrés percibido entre los trabajadores de la salud en Ecuador, al proporcionar nuevos conocimientos e información.

## Capítulo dos

### 2. Metodología

A continuación, se describen los objetivos, el diseño de investigación, la población y la selección de muestra, los instrumentos de recopilación de información, el procedimiento y el análisis de los datos.

#### 2.1 Objetivos

##### 2.1.1 *Objetivo General*

- Examinar la relación entre soledad y estrés percibido en profesionales de la salud.

##### 2.1.2 *Objetivos Específicos*

- Identificar los niveles de soledad y estrés percibido en profesionales de la salud según su sexo.
- Determinar la relación entre soledad y estrés percibido en profesionales de la salud.

#### 2.2 Diseño de investigación

La investigación tiene un enfoque cuantitativo, no experimental, de tipo correlacional y retrospectivo. Es cuantitativo porque a través de instrumentos se recopilan datos numéricos y se realizan análisis estadísticos; no experimental, porque no se manipulan, direccionan o intervienen las variables; correlacional, porque se determina la relación entre las variables soledad y el estrés percibido; y es retrospectiva porque los datos de la investigación se recopilaron previamente (Hernández et al., 2014).

#### 2.3 Población y muestra de estudio

La población objetó de estudio fueron 663 trabajadores de la base de datos recogida en un proyecto del *Observatorio de Salud Mental y Drogas de la Universidad Técnica Particular de Loja* (PROY\_VIN\_OBASTAL\_2022\_3321).

De estos, se seleccionaron a aquellos que fueran médicos y enfermeras, es decir, que se cuenta con una muestra de 276 profesionales de la salud, con una media de edad de 32,17

años ( $DT=8,74$ ). De ellos, el 52,9% son médicos y el 47,1% enfermeras. La muestra está compuesta en su mayoría por mujeres (70,7%). Además, el 58,7% de los participantes están solteros (**Tabla 1**).

**Tabla 1**

*Información Sociodemográfica*

<b>Variable</b>	<b>Factor</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sexo</b>	Hombre	81	29,3%
	Mujer	195	70,7%
	Total	276	100%
<b>Estado civil</b>	Soltero/a	162	58,7%
	Casado/ Unión libre	97	35,1%
	Separado/Divorciado	16	5,8%
	Viudo	1	0,4%
<b>Título de tercer nivel</b>	Médico/a	146	52,9%
	Enfermero/a	130	47,1%
	<b>Media</b>	<b>Desviación Estándar</b>	<b>Rango</b>
<b>Edad</b>	32,13	8,74	22 a 62 años

Los criterios considerados para seleccionar la muestra en el proyecto inicial fueron:

- **Criterio de inclusión:** Acceso a internet y recibir el email institucional de invitación a participar en la encuesta; ser mayor de 18 años; ser trabajador de la salud del MSP- Zona 7; consentir libre y voluntariamente participar del estudio.
- **Criterios de exclusión:** Grupos vulnerables establecidos en el Art. 35 de la Constitución del Ecuador (mujeres embarazadas y personas con discapacidad); no disponibilidad de medios virtuales.

## 2.4 Instrumentos de recogida de información

En esta sección proporciona una descripción detallada de los instrumentos de evaluación utilizados en esta investigación, incluido un Cuestionario de datos sociodemográficos (Tabla 2), la Escala de estrés percibido (Tabla 3) y la Escala de soledad (Tabla 4).

**Tabla 2**

*Cuestionario de datos sociodemográficos (Ad hoc)*

<b>Aplicación</b>	Individual o Colectiva			
<b>Tiempo</b>	5-10 minutos			
<b>Objetivo</b>	Obtener datos sociodemográficos y laborales de las/os participantes			
<b>Población</b>	Trabajadores de la salud			
<b>N° Ítems</b>	22			
	<b>Edad</b>	Desde 18 años	Hasta 64 años	
	<b>Sexo</b>	Masculino	Femenino	
	<b>Estado civil</b>	Soltero/a	Casado/a – unión libre	
		Divorciado/a	Separado/a	
		Viudo/a		
	<b>Zona de Trabajo</b>	Urbana	Su remuneración	
		Rural		
<b>Variables tomadas en cuenta</b>	<b>Profesión</b>	Titulo		
	<b>Tipo de contrato</b>	Nombramiento permanente	Nombramiento provisional	
		Libre nombramiento y remoción	Servicio Ocasional	
		Otros		
	<b>Horas que trabaja diariamente</b>	Trabajo en turno		
	<b>Tiempo de experiencia laboral</b>	Años	Meses	
	<b>Tipo de trabajo</b>	Tiempo completo	Tiempo Parcial	
	<b>Tipo de Institución</b>	Pública	Privada	

**Tabla 3***Escala de Estrés Percibido (PSS-10)*

<b>Autor</b>	Remor,2006				
<b>Aplicación</b>	Individual o colectiva				
<b>Tiempo</b>	5-10 minutos				
<b>Objetivo</b>	Medir la percepción de estrés psicológico, la medida en que las situaciones de la vida cotidiana se aprecian como estresantes. Evalúa el estrés en términos de impredecibilidad, incontrolabilidad y sobrecarga.				
<b>Población</b>	Adultos				
<b>N° ítems</b>	10				
<b>Escala tipo Likert</b>	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
	0	1	2	3	4
<b>Puntuación</b>	Los participantes responden en una escala tipo Likert de 5 puntos que van desde 0 ("Nunca") y 4 ("muy a menudo")				
<b>Dimensiones</b>	Dimensión	Ítems		Confiabilidad	
	2	10		Adecuada	
<b>Interpretación de puntajes</b>	Entre mayor sea el total de los puntajes mayor es el nivel de estrés percibido.				
<b>Confiabilidad y Validez</b>	Confiabilidad: La confiabilidad fue adecuada, con coeficientes Alfa [ $\alpha = 0,82$ ] y prueba test-retest, $r = 0,77$ .				
	Validez: Para abordar la validez concurrente, se correlacionó las puntuaciones del test PSS-10 con angustia (HADS-T) ( $r = 0,76$ , $p < 0,001$ ) y ansiedad (HADS-A) ( $r = 0,66$ , $p < 0,001$ ). La validez, y sensibilidades fueron adecuadas también esta versión				
	Validez de constructo a través del análisis exploratorio y confirmatorio se encontró una estructura bifactorial (Ruisoto et al., 2020).				
<b>Calificación</b>	Puntuaciones del 0 al 4 exceptuando las preguntas 4, 5, 7 y 8, en las que la calificación es invertida. Modo de calificación: sumatoria de todos los resultados				

**Tabla 4***Escala de Soledad (UCLA)*

<b>Autor</b>	Hughes et al., (2004).			
<b>Aplicación</b>	Autoaplicable por el paciente			
<b>Tiempo</b>	10 minutos			
<b>Objetivo</b>	Detección de la percepción de soledad.			
<b>Población</b>	Adultos			
<b>N° ítems</b>	3 ítems			
<b>Escala tipo Likert</b>	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
	0	1	2	3
<b>Puntuación</b>	Los participantes responden en una escala tipo Likert de 4 puntos que van desde 0 ("Nunca") y 3 ("Siempre")			
<b>Dimensiones</b>	Dimensión	Ítems		Confiabilidad
	Percepción de soledad	3		0,72
<b>Interpretación de puntajes</b>	Entre mayor sea el total de los puntajes mayor la percepción de soledad.			
<b>Confiabilidad y Validez</b>	Confiabilidad: La confiabilidad fue adecuada, alfa de Cronbach que varía de 0,89 a 0,94 y prueba test-retest $r = 0,73$ .			
<b>Calificación</b>	Se puntúa de 0 a 3, se realiza la sumatoria de todos los resultados. A mayor puntuación, mayor percepción de soledad			

## 2.5 Procedimiento

Para el desarrollo del presente estudio, se utilizará la base de datos recogida en un proyecto del Observatorio de Salud Mental y Drogas de la Universidad Técnica Particular de Loja (PROY\_VIN\_OBASTAL\_2022\_3321), dirigido por la PhD. Silvia Libertad Vaca Gallegos, IP del proyecto, quien autorizó el uso de la base de datos para la presente investigación. Bajo este contexto, las fases a desarrollar surgirán a partir de la matriz de datos en formato para programa *Statiscal Package for the Social Sciencies (SPSS25)*. Sin embargo, a continuación,

se realiza una breve explicación del proceso de recolección de información que se utilizó en el proyecto antes indicado:

### **I Fase:**

La investigación fue aprobada por el *Comité de Bioética de Investigación de Salud Mental de la Universidad de Cuenca*, con número de código de aprobación 2022-020EO-IE (Nro. 211, 13 de octubre del 2022), teniendo en cuenta que la participación de las/os trabajadores de la salud sería voluntaria, anónima y con aceptación por medio de un consentimiento informado.

### **II Fase:**

Los participantes accedieron a una encuesta en línea a través de un enlace enviado por correo electrónico como invitación institucional. El cuestionario fue diseñado a través de la herramienta *ArcGis*, en la que incluyó el consentimiento informado (primera página), por lo que a los trabajadores no les fue posible acceder al formulario sin previamente haber recibido la invitación, ni haber aceptado el consentimiento informado, mismo que contenía información de contacto (email y teléfono) de la investigadora principal para resolver dudas relacionadas con la prueba o solicitar información relativa de los resultados del estudio. La no aceptación del consentimiento informado suponía la finalización y salida de la encuesta.

### **III Fase:**

La plataforma de evaluación *ArcGis*, licencia que posee la UTPL, ayudó a minimizar el riesgo de pérdida de datos, permitiendo el cálculo automático de puntuaciones de forma inmediata, obteniendo con ello una optimización de tiempo y garantizando el anonimato de los participantes. Tanto los cuestionarios como la base de datos con las respuestas están alojadas en el servidor web de la UTPL, y están a cargo la Dra. Silvia Vaca, directora del proyecto. La encuesta estuvo habilitada por un lapso de 60 días. El tiempo aproximado para completar la encuesta en su totalidad fue de 20 minutos. Finalmente, se puso a consideración de los participantes recibir sus resultados, por lo que en caso de marcar "Sí" en la encuesta,

se enviaba al correo electrónico con su perfil de los resultados. Los participantes tenían la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento. La información se usaría con fines netamente.

## **2.6 Análisis de Datos**

El análisis de las variables sociodemográficas se obtendrá mediante el uso de frecuencias y porcentajes. Para responder el objetivo específico 1 (identificar los niveles de soledad y estrés percibido en profesionales de la salud según su sexo) se realizará un análisis descriptivo, es decir, se va a calcular la media, la mediana, la desviación típica, valor mínimo, valor máximo. Además, se analizará la distribución mediante la curtosis y asimetría.

Para dar respuesta al objetivo específico 2 (relación entre soledad y estrés percibido), se realizará un análisis correlacional y se utilizará la prueba producto momento de Pearson, previo a la evaluación del supuesto de normalidad y homocedasticidad a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov, con un nivel de significancia de 0.05

Los análisis antes mencionados se llevarán a cabo mediante la utilización del programa Statistical Package Social Sciences (SPSS) versión 24.

## Capítulo tres

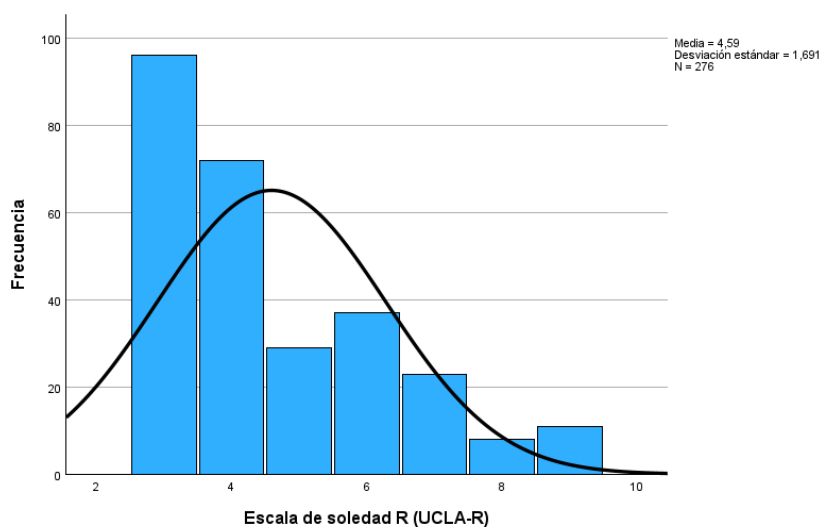
### 3. Resultados

#### 3.1. Análisis de resultados

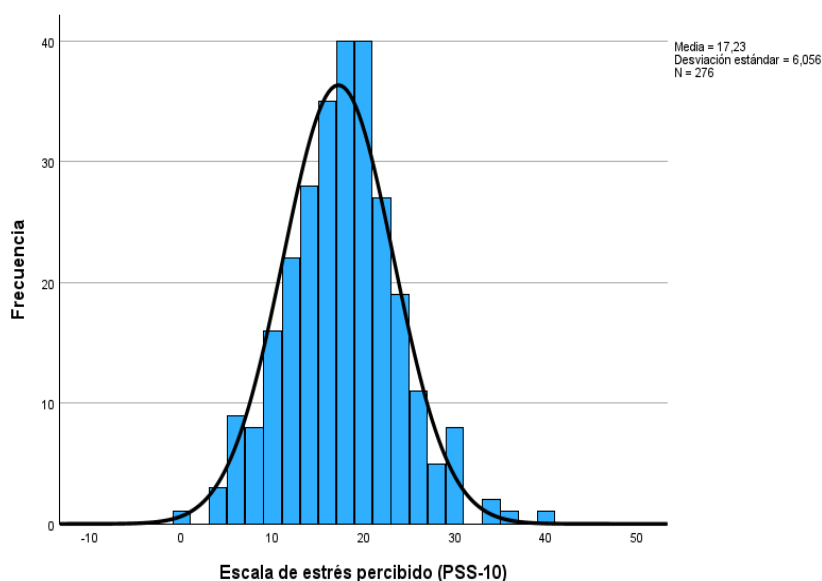
##### **3.1.1 Resultados del objetivo 1: Identificar los niveles de soledad y estrés percibido en profesionales de la salud según su sexo**

El primer objetivo de esta investigación es identificar los niveles de soledad y estrés percibido en profesionales de la salud según su sexo. Pero antes, se realizó una prueba de fiabilidad de la Escala de Soledad R (UCLA-R) y de la Escala de Estrés Percibido (PSS-10). Además, se ejecutó una prueba de normalidad de las variables de estudio. Se detalla a continuación.

**3.1.1.1. Escala de Soledad R (UCLA-R).** La escala de soledad exhibió un alfa de Cronbach de 0,791, indicando una fuerte consistencia interna y confiabilidad entre los ítems de la escala. En la **figura 1**, la aplicación de la escala de soledad (UCLA-R) a una cohorte compuesta por 276 médicos y enfermeras dio como resultado una puntuación media de 4,59 ( $SD=1,691$ ). El valor de asimetría es de 0,974 ( $SD=0,147$ ) lo que significa una distribución asimétrica positiva. Además, el valor de la curtosis es de 0,048 ( $SD=0,292$ ), lo que sugiere una distribución platicúrtica: los datos están menos concentrados alrededor de la media.

**Figura 1***Distribución de datos de soledad*

**3.1.1.2. Escala de Estrés Percibido (PSS-10).** Para la escala de Estrés Percibido, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,862, lo que demuestra su sólida consistencia interna y confiabilidad. Además, se administró la Escala de Estrés Percibido a 276 médicos y enfermeras, arrojando una media 17,23 ( $SD=6,056$ ). El valor de asimetría es de 0,199 ( $SD=0,147$ ) lo que significa una distribución simétrica. En cuanto a la curtosis, el valor fue de 0,504 ( $SD=0,292$ ), lo que implica una distribución mesocúrtica, cercana a una distribución normal (**Figura 2**).

**Figura 2***Distribución de datos de Estrés Percibido*

**3.1.1.3. Prueba de Kolmogorov-Smirnov.** Para determinar los análisis apropiados que se utilizaran para dar respuesta a los objetivos planteados en esta investigación, se realizó el análisis de los datos con la prueba de *Kolmogorov-Smirnov*. Esta prueba nos permite evaluar si el conjunto de datos de esta investigación se ajusta a una distribución normal. Los hallazgos presentados en la Tabla 5, revelan que la variable soledad arrojó un valor  $p < 0.05$ , lo que significa que la distribución no es normal. Asimismo, la variable estrés percibido obtuvo un valor  $p < 0.05$  indicando que los datos tienen una desviación estadísticamente significativa de una distribución normal.

**Tabla 5***Prueba de Kolmogorov-Smirnov*

Prueba Kolmogorov-Smirnov		
Variable	Estadístico	$p$
Soledad	0,245	<0,001
Estrés Percibido	0,060	0,018

**3.1.1.4. Niveles de soledad y estrés percibido según el sexo.** En la **Tabla 6** los resultados indican que en la Escala de Soledad R (UCLA-R), la puntuación media es 4,59 ( $SD=1,69$ ) y la mediana 4,00. Estos valores sugieren que los profesionales de la salud de este estudio perciben niveles de soledad moderados. Por otro lado, en la Escala de Estrés Percibido (PSS-10), se obtuvo una puntuación media de 17,23 ( $SD=6,06$ ) y una mediana de 17,00. Estos resultados implican que los profesionales de la salud experimentan niveles bajos de estrés percibido.

**Tabla 6**

*Niveles de Soledad y Estrés Percibido en profesionales de la salud*

	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Desviación estándar
<b>Escala de Soledad R (UCLA-R)</b>	3,00	9,00	4,59	4,00	1,69
<b>Escala de estrés Percibido (PSS-10)</b>	0	39,00	17,23	17,00	6,05

La **tabla 7** proporciona resultados sobre los niveles de soledad y estrés percibido en función del sexo y sus posibles diferencias entre hombres y mujeres. En la escala de Estrés Percibido, las mujeres ( $M= 17,43$ ;  $SD= 6,00$ ) presentaron estrés percibido ligeramente mayor que los hombres ( $M= 16,75$ ;  $SD= 6,20$ ). De manera similar, en la Escala de Soledad (UCLA-R), las mujeres ( $M= 4,62$ ;  $SD= 1,69$ ) mostraron niveles de soledad ligeramente más alto que los hombres ( $M= 4,53$ ;  $SD= 1,70$ ).

Para examinar si las pequeñas diferencias observadas anteriormente en los niveles de soledad y estrés percibido entre los hombres y mujeres son significativas, se realizó la prueba *U de Mann-Whitney*. Los resultados no revelaron diferencias estadísticamente

significativas ( $U= 8339,5$ ;  $p=0.460$ ) en los niveles de estrés percibido entre hombres y mujeres.

Resultados similares se obtuvieron al comparar los niveles de soledad, el análisis no reveló diferencias estadísticamente significativas ( $U=8197,0$ ;  $p=0.608$ ) en los niveles de soledad entre hombres y mujeres.

**Tabla 7**

*Niveles de Soledad y Estrés Percibido según el sexo; Prueba U de Mann-Whitney.*

Variables	Hombres					Mujeres					Prueba U de Mann-Whitney	
	Míni mo	Máxi mo	M	Media na	DT	Míni mo	Máxi mo	M	Media na	DT	U	P
<b>Escala de Estrés Percibido (PSS-10)</b>	0,00	35,00	16,75	17,00	6,20	3,00	39,00	17,43	18,00	6,00	8339,50	0,460
<b>Escala de Soledad (UCLA-R)</b>	4,53	9,00	4,53	4,00	1,70	3,00	9,00	4,62	4,00	1,69	8197,00	0,608

### **3.1.2 Resultados del objetivo 2: Determinar la relación entre soledad y estrés percibido en profesionales de la salud**

Dado que la variable soledad y estrés percibido no cumple con el supuesto de normalidad para la distribución de valores, se optó por una prueba no paramétrica, específicamente la prueba de Spearman (Rho), para el análisis correlacional. La correlación entre la soledad y el estrés percibido se muestra en la **tabla 8**. El análisis reveló una correlación estadísticamente significativa, moderada y positiva entre las puntuaciones de la

escala de soledad y la escala de estrés percibido ( $r_s=0,595$ ;  $p<0.01$ ). Esto indica que a medida que aumentan los niveles de soledad, los niveles de estrés percibido también tienden a aumentar.

**Tabla 8**

*Correlación entre la Escala de Soledad (UCLA-R) y Estrés Percibido (PSS-10)*

		<b>Escala de Estrés Percibido (PSS-10)</b>	
<b>Rho de Spearman</b>	<b>Escala de Soledad R (UCLA-R)</b>	Coeficiente de correlación	,595*
		Sig. (bilateral)	<,001
		N	276

\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

## Discusión

El objetivo principal de este estudio fue investigar la relación entre la soledad y el estrés percibido en una muestra de 276 profesionales de la salud, incluidos 146 médicos y 130 enfermeras, cuyas edades oscilaban entre 22 y 62 años.

Las puntuaciones medias en la Escala de soledad (UCLA-R) y la Escala de estrés percibido (PSS-10) fueron 4,59 y 17,63, respectivamente. Estos resultados indican que los profesionales de la salud experimentaron soledad moderada y estrés percibido leve. Resultados similares se encontraron en un estudio en el que se midió la soledad en médicos, se encontró una puntuación media de 5,2, lo que indica que los médicos experimentaron niveles moderados de soledad (Ofei-Dodoo et al., 2020). Por el contrario, al examinar el estrés percibido, se encontró un estudio en el cual analizaron el estrés percibido en los médicos, donde la puntuación media de estrés percibido fue de 20,4 (Das et al., 2021). Asimismo, en otra investigación que evaluó los niveles de estrés en enfermeras, se encontró que la media fue de 20,01 (Bodke et al., 2018). Estos resultados indican niveles más altos de estrés percibido entre los profesionales de la salud en comparación con el estrés leve informado en nuestro estudio.

En cuanto a los niveles de soledad y estrés percibido según el sexo, nuestros resultados muestran que la soledad fue ligeramente mayor en las mujeres ( $M=4,62$ ) que los hombres ( $M=4,53$ ), lo cual también se observó en estrés percibido (Hombres:  $M=16,75$ ; Mujeres:  $M=17,43$ ), aunque dichas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p>0,05$ ). En una investigación similar, se estudió la prevalencia de estrés en médicos, encontrando que las mujeres tenían mayores niveles de estrés ( $M= 19,32$ ) que los hombres ( $M=17,30$ ), sin que estas diferencias sean significativas ( $p>0.05$ ) (Sithu et al., 2021). Otro estudio profundizó en el impacto psicológico durante la pandemia de COVID-19 en los trabajadores de la salud, hallando que la media de estrés percibido fue mayor en las mujeres ( $M=20,86$ ) que en los hombres ( $M=17,38$ ), siendo las diferencias significativas ( $p<0.001$ ) (Gökkaya et al., 2022). Otra investigación, que tuvo como objetivo investigar la sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes en profesionales y estudiantes de la salud, encontró que

la media de soledad fue de 7,8 (Bonilla-Sierra et al., 2021), lo cual es superior a los hallazgos de nuestro estudio, lo cual se puede deber a que el impacto de la pandemia actualmente genera menos consecuencias negativas a nivel de la salud mental, pues el aislamiento y distanciamiento social se han eliminado.

Al comparar la relación entre la soledad y el estrés percibido en los profesionales de la salud, se encontró una correlación estadísticamente significativa, moderada y positiva entre las puntuaciones de la escala de soledad y la escala de estrés percibido ( $p < 0.01$ ). Estos hallazgos son consistentes con la investigación de Ruisoto et al. (2022), quienes señalaron que un importante predictor del estrés percibido es la soledad. Esta relación puede darse debido a que la soledad o el aislamiento social en sí mismo ya representa un factor estresante central.

Una investigación que evaluó las consecuencias para la salud mental (depresión, ansiedad y estrés) del insomnio y la soledad, durante la pandemia COVID-19 en médicos, encontró que la soledad con el estrés tenía una correlación positiva moderada ( $r = 0.49$ ;  $p < 0.001$ ) (Debnath et al., 2021). Por otro lado, existen investigaciones que no han encontrado una correlación significativa entre la soledad y el estrés, como Kota et al. (2022), en su investigación evaluaron los efectos psicosociales (depresión, ansiedad y estrés) entre los médicos que trabajan con pacientes con COVID-19 y su asociación con la angustia psicológica. En los resultados se observó que no hubo una correlación entre la soledad y el estrés severo ( $r = 0.001$ ;  $p < 0.05$ ).

En un estudio realizado en nuestro contexto ecuatoriano, sobre depresión y ansiedad entre estudiantes y profesionales de la salud, se encontró una correlación positiva moderada entre la soledad y el estrés percibido ( $r = 0,48$ ,  $p < .001$ ) (Bonilla-Sierra et al., 2021).

Las investigaciones sobre la conexión entre la soledad y el estrés percibido dentro de nuestra población de estudio aún son limitadas. Sin embargo, existen estudios en otras poblaciones que proporcionan evidencia que respaldan esta asociación, como la investigación de soledad y bienestar durante la pandemia de COVID-19 en una población de 1463 empleados de diferentes universidades de Filadelfia, en los resultados se evidenció que

la soledad se correlacionó positivamente con el estrés percibido ( $r=0,42$ ,  $p<0,001$ ) (Mäkiniemi et al., 2021). Por otro lado, una investigación sobre efectos de la soledad y el manejo del estrés sobre el estrés percibido en adultos mayores, encontró que la soledad se asoció significativamente con el estrés percibido ( $r = 0,539$ ,  $p < 0,001$ ) y concluyeron que la soledad es un predictor importante del estrés percibido en la edad adulta (Gifford et al., 2021). Otra investigación, sobre la soledad y su relación con la salud mental en la población general alemana, halló que la soledad mostró correlación positiva significativa con el estrés percibido ( $r = 0,50$ ,  $p < 0,001$ ) (Klein et al., 2021).

El estrés y la soledad son dos variables que están presentes en diferentes problemas de salud mental. En una investigación sobre la soledad y adicción al teléfono móvil en estudiantes universitarios chinos, se encontró que la soledad se correlacionaba positivamente con la adicción al celular ( $\beta=0,30$ ,  $p<0,001$ ) (Zhang et al., 2022). Otra investigación, sobre la relación entre el estrés y la soledad con la depresión en las personas mayores, en los resultados de una regresión lineal múltiple, mostraron que el estrés ( $\beta=0,266$ ) tiene el mayor efecto sobre la aparición de depresión en comparación con la soledad ( $\beta=0,039$ ), por lo que cuanto mayor es el estrés, mayores son los síntomas de depresión en los ancianos (Cendani et al., 2023). Además, un estudio que investiga sobre predictores del uso de pornografía en adultos, encontró que la soledad ( $\beta=0,209$ ,  $p<0,001$ ) era un predictor del uso problemático de pornografía (Cardoso et al., 2022). Por otro lado, en una investigación sobre la asociación entre estrés percibido y depresión entre estudiantes de medicina durante el brote de COVID-19, encontraron que el estrés percibido se asoció significativamente con la depresión ( $\beta=0,513$ ,  $p<0,001$ ) (Liu et al., 2021).

Por lo tanto, los resultados de nuestra investigación son relevantes porque van en línea con lo hallado por Ruisoto et al. (2022), quienes encontraron que el estrés percibido es un predictor importante, además de un mediador de la soledad en otros problemas de salud mental como, por ejemplo, la depresión, lo que los convierte en variables transdiagnósticas (Cacioppo et al., 2002; Conway et al., 2018; Nolen-Hoeksema y Watkins, 2011) susceptibles

de intervención individual y de ser consideradas parte de programas de prevención de la salud mental.

En cuanto a las limitaciones de esta investigación, primero, al ser un diseño de investigación transversal, se dificulta revelar relaciones causales entre las variables. Segundo, la población de estudio es relativamente pequeña. Tercero, al ser un estudio prospectivo, los datos recogidos pueden estar sujetos a sesgos de recuerdo y de deseabilidad social. Para investigaciones futuras se podrían realizar en muestras más grandes y homogéneas, además, seguir investigando sobre la soledad y el estrés percibido, buscando su relación con otras variables, en diferentes poblaciones, y el valor predictivo en problemas de salud mental.

## **Conclusiones**

Los profesionales de la salud reportaron niveles moderados de soledad y estrés percibido leve.

Al comparar los niveles de soledad y estrés percibido según el sexo, las mujeres tuvieron mayores niveles de soledad y estrés percibido en comparación con los hombres, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Se encontró una correlación positiva moderada entre la soledad y el estrés percibido en los profesionales de la salud, indicándonos que a medida que aumentan los niveles de soledad los niveles de estrés percibido también tienden a aumentar.

### **Recomendaciones**

Dado que los profesionales de la salud informaron niveles moderados de soledad y estrés percibido leve, es aconsejable implementar programas de apoyo específicos dentro de los entornos de atención médica. Estos programas pueden incluir sesiones de atención plena, talleres de manejo del estrés y actividades que promuevan el bienestar mental. Proporcionarles recursos y herramientas para afrontar el estrés.

Mejorar y promover la utilización de Programas de Asistencia Psicológica en el lugar de trabajo, que sean accesibles y puedan ser un espacio seguro para aquellos trabajadores, hombres y mujeres que estén experimentando dificultades y necesiten apoyo psicológico.

Realizar campañas de concientización sobre la importancia de la salud mental en el lugar de trabajo.

## Referencias

- Aly, H. M., Nemr, N. A., Kishk, R. M., & Elsaid, N. M. A. B. (2021). Stress, anxiety and depression among healthcare workers facing COVID-19 pandemic in Egypt: a cross-sectional online-based study. *BMJ Open*, *11*(4), e045281. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045281>
- Antonelli-Salgado, T., Monteiro, G. M. C., Marcon, G., Roza, T. H., Zimmerman, A., Hoffmann, M. S., Cao, B., Hauck, S., Brunoni, A. R., & Passos, I. C. (2021). Loneliness, but not social distancing, is associated with the incidence of suicidal ideation during the COVID-19 outbreak: a longitudinal study. *Journal of affective disorders*, *290*, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.044>
- Aparicio Basauri, V. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *38*(133), 145-166. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000100008>.
- Aslan, I., Ochnik, D., & Çınar, O. (2020). Exploring Perceived Stress among Students in Turkey during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(23), 89-61 <https://doi.org/10.3390/ijerph17238961>.
- Asociación Americana de Psicología. (2010). *Los distintos tipos de estrés*. <https://www.apa.org/topics/stress/tipos>
- Barrientos, A. S., Ampudia, L. G., & Ramos-Vera, C. (2021). Rol mediador del estrés en la relación del miedo al COVID-19 y el insomnio en universitarios de ciencias de la salud. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, *40*(7), 691-699. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5750398>
- Berjot, S., & Gillet, N. (2011). Stress and coping with discrimination and stigmatization. *Frontiers in Psychology*, *2*, 33. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00033>.
- Bodke, P., & Dhande, V. (2018). Perceived stress among nurses working in tertiary care hospital: A cross-sectional study. *Indian Journal of Mental Health*, *5*(3).
- Bonilla-Sierra, P., Manrique-G, A., Hidalgo-Andrade, P., & Ruisoto, P. (2021). Psychological Inflexibility and Loneliness Mediate the Impact of Stress on Anxiety and Depression

- Symptoms in Healthcare Students and Early-Career Professionals During COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 12, 729171. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.729171>
- Boukezzi, S., Costi, S., Shin, L. M., Kim-Schulze, S., Cathomas, F., Collins, A., Russo, S. J., Morris, L. S., & Murrough, J. W. (2022). Exaggerated amygdala response to threat and association with immune hyperactivity in depression. *Brain, Behavior, and Immunity*, 104, 205–212. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2022.05.015>
- Brown, E. G., Gallagher, S., & Creaven, A. M. (2018). Loneliness and acute stress reactivity: A systematic review of psychophysiological studies. *Psychophysiology*, 55(5), e13031. <https://doi.org/10.1111/psyp.13031>.
- Burtscher, J., Burtscher, M., & Millet, G. P. (2020). (Indoor) isolation, stress, and physical inactivity: Vicious circles accelerated by COVID-19?. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 30(8), 1544–1545. <https://doi.org/10.1111/sms.13706>.
- Cabello, M., Izquierdo, A., & Leal, I. (2022). Loneliness and not living alone is what impacted on the healthcare professional's mental health during the COVID-19 outbreak in Spain. *Health & Social Care in the Community*, 30(3), 968–975. <https://doi.org/10.1111/hsc.13260>.
- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). Loneliness in the modern age: An evolutionary theory of loneliness (ETL). In *Advances in Experimental Social Psychology*, 58, 127-197. <https://doi.org/10.1016/bs.aesp.2018.03.003>.
- Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Cole, S. W., Capitano, J. P., Goossens, L., & Boomsma, D. I. (2015). Loneliness across phylogeny and a call for comparative studies and animal models. *Perspectives on psychological science : A Journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 202–212. <https://doi.org/10.1177/1745691614564876>.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., ... & Berntson, G. G. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 407-417. <https://doi.org/10.1097/00006842-200205000-00005>.

- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Ernst, J. M., Burleson, M., Berntson, G. G., Nouriani, B., & Spiegel, D. (2006). Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. *Journal of Research in Personality, 40*(6), 1054-1085. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.11.007>.
- Cardoso, J., Ramos, C., Brito, J., & Almeida, T. C. (2022). Predictors of pornography use: Difficulties in emotion regulation and loneliness. *The journal of sexual medicine, 19*(4), 620-628.
- Castro, M. (2016). El sentimiento de soledad en las personas mayores y su relación con la atribución causal y el afrontamiento (Doctoral dissertation, Universidad de Deusto).
- Cendani, N. K. A., Karin, P. A. E. S., Sulistiowati, N. M. D., & Swedarma, K. E. (2023). The Relationship between Stress and Loneliness with Depression in the Elderly People. *Babali Nursing Research, 4*(3), 372-381. <https://doi.org/10.37363/bnr.2023.43255>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Conway, C. C., Raposa, E. B., Hammen, C., Brennan, P. A. (2018). Transdiagnostic pathways from early social stress to psychopathology: a 20-year prospective study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12862>
- Cristóbal-Narváez, P., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2020). Perceived stress and depression in 45 low- and middle-income countries. *Journal of Affective Disorders, 274*, 799–805. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.020>.
- Das, R., Mallick, N., Debnath, A., Biswas, B., & Mukherjee, S. (2021). Estimation of Perceived Stress among Doctors in a Peripheral Tertiary Government Medical College of West Bengal: A Cross-sectional Study. *Journal of Clinical & Diagnostic Research, 15*(4). <https://doi.org/10.7860/JCDR/2021/45974.14731>
- Debnath, P. R., Islam, M. S., Karmakar, P. K., Sarker, R., Zhai, Z. W., & Potenza, M. N. (2021). Mental Health Concerns, Insomnia, and Loneliness Among Intern Doctors Amidst the COVID-19 Pandemic: Evidence from a Large Tertiary Care Hospital in Bangladesh.

*International Journal of Mental Health and Addiction*, 21, 1799-1819  
<https://doi.org/10.1007/s11469-021-00690-0>

- Gifford, A., Fouche, H., & Beadle, J. (2021). Effects of Loneliness and Stress Management on Perceived Stress in Older Adults. *Innovation in Aging*, 5(1), 924-924.  
<https://doi.org/10.1093/geroni/igab046.3318>,
- Giri, L.M., Paudel, K., Bhusal, S., Adhikari, T.B., & Gulis, G. (2022). Perceived stress, stigma, and social support among Nepali health care workers during COVID-19 pandemic: A cross-sectional web-based survey. *PLOS Global Public Health*, 2.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000458>.
- Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J. K., Speicher, C. E., & Holliday, J. E. (1985). Stress, loneliness, and changes in herpesvirus latency. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(3), 249–260.  
<https://doi.org/10.1007/BF00870312>
- Gökkaya, B., Yazici, T. N., & Kargul, B. (2022). Perceived Stress and Perceived Vulnerability at Healthcare Workers during Covid-19 Pandemic. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 12(2), 431-438. <https://doi.org/10.33808/clinexphealthsci.971161>
- González Pando, D., Cernuda Martínez, J. A., Alonso Pérez, F., Beltrán García, P., & Clark, L. A., Watson, D., & Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology*, 46, 121-153.
- Griffin, S. C., Williams, A. B., Ravyts, S. G., Mladen, S. N., & Rybarczyk, B. D. (2020). Loneliness and sleep: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Open*, 7(1), 2055102920913235. <https://doi.org/10.1177/2055102920913235>.
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227.  
<https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>.
- Hickin, N., Käll, A., Shafran, R., Sutcliffe, S., Manzotti, G., & Langan, D. (2021). The effectiveness of psychological interventions for loneliness: A systematic review and

meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 88.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102066>.

Jeste, D. V., Lee, E. E., & Cacioppo, S. (2020). Battling the Modern Behavioral Epidemic of Loneliness: Suggestions for Research and Interventions. *JAMA Psychiatry*, 77(6), 553–554. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0027>.

Jong-Gierveld J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of personality and social psychology*, 53(1), 119–128. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.53.1.119>

Karcz, E., Zdun-Ryżewska, A., & Zimmermann, A. (2022). Loneliness, Complaining and Professional Burnout of Medical Personnel of Psychiatric Wards during COVID-19 Pandemic-Cross-Sectional Study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(1), 145. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010145>.

Keiner, C., Nestsiarovich, A., Celebi, J., & Zisook, S. (2023). Loneliness Among Medical Students, Physician Trainees and Faculty Physicians. *Academic Psychiatry*, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s40596-023-01780-y>.

Klein, E. M., Zenger, M., Tibubos, A. N., Ernst, M., Reiner, I., Schmalbach, B., ... & Beutel, M. E. (2021). Loneliness and its relation to mental health in the general population: Validation and norm values of a brief measure. *Journal of affective disorders reports*, 4, 100120.

Kota, S., Kumar, S., Kayarpady, A., Gopal, A., & Prashanth, N. R. (2022). A cross-sectional survey of psychosocial effects of COVID-19 on doctors working in a tertiary care hospital. *Telangana Journal of Psychiatry*, 7(1), 47-53. [https://doi.org/10.4103/tjp.tjp\\_6\\_21](https://doi.org/10.4103/tjp.tjp_6_21).

Lara, E., Martín-María, N., De la Torre-Luque, A., Koyanagi, A., Vancampfort, D., Izquierdo, A., & Miret, M. (2019). Does loneliness contribute to mild cognitive impairment and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Ageing Research Reviews*, 52, 7–16. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.03.002>.

Laustsen, L. M., Christiansen, J., Maindal, H. T., Plana-Ripoll, O., & Lasgaard, M. (2023). The longitudinal relation between loneliness and perceived stress: A structural equation

- modelling analysis of 10,159 individuals. *Scandinavian Journal of Public Health*, 14034948231151716. <https://doi.org/10.1177/14034948231151716>
- Lazarus R. S., & Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lederman, Z. (2022). Loneliness at the age of COVID-19. *Journal of Medical Ethics*, 0, 1-6  
<http://dx.doi.org/10.1136/jme-2022-108540>.
- Li, P., Liang, Z., Yuan, Z., Li, G., Wang, Y., Huang, W., Zeng, L., Yang, J., Zhou, X., Li, J., Su, L., & Zhou, Y. (2022). Relationship between perceived stress and depression in Chinese front-line medical staff during COVID-19: A conditional process model. *Journal of Affective Disorders*, 311, 40–46. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.064>
- Liu, Z., Liu, R., Zhang, Y., Zhang, R., Liang, L., Wang, Y., ... & Wang, F. (2021). Association between perceived stress and depression among medical students during the outbreak of COVID-19: The mediating role of insomnia. *Journal of affective disorders*, 292, 89-94. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.028>
- Mäkineniemi, J. P., Oksanen, A., & Mäkikangas, A. (2021). Loneliness and well-being during the COVID-19 pandemic: the moderating roles of personal, social and organizational resources on perceived stress and exhaustion among Finnish university employees. *International journal of environmental research and public health*, 18(13). <https://doi.org/10.3390/ijerph18137146>
- Mann, F., Wang, J., Pearce, E., Ma, R., Schlieff, M., Lloyd-Evans, B., Ikhtabi, S., & Johnson, S. (2022). Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(11), 2161–2178. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02261-7>.
- McClelland, H., Evans, J. J., Nowland, R., Ferguson, E., & O'Connor, R. C. (2020). Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of Affective Disorders*, 274, 880–896. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.004>

- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 589–609. <https://doi.org/10.1177/1745691611419672>
- Ofei-Dodoo, S., Ebberwein, C., & Kellerman, R. (2020). Assessing Loneliness and Other Types of Emotional Distress among Practicing Physicians. *Kansas journal of medicine*, 13, 1–5. <https://doi.org/10.17161/KJM.V13I1.13394>.
- Onieva-Zafra, M. D., Fernández-Muñoz, J. J., Fernández-Martínez, E., García-Sánchez, F. J., Abreu-Sánchez, A., & Parra-Fernández, M. L. (2020). Anxiety, perceived stress and coping strategies in nursing students: a cross-sectional, correlational, descriptive study. *BMC Medical Education*, 20(1), 370. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02294z>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). *Stress*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>.
- Peña-Rodríguez, I. A., Nieto-Olarte, L. P., Sánchez-Preciado, D. M., & Cortés-Lugo, R. L. (2019). Relación entre estrés percibido y calidad de sueño en enfermeras de turnos nocturno y rotativo. *Revista Colombiana de Enfermería*, 18(3)1-17. <https://doi.org/10.18270/rce.v18i3.2640>.
- Perlman, D., Peplau, L. A., & Goldston, S. E. (1984). Loneliness research: A survey of empirical findings. *Preventing the Harmful Consequences of Severe and Persistent Loneliness*, 13, 46.
- Rakhshan, M., Hakimi, H., Mousazadeh, N., & Dorri, S. (2022). Challenges of Mental Health in Medical Staffs during COVID-19 Outbreak: A Systematic Review. *Medicina Clínica Práctica*. 6(2). <https://doi.org/10.1016/j.mcpsp.2022.100361>.
- Repon, M. A. U., Pakhe, S. A., Quaiyum, S., Das, R., Daria, S., & Islam, M. R. (2021). Effect of COVID-19 pandemic on mental health among Bangladeshi healthcare

- professionals: A cross-sectional study. *Science Progress*, 104(2).  
<https://doi.org/10.1177/00368504211026409>.
- Ruisoto, P., López-Guerra, V. M., López-Núñez, C., Sánchez-Puertas, R., Paladines-Costa, M. B., & Pineda-Cabrera, N. J. (2022). Transdiagnostic model of psychological factors and sex differences in depression in a large sample of Ecuador. *International Journal of Clinical and Health Psychology: IJCHP*, 22(3), 100322.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100322>
- Santini, Z. I., Jose, P. E., York Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *The Lancet. Public health*, 5(1), e62–e70.  
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0).
- Selye, H. (1956). *El estrés de la vida*. Nueva York: McGrawHill.
- Shen, Y., Zhan, Y., Zheng, H., Liu, H., Wan, Y., & Zhou, W. (2021). Anxiety and its association with perceived stress and insomnia among nurses fighting against COVID-19 in Wuhan: A cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 30 (17-18), 2654–2664.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.15678>.
- Shrum, L. J., Fumagalli, E., & Lowrey, T. M. (2023). Coping with loneliness through consumption. *Journal of Consumer Psychology*, 33(2), 441-465.  
<https://doi.org/10.1002/jcpy.1329>.
- Si, M. Y., Su, X. Y., Jiang, Y., Wang, W. J., Gu, X. F., Ma, L., Li, J., Zhang, S. K., Ren, Z. F., Ren, R., Liu, Y. L., & Qiao, Y. L. (2020). Psychological impact of COVID-19 on medical care workers in China. *Infectious diseases of poverty*, 9(1), 113.  
<https://doi.org/10.1186/s40249-020-00724-0>.
- Sidhu, T. K., Kaur, P., Kaur, H., & Kaur, K. (2021). Stress among doctors: a cross-sectional study in a tertiary care hospital, North India. *Adesh University Journal of Medical Sciences & Research*, 3(1), 18-24.

- Sidhu, T. K., Kaur, P., Kaur, H., & Kaur, K. (2021). Stress among doctors: a cross-sectional study in a tertiary care hospital, North India. *Adesh University Journal of Medical Sciences & Research*, 3(1), 18-24. [https://doi.org/10.25259/AUJMSR\\_1\\_2021](https://doi.org/10.25259/AUJMSR_1_2021).
- Solmi, M., Veronese, N., Galvano, D., Favaro, A., Ostinelli, E. G., Noventa, V., Favaretto, E., Tudor, F., Finessi, M., Shin, J. I., Smith, L., Koyanagi, A., Cester, A., Bolzetta, F., Cotroneo, A., Maggi, S., Demurtas, J., De Leo, D., & Trabucchi, M. (2020). Factors Associated With Loneliness: An Umbrella Review Of Observational Studies. *Journal of Affective Disorders*, 271, 131–138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.075>
- Steen, O. D., Ori, A. P. S., Wardenaar, K. J., & van Loo, H. M. (2022). Loneliness associates strongly with anxiety and depression during the COVID pandemic, especially in men and younger adults. *Scientific Reports*, 12(1), 9517 <https://doi.org/10.1038/s41598-022-13049-9>.
- van Tilburg T. G. (2021). Social, Emotional, and Existential Loneliness: A Test of the Multidimensional Concept. *The Gerontologist*, 61(7), e335–e344. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa082>.
- Velasco -Yanez, R. J., Cunalema- Fernández, J. A., Franco-Coffre, J. A., & Vargas Aguilar, G. M. (2021). Estrés percibido asociado a la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*, 61 (1), 138-46.
- Wei, Y., Tang, J., Zhao, J., Liang, J., Li, Z., & Bai, S. (2023). Association of Loneliness and social isolation with mental disorders among medical residents during the COVID-19 pandemic: a multi-center cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 115-233 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115233>.
- Weiss, R. (1974) Loneliness: *The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA, MIT Press.
- Yanguas, J., Cilveti, A., Hernández, S., Pinazo- Hernandis, S., Roing, S., & Seguda, C. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *Revista de Servicios Sociales*, (66), 61-75. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.66.05>

- Yellowlees P. (2022). Impact of COVID-19 on Mental Health Care Practitioners. *The Psychiatric Clinics of North America*, 45(1), 109–121. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2021.11.007>.
- Young, J. E. (1982). Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, 379-406.
- Yubonpunt, P., Kunno, J., Supawattanabodee, B., Sumanasrethakul, C., & Wiriyaivaj, B. (2022). Prevalence of perceived stress and coping strategies among healthcare workers during the COVID-19 outbreak at Bangkok metropolitan, Thailand. *Plos One*, 17(7), e0270924. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270924>
- Zhang, B., Liang, H., Luo, Y., Peng, Y., Qiu, Z., Mao, H., ... & Xiong, S. (2022). Loneliness and mobile phone addiction in Chinese college students: a moderated mediation model. *Journal of Psychology in Africa*, 32(6), 605-610. <https://10.1080/14330237.2022.2121474>
- Zhao, X., Lan, M., Li, H., & Yang, J. (2021). Perceived stress and sleep quality among the non-diseased general public in China during the 2019 coronavirus disease: a moderated mediation model. *Sleep Medicine*, 77, 339–345. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.05.021>.