



UTPL

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES EDUCACIÓN Y
HUMANIDADES**

CARRERA DE PSICOLOGIA

**Salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia
de COVID 19 en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha en
Ecuador**

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

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

Autora: Quishpe Rea Alba Dalila

Directora: Cedeño González Génesis Coromoto

QUITO – ECUADOR

2023



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

2023

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 11 de diciembre del 2022

Magister

Geovanny Cuenca Puma

Director de la carrera de Psicología

Loja. -

De mi consideración:

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

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Directora: Cedeño González Génesis Coromoto

C.I.:0152062022

Correo electrónico: gcedeno4@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Alba Dalila Quishpe Rea, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente: Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: Salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha en Ecuador, de la carrera de Psicología, específicamente de los contenidos comprendidos en: Introducción, Capítulo 1. Marco teórico sobre Afectaciones a la Salud Mental, Capítulo 2. Metodología de la investigación, Capítulo 3. Análisis de resultados y discusión; Conclusiones y Recomendaciones, siendo Cedeño González Génesis Coromoto, directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

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

Alba Dalila Quishpe Rea

C.I.:0503103616

Correo electrónico: adquishpe3@utpl.edu.ec

Dedicatoria

Esta tesis se lo dedico a mi familia, en especial a mis dos hijas, Brithany y Keila quienes son el motor importante en mi vida, gracias por existir hijas, ustedes son mi fuerza y mi motivo de superación; A mi madre por su amor, sus consejos y su apoyo en los buenos y malos momentos, por ser mi guía y haberme enseñado que en la vida se presentan retos y que solo con constancia y dedicación se puede lograr.

A mis hermanos, a mis sobrinos y a todos quienes caminaron junto a mí en esta difícil pero hermosa travesía durante los 4 años, por compartir sus conocimientos su acompañamiento y por su apoyo incondicional.

Alba

Agradecimiento

Primeramente, agradezco a Dios por su infinito amor, por cuidarme en todo momento, por darme salud, fuerza y sabiduría y por haberme permitido cumplir parte de mis sueños, A mi madre porque es la mejor del mundo, por haber estado conmigo apoyándome en los momentos difíciles, por dedicar su vida a cuidar de mí y de mis hijas, por darme los mejores consejos y por su innegable dedicación, amor y paciencia. A mis hermanos, que con su ejemplo y su constancia me han enseñado a luchar por mis sueños y seguir adelante. De manera muy especial a mis hijas a quienes las amo con todo mi corazón, quienes han sido mi soporte, mi apoyo, mi guía, la luz de mi camino y mi fuerza para seguir adelante y no tirar la toalla en los momentos de dificultad. A la Universidad Técnica particular de Loja, a sus autoridades y a cada uno de los docentes que impartieron sus conocimientos y fueron participes de mi formación profesional.

Agradezco de manera especial a mi directora de tesis, Magister, Génesis Coromoto Cedeño, por sus conocimientos, paciencia, dedicación, colaboración, usted ha sido mi principal fuente de apoyo, muchísimas gracias por su orientación.

Agradezco al Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, por darme la confianza, y permitir realizar mi proyecto de fin de titulación y culminar el estudio de la tesis de la mejor manera.

Alba

Índice

Portada	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular	II
Declaración de autoría y cesión de derechos	III
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice	VII
Índice de tablas	X
Índice de figuras	X
Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo uno	5
Marco Teórico	5
1.1 COVID 19	5
1.2 Reseña histórica de la pandemia	5
1.3 Consecuencias de COVID 19	7
1.4 COVID 19 en Ecuador	8
1.5 COVID-19 en personal sanitario y sus repercusiones	10

1.6 Afectaciones a la salud mental	12
1.6.1 Salud mental.....	12
1.6.2 Ansiedad.....	13
1.6.3 Depresión	15
1.6.4 Estrés.....	17
1.6.5 Burnout	18
1.6.6 Alteraciones del sueño	19
1.6.7 Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitario	21
1.7 Variables psicosociales relacionadas a la salud mental	22
1.7.1 Inflexibilidad psicológica.....	23
1.7.2 Soledad y apoyo social	24
1.8 Estrategias de afrontamiento	25
1.9 Retos y desafíos de la Covid-19 en profesionales de la Salud	27
Capítulo dos.....	29
Metodología	29
2.1 Objetivos	29
2.1.1 Objetivo General.....	29
2.1.2 Objetivos Específicos	29
2.2 Preguntas de Investigación.....	29
2.3 Diseño de Investigación.....	30
2.4 Población y muestra.....	31
2.5 Criterios de inclusión / Exclusión	31
2.5.1 Criterios de inclusión	31
2.5.2 Criterios de exclusión	31

2.6 Instrumentos de recogida de información	31
2.6.1 Cuestionario Ad Hoc sociodemográfico.....	31
2.6.2 Inventario del Estrés laboral crónico (MBI-HSS).....	32
2.6.3 Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21).....	33
2.6.4 Cuestionario de aceptación y acción (AAQ - II) 7.....	34
2.6.5 Escala de Soledad (UCLA-3).....	34
2.6.6 Índice de calidad de sueño (PSQI)	35
2.7 Procedimiento	35
Capítulo tres.....	37
Análisis de resultados y discusión.....	37
3.1 Análisis de resultados	37
3.2 Discusión.....	40
Conclusiones.....	47
Recomendaciones	¡Error! Marcador no definido.
Referencias Bibliográficas	49
Apéndices	58

Índice de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas y laborales del personal de salud **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 2. Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud -**¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 3. Percepción de la salud mental del personal de salud---- **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 4. Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad----- **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 5. Calidad de sueño del personal de salud----- **¡Error! Marcador no definido.**

Índice de figuras

Figura 1. Consecuencias del síndrome del Quemado o Burnout..... 18

Figura 2. Consecuencias en la salud generadas por Trastornos del Sueño 20

Figura 3. Ruta de planificación que el sector sanitario desarrolló ante el COVID-19..... 28

Resumen

El tema de la salud mental representa un interés significativo a nivel global y nacional, especialmente cuando se trata de individuos que laboran en el área de la salud. Este trabajo se planteó como objetivo: determinar el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19. La metodología utilizada fue de enfoque cuantitativo, tipo de diseño no experimental y transversal, de alcance descriptivo. La muestra quedó estructurada por 43 trabajadores sanitarios. Se aplicaron los instrumentos: Cuestionario Ad Hoc sociodemográfico, Inventario del Estrés laboral crónico (MBI-HSS), Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21), Cuestionario de aceptación y acción (AAQ - II) 7 e Índice de calidad de sueño (PSQI). Los hallazgos indicaron que los trabajadores de salud experimentaron riesgos de afectación en la salud mental, en el caso del síndrome de burnout se obtuvo: agotamiento emocional 40.5% nivel alto; despersonalización 50% nivel alto y realización personal el 21.4% nivel bajo, el 19%. En cuanto a estrés, resultó la dimensión más afectada en 73.8%. Inflexibilidad psicológica obtuvo media de 18.24, y percepción de soledad 5.79. En relación a baja dificultad para dormir acumuló el 47.6%. En conclusión, estos trabajadores demostraron fortalezas físicas y psicológicas para afrontar la crisis generada por la pandemia, por lo tanto, poseen una salud mental adecuada.

Palabras clave: trabajadores de sanitarios; salud mental; COVID-19

Abstract

The subject of mental health represents a significant interest at a global and national level, especially when it comes to individuals who work in the health area. This work focused on determining the mental health status of health workers during the COVID 19 pandemic. The methodology used was a quantitative approach, a non-experimental and cross-sectional type of design, descriptive and field in scope. The sample was structured by 43 health workers. The findings indicated that health workers experienced risks of affectation in mental health, in the case of burnout syndrome it was obtained: emotional exhaustion 40.5% high level; depersonalization 50% high level and personal fulfillment 21.4% low level, 19%. Regarding stress, the most affected dimension was 73.8%. Psychological inflexibility obtained a mean of 18.24, and perception of loneliness 5.79. In relation to low difficulty sleeping, it accumulated 47.6%. In conclusion, these workers demonstrated physical and psychological strength to face the crisis generated by the pandemic, therefore they have adequate mental health

Keywords: sanitation workers; mental health; COVID-19

Introducción

Se presenta este estudio diseñado para conocer sobre salud mental de trabajadores sanitarios en el contexto de la pandemia causada por COVID 19. Esta temática ha captado el interés en profundizar mediante la investigación científica las características y comportamientos de los trabajadores dentro de los espacios de salud. Es por ello que han proliferado los estudios internacionales y nacionales que han abordado esta situación observada en múltiples escenarios del campo de la salud. Específicamente se ha seleccionado como contexto, un centro hospitalario ubicados en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha en Ecuador.

En este sentido, se ha identificado que dentro de los equipos de salud que laboran en hospitales ecuatorianos, estuvieron sometidos a riesgos biológicos y sociales que afectaron la salud mental, como la ansiedad, síndrome de Burnout, depresión y estrés debido a la alta exposición al SARS- COV 2 durante el cumplimiento de su trabajo, además del temor al contagio en lo personal y familiar (López y López, 2021). Se espera que esta investigación aborde de forma sistemática las variables asociadas a la salud mental como son: ansiedad, depresión, estrés, síndrome de Burnout y alteraciones en el sueño. Asimismo, se plantea indagar sobre las variables psicosociales que determinan en gran medida el bienestar emocional y mental de los individuos en funciones laborales de atención a la salud. En este aspecto se incluirán la inflexibilidad psicológica, la soledad y el apoyo social.

Con relación a la organización de este informe, se ha estructurado en función de capítulos para su mejor articulación y comprensión de los contenidos. El capítulo uno contiene el marco teórico, donde se despliega el desarrollo de las categorías involucradas en la salud mental y su vinculación con la forma efectiva de afrontarlas y superarlas si ese fuese el caso, los epígrafes desarrollados son: reseña histórica de la pandemia, consecuencias del COVID-19, afectaciones a la salud mental, variables psicosociales relacionadas con la salud mental, estrategias de

afrontamiento, retos y desafíos para los profesionales de la salud. El capítulo dos, se refiere a la metodología implementada, los objetivos, las preguntas de investigación, el diseño metodológico, muestra e instrumentos. En el capítulo tres se expone el análisis de resultados y la discusión. Finalmente aparecen las conclusiones, recomendaciones.

La consolidación de este estudio representa la posibilidad de contribuir en lo teórico y metodológico en beneficio de otras investigaciones que se planteen profundizar en la temática de la afectación y secuelas producidas por la pandemia causada por el COVID-19. De igual manera, los hallazgos develados en esta investigación pueden ser socializados para su discusión en espacios de formación académica enriquecer los conocimientos pertinentes sobre la salud mental de los trabajadores de salud que fueron sometidos a situaciones difíciles desde lo psicológico y laboral. Desde una perspectiva social, este trabajo de investigación brinda la posibilidad de comprender las causas y consecuencias derivadas de la pandemia que afectaron a los trabajadores sanitarios, lo que significa que éstos colaboradores podrán manejar información válida y actualizada sobre una situación que aún está presente y a la que hay que afrontar de la mejor manera, siendo la información un factor de protección dándoles fortalezas y posibilidades de desarrollar capacidades para mantenerse sanos emocionalmente para atender eficientemente a los enfermos de COVID_19.

A partir de los planteamientos anteriores se expresa a continuación el objetivo de esta investigación: Determinar el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en un Hospital del sector Norte de la ciudad de Quito, durante el año 2022.

Capitulo uno

Marco Teórico

1.1 COVID 19

En las últimas décadas se observan varias enfermedades nuevas en múltiples áreas geográficas, con patógenos como el COVID-19 que generó el seguimiento a la infección viral en la ciudad de Wuhan, China. Los avances médicos y tecnológicos desarrollaron de una excelente prueba serológica, lo que facilitó la atención de pacientes, de igual manera se contó con varias vacunas que fueron aplicadas a nivel global, lo que permitiría retomar la normalidad de manera progresiva.

Ante este escenario se iniciaron al mismo tiempo acciones para conocer el estado de salud mental del equipo sanitario y establecer algún tipo de intervención psicológica, de acuerdo con López (2020) “el personal de enfermería presentó mayor ansiedad que el personal médico, por su alta exposición al virus en momento de realizar su trabajo” (p. 2) De igual manera determinó que las trabajadoras femeninas son más vulnerables a los factores de riesgo biológicos y sociales para desarrollar un trastorno de salud mental. Por lo expuesto anteriormente, se ha considerado desarrollar en los espacios sanitarios apoyo psicológico y asesoramiento para el personal, con el fin de fortalecerlos en esta área.

1.2 Reseña histórica de la pandemia

Se presenta a continuación una síntesis con el detalle histórico que caracterizó la aparición de la pandemia. El Síndrome Respiratorio Agudo Severo Coronavirus-2 (SARS-CoV-2), es el patógeno causante del COVID-19, surgió por primera vez en Wuhan, China, en diciembre de 2019 y en marzo de 2020 fue declarado pandemia (Dinnes et al., 2021). Misma

que, sobrecargó los sistemas de salud en la mayoría de los países y provocó pérdidas humanas, y económicas masivas.

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) alrededor del 80% de las personas infectadas, pueden recuperarse de la enfermedad sin tratamiento hospitalario. Aproximadamente una quinta parte de las personas infectadas con COVID-19 tienen una enfermedad grave y dificultad para respirar.

Sin embargo, el desarrollo del contagio develó que cualquier persona puede contraer COVID-19 y enfermar. Todas las personas, perteneciente a cualquier edad que posea fiebre o tos, dificultad para respirar, dolor u opresión en el pecho o problemas para hablar o moverse debe buscar atención médica de inmediato. Si es posible, se recomienda que primero llame a un profesional de la salud o un centro médico para que puedan derivar al paciente al centro de atención médica adecuado (Bao et al., 2020).

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, (2020) la transmisión del virus se logra principalmente a través del contacto directo o las gotitas respiratorias de manera dependiente de la proximidad y el tiempo, lo que a menudo requiere un contacto cercano dentro de los 6 pies sobre un período de 15 minutos o más. Sin embargo, también se ha demostrado la posibilidad de transmisión por el aire en determinadas circunstancias, incluida la exposición prolongada en un espacio cerrado sin el manejo adecuado del aire.

Esta enfermedad infecta predominantemente las vías respiratorias y produce síntomas y enfermedades que van desde infecciones respiratorias leves hasta síndrome respiratorio agudo grave (Dinnes et al., 2021). Asimismo, los síntomas más comunes de COVID-19 son fiebre, tos seca y cansancio. Otros síntomas menos comunes que afectan a ciertos pacientes incluyen dolor y molestias, congestión nasal, dolor de cabeza, conjuntivitis, dolor de garganta, diarrea, pérdida del gusto o del olfato y erupción cutánea o cambios en el color de la piel, específicamente en los dedos de las manos o de los pies. Estos síntomas suelen ser leves y comienzan gradualmente.

Algunas personas infectadas tienen síntomas muy leves, y otros son totalmente asintomáticos (Majumder & Minko, 2021).

En cuanto a los medios de contraer la enfermedad, se hace a través del contacto con otra persona que se encuentre infectada por el virus, tenga o no los síntomas. La enfermedad se transmite de persona a persona principalmente a través de gotitas que salen de la nariz o la boca de una persona infectada al toser, estornudar o hablar (OMS, 2020). En el mismo sentido, los cuadros clínicos previos como hipertensión, padecimientos cardiovasculares, diabetes, cáncer, asma y otras enfermedades respiratorias, y obesidad, pueden agravar la letalidad del virus. En el caso específico de Latinoamérica, las elevadas cifras de enfermedades preexistentes, aunadas a la precariedad de los sistemas públicos de salud, la han llevado a convertirse en el epicentro de la pandemia seguida de Europa y Oriente Medio (Franco et al., 2021).

En definitiva, pese a que el COVID-19 no es una enfermedad letal por sí sola, como otras grandes pandemias en la historia de la humanidad, las patologías previas, así como la falta de efectivos y eficientes sistemas sanitarios, conllevan a complicaciones alarmantes que finalmente producen la muerte de las personas en mayor o menor medida, donde las políticas gubernamentales implementadas por los distintos países juegan un papel vital en la misma.

1.3 Consecuencias de COVID 19

Actualmente, se conoce que la pandemia por COVID-19, afectó a los trabajadores que temían el contagio y la infección de sus familiares, amistades y colegas, y sentían incertidumbre y estigmatización, lo que en algunos casos derivó en consecuencias psicológicas a largo plazo. Al respecto, el estrés y la ansiedad entre el personal no solo influyen directamente en su salud, sino que indirectamente afectan al sistema sanitario al dejar de acudir al trabajo como consecuencia de ello (Lee, 2018).

Considerando los aportes de la Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2020), el confinamiento y la restricción de movilidad afectó considerablemente la actividad económica generando pérdidas sustanciales a nivel de sistemas económicos y de ingresos familiares y

personales. Esta situación se tornó más grave en los hogares con jefatura femenina, es decir, son hogares dónde sólo la madre se encuentra presente. Con relación a la protección social, como las transferencias sociales, contribuyeron a mitigar el impacto al ingreso en la población en general haciendo énfasis en los beneficios para los grupos más vulnerables.

También es importante considerar los daños emocionales y psicológicos derivados del aislamiento y el distanciamiento social obligatorio, que en muchos casos ha dejado secuelas sustanciales convirtiéndose en riesgos psicosociales que podrían afectar la salud mental de las personas que vivieron la crisis de la pandemia. Con relación a las repercusiones que a nivel global ha dejado la pandemia por COVID-19, el Banco Mundial (2020) ha publicado que existen altas probabilidades que la crisis haya afectado considerablemente a la población global, lo que ha conducido a abordar con prioridad la emergencia desde lo económico y sanitario, para lograr una recuperación lo más sólida posible e impedir que más personas caigan en la pobreza y el desempleo. Asimismo, la OMS (2021) hizo público que en el 67% de los países había interrupciones en los servicios de planificación familiar y de anticoncepción. También, el índice de desarrollo humano en Latinoamérica develó un escenario con condiciones donde la pandemia generó efectos e impactos muy graves.

En definitiva, esta información devela la gravedad de la crisis experimentada durante la pandemia y las significativas consecuencias para la vida de las personas, que a nivel global continúan padeciendo desde diversas dimensiones: sanitarias, laborales, económicas y trastornos en el bienestar emocional.

1.4 COVID 19 en Ecuador

De acuerdo con los aspectos desarrollados anteriormente, se retoma que la situación generada por la pandemia del COVID-19 tuvo un impacto a nivel global y nacional, que conllevó a las naciones a tomar medidas inmediatas y mediatas para garantizar la vida de las personas, en Ecuador el gobierno decretó estado de excepción a partir del 14 de marzo de 2020 (Asamblea Nacional, 2020). Prolongándose hasta finales octubre de ese año, se decidieron medidas como

el teletrabajo, la teleeducación y las sanitarias promovidas por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud. Las pérdidas humanas registradas como consecuencia del virus ascienden 35.793 desde que se inició la pandemia hasta el mes de julio 2022, estos datos indican que siendo el Ecuador un país con 17.888.474 de habitantes, puede considerarse que el 0.2% de la población ha fallecido hasta ahora (Peña et al., 2022).

En este contexto, es fundamental hacer referencia al impacto del COVID-19, que va más allá de su afectación directa a la salud de las personas. Por ende, actualmente se ha evidenciado una notable protección ante el contagio como consecuencia de la vacunación en defensa del COVID 19, es por ello, que la mayor parte de la población se ha vacunado, por lo tanto, las medidas de restricción se han aligerado. Sin embargo, las autoridades recomiendan a la población más vulnerable como son: adultos mayores, niños y personas con enfermedades catastróficas, a seguir manteniendo las medidas de bioseguridad necesarias (Castillo & Marinho, 2021).

Desde el punto de vista social, se observó el incremento de las desigualdades sociales, aumento de las cifras de pobreza, debido al desempleo, situaciones de aislamiento y deprivación cultural, entre otros, situaciones que han ejercido su influencia en el contexto familiar, ocasionando aumento de situaciones como los índices de violencia intrafamiliar, pérdidas de miembros de las familias, contagios en personas vulnerables, crisis y debida a problemas de convivencia (Naranjo et al., 2020).

En definitiva, se valora que la afectación de la pandemia marcó huellas irreversibles a corto plazo, que deben asumirse y analizarse para construir en colectivo soluciones que den respuesta a los males ya identificados. Se trata de una recuperación en las diferentes dimensiones sociales: sanitarias, económicas, educativas, emocionales y sociales. Es por ello que, desde instancias internacionales como la UNESCO y la OMS, se han establecido programas de recuperación que involucran a los países de manera globalizada para desarrollar acciones de recuperación en las diferentes áreas del quehacer humano. De igual manera, en el contexto

ecuatoriano se han realizado estudios de valoración en cuanto a afectación que ha provocado la pandemia y sus consecuencias, como lo devela los aportes de Naranjo et al. (2020) quienes realizaron un análisis sobre los aspectos vulnerables y prioritarios para su atención y recuperación inmediata.

1.5 COVID-19 en personal sanitario y sus repercusiones

Laborar en áreas críticas hospitalarias representa para el personal que ejerce en ellas, significativos niveles de exigencias y estrés, situación que se incrementó durante el periodo más crítico de la pandemia ocasionada por COVID-19 (MSPE, 2020). Evidenciando consecuencias psicosociales de quienes laboran en la emergencia sanitaria asociadas a afecciones emocionales, en los miembros de los equipos de salud, esencialmente, quienes laboran en las áreas críticas. Esta condición incentivó la realización de diferentes investigaciones en las que se obtuvo resultado la presencia de síntomas como alteraciones emocionales relacionadas con el agotamiento profesional y síndrome de burnout (Zhang et al., 2020).

Se entiende, que presencia de la pandemia por el Covid-19 generó consecuencias psicológicas asociadas al incremento de estados de ansiedad, depresión, incertidumbre, temor a la muerte y en el personal de áreas críticas como la salud, estrés laboral como consecuencia de las sobre exigencias, al igual que en los profesionales del sector educativo. De igual manera, se presentaron pérdidas significativas de puestos de trabajo, debido a que en muchos países la medida inicial fue de mantener el aislamiento, lo que ocasionó reducción en las jornadas laborales, cierre de innumerables centros de trabajo y como consecuencia cesantía de persona, cierre de comercios, improductividad en diferentes rubros de la economía (Corea, 2021).

De acuerdo con un estudio realizado en España sobre ansiedad y estrés demostró que otras variables descriptivas podrían estar relacionadas con los niveles de sintomatología psicológica como estrés, ansiedad, depresión e insomnio, con mayores niveles entre las mujeres y profesionales de más edad. La muestra se estructuró con 421 profesionales de la salud, se aplicó un cuestionario online usando el correo electrónico. El DASS-21 evaluó las variables de

ansiedad, estrés y depresión, y la EAI para medir las dificultades con el sueño. Además, se recogieron otras variables descriptivas de la muestra que podrían estar relacionadas con estos niveles de sintomatología psicológica. En definitiva, resultados develaron que la pandemia de la COVID-19 ha generado trastornos importantes en la salud mental de los trabajadores sanitarios.

Asimismo, en China, demostraron que la muestra estudiada indicó un 53% de afectación psicológica, calificado de moderado a severo. De igual manera, se concluyó que las enfermeras durante la pandemia de coronavirus tenían altos niveles de sufrimiento relacionado con el trabajo y estaban en riesgo de agotamiento físico y emocional (Dosil et al., 2021); (Wang et al., 2020); (Damico y otros, 2020).

En la revisión de estudios previos dentro del contexto ecuatoriano, Torres, et al. (2021) profundizaron en el Síndrome de Burnout en profesionales de la salud del Ecuador y factores asociados en tiempos de pandemia. Estudiaron los equipos conformados por profesionales de la salud con el objetivo de determinar el comportamiento de los aspectos sociodemográficos y laborales con el Covid-19 en profesionales sanitarios. Los resultados obtenidos mostraron una elevada prevalencia del síndrome con mayor acentuación en la dimensión de despersonalización que alcanzó un 95%, seguida por el agotamiento emocional en la cual se obtuvo un 47,8%. Estos datos permitieron concluir que la prevalencia fue alta en el contexto de la pandemia.

En consecuencia, el Virus del Covid-19, pasó a representar una de las afecciones más presentes en los espacios de salud en el ámbito mundial, desde su identificación a finales del año 2019, convirtiéndose en causa de mortalidad para cifras significativas de la población, lo que ocasionó consecuencias en todas las áreas de la vida, incluyendo el espacio laboral, de quienes se desempeñan en sectores como el de la salud, debido a la responsabilidad directa en la atención, abordaje y tratamiento de dicha afección (Torres et al., 2021).

Del planteamiento anterior, se rescata la idea de considerar la situación de crisis que experimentaron los profesionales de la salud ante la pandemia, como un escenario de alto riesgo para la salud mental de estos trabajadores, lo que efectivamente se encuentra registrado en la

literatura revisada y los datos publicados por diferentes instancias oficiales. Es por ello que el análisis de este escenario conlleva a asumir que la mayoría de estos colaboradores fueron afectados en algún grado por las condiciones de estrés laboral que se evidenciaron en los centros hospitalarios durante la crisis de salud.

1.6 Afectaciones a la salud mental

La pandemia por COVID-19 ha representado un hito en la historia de la humanidad, debido a su impacto global, pérdidas humanas, económicas y sociales, y si bien en su mayoría las personas se han visto afectada por esta, existen grupos de mayor vulnerabilidad como ha sido el personal de salud, en quienes diferentes investigaciones han mostrado afectación en su salud mental, manifestada a través de cuadros como el síndrome de burnout, depresión, ansiedad y hasta crisis laborales, ocasionadas por la elevación de las demandas, niveles de exigencia y saturación en sus puestos de trabajo.

1.6.1 Salud mental

De acuerdo con la OMS (2022) se asume que la salud mental comprende todos los aspectos asociados al bienestar en el que las personas se da cuenta de sus capacidades, fortaleza, debilidades y le permite ser capaz de hacer frente a las exigencias regulares de la vida, incluyendo trabajar de manera productiva y de contribuir a su comunidad. A partir de información publicada por la OMS sobre el aspecto sanitario de la población y la terminología relacionada con la salud de la población, se han establecido los enfoques que orientan el estudio del bienestar asociado a los estados de la mente, como intervenciones y actividades no clínicas destinadas a mejorar los resultados es esta dimensión de la salud y los determinantes de estos resultados, entre un grupo de personas que se definen por la geografía compartida, las características sociodemográficas o la fuente de servicios clínicos.

En correspondencia con lo expuesto anteriormente, se expone la definición de salud mental, la OMS bajo el slogan “No hay salud sin salud mental” (OMS, 2005, p. 9). Ha expresado

que la salud mental es un “aspecto fundamental en el bienestar y el desarrollo de los individuos, las sociedades y los países” (OMS, 2005, p. 10). También, hace énfasis el impacto individual, familiar, comunitario y social, que ha devenido en situaciones de crisis con un sufrimiento importante.

De acuerdo con Macaya et al. (2018) constructo sobre salud mental se perfila desde lo multidisciplinario, generándose diversas concepciones que aportan nuevos matices y una nueva visión vinculada al contexto histórico, la sociedad y la cultura vigentes. Con relación a las consideraciones anteriores, se plantea el efecto de la crisis sanitaria, social y económica sobre la salud y bienestar de niños y niñas en América Latina y el Caribe, que evidentemente la pandemia deterioró en cuanto a condiciones de vida, crecimiento de la pobreza, pobreza extrema y desigualdad, sumado a la crisis del mercado laboral, en definitiva, todo esto impacto el bienestar integral de la niñez (Castillo & Marinho, 2021; Castillo & Marinho, 2021).

Desde la perspectiva nacional e internacional, se tiene especial interés en asegurar y atender este aspecto de la salud que atañe el componente de la mente, puesto que las estadísticas indican según la OMS (2022) que es un problema de alta prevalencia que se observa en crecimiento desde que apareció la pandemia y se tornó una problemática severa a raíz del confinamiento y el distanciamiento social. Ante este escenario, se ha promocionado y desarrollado la atención inmediata de la salud mental de las personas que padecen diferentes trastornos en esta dimensión de la salud integral que ha transformado la vida de la población como consecuencia de la pandemia.

1.6.2 Ansiedad

La ansiedad ha sido descrita conceptualmente como una sensación de angustia, inquietud, nerviosismo, preocupación, temor o pánico por eventos que pudieran ocurrir, es decir, la persona lo ejerce a modo de anticipación, producto de temores fundados o infundados que invaden su mente, llevándolos a perder el control sobre sus reacciones físicas, emocionales y mentales (Crocq, 2015).

Desde una visión retrospectiva, los filósofos griegos, médicos y latinos diferenciaron la ansiedad de otros estados afectivos displacenteros negativos y la clasificaron como una alteración médica. Para los filósofos antiguos epicúreos y estoicos desarrollaron métodos para propiciar una condición mental sin ansiedad las cuales se han extrapolado a las concepciones modernas de la psicología (Crocq, 2015).

De acuerdo con lo antes descrito, la ansiedad comprende entre sus principales síntomas la agitación, incremento de la frecuencia cardíaca, sudoración, experimentación de cansancio, debilidad, dificultad para respirar, experimentación de correr peligro, pensamientos catastróficos, de pánico y hasta paralización para accionar, dependiendo de la magnitud de esta. A nivel de los cuadros clínicos es una condición que puede tener diferentes gradientes, desde formar parte de la manera en que las personas se conducen a llegar a alterar su funcionamiento, manifestándose como un trastorno que conlleva a la realización del diagnóstico correspondiente (López, La salud mental del personal Sanitario ante la pandemia por Covid 19, 2020).

Con relación a la identificación de este trastorno, el DSM-5 (2016) indica que, “La ansiedad/preocupación generalizada es una característica corriente asociada a los trastornos psicóticos, bipolares y depresivos” (p. 8). Explica este manual que, en algunos casos el trastorno de ansiedad generalizada se diagnostica precisamente asociada a las perturbaciones antes mencionadas. Regularmente cuando se presenta un trastorno de ansiedad, pueden ocurrir eventos en los cuales su manifestación es repentina con vivencia de miedo intenso hasta desarrollarse los mencionados ataques de pánicos (Schuyler, 2016).

Con relación a las causas que originan la ansiedad, Williams (2017) asegura que existe una génesis compleja con variabilidad genética alrededor de 30% a 50%. Asimismo, la ansiedad está asociada a factores temperamentales, ambientales y sociales. Al respecto se reconocen los biotipos para la ansiedad basados en la disfunción de circuitos neuronales.

Con relación al tratamiento de la ansiedad, existen varias alternativas este padecimiento principalmente lo que implican medicamentos como escitalopram, sertralina y paroxetina.

Aunque también han demostrado buenos resultados en la combinación de inhibidores de la recaptura de serotonina con benzodiazepinas de alta potencia. Los tratamientos no farmacológicos requieren de sesiones psicoeducativas mecanismo e intervenciones psicológicas. La terapia cognitivo conductual ha reportado excelentes avances en el trastorno de ansiedad (Martínez (2011).

1.6.3 Depresión

La depresión se caracteriza por un estado de ánimo donde la persona siente una sensación de tristeza profunda, prolongada y vivencia de sufrimiento emocional generando dificultad para realizar las actividades de la vida cotidiana. Impacta los pensamientos, sentimientos y comportamiento, pudiendo ocasionar diferentes problemas emocionales y físicos. Puede incluso llevar al pensamiento de que no vale la pena vivir (Sadok et al., 2015). A diferencia de los cambios normales en el estado de ánimos, la depresión no es una tristeza que puede pasar rápidamente o desaparecer por sí solo, de forma espontánea. A nivel emocional se experimenta sensación de vacío, desesperanza y ganas incontrolables de llorar, sensación de inutilidad, culpa, fracaso y autorreproches.

También pueden presentarse irritabilidad, rabia, frustración aun por situaciones de importancia menor; se pierde el interés y placer por las actividades que en otro momento formaron parte de la vida como los pasatiempos, vida sexual, práctica de deportes, comida, relaciones interpersonales. Durante los episodios depresivos se generan alteraciones a nivel ciclo de sueño e insomnio o por el contrario la necesidad de querer dormir más de lo habitual. Se experimenta fatiga, cansancio, pérdida de energía, llegando a experimentarse agotamiento hasta por la realización de las actividades más sencillas (Corea, 2021). A nivel mental se experimenta dificultad para concentrarse, razonar, embotamiento, lentitud para hablar y coordinar los movimientos físicos, dolores corporales, de cabeza, espalda u otros y uno de los síntomas más significativos es ideas de muerte, pensamientos suicidas y hasta las actuaciones de autoagresión.

En el contexto ecuatoriano se adoptó el modelo de atención escalonada para la depresión, a través del cual se intenta reforzar la eficiencia de la atención brindando las intervenciones menos intensivas en función de la condición del paciente, estratificando las recomendaciones, de acuerdo con la complejidad y gravedad del caso. El primer abordaje es menos intensivo a nivel de la atención primaria, cuando la evolución a este no es satisfactoria se remite al nivel especializado. La intervención comprende el reconocimiento, valoración y abordaje inicial; diagnóstico diferencial; evaluación y manejo de pacientes con depresión (MSPE, 2021).

Para entender el origen del trastorno depresivo, se ha demostrado la existencia de factores orgánicos tales como una alteración “del eje Hipotálamo-Hipófisis- Suprarrenal (HHS) mediada por citoquinas, que son mensajeros químicos diversos y potentes secretados por las células del sistema inmunológico, entre los cuales se encuentran los linfocitos, las células T, las células B, los monocitos y los macrófagos” (Montes, 2010, p. 6). Lo que indica que desde el campo biológico orgánico se identifica con precisión estas alteraciones funcionales que desencadenan otros indicadores y síntomas depresivos mucho más complejos.

Sin embargo, los factores psicosociales se consideran de alto riesgo para generar estados depresivos importantes, los episodios depresivos iniciales surgen a partir de un acontecimiento estresante, este tipo de estrés afecta de manera tal la vida de las personas que ocasiona cambios a largo plazo en la biología cerebral, que en definitiva intervienen en el funcionamiento de diferentes neurotransmisores y sistemas de señales intraneuronales. Se ha determinado que las situaciones más estresantes que acompañan el trastorno depresivo son: muerte de un familiar, amigo o persona cercana de significativa importancia; la aparición de una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio (OMS , 2017). En síntesis, el trastorno depresivo tiene multiplicidad de causas que pueden desencadenarlo: factores genéticos, biológicos y psicosociales, lo que hace de esta enfermedad una compleja patología.

1.6.4 Estrés

En el ámbito médico, el estrés se entiende como la respuesta corporal ante una presión emocional, física o mental. Ocasiona cambios bioquímicos que incrementan la presión arterial, frecuencia cardíaca y la glucemia. Pudiendo causar manifestaciones ansiosas, frustración, rabia o depresión. Evidenciándose a través de síntomas como: dolor de cabeza, migraña, jaqueca, sensación de aturdimiento, caída del cabello, ardor estomacal, vómitos, náuseas, pérdida del apetito, vivencia de angustia, dificultad para respirar, sensación de ahogo, mareos, tensión muscular, obnubilación y estado confusional (Babaev, et al.,2018).

De acuerdo a estudios realizados desde la neurobiología se intentó definir los aspectos fisiológicos que conllevan a la presencia del estrés, circunscribiéndolo a la ocurrencia de tres procesos, se inicia con la percepción o recepción de un evento o estímulo estresor que filtra las informaciones sensoriales en la cual interviene el tálamo; luego, se efectúa la programación de la respuesta al evento estresante en la cual participa el córtex prefrontal (asociado a la atención, disposición de decisión, activación de la memoria a corto plazo); también entra en juego el sistema límbico, mismo que propicia la realización del análisis mediante el cual se compara la situación nueva con los recuerdos (Friganović et al., 2019).

De igual forma, investigaciones desde la neurobiología del estrés, intentaron determinar la condición actual del factor liberador de corticotropina (CRF) como principal factor liberador del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPA) y, en consecuencia, un regulador primario de la respuesta al estrés. Asimismo, se considera que el estrés ocasiona la secreción de sustancias citoquinas, corticotropina y cortisol y noradrenalina, por lo que exponerse de forma permanente a agentes estresores genera cambios estructurales en la conformación de la corteza prefrontal, el hipocampo y la amígdala; deterioro cognitivo; e incremento en las respuestas resilientes, los mecanismos de adaptabilidad en la percepción de nuevos estresores (Karl et al., 2018)

1.6.5 Burnout

Con relación al Burnout, se ubica como un riesgo laboral significativo que tiende a aumentar considerablemente en la sociedad contemporánea debido al incremento sistemático de la presión sobre el trabajador en pos de lograr mejores resultados generalmente obviando cualquier programa de capacitación sistemático que permita al colaborador adquirir las herramientas, destrezas y habilidades profesionales que le permitan adaptarse a las nuevas exigencias laborales logrando de esta forma un desempeño óptimo (Bogue & Rob, 2019).

En relación a los trabajadores de la salud, es importante hacer referencia a los indicios del Burnout que se identificaron desde las etapas iniciales de las emergencias sanitarias, el personal de salud fue valorado por presentar síntomas depresivos, ansiosos y similares al TEPT, los cuales no solo repercuten en la atención y toma de decisiones que son exigencias para el desempeño adecuado del personal sanitario (Huarcaya, 2020). Otro problema que afectó a los profesionales de la salud fue el trauma vicario o indirecto, que consiste en la afectación involuntaria de estos profesionales a desarrollar síntomas similares a los de sus pacientes, entre los indicadores más evidentes están la pérdida de apetito, fatiga, insomnio, irritabilidad, atención deficiente, miedo y desesperación, que en definitiva pueden conducir al síndrome de quemado o Burnout (Reis et al., 2020). A continuación, se presenta una figura que contiene las consecuencias del síndrome del Quemado o Burnout.

Figura 1.
Consecuencias del síndrome del Quemado o Burnout

CONSECUENCIAS DEL SINDROME DEL QUEMADO O BURNOUT		
CONSECUENCIAS FÍSICAS	CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS	CONSECUENCIAS PARA LA ORGANIZACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Cefaleas, migrañas • Dolores musculares • Dolores de espalda • Fatiga crónica • Molestias gastrointestinales, úlceras • Hipertensión • Asma • Urticarias • Taquicardias 	<ul style="list-style-type: none"> • Frustración, irritabilidad • Ansiedad • Baja autoestima, desmotivación • Sensación de desamparo • Sentimientos de inferioridad • Desconcentración • Comportamientos paranoides y/o agresivos... 	<ul style="list-style-type: none"> • Infracción de normas • Disminución del rendimiento • Pérdida de calidad del servicio • Absentismo, abandonos • Accidentes

Nota. Adaptado de Reis (2020)

Este riesgo laboral según Nájera (2019) se manifiesta por agotamiento físico y emocional que puede desencadenar actitudes negativas hacia el trabajo, afectando la autoestima y pérdida del interés por las funciones que desempeña. Se trata de un bloqueo del crecimiento institucional, debido a la desmotivación, lo que está acompañado de desmotivación, depresión y desinterés del individuo al desempeñar sus actividades. Se conoce, que el Burnout aparece por etapas con anticipación de algunos indicadores de que el trabajador pudiera experimentar una crisis de estrés que derive en Burnout. De allí la importancia de mantener un monitoreo permanente sobre las condiciones ambientales de la institución y el comportamiento de los trabajadores.

1.6.6 Alteraciones del sueño

El sueño es un proceso vital para mantener la homeostasis y la calidad de vida humana. La buena calidad del sueño tiene un impacto en el bienestar y la salud mental. La investigación de la última década ha validado cada vez más la afirmación de que los trastornos del sueño tienen una fuerte influencia en el riesgo de enfermedades infecciosas, la aparición y progresión de una serie de enfermedades y la incidencia de la depresión (Duffy, et al., 2021). La evidencia de brotes anteriores de coronavirus ha demostrado que los pacientes infectados corren el riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos y de salud mental, como depresión, ansiedad y trastornos del sueño (Silva & Ben, 2020).

En el momento que aparecen anomalías en el proceso del sueño, es necesario detectar si realmente se trata de trastornos del sueño, para comprobarlo se realizan diversos estudios diagnósticos, como polisomnografía [PSG], también existen las escalas y cuestionarios evaluar la situación que manifiesta la persona. “La presencia de 2 o más inicios de sueño en fase MOR o una latencia de sueño promedio de menos de 5 min se considera anormal y muy sugestiva de narcolepsia” (Carrilo et al., 2018, p. 9). Estos procedimientos corresponden con el diagnóstico que realiza el especialista, que va acompañado de la identificación y análisis de las causas que están originando la situación.

Al respecto, el trastorno del sueño más frecuente es el insomnio, de acuerdo con estudios sobre este problema, se vincula con la depresión y ansiedad; pero el diagnóstico exacto amerita tiempo y detalle por los múltiples factores que intervienen. En efecto, el síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño reparador, lo que provoca un malestar clínicamente significativo y deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la vida de las personas. Asimismo, el trastorno del sueño se asocia a la respiración, el trastorno del ritmo circadiano o una parasomnia (Alferez & Matta, 2013). A continuación, se presenta una ilustración que contiene las consecuencias clasificadas como enfermedades en las que se ha demostrado que los Trastornos del Sueño son un factor de riesgo:

Figura 2.

Consecuencias en la salud generadas por Trastornos del Sueño

Cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión • Cardiopatía isquémica • Insuficiencia cardiaca • Fibrilación auricular
Metabólicas	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome metabólico • Diabetes mellitus tipo 2 • Obesidad • Dislipidemia
Neurológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad vascular cerebral • Deterioro cognitivo o demencia
Psiquiátricas	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Ansiedad • Suicidio
Otras	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de fatiga crónica

Nota. Adaptado de Carrillo et al. (2018)

Se concluye, que la falta de un sueño reparador ya sea por poca calidad o cantidad afecta negativamente en nuestro estado de salud, que a corto plazo determinan la aparición de complicaciones mayores asociadas a somnolencia diurna, irritabilidad, problemas de concentración, dolor de cabeza, fatiga. Posteriormente, los síntomas pueden agravarse y generar las enfermedades de mayor complejidad.

1.6.7 Repercusiones en la salud mental de profesionales sanitario

Los profesionales de la salud en China mostraron una incidencia de ansiedad severa del 2,17%, moderada del 4,78% y leve del 16,09%. Según otro estudio, los niveles severos de ansiedad, depresión y estrés en personal sanitario de China parecieron ser especialmente altos (depresión 16,5%, ansiedad 28,8% y estrés 8,1%) en comparación con los resultados de otro estudio realizado en India y Singapur (niveles severos de depresión 5,3%, ansiedad 8,7% y estrés 2,2%). Los resultados expresados han llevado a los investigadores a asociar la presencia de dichos síntomas con el desempeño que han tenido que realizar los profesionales en el contexto de la pandemia por el COVID-19, el incremento de los niveles de exigencias y condiciones adversas en las cuales han tenido que desenvolverse (Huang, 2020).

En este escenario, las personas que presentan cuadros depresivos desarrollan mayores riesgos de manifestar otras enfermedades no transmisibles. Incrementa el riesgo de abuso de sustancias y enfermedades como las cardíacas, diabetes; inmunosupresoras, lo que implica que quienes presentan estas otras condiciones evidencian un riesgo más elevado de deprimirse. Se le atribuye como una de las principales causantes de discapacidades, contribuyendo significativamente con las estadísticas mundiales de enfermedad, que en la actualidad de ubica en un 35%, presentándose con mayores frecuencias en trabajadoras (Pérez et al., 2017).

De igual manera, la depresión representa uno de los principales factores de riesgo para el suicidio, generando miles de víctimas anualmente. Representa una de las alteraciones mentales de mayor frecuencia. Los estudios demuestran que incide más en las mujeres que en hombres (MSPE, 2020). Con relación a la presencia del Burnout, Juárez (2020) manifiesta que entre las consecuencias del COVID-19 se evidencia el diagnóstico de este síndrome en trabajadores de salud, donde se han identificado altos niveles de estrés que conllevaron a complicaciones más severas.

Según Metlaine et al. (2017) los trabajadores sanitarios presentan elevados niveles burnout, en el que por un lado manifestaron todos los indicadores, de acuerdo con las tres

dimensiones que los califican con la presencia del síndrome. Las mujeres manifestaron mínimas diferencias en ansiedad rasgo y estado en comparación con los hombres. La muestra estudiada evidenció una ansiedad rasgo, elevada independientemente del sexo. Otro hallazgo con relación al tema del Burnout, indicó que la tensión laboral representa un factor de riesgo de agotamiento solo si está asociada con el insomnio. El insomnio se puede considerar como un marcador clínico relevante que debe enfocarse en los programas de prevención de la salud mental en el lugar de trabajo.

Es relevante detallar que la OPS (2021) estableció recomendaciones para fortalecer la salud mental del personal de salud, tales como: seguimiento y control permanente a los síntomas diagnosticados, atender las necesidades diarias básicas de los trabajadores sanitarios, facilitar un estilo de vida saludable y promover el autocuidado.

Sin embargo, a considerar al analizar la situación de estos trabajadores, es el estar alterado por la sobrecarga de trabajo es el sueño, que ha mostrado ser un indicador clave de la salud, ya que además de mejorar la eficacia y el trato a pacientes, mantiene una función inmunológica óptima para prevenir las infecciones. De acuerdo con las condiciones laborales en las cuales pasaron a desempeñarse los profesionales de la salud, en el contexto de la pandemia, alteró el funcionamiento regular de los servicios y las condiciones generales de trabajo, llevando a los profesionales a realizar más de un turno, no contar con las rotaciones adecuadas, entre otras condiciones adversas (Dosil et al., 2020).

1.7 Variables psicosociales relacionadas a la salud mental

En este apartado se presentan las variables psicosociales que están claramente vinculadas con la salud mental. Estas variables han sido ampliamente estudiadas en diferentes contextos y grupos de personas, es por ello que existen procedimientos pertinentes para diagnosticarlas y valorarlas.

1.7.1 Inflexibilidad psicológica

La inflexibilidad psicológica se refiere a patrones persistentes de acciones que están guiadas predominantemente por experiencias internas, generalmente con el objetivo de evitar ciertos pensamientos, sentimientos y sensaciones, de una manera que está desconectada de las contingencias ambientales directas y las metas y valores personales. En el dolor crónico, la inflexibilidad psicológica implica comportamientos que brindan alivio a corto plazo, como la inactividad física y la evitación de actividades asociadas con la experiencia del dolor, pero también la rumiación y los intentos de distraer o suprimir el dolor (Lozano, 2020).

Aunque estos comportamientos tienen como objetivo reducir las experiencias internas angustiosas (es decir, la evitación experiencial), a menudo tienen el efecto contrario a la intuición de aumentar su prominencia, y el sufrimiento se mantiene o se exagera con el tiempo a medida que estos comportamientos obstaculizan las actividades significativas de la vida (Maathz et al., 2020).

Por otro lado, la flexibilidad psicológica se caracteriza por la aceptación de las experiencias internas, por la conciencia del momento presente y las oportunidades que ofrece, y por la participación en acciones que son consistentes con las metas y valores personales. La inflexibilidad psicológica en el personal de salud implica desarrollar un paradigma de funcionamiento humano sustentado por diferentes modelos, a partir de esta consideración se han identificado seis procesos: "atención flexible al momento presente, aceptación, el yo como contexto, valores y el compromiso con la acción" (Valiente et al., 2020, p. 150).

En el caso del componente de evitación experiencial, la inflexibilidad psicológica implica un componente verbal, siendo el lenguaje un elemento determinante en la génesis y el mantenimiento de su existencia, se caracteriza por el moldeamiento de los eventos privados como causa y la necesidad de controlar estas situaciones; la literalidad del lenguaje o bidireccionalidad, dar razones del comportamiento y la búsqueda de coherencia desde su

perspectiva cultural; la formación de categorías o evaluación de los hechos en términos de bueno/malo por sus propiedades arbitrarias establecidas socialmente.

En definitiva, los comportamientos descritos como manifestaciones de la inflexibilidad psicológica conforman el inicio del afrontamiento de riesgos importantes en la vida de las personas que en ocasiones pueden conducir hacia alteraciones emocionales y psicopatologías más complejas. Es por ello, que la intervención de un terapeuta es fundamental para diagnosticar y canalizar a tiempo este tipo de indicadores.

1.7.2 Soledad y apoyo social

La soledad fue definida por Pandeya (2017) como un trastorno multifactorial cuando las personas experimentan la necesidad, la carencia de relaciones sociales en términos de cantidad-calidad, es decir, cercanía-profundidad de las relaciones. También se asoció con procesos de inflamación y enfermedades cardiovasculares que pueden contribuir al deterioro motor. La soledad también puede generar miedo, dolor y ansiedad junto con la pérdida de independencia en las personas de todos los grupos de edad (Liu, (2020).

Se entiende que la soledad es la percepción personal de no pertenecer o estar integrado en un contexto determinado, se observa con mayor frecuencia en períodos de transición en la vida de los individuos, e intervienen significativamente en el ciclo vital (López & López, 2021). Es importante mencionar que el esquema de las relaciones interpersonales son parte constitutiva y protector ante el fenómeno de la soledad, cuando generalmente aparecen vínculos estables con personas que apoyan y dan soporte a la salud psíquica del individuo y generan un entorno adecuado.

Se considera que el apoyo social juega un papel clave en el bienestar, sin embargo, uno de los principales esfuerzos preventivos para reducir la propagación de COVID-19 implicó el distanciamiento social. En tiempos de crisis, se enfatiza el apoyo social como mecanismo de supervivencia. Esto requiere que muchas personas cambien sus formas típicas de conexión y

asume que las personas tienen relaciones saludables existentes o acceso a la tecnología (Saltzman, 2020).

Se entiende como apoyo social, una consideración importante para comprender el impacto de los primeros auxilios psicológicos y las habilidades para la recuperación psicológica que en su momento dejó el COVID-19. Son herramientas que sirvieron para informar los métodos de respuesta para ayudar a las personas a conectarse durante el aislamiento, y fueron un recurso valioso para las adaptaciones que exigió la pandemia por COVID-1. Dadas las muchas incógnitas de COVID-19, se necesitó estudiar a profundidad el impacto en la salud y comprender la vía expedita para mantener el flujo de información hacia los diferentes sectores sociales (Saltzman, 2020).

De acuerdo con Fang et al. (2021) el personal médico y auxiliar sometido a situaciones de riesgo durante la pandemia por COVID-19 generaron escenarios de crisis relacionadas con las variables soledad y apoyo social, que al momento de valorar estos indicadores para los médicos se obtuvieron mediciones dentro de la norma. Mientras que los problemas psicológicos enmarcados en la soledad y apoyo social en las mujeres enfermeras con bajo nivel educativo, bajo título profesional y el personal en los puestos de prevención y control de epidemias arrojaron mediciones que indicaron altos niveles de riesgo.

1.8 Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento se definen como esfuerzos conductuales y psicológicos específicos para manejar o minimizar eventos estresantes. Lazarus et al. (1984) aseguran que afrontamiento como un movimiento constante de orden cognitivo, relacionado con la adaptación conductual al manejar demandas específicas externas y/o internas de los individuos, y evalúan como algo que excede los recursos de la persona. El afrontamiento es un proceso dinámico, ya que consiste en una serie de respuestas recíprocas a través de las cuales el individuo y el entorno interactúan e influyen entre sí, e incluye una serie de acciones intencionales, tanto cognitivas

como conductuales, destinadas a controlar el impacto negativo de la situación. evento o situación estresante (Martínez et al., 2017).

Se espera que el manejo de situaciones estresantes conduzca a minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes, así como intentar dominar el entorno. Las estrategias de afrontamiento pueden ser un determinante importante y teóricamente modificable de la morbilidad psicológica. Por lo tanto, incluyen todos los aspectos cognitivos, medidas emocionales y conductuales adoptadas por un individuo en respuesta a demandas específicas internas y/o externas que se considera que exceden sus recursos normales (Braun & Mayer, 2020). De acuerdo con el modelo de afrontamiento, es necesario establecer una conexión entre elementos internos y externos: “desafíos y amenazas (internos o externos, por ejemplo, una enfermedad o un terremoto) y recursos personales (internos y externos, por ejemplo, alta autoeficacia percibida y entorno social rico en recursos) se ven como factores interrelacionados” (Braun & Mayer, 2020)

En este contexto, los comportamientos de afrontamiento se pueden dividir en tres categorías: “enfocados en el problema (pasos prácticos para eliminar o reducir el factor estresante), enfocados en la emoción (manejar las respuestas emocionales propias al estrés) y disfuncionales (desvincularse de la situación estresante)” (Braun & Mayer, 2020, p. 67).

Se entiende que la utilidad de esta información apunta a comprender los diferentes tipos de estrategias de afrontamiento puede aumentar la calidad de vida tanto de las personas, ya que permite desarrollar estrategias de intervención específicas y adecuadas enfocadas a este colectivo (Nienhaus, 2020).

Con relación a las estrategias de afrontamiento que utilizó el personal sanitario, es importante hacer referencia a los mecanismos de defensa generados para dar la cara a este impacto, en el caso de los enfermeros obtuvieron una valoración alta en el uso de estrategias de afrontamiento, considerándose normal que, al afrontar la crisis, las personas generalmente demuestran adaptación y resiliencia para afrontar los desafíos de la pandemia (Peñañiel & Mesa, 2021). Fue concluyente, que el personal de salud asumió durante la pandemia hospitales en una

zona de guerra, considerando el contagio y la severidad de las consecuencias, a partir de allí, las consideraciones de las fortalezas en la mayoría de los trabajadores sanitarios.

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

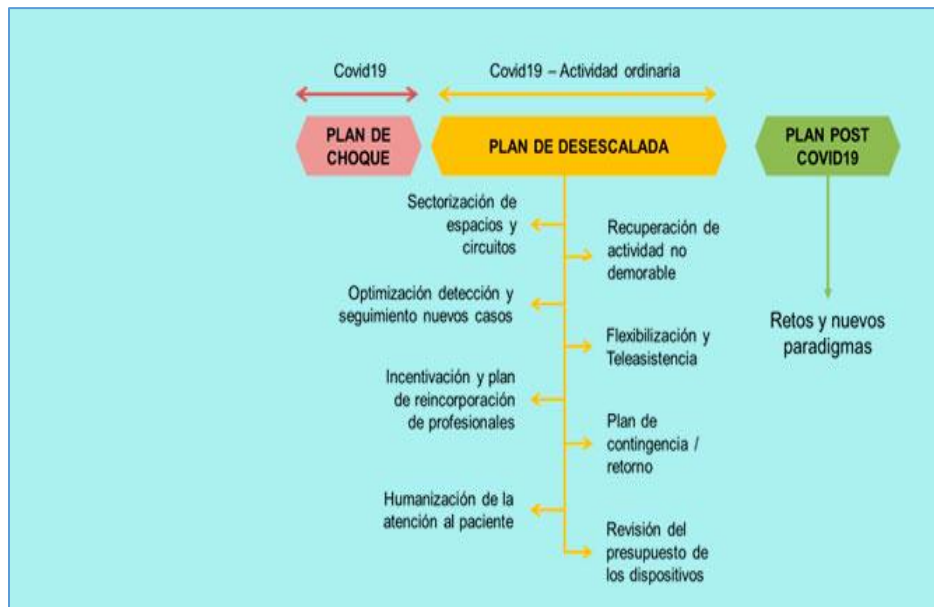
El COVID-19 cambió por completo la ocurrencia de infecciones ocupacionales en todo el mundo. En los últimos años, se presentaron aproximadamente 10,000 reclamos de enfermedades infecciosas sospechosas de estar relacionadas con el trabajo, esta realidad se replicó anualmente, De estos casos notificados, 800 a 1000 por año estaban sujetos a ser reportados de forma obligatoria. Para el año 2022, la BGW ha reportado 12.038 informes de casos sospechosos por SARS-CoV-2 y COVID-19, de los cuales 4.398 estaban sujetos a notificación obligatoria. Once muertes y 151 enfermedades graves demuestran la particular vulnerabilidad de los trabajadores de la salud (Giusti, 2020).

En todo el mundo, 278 médicos murieron a causa de la COVID-19 tras una búsqueda en Internet el 15 de abril de 2020. Esto destaca aún más la carga de COVID-19 que enfrenta la humanidad. Estos datos dan cuenta, del desafío que ha representado para la humanidad y especialmente para el sector salud, que ha estado batallando en primera línea (Giusti, 2020). Existen datos concretos sobre la tasa de enfermedad grave, que es doble para los médicos y para otros trabajadores (8,1% frente a 4,1%).

En la actualidad, el sector salud estudia el impacto emocional que ha dejado epidemia en sus trabajadores, considerando que si se evidenció un impacto psicológico negativo en el personal de salud, quienes se enfrentaron a situaciones de “estrés, temor, confusión, ira, frustración, preocupación, aburrimiento, soledad, estigma, ansiedad, desesperanza, culpa, depresión y suicidio” (Lozano, (2020, p. 6). La figura 3 que contiene la ruta de planificación que el sector sanitario desarrolló ante el COVID-19:

Figura 3.

Ruta de planificación que el sector sanitario desarrolló ante el COVID-19



Nota. Adaptado de Lozano (2020)

Se avizora un nuevo reto para dar frente a las secuelas que han marcado a los profesionales de la salud, ahora hay que estructurar los equipos de salud mental en apoyo a la población y a ellos mismos. El uso de plataformas digitales, comunicación online, la telemedicina y el uso de instrumentos breves de detección de problemas de salud mental, están en la lista de recursos que pueden implementarse.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo General

Determinar el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID 19 en un Hospital del sector Norte de la ciudad de Quito, durante el año 2022.

2.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas y laborales en el personal sanitario durante la pandemia de COVID 19 en un Hospital del sector Norte de la ciudad de Quito.
- Determinar el nivel del burnout en el personal sanitario durante la pandemia de COVID 19 en un Hospital del sector Norte de la ciudad de Quito.
- Establecer los niveles de estrés, ansiedad y depresión del personal sanitario durante la pandemia de COVID 19 en un Hospital del sector Norte de la ciudad de Quito.
- Precisar el grado de inflexibilidad psicológica del personal sanitario durante la pandemia de COVID 19 en un Hospital del sector Norte de la ciudad de Quito.
- Valorar la percepción de soledad en personal sanitario durante la pandemia de COVID 19 en un Hospital del sector Norte de la ciudad de Quito.
- Describir la calidad de sueño que poseen del personal sanitario durante la pandemia de COVID 19 en un Hospital del sector Norte de la ciudad de Quito.

2.2 Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales del personal sanitario durante la pandemia de COVID 19?

- ¿Cuáles son los niveles de burnout del personal sanitario durante la pandemia de COVID 19?
- ¿Cómo son las mediciones del estrés, ansiedad y depresión en del personal sanitario durante la pandemia de COVID 19?
- ¿Cuál es el grado de inflexibilidad psicológica presente en del personal sanitario durante la pandemia de COVID 19?
- ¿Cuál es el grado de percepción de soledad que manifiesta en del personal sanitario durante la pandemia de COVID 19?
- ¿Cómo es la calidad de sueño del personal sanitario durante la pandemia de COVID 19?

2.3 Diseño de Investigación

El diseño de esta investigación corresponde con el enfoque cuantitativo, es por ello que se aplicaron técnicas y procedimientos propios del enfoque desarrollado, que implicó la medición de las variables para obtener datos cuantificables que posteriormente fueron ordenados e interpretados, tal como lo requiere el enfoque cuantitativo. El tipo de estudio es, no experimental puesto que no se manipularon las variables, si no que fueron observadas y medidas en el ambiente donde se ubicó el problema, que es la afectación de la salud mental de trabajadores sanitarios por la pandemia de COVID 19 en el escenario sanitario (Hernández & Mendoza, 2018).

También, este estudio es de corte transversal porque aborda el estado de las variables en un momento determinado, en un espacio del tiempo. De acuerdo con Arias, (2012) un estudio transversal está ubicado en un período de tiempo para ese contexto y con la participación de los sujetos que conforman la población y la muestra. De igual manera, es una investigación exploratoria porque se inicia con una indagación en el contexto seleccionado, puesto que no se ha hecho un estudio similar en ese mismo espacio. Además, es descriptiva, puesto que se recolectó información sobre el objeto de estudio que fue la salud mental en tiempos de Covid 19 y el campo de acción que son variables sometidas a la valoración, para detallar en sus características y luego presentar los resultados (Hernández & Mendoza, 2018).

2.4 Población y muestra

La población de sujetos susceptible de ser seleccionados para este estudio pertenece a un centro hospitalario ubicado al norte de la ciudad de Quito, un total 125 profesionales del sector salud entre médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, donde un gran porcentaje son mujeres. Mientras que la muestra fue no probabilística por conveniencia, usando los criterios de selección establecidos por la investigadora Muñoz, (2016). De esta forma, la muestra quedó estructurada por 43 trabajadores sanitarios.

2.5 Criterios de inclusión / Exclusión

2.5.1 Criterios de inclusión

- Que se encuentre en situación laboral activa
- Firma el consentimiento informado
- Lleva mínimo 1 año laborando dentro de la organización
- Calificado para ejercer su profesión (título de tercer nivel o superior)
- Ejerció la profesión durante el tiempo pandemia (Covid 19)

2.5.2 Criterios de exclusión

- No aceptó participar en este estudio
- No estuvo laborando en la institución por maternidad o enfermedad
- No cumplió con alguno de los criterios de inclusión

2.6 Instrumentos de recogida de información

Los instrumentos de investigación son las herramientas que el investigador debe usar para llevar a cabo una investigación, en esta ocasión utilizaremos los siguientes instrumentos que nos ayudaran con la recogida de información sobre el actual problema.

2.6.1 Cuestionario Ad Hoc sociodemográfico

Es un cuestionario no estandarizado, compuesto por una serie de ítems que permiten la recolección de información sociodemográfica de los profesionales, en la cual se pueden identificar: el género, edad, nacionalidad, ciudad, zona en la que trabaja, estado civil, número de

hijos, remuneración salarial. Asimismo, consta de datos laborales como: profesión, título, años de experiencia laboral, tipo de trabajo, tipo de institución, tipo de contrato, horas que trabaja diariamente, si trabaja en turno, si la institución provee de los recursos necesarios, entre otras. Este cuestionario sirve de referencia para contemplar los criterios de inclusión y exclusión detallados anteriormente.

2.6.2 Inventario del Estrés laboral crónico (MBI-HSS)

Este instrumento se utiliza para detectar y medir la existencia del estrés laboral crónico o “burnout” en el trabajador. Se entiende como *burnout* al resultado de una situación prolongada de estrés laboral que afecta al individuo a nivel personal, social y laboral. La escala MBI-HSS plantea al sujeto 22 enunciados para valorar sus sentimientos y pensamientos acerca de su trabajo y los valora por medio de tres dimensiones que son:

Agotamiento Emocional, son puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo. Consta de 9 preguntas. su puntuación máxima 54, conformadas por los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. Mientras mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de burnout experimentado por las personas.

Despersonalización, puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo, Está formada por 5 ítems, que son 5, 10, 11, 15 y 22. su puntuación máxima es de 30 puntos, y mientras mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la despersonalización

Realización Personal, indica el grado de realización, logro y autoeficacia percibida por el individuo, es por ello que en esta escala puntuaciones bajas se relacionan con el *burnout*. Para las respuestas se utiliza una escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6 de forma que 0 supone que lo expuesto no sucede nunca y 6 que sucede todos los días. En cuanto a las propiedades psicométricas, el alfa de Cronbach oscila entre 0.84 a 0.89 (Baltran et al., 2016).

Se considera que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alto entre 67 y 99. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de burnout, puntuaciones altas en Agotamiento emocional y Despersonalización y baja en Realización Personal definen el síndrome. Aunque también el punto de corte puede establecerse según los siguientes criterios: En la subescala de Agotamiento Emocional (EE) puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de burnout bajos o muy bajo. En la subescala de Despersonalización (D) puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio y menor de 6 bajo grado de despersonalización. Y en la subescala de Realización Personal (PA) funciona en sentido contrario a las anteriores; ¡y así de 0 a 30 puntos indicaría baja realización personal, de! 34 a39 intermedia y, superior a 40, sensación de logro.

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

El DASS 21 quedó constituido por tres dimensiones que son las siguientes- La depresión, trastorno compuesto por síntomas típicamente asociados con estado de ánimo disfóricos como la tristeza; la ansiedad, descrita en torno a los síntomas físicos de excitación, ataques de pánico, tensión muscular y miedo; y el estrés, descrito como cierta tendencia a reaccionar a los acontecimientos estresantes con síntomas tales como tensión, irritabilidad y activación persistente (Román & Santibáñez, 2016). Los ítems se contestan en una escala tipo Likert con un rango de respuesta del 0 al 3 (nada aplicable en mí, aplicable a mí en algún grado, aplicable en mí en alto grado, muy aplicable en mí). Las escalas de depresión y estrés presentaron un alfa de 0.85 y 0.83 respectivamente, mientras que en la escala de ansiedad se obtuvo un alfa de 0.73. En conjunto, los ítems que componen el DASS – 21, presentaron un alfa de 0.91 según los autores Antúnez et al (2012).

La interpretación es, a mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología. Con relación a los puntos de corte comúnmente utilizados, en depresión 5-6 depresión leve, 7-10 depresión

moderada, 11-13 depresión severa, 14 o más, depresión extremadamente severa. La ansiedad, 4 ansiedad leve, 5-7 ansiedad moderada, 8-9 ansiedad severa, 10 o más, ansiedad extremadamente severa. El estrés, 8-9 estrés leve, 10-12 estrés moderado, 13-16 estrés severo, 17 o más estrés extremadamente severo. Este instrumento, DASS-21 posee tres subescalas, Depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), Ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y Estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Para evaluar cada subescala por separado, se deben sumar las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada una. Pueden obtenerse un indicador general de síntomas emocionales sumando las puntuaciones de todos los ítems.

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

Este cuestionario permite valorar la inflexibilidad psicológica de una persona. La inflexibilidad psicológica se refiere al control de rigidez emocional o eventos internos desagradables. Los ítems evalúan la falta de voluntad para experimentar emociones y pensamientos no deseados, y la incapacidad de estar en el momento presente y comportarse de acuerdo con acciones dirigidas por valores cuando se experimentan eventos psicológicos no deseados. El AAQ-II se compone de siete preguntas que los participantes deben responder en una escala tipo Likert de siete puntos, en la que 1 es igual a “nunca” y 7 a “siempre”, el resto de “los valores” fluctúa entre ambos significados. Las puntuaciones van de 7 a 49, donde las más altas indican una mayor inflexibilidad psicológica. El coeficiente alfa de Cronbach de este instrumento oscila entre 0.93 a 0.95 (Ribero & Agudelo, 2016). Con relación a la Interpretación, a mayor puntuación, mayor grado de evitación experiencial. Modo de corrección, suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem.

2.6.5 Escala de Soledad (UCLA-3)

La Escala de Soledad UCLA Revisada (*Loneliness Scale Revised*) de la Universidad de California, tiene como objetivo evaluar la soledad o el aislamiento social percibidos a través de los factores de “Intimidad con otros” y “Sociabilidad”. La soledad es un constructo psicológico complejo que representa una vivencia que se caracteriza por la percepción y valoración que cada

persona hace sobre su red social cuantitativa y cualitativamente y el apoyo real que ésta le ofrece (Vega y Bernal, 2014). Según la frecuencia con que se experimenten las vivencias descritas en cada uno de los ítems, se contesta en una escala de Likert con un rango de respuesta del 1 al 4 (correspondiente a frecuentemente, algunas veces, raras veces y nunca, respectivamente). El coeficiente alfa obtenido en la validación al español fue 0.944 (Morejón & García, 1994).

De igual manera la Soledad/Apoyo social percibido por los sujetos evaluados posee un baremo que corresponde con 7,5 puntos. La interpretación indica que, una media superior a 7.5, significa que tienen mayores sentimientos de soledad. Una media inferior a 7.5, significa que tienen mayor percepción de apoyo social.

2.6.6 Índice de calidad de sueño (PSQI)

Este instrumento ha sido creado para medir la calidad del sueño del individuo. Está compuesto por 19 ítems que se agrupan en 7 dimensiones: calidad del sueño subjetiva, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, perturbaciones del sueño, uso de medicación y disfunción diurna. Se contesta con una escala tipo Likert que va desde 0 a 4. Para su corrección se obtiene un perfil del sueño en cada una de las dimensiones que oscila entre 0 y 3 y una puntuación total que puede oscilar entre 0 y 21. Esta escala ha presentado una consistencia interna alfa de Cronbach igual a 0.72 en el estudio de validación de los autores Araujo et al. (2015).

2.7 Procedimiento

El inicio de la investigación se centró en la revisión de la literatura para seleccionar los documentos y fuentes extraídas de portales acreditados, como PubMed, Scielo, Redalyc y Google Académico. Se hizo, una búsqueda en base al tema de investigación y pecha de publicación del material examinado.

Para el desarrollo metodológico de esta investigación se inició mediante las gestiones pertinentes para poder tener acceso a la institución y poder solicitar el debido permiso para el contacto con los trabajadores sanitarios, se presentó formalmente la investigación detallando su

intencionalidad y objetivos. Se consignó un oficio especificando las acciones necesarias para cumplir con el método científico, una vez obtenida la aprobación y autorización de los de los administradores de la institución de salud, se procedió a establecer un cronograma de encuentros para aplicar los instrumentos. Para la recolección de datos se inició con la firma del consentimiento informado, dejando claro que la participación es libre y voluntaria además aclarando sobre la confidencialidad del proceso y el tratamiento de los datos, informando también sobre el tiempo que le llevara para la contestación de los cuestionarios. La información recolectada a través de los cuestionarios se revisa y es organizado a través del programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS)

Capítulo tres

Análisis de resultados y discusión

3.1 Análisis de resultados

En este apartado se presentan los datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos.

Estos datos se han organizado y tabulado para su correcta visualización y análisis.

Tabla 1.

Características sociodemográficas y laborales del personal de salud

		N	%		
Género	Masculino	8	19.0%		
	Femenino	34	81.0%		
Estado civil	Soltero/a	18	42.9%		
	Casado/unión libre	21	50.0%		
	Viudo/a	0	0.0%		
	Divorciado/a	3	7.1%		
Trabajo por turnos	SI	41	97.6%		
	No	1	2.4%		
Tipo de trabajo	Tiempo completo	39	92.9%		
	Tiempo parcial	3	7.1%		
Tipo de institución	Pública	40	95.2%		
	Privada	2	4.8%		
		M	Máx.	Min.	DT
Edad		34.90	59	26	7.57
Horas de trabajo por día		11.64	13	8	1.21
Experiencia laboral		7.83	28	2	6.05

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

En la tabla 1 se presentan los datos del Cuestionario Ad-Hoc, donde se observa que la mayoría de los participantes pertenecen al sexo femenino en un 81%. En cuanto al estado civil, se evidencia que el 50% de la muestra se ubica en la opción casado o unión libre; el 42.9% de

la muestra es soltero y el 7.1% divorciados. Con relación al indicador edad, la media obtenida fue de 34.9 años, (valor máx 59 y mín 26, DT 7.57); con relación a la media de horas de trabajo alcanzó 11.64, (máx 13; mín 8; D.T 1.21). Mientras que la experiencia laboral obtuvo una media de 7.83 años, (máx 28; mín 2; D.T 5.57).

Tabla 2.

Percepción de las dimensiones de burnout del personal de salud

		N	%
Agotamiento emocional	Bajo	16	38.1%
	Medio	9	21.4%
	Alto	17	40.5%
Despersonalización	Bajo	14	33.3%
	Medio	7	16.7%
	Alto	21	50.0%
Realización personal	Alto	9	21.4%
	Medio	8	19.0%
	Bajo	25	59.5%

Nota. Estrés laboral crónico de Maslach (MBI)

En la tabla 2 se describen las dimensiones del síndrome de burnout, en relación con el indicador agotamiento emocional se obtuvo un porcentaje sobre la muestra de sujetos participantes que alcanzó el 21.4% en nivel medio y 40.5% nivel alto. En el indicador despersonalización el 33.3% en nivel medio y el 50% nivel alto. Finalmente, en realización personal el 21.4% de la muestra obtuvo nivel alto, el 19% nivel medio. Se entiende que las tres dimensiones del Burnout que fueron examinadas en la muestra de profesionales de la salud obtuvieron altos puntajes, se infiere que pueden presentarse complicaciones severas.

Tabla 3.

Percepción de la salud mental del personal de salud

		N	%
Estrés	Leve	31	73.8%

	Moderado	6	13.3%
	Severo	5	11.9%
Ansiedad	Leve	17	40.5%
	Moderado	8	19.0%
	Severo	17	40.5%
Depresión	Leve	24	57.1%
	Moderado	12	28.6%
	Severo	6	14.3%

Nota. Cuestionario de salud mental DASS-21

En la tabla anterior se presentan los resultados de la aplicación del Cuestionario de salud mental DASS-21, con el cual se midió la percepción de la salud mental del personal de salud. El indicador estrés leve obtuvo el 73.8%; el estrés moderado el 14.3%; el estrés severo el 11.9%. Con relación a la ansiedad leve 40.5%; moderada 19% y severa 40.5%. Para el indicador depresión la muestra obtuvo el 57.1% para depresión leve; el 28.6% moderada y el 14.3% severa. En este caso, la mayoría de los trabajadores tiene dificultades en la salud mental y se encuentran en riesgo especialmente por las puntuaciones altas en estrés y ansiedad.

Tabla 4.

Inflexibilidad psicológica y percepción de soledad

	M	Máx.	Mín.	DT
Inflexibilidad psicológica	18.24	39.00	7.00	9.45
Percepción de soledad	5.79	9.00	3.00	2.02

Nota. Inventario AAQ-7 y UCLA-3

En la tabla 4 se presentan las mediciones realizadas a la inflexibilidad psicológica, los resultados obtenidos indican que la muestra obtuvo una media de 18.24, lo que significa que la mayor parte de los individuos se agruparon alrededor de esta medida, (Max. 39 y Min. 7, DT 9.45) en el indicador inflexibilidad psicológica. Para percepción de soledad la media se ubicó en 5.79, la mayor cantidad de sujetos se agrupó alrededor de esta medida (Máx 9 y Mín 3, DT 2.02).

Se interpreta que la media de la inflexibilidad psicológica por debajo de 28, significa de acuerdo con los puntos de corte del instrumento que esta muestra de trabajadores tiene menor inflexibilidad psicológica. De igual manera, la media de la percepción de soledad está por debajo de 7.5, lo que significa que los trabajadores examinados tienen menores sentimientos de soledad y mayor percepción de apoyo social.

Tabla 5.

Calidad de sueño del personal de salud

		N	%
Calidad de sueño	Facilidad para dormir	2	4.8%
	Baja dificultad para dormir	20	47.6%
	Media dificultad para dormir	17	40.5%
	Alta dificultad para dormir	3	7.1%

Nota. Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño

La tabla 5 contiene los resultados que indican la facilidad para dormir, la muestra obtuvo el 4.8% con facilidad para dormir; con baja dificultad para dormir el 47.6%; con media dificultad para dormir el 40.5% y finalmente con alta dificultad para dormir el 7.1%. Significa que el personal de salud tiene problemas para conciliar el sueño o trastorno en el hábito de sueño, lo que puede afectar su desempeño laboral.

3.2 Discusión

A partir del trabajo realizado con la aplicación de instrumentos y los datos obtenidos se da respuesta a cada uno de los objetivos planteados como guía para cumplir con el trabajo de investigación. Referente a las características sociodemográficas y laborales en el personal

sanitario durante la pandemia de COVID 19 encuentra que la muestra de sujetos está conformada por más mujeres que hombres (81% de mujeres y un 19% hombres). En su mayoría están casados o viven en unión libre, la muestra tiene una edad promedio de 35 años, trabajan en jornadas de 11.6 horas promedio y poseen experiencia laboral de 8.98 años.

Estos resultados van de la mano con los hallazgos del estudio realizado por Aguirre & Valcarcel (2022) quienes concluyeron que en efecto la cantidad de mujeres superan a los hombres, la edad promedio está en la teintena, la mayoría están casadas. Asimismo, una revisión sistemática realizada por Wauters et al. (2022) indicó en sus resultados develaron que existe una relación entre la edad, el sexo femenino y experiencia laboral en la prevalencia de ansiedad y fatiga del personal de salud durante la pandemia de COVID-19” (p. 2). De igual manera, las condiciones laborales corresponden con las exigencias de un espacio dedicado a la atención de pacientes y personas enfermas, para ello cumplen con las jornadas establecidas en función de turnos rotativos, este tipo de trabajo amerita preparación previa para desempeñarse efectivamente. Al respecto, para cumplir con esta regulación el Ministerio de Salud (2014) determina la estructuración de turnos y horarios rotativos que exceden la norma de que asegura 8 horas de trabajo para este sector. Estos datos están en oposición a los resultados obtenidos en esta investigación, se infiere que existe una sobrecarga de horas laborales con las consecuencias propias de un exceso prolongado de tiempo atendiendo personas enfermas.

Con relación a la valoración del Síndrome de Burnout, de acuerdo con las mediciones obtenidas, los niveles detectados en los indicadores del Burnout se ubican en la categoría alta para agotamiento emocional un 40.5% de la muestra, indica que buena parte de los participantes se sienten débiles y cansados en el área de las emociones y sentimientos. El indicador despersonalización de igual manera arrojó el 50.0% de la muestra, estos trabajadores sienten que no forman parte del escenario real de atención a la salud, sino que sienten observadores de lo que allí ocurre, por lo tanto, es posible que cumplan funciones de manera mecánica sin involucrarse en proceso personales propios o de los enfermos. Con relación al indicador

realización personal, la mayor se ubicó en el nivel bajo y acumuló el 59.5% de la muestra, lo que indica que este grupo de colaboradores piensa que no obtiene progresos ni reconocimientos en su trabajo.

Estos resultados van de la mano con lo que presenta Corredor & Martínez (2020) quienes explican que la valoración del Burnout en trabajadoras del sector sanitario obtuvieron mediciones que van de la mano con los datos de esta investigación. En este sentido el estrés crónico en nivel intermedio y severo se manifestaron en porcentajes por encima de 50 %, Asimismo, coinciden en que ambas investigaciones trabajaron con profesionales cuya labor gira en torno al contacto con las personas. También, se identificaron implicaciones sobre el desempeño laboral y por consiguiente, sobre el bienestar de quienes requieren de los servicios que se prestan.

En el mismo sentido, la investigación realizada por Vinueza et al. (2021) develó que más del 90% del personal de enfermería y médico presentaron durante la pandemia altos niveles del Burnout a nivel global y en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, de moderado a severo. Asimismo, Urgiles (2021) estudió el Síndrome del Quemado o Burnout en el personal sanitario de un hospital de Quito durante la crisis de pandemia, sus resultados fueron concluyentes en cuanto a que, el 50% de médicos residentes presentaron este síndrome mientras que, el personal de enfermería y fisioterapia presentaron en un 20% indicadores del Burnout.

Este trabajo investigativo permitió verificar que una parte significativa de la muestra de trabajadores de la salud examinada experimentó los síntomas del Burnout, afectando específicamente la disposición y motivación hacia el trabajo, el cumplimiento efectivo de las funciones y el deseo de destacarse de forma eficiente. Este grupo de individuos presentan riesgos considerables, tal como lo plantea Huarcaya (2020), en su estudio sobre el Burnout con similitudes importantes, asegura este autor que este síndrome afecta al trabajador que puede experimentar trastornos en la atención, la concentración y la toma de decisiones,

que son aspectos fundamentales para desarrollar las labores propias del personal sanitario.

Con relación a los niveles de estrés, ansiedad y depresión del personal sanitario la valoración de la ansiedad en el nivel severo acumula el 40.5% de la muestra, lo que significa que estos trabajadores experimentaron síntomas de ansiedad que limitaron considerablemente su vida personal y laboral. En cuanto a la depresión se obtiene nivel leve con un porcentaje de 57.1%; se interpreta que estos trabajadores experimentaron síndrome depresivo menor, que se puede superar con el acompañamiento terapéutico y farmacológico dentro del tiempo esperado para su recuperación, con una mínima interferencia en sus funciones laborales. Con relación al estrés, también se detecta un nivel leve en con porcentaje de 73.8%; lo que indica que estos trabajadores pudieron afrontar el estrés de manera efectiva y superarlo.

Al respecto López (2020) asegura que durante la pandemia muchos trabajadores de la salud presentaron cuadros clínicos compatibles con el trastorno de ansiedad que causó limitaciones al momento de realizar sus funciones, estos aportes va en la misma vía que los hallazgos de este trabajo que develaron que la muestra presenta síntomas significativos de la ansiedad, como agitación, aumento de frecuencia cardíaca, sudoración, cansancio, debilidad, dificultad para respirar, sensación de peligro, pensamientos catastróficos, pánico y paralización para accionar. Específicamente el personal de enfermería presentó mayor ansiedad que el personal médico, por su alta exposición al virus en momento de realizar su trabajo, con un mayor número de casos en el sexo femenino, por el temor al contagio, tanto personal como familiar y son más vulnerables a los factores de riesgo biológicos y sociales para desarrollar alguna afección de salud mental, en los médicos se observó que, a mayor formación académica se incrementa el nivel de ansiedad (15- 18).

Por su parte Monterrosa et al. (2020) estudiaron el mismo tema sobre la salud mental de los trabajadores sanitarios durante la pandemia, encontraron que “siete de cada diez médicos

generales valorados presentaban síntomas de ansiedad, depresión o estrés laboral” (p. 211). Se develó que el confinamiento cumplido de manera inadecuada y los deficientes cuidados en la higiene se consideraron factores generadores de miedo que en algunos casos derivaron en ansiedad, depresión y estrés que en definitiva afectó considerablemente la salud mental de estos trabajadores.

Pedroso & Murguía (2021) confirmaron en su investigación que la COVID-19 “constituye un suceso vital y de gran significación, que provoca un fuerte impacto emocional en el personal de salud que asiste a los enfermos” (p. 6). De igual manera, estos autores encontraron que, el trabajo desarrollado en la primera línea de atención a los enfermos de COVID-19, fue un factor de riesgo que afectó notablemente la salud mental del personal sanitario, observándose altos niveles de estrés, ansiedad y depresión, especialmente en médicos y enfermeras. Este estudio concluyó que la crisis producida por la pandemia “ha puesto del revés la vida social, laboral y cotidiana... para frenar la expansión se ha cambiado radicalmente la forma de trabajar, de socializar, de disfrutar, en definitiva, de vivir” (Pedroso & Murguía, 2021, p. 6)

Con relación a los datos numéricos que presentaron los estudios anteriores, se ubican en porcentajes muy cercanos a los develados en este estudio, también considerando la información descriptiva, **se puede asumir que los trabajadores de salud poseen competencias socioemocionales para afrontar los síntomas de estrés, mientras que en el caso de la ansiedad y la depresión no demuestran tanta fortaleza.**

Desde la perspectiva de la media de inflexibilidad psicológica se ubicó en 18.24, según el punto de corte de las mediciones realizadas, esta media indica que los sujetos evaluados poseen comportamientos que develan flexibilidad psicológica ante las vivencias ocasionadas por el COVID-19. En este sentido, Maathz et al. (2020) explican que los comportamientos evitativos que son frecuentes en los individuos con inflexibilidad psicológica reducen temporalmente la desazón y la angustia ante la realidad que no puede comprenderse, el sufrimiento se mantiene o se exagera con el tiempo a medida que estos comportamientos obstaculizan las actividades

significativas de la vida, entre ellas la actividad laboral. De igual manera los datos aportados por este autor demostraron inclinación hacia a flexibilidad psicológica en la muestra de trabajadores valorados.

En el caso de la investigación realizada por Valiente et al. (2020) relacionada con la inflexibilidad psicológica observada en diferentes tipos de profesionales, obtuvo resultados similares a este estudio, puesto que la media fue valorada en 20, en este caso fue develando que los trabajadores sanitarios conforman el grupo laboral que pudo lidiar de la mejor manera haciendo frente a la inflexibilidad psicológica, este grupo de profesionales demostró habilidades empáticas, desarrollo de la personalidad y conductas pro-sociales.

De igual manera, Pérez et al. (2018) presentó los resultados de su investigación haciendo énfasis en la empatía y la inteligencia emocional como indicadores muy positivos que pueden minimizar la inflexibilidad psicológica del personal de enfermería, la muestra examinada obtuvo una media de 16, lo que influyó en un cambio actitudinal ante las situaciones de crisis que se presentaron en centros hospitalarios. Se resume que la inflexibilidad psicológica valorada en los trabajadores sanitarios que participaron en **este estudio obtuvo puntajes que develan las fortalezas emocionales ante situaciones de crisis, lo que les permitió poner en práctica actitudes positivas de afrontamiento basadas en un pensamiento efectivo y flexible.**

En el caso de la percepción de soledad, se interpreta que estos trabajadores experimentaron pocos sentimientos de aislamiento y recogimiento ante la realidad del espacio laboral, la valoración de la media indicó que según el punto de corte por debajo de 7.5, lo que significa que estos trabajadores pudieron manejar de forma efectiva el afrontamiento de la percepción de soledad, e inclinarse hacia el indicador percepción de apoyo social. c en su estudio la media se acumuló alrededor de 16, lo que indicó fuerte tendencias a sentirse solos. También se encontró que la percepción de soledad puede generar miedo, dolor y ansiedad junto con la pérdida de independencia.

Para Liu (2020) la percepción de soledad puede surgir en diferentes contextos laborales y en diversidad de grupos etarios, en definitiva, los trabajadores de la salud afectados por este trastorno demuestran dificultades para desarrollar su trabajo, en este caso la media se ubicó en 18.5. En el mismo orden de ideas, se analizó el estudio de Rodríguez et al. (2020) con el fin de comprender la experiencia subjetiva sobre percepción de soledad que experimentaron durante la pandemia diversos grupos etarios y profesiones, se concluyó que los adultos mayores alcanzaron los mayores sentimientos de soledad. Mientras que los trabajadores sanitarios se ubicaron como el grupo de mayor riesgo para experimentar la percepción de soledad.

Para terminar, con la valoración de la muestra se examinó la calidad del sueño, se revela que muchos de estos trabajadores experimentan baja dificultad para dormir, acumuló un 47.6% de la muestra valorada. Se interpreta que estos trabajadores, aunque padecen baja dificultad para dormir, de igual manera se encuentran afectados negativamente en el bienestar general y la salud mental, lo que es indispensable para cualquier actividad laboral aún más para el campo de la salud, puesto que la calidad deficiente del sueño implica experimentar un estado de somnolencia y modorra que resta actitud y disposición para desarrollar la actividad laboral.

Duffy et al. (2021) explican en el mismo sentido, que los trastornos del sueño tienen una fuerte influencia en el riesgo de enfermedades infecciosas, además propician la aparición y progresión de una serie de enfermedades especialmente en la depresión. Se infiere, que los trabajadores con problemas en la calidad del sueño pudieron presentar otros padecimientos asociados a la falta de sueño reparador. Es concluyente que los trastornos del sueño influyen en el desempeño efectivo y eficiente de los trabajadores de la salud.

Con relación a la investigación realizada por Cuenca (2021) se enfocó en conocer la afectación de la calidad del sueño en trabajadores de la salud durante la pandemia, las conclusiones apuntaron a que los profesionales de la salud que laboraron en la primera línea experimentaron una alteración importante en la calidad del sueño. En este caso, las mujeres enfermeras resultaron con compromisos de salud generados por los trastornos en el sueño, lo

más relevante fue el insomnio vinculado a horarios nocturnos, aislamiento laboral y las alteraciones en el estado de ánimo, la ansiedad y la depresión.

En resumen, todos los objetivos fueron alcanzados en su totalidad y explicados en función de la variable valorada. Se verificó que, en efecto el estado de la salud mental de trabajadores sanitarios en el período de pandemia de COVID 19 se encontró en riesgo, develando que de la muestra de participantes procedentes de un Hospital del sector Norte de la ciudad de Quito, buena parte de ellos experimentaron alteraciones relacionadas con el Burnout, síndrome depresivo, síndrome de ansiedad y estrés. Asimismo, estos trabajadores demostraron poseer comportamientos asociados con la inflexibilidad psicológica, percepción de soledad y deficiente calidad del sueño.

Conclusiones

El personal sanitario posee características que se sintetizan así: la mayoría de los participantes pertenecen al sexo femenino, el estado civil predominante es casado o unión libre; la edad promedio es de 34.9, las horas de trabajo promedio 11.64; y la experiencia laboral 7.83 años.

Con relación al nivel del Síndrome de Burnout en cada dimensión, agotamiento emocional, despersonalización y realización personal se obtuvieron niveles de alto riesgo para propiciar la aparición de este síndrome, lo que influyó considerablemente en la dinámica laboral diaria puesto que, reportaron pérdida de apetito, fatiga, insomnio, irritabilidad, atención deficiente, miedo y desesperación.

Para determinar la salud mental se valoró el trastorno de ansiedad, se identificó que todos los trabajadores experimentaban algún nivel de ansiedad, predominando el nivel leve y severo. En cuanto al nivel de estrés, los trabajadores de la salud experimentan estrés en nivel leve. De igual manera, el trastorno depresivo se observó en todos los participantes con mayor

énfasis en nivel leve, aunque la salud mental está dentro de los límites normales, es importante atender los casos puntuales de ansiedad severa.

La inflexibilidad psicológica valorada en los trabajadores de la salud devela datos concluyentes, una parte importante de esta muestra se aglutinó alrededor de este indicador, con una media de 18.24, esto devela la forma como afrontaron las circunstancias provocadas por el COVID-19, y es concluyente que poseen comportamientos característicos de las personas con flexibilidad psicológica y conductas más adaptables. La percepción de soledad igualmente fue valorada, una parte significativa de la muestra se acumuló alrededor de la media 5.9, es concluyente que los trabajadores que experimentaron la soledad en su espacio laboral pudieron afrontarla y superarla. De igual manera, la valoración de la calidad de sueño en la muestra de trabajadores indica que poseen dificultad baja y media para dormir, lo que se vio exacerbado durante la pandemia.

Recomendaciones

Se recomienda monitorear y valorar psicológicamente de forma periódica a los trabajadores del centro de salud con relación a las secuelas que hayan quedado producto del Síndrome de Burnout, asimismo este proceso de monitoreo puede aportar indicios sobre la reaparición de los indicadores del Burnout y atender de manera inmediata a los trabajadores.

De igual manera, es conveniente identificarse a tiempo el aumento en los niveles de estrés, ansiedad y depresión para garantizar en buena medida la salud mental de los trabajadores sanitarios, quienes debe estar en las mejores condiciones de bienestar para desempeñarse adecuadamente dentro del centro de salud.

Se recomienda, diseñar una intervención y acompañamiento psicológico que permita a estos trabajadores manejar de manera efectiva y real la inflexibilidad psicológica y la percepción de soledad, de forma que desarrollen habilidades y fortalezas socioemocionales en beneficio propio que permee hacia la actividad laboral.

Finalmente, es pertinente que el centro de salud promueva actividades que favorezcan el sueño adecuado para los trabajadores sanitarios, estas actividades pueden realizarse dentro y fuera del espacio laboral, como meditación, mindfulness, sesiones de relajación entre otras. En este sentido, los cambios en la calidad del sueño favorecen de manera individual y laboral.

Referencias Bibliográficas

- Aguirre, E., & Valcarcel, L. (2022). *Características sociodemográficas y laborales del personal sanitario infectado por sars cov2 en cuatro instituciones de salud*. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (Tesis de maestría). <https://n9.cl/8wtlq>
- Alferez, L., & Matta, H. (2013). *Trastornos del sueño y sus efectos en trabajadores de la salud del área asistencial: revisión de investigaciones publicadas en el periodo 1990-2013*. Universidad de Antioquia (Tesis de especialista). Retrieved from <https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/8df1d1be-8bab-4b89-b881-a8f495fda828/trastornos+del+sue%C3%B1o+y+su+efectos.pdf?MOD=AJPERES>
- Antúnez, Z. y. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, 30(3), 49-55. doi:10.4067/S0718-48082012000300005
- Araujo, P., Sties, S., Wittkopf, P., Netto, A., Gonzáles, A., Lima, D., & Carvalho, T. (2015). Índice da qualidade do sono de Pittsburgh para uso na reabilitação cardiopulmonar e metabólica. *Revista Brasileira de Medicina do Esp. Revista Brasileira de Medicina del deporte*, 21(6). doi:10.1590/1517-869220152106147561

- Arias. (2012). *El proyecto de investigación*. Caracas: Episteme. Retrieved from https://www.academia.edu/23573985/El_proyecto_de_investigaci%C3%B3n_6ta_Edici%C3%B3n_Fidias_G_Arias_FREELIBROS_ORG
- Asamblea Nacional. (2020, Marzo 14). *Estado de excepción No 1074*. Retrieved from <https://www.uta.edu.ec/v3.2/uta/reglamentosexternos/Decreto%20Eecutivo%20No%201074-2020-ESTADO%20DE%20EXCEPCION.pdf>
- Babaev, O., Piletti, C., & Krueger, D. (2018). Inhibición del circuito de ansiedad de la amígdala. *Experimental & Molecular Medicine*, 50(4), 1 - 16. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5938054/>
- Baltran, C., Pando, M., & Salazar, J. (2016). Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México. *Salud Uninorte*, 32(2), 218-227. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522016000200005&script=sci_abstract&tlng=es
- Banco Mndial . (2020). *La COVID-19 (coronavirus) hunde a la economía mundial en la peor recesión desde la Segunda Guerra Mundial*. Retrieved from <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2020/06/08/covid-19-to-plunge-global-economy-into-worst-recession-since-world-war-ii>
- Bao, Y. S., Meng, S., & Shi, J. y. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet*, 395(10224), e37-e38. doi:10.1016/S0140-6736(20)30309-3
- Bogue, T., & Rob, B. (2019). *Extinguish Burnout*. Alexandria: Society For Human Resource Management.
- Braun, O., & Mayer, C. (2020). Salutogénesis y afrontamiento: formas de superar el estrés y el conflicto. *Revista Internacional de Investigación ambiental y salud pública*, 17(18), 66-67. doi:10.3390/ijerph17186667
- Carrilo, P., Barajas, K., Sánchez, I., & Rangel, M. (2018). Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son y sus consecuencias? *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 61. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un181b.pdf>
- Castillo, C., & Marinho, M. (2021). *Los impactos de la pandemia sobre la salud y el bienestar de niños y niñas en América Latina y el Caribe* . Retrieved from CEPAL : https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47806/1/S2200064_es.pdf
- CDC. (2020). *Centros para la prevención y control de enfermedades* . Retrieved from <https://www.cdc.gov/spanish/index.html>
- Corea, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondur*, 89(1), 46-52. Retrieved from <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>

- Corredor, D., & Martínez, L. (2020). Burnout en el personal del área de salud y estrategias de afrontamiento. *Correo Científico Médico*, 24(1), 1-16. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2020/ccm201v.pdf>
- Crocq, M. (2015). Una historia de ansiedad: de hipócrates al DSM. *Diálogos Clínicos Neuroscicológicos*, 17(3), 319 - 325. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26487812/>
- Cuenca, I. (2021). *Impacto de la pandemia por COVID 19 en la calidad del sueño en personal del área de la*. Universidad Central del Ecuador (Tesis de especialización). Retrieved from <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/25603/1/UCE-FCM-CPO-CUENCA%20ISABEL.pdf>
- Damico, V., Murano, L., Demoro, G. R., & Cataldi, G. y. (2020). Síndrome de Burnout entre el personal de enfermería italiano durante la emergencia de COVID 19. Estudio de encuesta multicéntrica. *Multicentric survey study. Prof Inferm*, 73(4), 250-257. doi:10.7429/pi.2020.734250
- Dinnes, J., Deeks, J., Berhane, S., Taylor, M., Adriano, A., Davenport, C., . . . Hooft, L. M. (2021). Pruebas moleculares y de antígenos rápidas en el punto de atención para el diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2. *Sistema de base de datos Cochrane*(3), CD013705. doi:10.1002/14651858.CD013705.pub2
- Dosil, M., Ozamiz, N., & Redondo, I. (2020). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *revista de psiquiatría y salud mental (Barcelona)* 14(2021)(14), 106-112. Retrieved from <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-pdf-S1888989120300604>
- Dosil, M., Ozamiz, N., Redondo, I., & Alboniga, J. y. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista psiquiátrica de Salud Mental*, 14(2), 106–112. doi:10.1016/j.rpsm.2020.05.004
- DSM-5. (2016). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. American Psychiatric Association Publishing,. Retrieved from https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf
- Duffy, J., Abbott, S., Burgess, H., Crowley, S., Emens, J., Epstein, L., . . . Zee, P. y. (2021). Trastornos del ritmo circadiano del sueño-vigilia: lagunas y oportunidades. *Dormir*, 44(5), zsa281. doi:10.1093/sleep/zsa281
- Fang, X., Wu, L., Lu, L., Kan, X., Wang, H., Xiong, Y., & Ma, D. y. (2021). Problemas de salud mental y apoyo social en los trabajadores de la salud de COVID-19: un estudio explicativo chino. *Psiquiatría BMC*, 21(34), 1-10. doi:10.1186/s12888-020-02998-y

- Franco, V., Morales, L., Baltrones, R., Rodríguez, C., Urbina, O., & López, C. (2021). Mortalidad por COVID-19 asociada a comorbilidades en pacientes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. *Alerta*, 4(2), 1-10. doi:10.5377/alerta.v4i2.10366
- Friganović, A., Selič, P., Ilić, B., & Sedić, B. (2019). Síndrome de estrés y agotamiento y sus asociaciones con el afrontamiento y la satisfacción laboral en enfermeras de cuidados críticos: revisión de la literatura. *Psiquiatra Danubina*(1), 21-31. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30946714/>
- Giusti, E. (2020). El impacto psicológico del brote de COVID-19 en los profesionales de la salud: un estudio transversal. *Psicología frontal*, 11(1684), 1-10. doi:10.3389/fpsyg.2020.01684
- Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGrawHill. Retrieved from http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf
- Huang, J. e. (2020). Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Revista China de higiene industrial y salud ocupacional*, 38(3), 192-195. doi:10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063
- Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de covid-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(2); 37(2), 327-334. Retrieved from <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2020.v37n2/327-334/es>
- IESALC. (14 de Abril de 2020). *Informe del IESALC Analiza los impactos del Covid 19 y ofrece recomendaciones a gobiernos e instituciones de educación superior*. Obtenido de <https://www.iesalc.unesco.org/2020/04/14/iesalc-insta-a-los-estados-a-asegurar-el-derecho-a-la-educacion-superior-en-igualdad-de-oportunidades-ante-el-covid-19/>
- IESS. (2011). *Reglamento para Atención de Salud Integral y en Red de los Asegurados*. Retrieved from <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Reglamento-para-Atenci%C3%B3n-de-Salud-Integral-y-en-Red-de-los-Asegurados.pdf>
- Juárez, A. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Salud UIS*, 54(4), 432-430. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v52n4/0121-0807-suis-52-04-432.pdf>
- Karl, P., Hatch, A., Arcidiacono, S., Pearce, S., Pantoja, Ida, . . . Soares, J. (2018). Efectos de los factores estresantes psicológicos, ambientales y físicos en la microbiota intestinal. *Frontiers in microbiology*, 9, 1 - 32. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6143810/>
- Lazarus, R., & Folman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

- Lee, S. e. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Psiquiatría comprensiva*, 87, 123-127. doi:10.1016/j.comppsy.2018.10.003
- Liu L, G. Z. (2016). El apoyo social media la soledad y la depresión en las personas mayores. *Psicología de la salud*, 21(5), 750-758. doi:10.1177/1359105314536941
- Liu, D., Liang, J., & Fung, T. (2020). Human Coronavirus-229E,-OC43,-NL63, and-HKU1. *Reference Module in Life Sciences*, B978-0-12-809633-8.21501-X. Obtenido de https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Reference+Module+in+Life+Scie
- López, I. (2020). La salud mental del personal Sanitario ante la pandemia por Covid 19. *Enfermería Investiga*, 1-4. Retrieved from <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/download/1026/956/>
- López, I., & López, I. (2021). La salud mental del personal sanitario ante la pandemia por COVID-19. *Enfermería Investiga*, 6(1), 47-50. Retrieved from <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1026/956>
- Lozano, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr*, 83(1), 1-20. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000100051
- Maathz, P., Flink, I., & Engman, L. y. (2020). Inflexibilidad psicológica como predictor del funcionamiento sexual entre mujeres con dolor vulvovaginal: una investigación prospectiva. *Medicina del dolor (Malden, Mass.)*, 21(12), 3596-3602. doi:10.1093/pm/pnaa042
- Macaya, X. P., & Paredes.Benjamín. (2018). Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2), 215-232. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v18n2/1727-8120-hmc-18-02-338.pdf>
- Majumder, J., & Minko, T. (2021). Desarrollos recientes en enfoques terapéuticos y de diagnóstico para COVID-19. *El diario AAPS*, 23(1), 14-24. doi:10.1208/s12248-020-00532-2
- Martínez, J., Amador, B., & Guerra, M. (2017). Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud. *Enfermería Global*(47), 576-591. Retrieved from <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/1695-6141-eg-16-47-00576.pdf>
- Martínez, M. (2011). Trastornos de ansiedad. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 2011; 44(3): Jul-Sep: , 44(3), 101-107. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2011/nnp113d.pdf>

- Metlaine, A., Sauvet, F., Gomez, D., Elbaz, M., Delafosse, J. L., & Chennaoui, M. (2017). Asociación entre síntomas de insomnio, tensión laboral y síndrome de agotamiento: una encuesta transversal de 1300 trabajadores financieros. *BMJ abierto*. *BMJ abiert*, 7(1), e012816. Retrieved from <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012816>
- Ministerio de Salud Pública . (2021). *Coronavirus COVID-19*. Retrieved from <https://www.salud.gob.ec/coronavirus-covid19-ecuador/>
- Ministerio de Salud Pública. (2014). Acuerdo Ministerial 2014. Retrieved from <https://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/07/A-I-0001-2014.pdf>
- Monterrosa, Á., Ruíz, R., Mejía, A., Contreras, J., & Mercado, M. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB* , 23(2), 195-213. Retrieved from <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1117984/3890-estres-laboral-ansiedad-y-miedo-covid.pdf>
- Montes, C. (2010). *La Depresión y su Etiología: Una Patología Compleja*. Retrieved from https://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_1703.pdf
- Morejón, A., & García, R. (1994). RULS: Escala de soledad UCLA revisada. Fiabilidad y validez de una versión española. *Revista de Psicología de la Salud*, 6(1), 45-54. doi:10.21134/pssa.v6i1.844
- MSPE. (08 de Agosto de 2020). *Consenso Multidisciplinario informado en la evidencia sobr el tratamiento de COVID19, Versión integra*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/Consenso-Multidisciplinario-informado-en-la-evidencia-sobre-el-tratamiento-de-Covid-19-V9_11_08_2020_compressed.pdf
- MSPE. (21 de Diciembre de 2021). *Lineamientos Operativos para la Atención a Personas con Intención y/o intentos suicidas en Establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamiento-de-intencion-e-intentos-de-suicidio.pdf>
- Muñoz, C. (2016). *Metodología de la Investigación*. México: Editorial Progreso. Retrieved from <https://corladancash.com/wp-content/uploads/2019/08/56-Metodologia-de-la-investigacion-Carlos-I.-Munoz-Rocha.pdf>
- Nájera, D. (2019). *Síndrome de burnout y su incidencia en el rendimiento laboral de un grupo de trabajadores de una empresa de producción*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador (Trabajo de grado). Retrieved from <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2768/1/76939.pdf>
- Naranjo, M., Morales, I., & Rafael, R. (2020). Efectos de la pandemia en la familia y en la sociedad ecuatoriana. *Ecotec*, 10(2), 1-21. Retrieved from <https://revistas.ecotec.edu.ec/index.php/rnv/article/view/417/281>

- Nienhaus, A. y. (2020). COVID-19 entre trabajadores de la salud en Alemania y Malasia. *Revista internacional de investigación ambiental y salud pública* , 17 (13), 4881. doi:10.3390/ijerph17134881
- OMS . (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes*. Retrieved from <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- OMS. (2005). *Salud mental: afrontar los retos, construir soluciones: informe de la Conferencia Ministerial Europea de la OMS*. Retrieved from https://apps-who-int.translate.google/iris/handle/10665/326566?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sc
- OMS. (2020). *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Retrieved from Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19): <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
- OMS. (20 de Enero de 2021). *Actualización epidemiológica: Ocurrencia de variantes SARS-CoV-2 en las Américas*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/file/80783/download?token=cRAfq0x9>
- OMS. (13 de Septiembre de 2021). *Depresión: Datos y cifras*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OMS. (2022, Junio 06). *Salud Mental*. Retrieved from <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- OPS. (2021). *Salud Mental y COVID-19*. Retrieved from <https://www.paho.org/es/salud-mental-covid-19>
- OPS/OMS. (6 de Mayo de 2022). *COVID-19 - Respuesta de la OPS/OMS Reporte 75 (6 de mayo de 2022)*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-respuesta-opsoms-reporte-75-6-mayo-2022>
- OTI. (2020). *Frente a la pandemia: garantizar la seguridad y salud en el trabajo*. Retrieved from https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_742732.pdf
- Pandeya, N. (2017). Depresión, desesperanza, pensamientos automáticos y ambiente familiar como predictores de soledad en adolescentes. *Revista india de salud y bienestar*, 8(7), 757-761. Obtenido de https://scholar.google.com/scholar_lookup?journal=Indian+Journal+of+Health+&+Wellbeing&title=Depression,+hopelessness,+automatic+thoughts+and+family+environment+as+predictors+of+loneliness+among+adolescents&volume=8&issue=7&publication_year=2017&pages=757

- Pedroso, R., & Murguía, E. (2021). Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que. *Revista Internacional de Ciencias Médicas y Quirúrgicas*, 8 (1), 1-12.
- Peña, A., Cabezas, G., & Garcés, C. (2022). *Estimación y conciliación demográfica del Ecuador*. Retrieved from Instituto Nacional de Estadística y Censos, Ecuador: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Libros/cuadernos_trabajo/Conciliacion_Demogr%C3%A1fica.pdf
- Peñafiel, Y. R., & Mesa, I. (2021). Impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *AVFT*, 40(3), 203-211. Retrieved from https://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft_3_2021/1_impacto_psicologico_resiliencia.pdf
- Pérez, I., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., & Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Biomédica*, 28(2). Retrieved from <https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/557/590>
- Pérez, M., Simón, M., Molero, M., Martín, A., & Martínez, A. (2018). Inteligencia emocional y empatía como predictores de la autoeficacia en Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería. *REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOLOGÍA Y SALUD*, 9(2), 75-83. Retrieved from <https://www.rips.cop.es/pdf/art162018e16.pdf>
- Reis, D., Fernandes, R., & Conceição, M. (2020). Covid-19 and the pandemic of fear: reflections on mental health. *Rev Saude Publica*, 54:46. Retrieved from <https://scielosp.org/article/rsp/2020.v54/46/>
- Ribero, S., & Agudelo, L. (2016). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos de evitación experiencial. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 29-46. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/799/79943294004.pdf>
- Rodríguez, A., & Pérez, A. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Revista EAN*(82), 179-200. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/ean/n82/0120-8160-ean-82-00179.pdf>
- Rodríguez, A., & Pérez, A. O. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Revista Escuela de Administración de Negocios*,(82), 1-26. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/206/20652069006.pdf>
- Rodríguez, A., Bongiardino, L., Borensztein, L., Aufenacker, S., & Crawley, A. (2020). Sentimientos de soledad y problemas internalizantes frente al distanciamiento social y confinamiento. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 24(2), 57-84. Retrieved from <https://alertausil.com/storage/articulos-cientificos/files/da6faf0290c68d496c238a7aca77c8ddf5e67275.pdf>

- Román, F., & Santibáñez, P. y. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *Acta de investigación Psicológica*, 6(1), 2325-2336. doi:10.1016/S2007-4719(16)30053-9
- Sadok, B., Sadok, V., & Ruiz, P. (2015). *Sinopsis de psiquiatría* (11 ed.). Retrieved from <https://booksmedicos.org/kaplan-sadock-sinopsis-de-psiquiatria-11a-edicion/>
- Saltzman, e. a. (2020). Factores de soledad, aislamiento y apoyo social en la salud mental post-COVID-19. *Trauma Psicológico*, 12(S1), S55-S57. doi:10.1037/tra0000703
- Schuyler, D. (2016). *Ansiedad*. Carolina del Sur: hysicians Postgraduate Press, Inc.
- Silva, E., & Ben, V. y. (2020). Sueño e inmunidad en tiempos de COVID-19. *Revista de la Asociación Médica de Brasil*, 66(2), 143-147. doi:10.1590/1806-9282.66.S2.143
- Suárez, A. (2000). *Estudio de la soledad como factor*. Retrieved from <https://zagan.unizar.es/record/9312/files/TAZ-TFG-2012-719.pdf>
- Torres, F., Irigoyen, V., Moreno, A., Ruilova, E., & Casares, J. y. (2021). Síndrome de Burnout en profesionales de la salud del Ecuador y factores asociados en tiempos de pandemia. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 8(1), 1-11. Retrieved from <http://scielo.iics.una.py/pdf/spmi/v8n1/2312-3893-spmi-8-01-126.pdf>
- UNICEF. (2020). *El impacto de la pandemia en las familias* . Retrieved from <https://www.unicef.org/argentina/media/8646/file/tapa.pdf>
- Urgiles, S. (2021). *Síndrome de burnout en el personal de salud que trabaja en la unidad de terapia intensiva durante la pandemia covid-19 en un hospital de Quito*. Retrieved from Universidad Internacional : <https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/3970/1/PRESENTACION%20DE%20ARTICULO%20CIENTIFICO.pdf>
- Valiente, C., Saiz, J., Valiente, B., & Lombraña, R. M. (2020). nflexibilidad psicológica gestionada por profesionales sanitarios durante el estado de alarma vinculado al COVID-19. *Apuntes de Psicología*, 38(3), 149-158. Retrieved from <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/821/570>
- Vera, B. (2021). Factores de riesgo para COVID-19 en el personal de salud del Servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora, marzo-diciembre 2020. *Horizonte Médico*, 21(3), 1-12. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2021000300002
- Vinueza, A., Aldáz, N., Mera, C., Tapia, S., & Vinueza, M. (2021). Síndrome de Burnout en el personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia por COVID-19. *Correo Científico Médico*, 25(2), 1-17. Retrieved from <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3808/1933>

- Wang, C., Horby, P., & Hayden, F. y. (2020). Un nuevo brote de coronavirus de preocupación mundial para la salud. *Lanceta*, 395(10223), 470 - 473. doi:10.1016/S0140-6736(20)30185-9
- Wauters, M., Zamboni, T., Almeida, C., Arcêncio, R., & Cartagena, D. (2022). Calidad de vida del personal de salud durante la pandemia de COVID-19: revisión exploratoria. *Rev Panam Salud Publica*, 1-9. Retrieved from <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55930/v46e302022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Williams, L. (2017). Defining biotypes for depression and anxiety based on large-scale circuit dysfunction: a theoretical review of the evidence and future directions for clinical translation. *DEPRESSION AND ANXIETY*, 34(1). Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/da.22556>
- Zhang, S., Wang, J., Xie, F., Yin, D., Shi, Y., Zhang, M., . . . Yang, L. C. (2020). Un estudio transversal del agotamiento laboral. *BMC Health Services Research*, 20(193), 1-11. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7068889/>

Apéndices

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado

Estimado/a,

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

¿Quiénes participarán en el estudio?

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

Procedimientos del estudio

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

Beneficios de su participación:

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

Riesgos y molestias:

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

Confidencialidad de los datos:

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

Participación voluntaria:

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

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

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

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

He leído y acepto.

Acepto, firma

Apartado recortable:

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

Desde la UTPL reiteramos nuestro agradecimiento por su participación.

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Género: Masculino Femenino Otro **Edad:** _____ años **Número de hijos:** _____

Ciudad de trabajo: _____ **Nacionalidad:** _____

Estado civil: Soltero Casado/unión libre Viudo Divorciado

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

Profesión: _____ **Título:** _____

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

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

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

Tiempo de experiencia laboral: _____ años _____ meses.

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo Parcial

Tipo de institución: Pública Privada

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

¿Siente que su trabajo consume *tanta energía* que tiene un efecto negativo en su vida privada? Si No

¿Siente que su trabajo toma <i>tanto tiempo</i> que tiene un efecto negativo en su vida privada? Si ___ No ___
¿Hay momentos en los que necesita estar en el trabajo y en casa al mismo tiempo? Si ___ No ___

MBI

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

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

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

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8. Me siento agobiado por el trabajo.							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me encuentro con mucha vitalidad.							
13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

DASS-21

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

0= Nada aplicable en Mí

1= Aplicable a Mí en algún grado

2= Aplicable en Mí en alto grado

3= Muy aplicable en Mí

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

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

AAQ – II

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

- 1= nunca es verdad
- 2= muy rara vez es verdad
- 3= rara vez es verdad
- 4= a veces es verdad
- 5= con frecuencia es verdad
- 6= casi siempre es verdad
- 7= siempre es verdad

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

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

1= Nunca

2= Rara vez

3= A veces

4= Siempre

Con que frecuencia:

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

AUDIT

Por favor responda a las siguientes preguntas según cada opción de respuesta

1.	En el último año ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida que contenga alcohol (cerveza, cocktails, etc.)?	Nunca. (Si su respuesta es esta, pasar directamente a la pregunta 9)	Una vez al mes o menos	2 a 4 veces al mes.	2 ó 3 veces a la semana.	4 ó más veces a la semana.
2.	En el último año ¿Cuántas bebidas (vasos) con alcohol consume en un día típico cuando bebe?	2 o menos	3 ó 4.	5 ó 6.	7 a 9.	10 ó más.
	En el último año:	Nunca	Menos de una vez/mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario.
3.	¿Con qué frecuencia consume 6 o más bebidas (vasos) con alcohol en una ocasión?	0	1	2	3	4
4.	¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	0	1	2	3	4
5.	¿Con qué frecuencia no logró lo que se esperaba de usted por la bebida?	1	2	3	4	5
6.	¿Con qué frecuencia ha consumido bebidas con alcohol al levantarse para aguantar el día, después de embriagarse el día anterior?	1	2	3	4	5
7.	¿Con qué frecuencia se ha sentido culpable por beber?	1	2	3	4	5
8.	¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior por su consumo de alcohol?	1	2	3	4	5

		No	Sí, pero no en el último año.	Sí, en el último año
9.	¿Usted o alguna otra persona han sufrido lesiones como resultado de su consumo de alcohol?	0	2	4
10	¿A algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario le ha preocupado su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que reduzca su consumo?	0	2	4

Calidad de sueño

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

1. Durante el último mes, ¿a qué hora solías acostarte por la noche?: _____
2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) te ha costado quedarte dormido después de acostarte por las noches?: _____
3. Durante el último mes, ¿a qué hora te has levantado habitualmente por la mañana?: _____
4. Durante el último mes, ¿cuántas horas de sueño real has mantenido por las noches? (puede ser diferente del número de horas que estuviste acostado): _____

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

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

- 1= no me ha ocurrido
 2= menos de una vez a la semana
 3= una o dos veces a la semana
 4= tres o más veces a la semana

a.	no poder conciliar el sueño después de 30 minutos de intentarlo:	1	2	3	4
b.	despertarse en mitad de la noche o de madrugada	1	2	3	4
c.	tener que ir al baño	1	2	3	4
d.	no poder respirar adecuadamente	1	2	3	4
e.	tos o ronquidos:	1	2	3	4
f.	sensación de frío:	1	2	3	4
g.	sensación de calor:	1	2	3	4
h.	pesadillas	1	2	3	4
i.	sentir dolor	1	2	3	4

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

Muy buena Muy mala
 Bastante buena Bastante mala

7. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuviste que tomar medicina (prescritas o automedicadas) para poder dormir?

No me ha ocurrido durante el último mes Una o dos veces a la semana
 Menos de una vez a la semana Tres o más veces a la semana

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

No me ha ocurrido durante el último mes Una o dos veces a la semana
 Menos de una vez a la semana Tres o más veces a la semana

9. Durante el último mes, ¿cómo de problemático ha resultado para ti el mantener el entusiasmo por hacer las cosas?

No me ha resultado problemático en absoluto Moderadamente problemático

Solo ligeramente problemático

Muy problemático

10. Tienes pareja o compañero/a de habitación?

No tengo

Si tengo, pero duerme en la misma habitación y distinta cama

Si tengo, pero duerme en otra habitación

Si tengo y duerme en la misma cama

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

1 significa nada cansado y 10 extremadamente cansado

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

Gracias por su participación