



Universidad Del Azuay

**Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la
Educación**

Carrera de Psicología Clínica

**EFFECTOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA
PANDEMIA COVID-19 EN EL PERSONAL DE
SALUD Y ADMINISTRATIVO DEL HOSPITAL
MONTE SINAÍ DE LA CIUDAD DE CUENCA**

Autoras:

**Sofía Camila Carpio Rodríguez; Blanca Liseth SanMartín
Zumba**

Directora:

Mgst. Mayra Padilla Cardoso

Cuenca- Ecuador

2020

DEDICATORIA

A mi familia y seres queridos, por su apoyo constante durante toda mi formación académica.

Lisbeth SanMartín.

A mi familia, a mi novio, a mis seres queridos, a todas las personas que me apoyaron en el transcurso de mi carrera profesional, y en especial a mis padres, ya que sin el apoyo de ellos nada de esto hubiese sido posible.

Sofía Camila Carpio Rodríguez.

AGRADECIMIENTO

A mi familia, en especial a mis padres Bolívar SanMartín y Lucía Zumba por todo su esfuerzo, paciencia, amor y confianza durante este largo trayecto.

A mi tutora, Mgst. Mayra Padilla, por su tiempo, dedicación y respaldo en todo este proceso.

A mi estrella, por haberme ayudado y guiado todo este tiempo.

Lisseth SanMartín.

A Dios por bendecirme y guiarme a lo largo de mi carrera y de mi vida,
A mis padres Iván Carpio y Fernanda Rodríguez por su amor, trabajo, sacrificio, esfuerzo, por la paciencia, los consejos, los valores y principios que me han inculcado, y por ser los promotores de este sueño que ahora se hace realidad.

A mi familia y seres queridos en especial a Loly Mazón por estar en el transcurso de mi vida y mi carrera profesional por apoyarme totalmente.

A mi novio y mejor amigo Mario León por su amor y por ser un apoyo incondicional en mi vida.

A mis profesores que han compartido sus conocimientos conmigo y me han formado.
Y a quien fue mi guía en todo este proceso, mi tutora la Mgst. Mayra Padilla por toda la paciencia, el apoyo, respaldo, la dedicación y brindarme sus conocimientos.

Sofía Camila Carpio Rodríguez.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es determinar los efectos psicológicos en el personal del Hospital Monte Sinaí ocasionado por la pandemia Covid-19. Se trabajará con todo el personal de la institución, tanto de salud como administrativo, con una población de 109 personas, se utilizará un enfoque metodológico cuantitativo, mediante un modelo de investigación correlacional y transversal. Para el apoyo del mismo, se aplicará el test DASS 21, con el cual se podrá obtener resultados de sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés, por otro lado, se aplicará una ficha sociodemográfica para obtener información que apoyará a los resultados del test.

Con este estudio se pretende conocer los niveles de ansiedad, depresión y estrés presentes en el personal del hospital durante el periodo de pandemia Covid-19, también busca aportar con hallazgos que sean significativos para la psicología de la salud ya que es un estudio sobre un virus nuevo.

El estudio demostró que las personas presentan sintomatología entre leve y moderada, aunque las cifras no contienen porcentajes altos, hay personas que presentan síntomas y que se puede convertir en un trastorno si no se trata a tiempo, también se pudo demostrar que las mujeres alcanzan un mayor nivel de ansiedad.

Palabras claves: Covid-19, ansiedad, depresión, estrés.

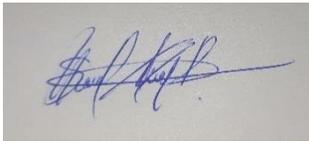
ABSTRACT

The objective of this research was to determine the psychological effects on Monte Sinaí Hospital staff caused by the Covid-19 pandemic. We worked with all the personnel of the institution, both health and administrative, with a population of 109 people. A quantitative methodological approach was used, through a correlational and cross-sectional research model. To support it, the DASS 21 test was applied, with which it was possible to obtain results of anxiety, depressive and stress symptoms. On the other hand, a sociodemographic card was applied to obtain information that supported the results of the test. This study aimed to know the levels of anxiety, depression and stress present in hospital staff during the Covid-19 pandemic period, it also sought to provide findings that were significant for health psychology since it was a study on a new virus.

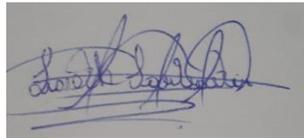
The study showed that people present mild to moderate symptoms, although the figures do not contain high percentages, there are people who have symptoms and that it can become a disorder if it is not treated in time, it could also be shown that women reach a higher level of anxiety.

Keywords: Covid-19, anxiety, depression, stress.

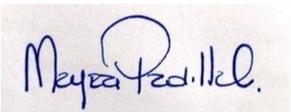
Translated by



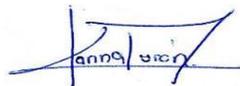
Sofía Carpio



Lisseth SanMartín



Mgst. Mayra Padilla



ÍNDICE

Índice de Contenidos

DEDICATORIA	<i>I</i>
AGRADECIMIENTO	<i>II</i>
RESUMEN	<i>III</i>
ABSTRACT	<i>IV</i>
Índice de Contenidos	<i>V</i>
Índice de Gráficos	<i>VIII</i>
Índice de Tablas	<i>IX</i>
Índice de Anexos	<i>X</i>
Introducción	<i>1</i>
Capítulo I: Conceptualización	<i>2</i>
1.1 Covid-19	<i>2</i>
1.1.1 Concepto	<i>2</i>
1.1.2 Causas	<i>3</i>
1.1.3 Síntomas	<i>4</i>
1.1.4 Consecuencias	<i>5</i>
1.2 Ansiedad	<i>7</i>
1.2.1 Concepto	<i>7</i>
1.2.2 Causas	<i>8</i>
1.2.3 Síntomas	<i>10</i>
1.2.4 Consecuencias	<i>10</i>
1.3 Depresión	<i>12</i>
1.3.1 Concepto	<i>12</i>
1.3.2 Causas	<i>13</i>
1.3.3 Síntomas	<i>17</i>
1.3.4 Consecuencias	<i>19</i>
1.4 Estrés	<i>20</i>
1.4.1 Concepto	<i>20</i>
1.4.2 Causas	<i>22</i>
1.4.3 Síntomas	<i>25</i>
1.4.4 Consecuencias	<i>27</i>
Capítulo II: Estudios relevantes referentes al tema	<i>29</i>

2.1	Introducción	29
2.2	Estudios Internacionales	31
2.2	Estudios Latinoamericanos	36
2.3	Estudios Nacionales	37
Capítulo III: Metodología		39
3.1	Problema de investigación	39
3.2	Objetivo general:	40
3.3	Objetivos específicos:	40
3.4	Hipótesis y / o Preguntas de Investigación:	40
3.5	Diseño	40
3.6	Población y muestra	41
3.7	Criterios de inclusión	41
3.8	Criterios de exclusión	42
3.9	Método	42
3.10	Descripción del proceso:	42
3.11	Herramientas	43
3.11.1	Solicitud para realizar el estudio	43
3.11.2	Consentimiento informado	44
3.11.3	Encuesta de datos sociodemográficos y clínicos	44
3.11.4	Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)	44
3.11.5	Programa estadístico SPSS v 25.	45
Capítulo IV: Resultados		46
4.1	Resultados estadísticos descriptivos	46
4.2	Tablas Cruzadas	52
4.3	Correlaciones	54
4.4	Técnicas	57
4.4.1	Técnicas para disminuir la Ansiedad y Estrés	58
4.4.1.1	Ejercicios Mindfulness	58
4.4.1.2	Autoexploración Corporal (Body-Scan)	59
4.4.1.3	Ejercicio de comer una uva con atención plena	61
4.4.1.4	Ejercicio de Respiración	62
4.4.2	Técnicas para la depresión	63
4.4.2.1	Establece objetivos en tu vida	63
4.4.2.2	Método para activarte	63
4.4.2.3	Mensajes positivos	64
CONCLUSIONES		65
		VI

DISCUSIÓN	67
RECOMENDACIONES	69
REFERENCIAS	70
ANEXOS	77

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Frecuencias de los resultados obtenidos en el test DASS-21-Depresión.	50
Gráfico 2. Frecuencias de los resultados obtenidos en el test DASS-21-Ansiedad.	50
Gráfico 3. Frecuencias de los resultados obtenidos en el test DASS-21-Estrés.	51

Índice de Tablas

Tabla 1.	Frecuencias de las variables: sexo, edad.	46
Tabla 2.	Frecuencia de la variable Presencia de Síntomas percibidos por el personal.	48
Tabla 3.	Resultados de la sintomatología.	51
Tabla 4.	Tabla cruzada Sexo*Ansiedad.	53
Tabla 5.	Causa de los Síntomas*Depresión.	55
Tabla 6.	Causa de los Síntomas*Ansiedad.	56
Tabla 7.	Causa de los Síntomas*Estrés.	57

Índice de Anexos

Anexo 1.	Solicitud para realizar el estudio.	77
Anexo 2.	Consentimiento informado.	79
Anexo 3.	Encuesta de datos sociodemográficos y clínicos.	81
Anexo 4.	Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21).	85

Introducción

En los siguientes capítulos se abordarán diferentes temáticas; el primer capítulo, hablará de la conceptualización general de la investigación, explicando conceptos básicos entre sintomatología, causas, consecuencias; el segundo capítulo, tratará sobre los estudios relevantes realizados en diferentes países sobre el tema; el tercer capítulo, hablará sobre la metodología utilizada en el estudio, incluyendo la explicación de las herramientas aplicadas para llevarlo a cabo; en el cuarto capítulo, se mostrarán los resultados obtenidos en la investigación demostrando o reprobando las hipótesis planteadas.

Capítulo I: Conceptualización

Este capítulo abordará la conceptualización de los términos utilizados en la investigación, empezando por lo básico, la explicación de cada término, como: Covid-19, ansiedad, depresión y estrés, hasta lo más complejo, como: las causas, sintomatología y consecuencias de las mismas.

1.1 Covid-19

1.1.1 Concepto

Ruiz, Arcaño, y Pérez (2020) afirman que las epidemias han formado parte de la historia de la humanidad, debido a que a lo largo del tiempo han existido varios virus y enfermedades como, por ejemplo, en el siglo XIV los brotes de cólera, la epidemia del VIH, el virus de Ébola, el MERS-Co en el 2019 y el actual Covid-19.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los coronavirus también conocidos por su abreviatura (CoV), son una gran familia de virus, que tienen diferentes padecimientos, desde el resfriado común hasta enfermedades más graves. El coronavirus (MERS-CoV), apareció en el 2012, es causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio; el SRAS-CoV que se dio en el 2003, ocasiona el síndrome respiratorio agudo severo; y el actual Covid-19, éste último tiene un genoma diferente al de otros y, por lo tanto, aún no se sabe cómo abordarlo (OMS, 2020).

El coronavirus es un nuevo virus llamado también Covid-19, surgió en Wuhan, China, a finales del año 2019, manifestándose y causando enfermedades respiratorias, digestivas y sistémicas que afectan la salud de los seres humanos, éste pertenece a la familia Betacoronavirus, puede infectar neumocitos tipo 2 y células epiteliales bronquiales ciliadas. Estudios demuestran que son virus de ARN monocatenarios fáciles de mutar, lo cual le da la capacidad de adaptarse rápidamente a nuevos cuerpos, es por eso que se volvió una pandemia (Bonilla, Villamil, Rabaan, y Rodríguez, 2018).

1.1.2 Causas

La causa de la enfermedad es desconocida, sin embargo el coronavirus es muy común en diferentes especies de animales como los camellos y el ganado en general, sin embargo la transmisión de la enfermedad entre animales y humanos no es común, esta nueva cepa puede originarse en los murciélagos, otro estudio sugiere que los pangolines pueden ser los causantes de la enfermedad, no obstante, no se sabe a ciencia cierta cómo se propago el virus a los humanos, estudios aseguran que los primeros casos de SARS-CoV-2 se dieron el mercado de mariscos y animales en Wuhan y es posible que desde ahí el virus comenzara a extenderse (Kandola, 2020).

Como lo afirma Cortés & O'Higgins (2020) “se cree que el reservorio natural del SARS-CoV-2 serían murciélagos, e intermediarios serían serpientes u otros animales” (p. 125). Al igual que muchos animales, los murciélagos son portadores de virus y al generarse una interacción con los humanos, los virus pudieron mutar a las células humanas, transmitiendo el coronavirus (Torres y Landines, 2020).

La familia del coronavirus puede causar resfriados, infecciones, neumonías, problemas respiratorios, por otro lado, la enfermedad se puede agravar y en la actualidad es una de las principales causantes de muerte (OMS, 2020).

La enfermedad puede contagiarse de persona a persona mediante las gotículas procedentes de la nariz o la boca que salen desde una persona infectada que tose o exhala. Las gotículas pueden quedarse en objetos o zonas que rodean el diario vivir de las personas, de modo que cualquier otra persona puede contagiarse con el Covid-19 si en caso tocan estos objetos y las manos son llevadas a la nariz o la boca o al estar en contacto con la persona contagiada, debido a que puede inhalar las gotículas contaminadas desechadas por la otra persona, he ahí la importancia de usar mascarilla, lavado de manos frecuente, el uso de desinfectante que

contenga alcohol, alcohol antiséptico y mantenerse a un metro de distancia de cualquier persona (OMS, 2020).

El Covid-19 es una de las causas principales para que los gobiernos impongan un aislamiento total; debido a que los gobiernos piensan que es la estrategia más eficaz para detener su contagio (Otero, y et al, 2020).

El confinamiento es una ley general que imponen los gobiernos en los países y ciudades para que las personas eviten lugares concurridos y llenos de gente, previniendo de esta manera una creciente de contagios, cerrando escuelas, colegios, universidades, poniendo horarios de salida de la gente y restringiendo restaurantes, bares, discotecas, cambiando de horario a los trabajadores y reduciendo el personal de las empresas que tengan más de 15 trabajadores a un 50% dándoles turnos, cerrando todo lugar público que tenga más de 15 personas o que pueda haber un posible contagio (El Universo, 2020).

1.1.3 Síntomas

Los síntomas de la enfermedad Covid-19 varían de persona a persona, debido a esto, con el pasar de las semanas se descubren nuevos síntomas, además, el cuadro clínico se va complicando gradualmente yendo desde síntomas leves hasta graves. A pesar de los síntomas y la gravedad, algunos pacientes positivos pueden presentarse asintomáticos y es por esta razón que su cuadro clínico se complica, por otro lado, hay pacientes que pueden recuperarse en casa cuando estos presentan síntomas leves (Valentin, Moreno, y Florentini, 2020).

Entre los síntomas leves se encuentra la fiebre, el cansancio, dolor muscular, tos seca, algunos pacientes pueden presentar dolores, anosmia, disgeusia, congestión nasal, rinorrea, dolor de garganta o diarrea; estos síntomas suelen aparecer gradualmente (Valentin, y et al, 2020).

Se sugiere que las personas que presentan los síntomas leves deben acudir de inmediato a la atención médica; alrededor del 80% de pacientes con síntomas leves se recuperan de la enfermedad sin necesidad de recibir ningún tratamiento especial (Valentin, y et al, 2020).

Aproximadamente 1 de cada 6 personas que tienen Covid-19 pueden desarrollar síntomas graves, como problemas respiratorios agudos, dificultad para respirar, lesión cardíaca aguda, infecciones, algunos pacientes requieren el ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI), y algunos requieren intubación en casos más extremos (Huang, Wang, Ren, Zhao, y Hu, 2020).

Las personas mayores de 60 años o las personas que padezcan alguna afección médica como hipertensión arterial, problemas cardíacos, diabetes o alguna enfermedad grave o crónica tienen más probabilidades de desarrollar los síntomas graves del Covid-19 (Huang, y et al, 2020).

1.1.4 Consecuencias

Este problema trae consecuencias no solo para la salud, sino también en el orden económico, social y psicológico, a nivel local e internacional (Ruiz, y et al, 2020).

Los trabajadores del ámbito de la salud se encuentran en contacto constante con pacientes que presentan un diagnóstico positivo de Covid-19 o casos sospechosos, esto puede tener efectos a nivel emocional, con la presencia de estados de pánico, temor a contraer la enfermedad o contagiar a otros, por otro lado, los trabajadores no solo presentan estrés a nivel laboral por miedo al contagio, sino también dentro del hogar, debido a que deben cumplir con diferentes quehaceres, y en caso de que existan niños en casa cumplir con el cuidado de los mismos y la educación de ellos (Yagüe, 2020).

Resistir una cuarentena podría incitar aburrimiento, ira, angustia mental, soledad, cuadros de ansiedad, depresión y estrés, sumándole la carga laboral y al miedo incesable de contagio, y podría llegar hasta causar insomnio, temores, crisis de pánico, hipocondrías (asociado lo

fisiológico con lo mental), desarrollando así enfermedades psicológicas causadas por la pandemia Covid-19, estos síntomas podrían presentarse tanto en el puesto de trabajo, así como en el hogar (Ruiz, y et al, 2020).

Los casos confirmados de personas infectadas se han extendido a Estados Unidos, Unión Europea y a los países grandes medianos y pequeños, debido a esto se esperan mayores impactos en lo económico. Según estudios existen 6 canales que impactarán la economía, en primer lugar, se encuentra la actividad económica disminuida por sus fundamentales socios comerciales; en segundo lugar, está el declive de productos primarios por la disminución de los precios; en tercero, la interrupción de las cadenas de valor mundiales; en cuarto, menor demanda de actividad turística; en quinto, reducción de las remesas; y por último, la intensificación de la aversión al riesgo y el deterioro de las condiciones financieras mundiales (Bárcena, 2020).

La clase trabajadora es la más afectada, dentro de esta, se encuentran los trabajadores de primera línea que se llevan la peor parte, ya que, son la fuerza laboral que soporta el mayor riesgo de contraer Covid-19, sumándole la carga familiar, y por otra parte, están los trabajadores de diferentes áreas en general, que se encuentran con la incertidumbre de ser despedidos y quedarse sin recursos para subsistir, debido al repliegue económico impuesto por el virus y por último está quién tiene las posibilidades y puede trabajar en casa y quién no (Harvey, 2020).

La situación empeora, ya que al estar en contacto con personas infectadas tienen las facilidades de aislarse o quedarse en cuarentena teniendo o no salario porque tienen un estatus económico bueno, sin embargo, están las personas que no pueden aislarse por las pocas posibilidades económicas, debido a que, si no trabajan, no comen. El avance del Covid-19 no se fija en características como la clase social, género y raza, los trabajadores de USA (que comprende a afroamericanos, hispanos y mujeres con salario), se enfrenta al desagradable

dilema de contaminarse; mantener los puntos claves de abastecimiento, como tiendas de comestibles, abiertos o el desempleo (Harvey, 2020).

En un estudio realizado en Argentina sobre las emociones en tiempo de Covid-19, se analizaron datos sobre la angustia, el miedo y la incertidumbre; en el cual predomina la incertidumbre que expresa un sentimiento generalizado de preocupación en la población, sentimiento que se vincula propio a la situación de pandemia. El miedo está en segundo lugar, donde se encaja la ansiedad y el pánico, por último, la angustia que envuelve sentimientos de tristeza, depresión y soledad y en ocasiones el sentimiento se vincula a otras personas como a seres queridos o la situación de exclusión total (Jhonson, Saletti, y Tumas, 2020).

1.2 Ansiedad

1.2.1 Concepto

El término ansiedad proviene del latín “anxietas”, que significa aflicción. Es un estado de malestar generalizado psicofísico que se caracteriza por la inquietud, inseguridad, intranquilidad ante la vivencia de una amenaza de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal, distorsionada o sobrevalorada de la amenaza (Virues, 2005).

Según Ayuso (1988) la ansiedad es un estado afectivo de temor, inseguridad, tensión o alerta. Es un afecto que mira al presente y al futuro.

En la actualidad, la ansiedad tiende a ser catalogada como una reacción emocional ante la percepción de un peligro o amenaza, que se manifiesta mediante un conjunto de respuestas agrupadas en tres sistemas: cognitivo o subjetivo, fisiológico o corporal y motor (Tobal, 1996).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) afirma que la ansiedad está relacionada con la preocupación de varios temas como el trabajo, el rendimiento académico, que la persona percibe difíciles de controlar, además el sujeto

experimenta síntomas físicos como psicológicos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

1.2.2 Causas

La etiopatogenia de los trastornos de ansiedad constituye un modelo complejo, donde interactúan múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje (Reyes, 2010). Dentro de esta etiología multifactorial se menciona la presencia de factores de riesgo y factores protectores que influyen en la expresión de este trastorno. (Somers, y et al, 2006). Desde el punto de vista neurobiológico, la ansiedad tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral (núcleos del Ráfé, locus ceruleus) que están implicadas en el desarrollo y transmisión de la angustia, y el hipocampo y la amígdala pertenecientes al sistema límbico. El sistema GABA es el neurotransmisor de acción inhibitoria más importante, a veces funciona como ansiolítico y otras como generador de angustia. También el sistema serotoninérgico es importante, ya que juega un papel tranquilizante o lo contrario, pues está en estrecha interacción con la adrenalina y la dopamina. Ciertas hormonas tienen un rol destacado en todo lo referente al estrés (cortisol, ACTH, etc.) y en la ansiedad (Ylla, 2009).

También se debe considerar:

1.2.2.1 Factores biológicos

Los factores genéticos son importantes en la predisposición de los trastornos de ansiedad (TA) (Hernández, Fernández, Horga de la Parte, y Navarro, 2012). La vulnerabilidad genética se ha encontrado en la mayoría de los TA, pero con mayor contundencia en el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social (Reyes, 2010).

1.2.2.2 Factores psicosociales

Los estresores psicosociales (interpersonal, laboral, socioeconómico, etc.) juegan un papel muy importante en muchos de los TA, como factores precipitantes, agravantes o causales de

los TA y trastornos de adaptación. (Hernández, y et al, 2012; Reyes, 2010). Se ha aludido que el tipo de educación en la infancia predispone al TA en la edad adulta, sin embargo, no se han identificado causas específicas de ello (Hernández, y et al, 2012).

1.2.2.3 Factores traumáticos

Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal (accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc.) suele provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad. (Hernández, y et al, 2012; Reyes, 2010).

1.2.2.4 Factores psicodinámicos

La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenaza desde el interior en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo. La ansiedad como señal de alarma provoca que el “yo” adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contienen, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos y obsesivo compulsivos (Reyes, 2010).

1.2.2.5 Factores cognitivos y conductuales

Se considera que los patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) anteceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración de la amenaza de los estímulos y una infravaloración de los potenciales personales. También por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás (Reyes, 2010).

Según los estudios de las epidemias y pandemias pasadas, se evidencia que los pacientes y el personal que labora en el área de salud o en hospitales pueden atravesar por situaciones de miedo a la muerte, sentimientos de soledad, tristeza e irritabilidad (Huarcaya, 2020).

Estudios demuestran que las personas que trabajan en el área de salud o en un hospital en las diferentes áreas experimentan una enorme presión ante la exposición y el riesgo de un posible contagio, el aislamiento, el incremento de la demanda de trabajo, la frustración, el cansancio por las largas jornadas laborales, falta de contacto con sus familiares y trato con pacientes, que expresan emociones negativas (Huarcaya, 2020).

1.2.3 Síntomas

Según el manual de diagnóstico DSM-V los síntomas de los trastornos de ansiedad se caracterizan por:

- Miedo: respuesta emocional a una amenaza inminente
- Ansiedad: respuesta anticipatoria a una amenaza futura
- Tensión muscular
- Hipervigilancia
- Crisis de pánico
- Facilidad para fatigarse
- Sensación de estar atrapado
- Dificultad para concentrarse
- Problemas del sueño
- Dificultad para controlar la preocupación

Con el objetivo de minimizar dicha sintomatología la persona puede presentar conductas de evitación. De igual manera, es importante considerar la diferencia entre ansiedad transitoria y trastorno de ansiedad, siendo la última, caracterizada por la presencia de los síntomas por un periodo superior a seis meses (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

1.2.4 Consecuencias

Beck (2013) afirma que la ansiedad interfiere directamente en el campo adaptativo afectivo-emocional, ante la amenaza que se presenta, y ya de forma general en el ámbito

social y en el funcionamiento laboral de la persona es decir en la vida cotidiana, también el miedo o la ansiedad interfieren en la satisfacción y en el disfrute de la vida plena, incluso en el manual para diagnosticar ansiedad se encuentra en uno de los criterios que si la ansiedad interfiere significativamente en la rutina normal de la persona, funcionamiento ocupacional, o en las actividades sociales y relacionales los mismos que son consecuencia del trastorno.

Pruthi (2018) asegura que la ansiedad interfiere con las actividades cotidianas, puede durar un largo tiempo, y la persona que la padece tiende a evitar acudir a ciertos lugares incluso dejar de presentarse a trabajar.

Pruthi (2018) asocia a la ansiedad como un factor de riesgo para la presencia de enfermedades como:

- Trastornos respiratorios, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o el asma.
- Uso inadecuado de sustancias o abstinencia.
- Abstinencia del alcohol, de medicamentos contra la ansiedad (benzodiazepinas) o de otros medicamentos.
- Dolor crónico o síndrome de intestino irritable.
- Diabetes.
- Problemas de tiroides, como el hipertiroidismo.
- Cardiacas.
- Disminución de las defensas.
- Tumores poco frecuentes que producen hormonas de reacción de “luchar o huir”.

Enfermedades de tipo Psicológicas (Pruthi, 2018):

- Traumas, los eventos traumáticos tienen mayor riesgo de manifestar un trastorno de ansiedad en algún momento de la vida.

- Estrés debido a una enfermedad, tener un problema de salud o una enfermedad grave puede causar gran preocupación acerca de cuestiones como el tratamiento y el futuro.

De acuerdo al reporte de Pruthi (2018) la ansiedad se relaciona con enfermedades más graves como:

- Abuso de sustancias.
- Problemas para dormir (insomnio).
- Problemas digestivos o intestinales.
- Dolor de cabeza y dolor crónico.
- Aislamiento social.
- Problemas en el trabajo.
- Mala calidad de vida.
- Suicidio.

Según García, de la Fuente, Sáiz, García, y Bobes (2020), la pandemia ha causado una emergencia sanitaria a nivel mundial, desarrollando enfermedades o síntomas psicológicos en las personas que están expuestas al contagio, como los son el personal de hospitales, caracterizados por ser el personal de primera línea. Entre estas enfermedades está la ansiedad, que puede estar asociada con un mayor consumo de sustancias como alcohol y tabaco, esto podría ser una conducta evitativa para tratar de reducir dicha sintomatología, la persona sin saber puede estar presentando un cuadro de ansiedad transitorio debido a todo lo antes mencionado.

1.3 Depresión

1.3.1 Concepto

Beck (2002) define la depresión como el resultado de una interpretación errónea a una situación o acontecimiento que el paciente afronta.

La depresión es un trastorno mental frecuente, se caracteriza por la presencia de tristeza, anhedonia, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2017).

1.3.2 Causas

Según la OMS (2020) quienes han atravesado circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumas psicológicos) son más propensos a sufrir depresión. A su vez, ésta puede generar más estrés y disfunción y empeorar la situación vital de quien lo padece. Es por esto, que la depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

Guadarrama, Escobar, y Zhang (2006) consideran que la depresión tiene muchas causas, entre las cuales están: factores genéticos; factores químicos (alteraciones de neurotransmisores); factores psicosociales, como experiencias adversas en la infancia, dificultades cotidianas y crónicas, sucesos indeseables en la vida, red social limitada, baja autoestima.

En la mayoría de los pacientes, la combinación de factores familiares, biológicos, psicológicos y sociales causan los episodios depresivos, los cuales desarrollan su capacidad patológica a través del tiempo (Guadarrama, y et al, 2006).

También se debe considerar:

1.3.2.1 Factores genéticos

La influencia genética es más marcada en pacientes con formas graves de trastorno depresivo y síntomas de depresión endógena. El riesgo de morbilidad en parientes de primer grado (padres, hermanos o hijos) se ha acrecentado en todos los estudios que se han realizado, y es independiente de los efectos del ambiente o educación. Los marcadores

genéticos potenciales para los trastornos del talante han sido localizados en los cromosomas X, 4, 5, 11, 18 y 21 (Baldwin, y Birtwistle, 2002).

En un estudio reciente, se realizaron pruebas para conocer por qué experiencias estresantes llevaron a la depresión a algunas personas pero no a otras. Los resultados arrojaron que un polimorfismo funcional en la región promotora del gen transportador de la serotonina (5-HTT) modificaba la influencia de los eventos estresantes cotidianos en la depresión. En los sujetos que poseen una o dos copias del alelo corto del 5-HTT se evidenciaron más síntomas depresivos, depresión diagnosticable y tendencias suicidas con relación a eventos estresantes en comparación con los individuos con un solo alelo. Ese estudio epidemiológico proporciona la evidencia de la interacción genético-ambiental, en la cual la respuesta de un individuo a los estímulos ambientales es dada por la organización genética del mismo (Caspi, y et al, 2003).

1.3.2.2 Alteraciones de neurotransmisores

Existe evidencia que los niveles anormales de serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT), norepinefrina y dopamina, neurotransmisores aminérgicos, que intervienen en las neuronas del sistema nervioso central, podrían ser significativos en la fisiopatología de la depresión (Baldwin, y Birtwistle, 2002).

Serotonina

La serotonina cumple una importante acción en el talante, conducta, movimiento, evaluación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardiacas y el ciclo de sueño-vigilia. En los núcleos del rafé se produce la mayor cantidad de serotonina, esencialmente en el noveno núcleo del rafé, que se halla encordado entre la línea media del puente y el bulbo raquídeo, estructuras que forman parte del tallo cerebral (Blows, 2000).

La serotonina es generada a partir del aminoácido triptófano, el cual es trasladado a través de la barrera hemato-encefálica hasta las neuronas por el gran transportador neutral de aminoácidos (LNAA). El LNAA también mueve otros aminoácidos: tirosina, valina, leucina e isoleucina por medio de la barrera hematoencefálica. El triptófano debe combatir con estos otros aminoácidos para el transporte en el cerebro. Por lo tanto, la cantidad de triptófano transportado depende tanto de su concentración como de la concentración de los otros aminoácidos en el cuerpo, ya dentro de la neurona, se lleva a cabo el proceso de síntesis de serotonina (Blows, 2000).

Noradrenalina

El locus coeruleus (LC) es el núcleo del encéfalo, en el tallo cerebral, que produce la noradrenalina (NA); las neuronas del LC envían sus axones principalmente a las estructuras límbicas, que contienen la amígdala, la formación hipocámpica y la corteza prefrontal. El locus coeruleus, es parte de la formación reticular, tiene actividad tónica como marcapaso. La actividad de las neuronas del LC incrementa significativamente en la vigilia y en episodios de estrés, en los cuales su actividad neuronal alcanza niveles de intensidad máxima, y de esa manera consigue alertar al organismo lo necesario para sobrevivir. Es lógico aceptar que el estrés crónico produce depresión reactiva, como se observa en los modelos animales de depresión, y que las reservas de NA en el LC obviamente tienden a llenarse, lo que lleva a mantener el estado de depresión reactiva; en el caso de individuos con depresión secundaria al estrés crónico ocurre un fenómeno fisiológico similar (Pavcovich, Cancela, Volosin, Molina, y Ramirez, 1990).

La falta de este neurotransmisor o su inestabilidad con la serotonina puede ser la causa de psicosis depresiva unipolar o bipolar; los medicamentos antidepresivos específicos están encaminados a mejorar la actividad de la noradrenalina en la sinapsis (Blows, 2000).

Dopamina

La dopamina es una catecolamina que se forma por las neuronas pigmentadas en la parte compacta del Locus níger; y en neuronas de la parte ventral del tegmento mesencefálico; de aquí se origina la vía que está entre la substantianigra y el cuerpo estriado (vía nigroestriada), la vía que va del área tegmental ventral del mesencéfalo hacia el nucleus accumbens del sistema límbico y a la corteza prefrontal (vía mesolímbico-cortical). Una tercera vía dopaminérgica se forma de neuronas del túbulo de la hipófisis a la adenohipófisis (vía tuberohipofisaria), sin embargo, esta última únicamente participa en la síntesis de prolactina. Este neurotransmisor, en las vías mesocortical y mesolímbica, interviene en el mantenimiento del estado de alerta. Proviene del aminoácido tirosina y la síntesis es por la misma vía que para la noradrenalina (Blows, 2000).

La serotonina y la noradrenalina tienen fuerte dominio en los patrones de conducta y función mental, mientras que la dopamina está implicada en la función motriz. Estas tres sustancias son esenciales para un funcionamiento normal del cerebro; por esta razón, dichos neurotransmisores han sido el foco de estudios neurocientíficos durante muchos años (Blows, 2000).

Harvey, McEwen, y Stein (2003) consideran importante la interacción de estos tres neurotransmisores, puesto que desde hace 50 años existe la denominada “hipótesis de las monoaminas en la depresión”, que se ha utilizado para exponer los efectos benéficos de los antidepresivos tricíclicos y de los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO). En su forma inicial la hipótesis planteó que la depresión era originada por un déficit funcional de las monoaminas, noradrenalina y serotonina en sitios claves del cerebro, mientras que la manía era provocada por el exceso funcional de éstas; y que los agentes antidepresivos ejercían su

efecto facilitando la neurotransmisión monoaminérgica a través del incremento de los niveles de las monoaminas en las terminales sinápticas.

La clínica psiquiátrica identifica los trastornos de personalidad asociados con la depresión, como la personalidad ciclotímica, la personalidad histriónica y la personalidad obsesivo-compulsiva (Nemiah, 1982).

La depresión no solo forma parte de un problema médico, sino también de un fenómeno social (Díaz, Torres, Urrutia, Moreno, Font, y Cardona, 2006). Entre las causas sociales que contribuyen en la aparición del trastorno se encuentran: la separación matrimonial, el divorcio, pertenecer a clases inferiores, la situación socioeconómica no favorable, la inestabilidad laboral, el aislamiento social, los conflictos en el área familiar o laboral (Infante, González, Ramos, y Marino, 2000).

En lo referente a los estresores laborales, Gong, y et al (2014), han hecho hincapié en algunos como: el elevado número de horas laborales, la cantidad de turnos nocturnos. También consideran como elementos dañinos para la salud mental de los trabajadores del área de salud las requerimientos o demandas psicológicas relacionadas con la atención a los pacientes, y los años de experiencia adquiridas en los servicios de urgencias (Erdur, Ergin, Turkcuer, Parlak, Ergin, y Boz, 2006). Algunas investigaciones también han demostrado que la presión laboral está asociado con la depresión y al agotamiento emocional en el personal de salud, debido a que su trabajo se caracteriza por la insuficiente autonomía y grandes exigencias psicológicas (Wood, y et al, 2011).

1.3.3 Síntomas

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) los síntomas de la depresión son:

- Estado de ánimo depresivo.
- Disminución importante del interés o el placer en casi todas las actividades.

- Apetito aumentado o disminuido, o pérdida importante (no relacionada con la dieta) o incremento en el peso corporal (p. ej. ≥ 5 % en un mes).
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o inhibición psicomotora.
- Sensación de fatiga o pérdida de energía.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones.
- Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temores a la muerte), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intentos de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Por otro lado, Thomen (2020), considera que los síntomas generales de la depresión se dividen en 5 grupos:

1. Síntomas psicológicos de la depresión:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
- Sentimiento de inutilidad y/o culpabilidad excesiva o inapropiada.
- Pensamientos de muerte recurrentes, no únicamente temor a morir, presencia de ideas suicidas recurrentes, sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para realizarlo.

2. Síntomas físicos de la depresión:

- Alteraciones del sueño como insomnio o hipersomnia.
- Pérdida o incremento de peso.
- Movimientos disminuidos, lentos y sin energías.

3. Síntomas conductuales de la depresión:

- Presencia de una importante disminución del interés o el placer por la realización de actividades sobre las cuales antes se disfrutaba.

4. Síntomas cognitivos de la depresión:

- Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse y/o para tomar decisiones.

5. Síntomas sociales de la depresión:

- Aislamiento de relaciones personales y en los ambientes en los que se solía frecuentar.

1.3.4 Consecuencias

La depresión es una alteración del estado de ánimo que produce pérdida de interés en la realización de las actividades cotidianas, disminución de la confianza personal, sentimiento de inferioridad, ideas de culpa, falta de concentración, abundancia en el sentimiento de incompetencia y cansancio. Los efectos de la depresión no atendida son graduales y de variable intensidad, que van desde el detrimento de la calidad de vida hasta el suicidio (OMS, 2010).

Montesó (2008) en su tesis doctoral, menciona que en la depresión leve existe una merma en el interés por la realización de actividades placenteras; en las depresiones más graves, el individuo puede refugiarse en actividades que le resulten en una gratificación inmediata como consumir sustancias, comer o beber en abundancia, las personas se tornan anhedónicas, también se produce una pérdida de vínculos afectivos que inician con la insatisfacción de las relaciones familiares, siendo indiferentes con aquellos que les rodean, culminando con la dispersión de todos los miembros de la familia.

Toral, Aguilar, y Juárez (2009) indican que la depresión afecta en la vida laboral de las personas y determina la disminución en su efectividad en el trabajo, fenómeno conocido como “Síndrome de Burnout” o desgaste profesional. En el área de salud, puede considerarse más severo, ya que se pueden darse un mayor número de incidentes o iatrogenias por el carácter de la profesión, también puede causar una deficiente calidad y calidez en la atención de los pacientes, lo cual repercute en el proceso de recuperación (Rosales, Gallardo, y Conde, 2005).

1.4 Estrés

1.4.1 Concepto

El estrés es una reacción fisiológica inducida por alguna situación difícil, ya sea física o emocional, por lo que el organismo responde con distintas reacciones de defensa. Muchas veces este mecanismo de defensa de inmutable tensión obliga al cuerpo a dar el máximo y a la larga finaliza habitualmente en forma de algún tipo de enfermedad o problema de salud (Ávila, 2014).

Es también un proceso natural del cuerpo humano, que crea una respuesta automática ante situaciones externas que resultan amenazadoras o retadoras, que necesita de una movilización de recursos físicos, mentales y conductuales para afrontarlo, y que a veces alteran el equilibrio emocional de la persona (Orlandini, 1999).

Labrador (1992) hace referencia al estrés como un proceso interactivo complejo, que está determinado, principalmente, por la discordancia entre las demandas del medio y los recursos del sujeto para enfrentarlo, es decir, por la valoración realista o alterada, que la persona ejecuta sobre los estímulos o situaciones de su medio y su capacidad para controlarlos.

Neidhardt, Weinstein, y Conry (1989) mencionan que el doctor Hans Selye, considerado un experto en temas del estrés, lo define como la proporción de deterioro y agotamiento acumulado en el cuerpo. Un estrés descomunal debido a un estímulo demasiado grande, puede llevar a la angustia; es decir, al distrés. Se quiebra la armonía entre el cuerpo y la mente, lo que imposibilita responder de una manera adecuada a las situaciones cotidianas.

El término eustrés, se utiliza para precisar la situación en la que la salud física y el bienestar mental óptimos, facilitan que el cuerpo en su totalidad alcance su máximo potencial. Este estado se relaciona con la claridad mental y las condiciones físicas recomendables (Neidhardt, y et al, 1989).

El estrés no se da de manera imprevista. El organismo del ser humano tiene la capacidad de detectar las señales ante un nuevo estímulo, desde que surge hasta que logra su máximo efecto, cruzando tres fases: alarma, resistencia y agotamiento (Melgosa, 1995).

La primera fase de “alarma”, establece la clara advertencia de la presencia de un agente estresante. Las reacciones fisiológicas ante este agente son las primeras que surgen para advertir al sujeto que debe ponerse en estado de alerta una vez descubierta la situación; por ejemplo, cuando existe abundante trabajo o estudio, en esta fase se lo puede enfrentar y solventar de la manera más adecuado, por lo cual la verdadera señal de estrés no logra concretarse. Únicamente cuando la barrera estresante supera al individuo y éste comprende que sus recursos no son suficientes, puede decirse que se percata del estrés existente, lo que lo ubica en la fase de alarma (Melgosa, 1995).

Cuando el estrés alarga su presencia más allá de la fase de alarma, el sujeto ingresa en la segunda fase, designada “resistencia”. En esta etapa, procura continuar lidiando con la situación, pero se concientiza que su capacidad posee un límite, dando como resultado el sufrimiento y la frustración. Comienza a darse cuenta que está perdiendo mucha energía y su productividad disminuye, por lo que intenta progresar, pero no halla el modo; esto hace que la situación se transforme en un círculo vicioso, en especial cuando va seguida de ansiedad por un posible fracaso (Melgosa, 1995).

Posteriormente, se da la fase de “agotamiento” que es la última fase del estrés. Se caracteriza por la fatiga, la ansiedad y la depresión, las cuales pueden emerger de manera individual o paralelamente. La fatiga abarca un cansancio que no se repone con el sueño nocturno, y generalmente va combinado con nerviosismo, irritabilidad, tensión e ira. Respecto de la ansiedad, el individuo lo vive ante una variedad de situaciones, no solo frente al agente estresante, sino también frente a experiencias que normalmente no la causarían. En cuanto a la depresión, el individuo no posee motivación para hallar agrado en sus actividades,

sufre de insomnio, pensamientos pesimistas y los sentimientos hacia sí mismo son cada vez más negativos (Melgosa, 1995).

Lazarus y Folkman (1986), mencionan que el estrés laboral se ocasiona cuando la persona contempla que las demandas laborales son superiores o exceden sus recursos de adaptación ante dicha situación. Por lo tanto, el estrés laboral hace referencia a un proceso de interacción complejo establecido por las características del empleado y del entorno de trabajo.

1.4.2 Causas

En general, puede señalarse la existencia de dos grandes fuentes primordiales del estrés. En primer lugar, se encuentran los agentes estresantes que proceden de circunstancias externas como del ambiente, la familia, el trabajo, el estudio, entre otras. En segundo lugar, está el estrés producido por la persona misma, es decir, por sus propias características de personalidad y por su manera personal de enfrentar y solucionar los problemas (Naranjo, 2009).

Por otra parte, los factores que producen estrés no siempre son conocidos, pueden ser ignorados, subestimados, inconscientes y manifiestos exclusivamente después de un diálogo o un análisis. Las angustias, las fobias y las obsesiones provocan estrés. Su origen es frecuentemente inconsciente y va de la mano con antiguos traumatismos físicos o psicoafectivos. Los trastornos mentales, las depresiones y la neurosis son a la vez una fuente de estrés y la consecuencia de circunstancias causantes de este, las cuales pueden ser conscientes o generalmente inconscientes y se remontan hasta la infancia. La frustración, estar atento constantemente de un asunto, el temor, el recelo, el sentimiento de insatisfacción, la ausencia de motivación y de sentido de la vida son otras causas del origen inconsciente de una tensión psicológica permanente (Bensabat, 1987).

Friedman y Rosenman (1959) establecieron la distinción entre dos tipos de personalidades, a las que denominaron el tipo A y el tipo B; además, consecutivamente se indica un tipo C.

El tipo A es extrovertido; concierne a las personas que expresan su respuesta al estrés por medio de reacciones descomunales. El menor disgusto se convierte en irritabilidad y en excesos significativos y desproporcionados de cólera en relación con los factores estresantes. Este tipo de personalidad responde a personas ambiciosas e impulsivas que viven continuamente bajo tensión, asumen una actitud de competencia con el medio y con sí mismas ambicionando siempre hacer más y ser mejores, son perfeccionistas. Estas personas disponen un sentido agudo de la realidad, son impacientes crónicos, tienen dificultades para relajarse, se sumergen en sus trabajos, sacrificando otras áreas de su vida, como la familiar y la afectiva.

Las personas con el tipo de personalidad C, son introvertidas y obsesivas. Conciernen a las personas que interiorizan su reacción al estrés. Simulan ser resignadas y tranquilas, pero se trata de falsas calmas, ya que padecen en silencio.

El tipo de personalidad B es intermedio, se trata de la forma ideal de comportamiento. Incumbe a los sujetos que dominan de manera apropiada y natural su estrés, reaccionan con serenidad, con sensatez y con una buena perspectiva de la situación, poseen un carácter optimista. Este tipo de personalidad se encuentra en un grupo minoritario, mientras que los tipos A y C son más frecuentes entre la población.

En cuanto a las causas del estrés, Melgosa (1995) hace referencia a experiencias traumáticas generadas por desastres naturales como las provocadas por el ser humano, las elecciones conflictivas, situaciones estresantes que se dan en el trayecto de la vida, y el contexto físico y social.

Melgosa (1995) explica la fisiología del estrés indicando que todos los signos de alarma que llegan al cerebro son remitidos al hipotálamo, que es un pequeño órgano ubicado en el centro de la masa cerebral. El hipotálamo envía estos mensajes a todo el organismo por vía nerviosa y por vía sanguínea.

Por vía nerviosa, los estímulos procedentes del hipotálamo se comunican al sistema nervioso simpático, que regula las funciones orgánicas. Estos estímulos producen variaciones en el funcionamiento de los órganos y también llegan a la médula de las glándulas suprarrenales, lo que causa un incremento en la secreción de adrenalina y noradrenalina, las cuales van a la sangre y provocan alteraciones en el organismo.

Respecto a la vía sanguínea, el hipotálamo estimula a la hipófisis, la cual separa diversas hormonas que, al pasar a la sangre, actúan sobre todo el organismo. La hormona más importante segregada por la hipófisis es la corticotropina (ACTH u hormona del estrés), ésta causa que en la corteza de las glándulas suprarrenales se cree otra hormona, la cortisona, que ocasiona numerosos efectos y alteraciones sobre el organismo. Otras hormonas segregadas por la hipófisis intervienen sobre la glándula tiroides, los testículos o los ovarios provocando efectos significativos sobre varios órganos (Melgosa, 1995).

Por otro lado, Ávila (2014) en su tesis doctoral detalla varios factores que generan estrés, aludiendo que existen ciertas condiciones que provocan estrés en una persona y que para otra puede resultar intrascendentes, también explica que cada sujeto posee una tolerancia distinta a los problemas y un umbral del estrés diferente. Se han investigado los diversos desencadenantes, teniendo como resultado diez categorías de estresores: 1) situaciones que obligan a procesar información velozmente; 2) estímulos ambientales perjudiciales; 3) sensaciones de amenaza; 4) alteración de las funciones fisiológicas (enfermedades, adicciones, etc.); 5) aislamiento y confinamiento; 6) bloqueo de intereses; 7) presión grupal;

8) fracaso; 9) no alcanzar objetivos proyectados y; 10) relaciones sociales complejas o frustradas.

En el área laboral, para Reig, Vindel, y Toval (1995) los elementos que determinan la presencia de estrés son: trabajo con gran demanda de atención y responsabilidad, amenaza de demandas de trabajo, inadecuado liderazgo, rotación de turnos, excesivas jornadas laborales, excedentes actividades físicas corporales que intervienen de forma perjudicial en la productividad laboral y bienestar del sujeto, manifestándose a través de síntomas físicos, emocionales, cognitivos y del comportamiento.

Morata, y Ferrer (2004) consideran que el exceso de trabajo en términos cualitativos y cuantitativos forman, sin lugar a dudas, una significativa fuente de estrés. Si el exceso, desde la perspectiva cuantitativa, es entendido como la sobrecarga de tareas a desarrollar por un trabajador; en su enfoque cualitativo, son las demandas excesivas que se requieren del trabajador en función de las habilidades, destrezas, conocimientos y, en general, competencias que posea dicho individuo.

Mamani, Obando, Uribe, y Vivanco (2007) señalan que existen otros elementos externos en el trabajo que tienen estrecha relación con las inquietudes del trabajador que provienen de situaciones familiares o de su vida personal, concurriendo sus elementos culturales, su alimentación, sus facilidades de transporte, la residencia, la salud y la seguridad en el empleo.

1.4.3 Síntomas

Melgosa (1995) ubica las respuestas al estrés, en tres grandes categorías: cognitivas, emotivas y conductuales. A continuación se explican:

Área cognitiva (ideas y pensamientos), los sujetos tienen dificultad para mantenerse concentradas en una actividad y muestran una habitual pérdida de atención. La retención memorística disminuye, tanto en la memoria a corto plazo como a largo plazo. Los problemas que requieren una reacción inmediata y espontánea se solucionan de una forma imprevisible.

Cualquier dificultad que necesite actividad mental tiende a remediarse con un gran número de equivocaciones. Por lo general, los sujetos se consideran incapaces de valorar acertadamente un acontecimiento presente y tampoco pueden acertar al visualizarla en el futuro. Además, la forma de pensar no sigue patrones lógicos y coherentes dentro de un orden, sino que se muestra desorganizada.

Área emotiva (emociones y sentimientos), los sujetos experimentan problemas para mantenerse relajados, tanto emocional como físicamente. Aparte de los desajustes físicos reales, comienzan a sospechar de nuevos padecimientos (hipocondría), surgen rasgos como el desarrollo de la impaciencia, la intolerancia, el autoritarismo y la falta de respeto por otros individuos. Los principios morales que gobiernan la vida de las personas se ablandan y se tiene poder propio mínimo. Hay un incremento de desánimo y una declinación del deseo de vivir. También se ve afectada la autoestima, por pensamientos de insuficiencia y de inferioridad.

Área conductual (comportamientos y actitudes), en el lenguaje se exhibe una incompetencia para dirigirse verbalmente a un conjunto de individuos de manera apropiada, puede darse tartamudez y una disminución de la fluidez verbal. Los individuos perciben la escasez de entusiasmo por las afinidades predilectas, así como por sus entretenimientos preferidos. Es usual la falta de asistencia laboral y escolar, así como un incremento del consumo de alcohol, tabaco, café u otras drogas. El nivel de energía aprovechable varía de un día para otro. Los patrones de sueño cambian. Por lo común, padecen de insomnio y, a veces, se llega a una exagerada necesidad de descansar. Respecto a las relaciones interpersonales, se acrecienta la propensión a la desconfianza, tienden a inculpar a otros sujetos o a atribuirles responsabilidades propias. También se dan cambios en la conducta, tales como reacciones extrañas y la manifestación de tics, inclusive pueden aparecer ideas suicidas e intentos por realizarlas (Melgosa, 1995).

Mamani, y et al (2007) sustentan que los cambios conductuales se derivan del crecimiento de los niveles de estrés pudiendo incluir estados de nerviosismo, agotamiento corporal, tensión física y problemas cardiacos.

1.4.4 Consecuencias

El estrés es una condición, en la cual, el individuo padece diferentes desordenes, muchas veces derivados por la inadecuada adaptación al medio social, que pueden agudizarse con los estados de tensión constantes, motivo por el cual, el organismo responde con una serie de trastornos fisiológicos y psicológicos, muchos de estos, pueden controlarse en función de la gravedad o del tipo de estrés que se padece, involucrando una serie de cambios en el estilo de vida que se lleva (Ávila, 2014).

Naranjo (2009) expone que el estrés, sobre todo el crónico o distrés, tiene diferentes consecuencias en la vida del sujeto y perjudica, muchas veces, su salud emocional y física, lo cual también afecta otros contextos de su existencia, tales como las relaciones interpersonales, el desempeño laboral y académico y la vida familiar.

Casas (2000) señala categorías de eventos vitales estresantes comunes, como son: enfermedad prolongada, enamoramiento, embarazo no deseado, matrimonio, muerte del cónyuge o de un familiar cercano, desintegración familiar, divorcio, promoción laboral con aumento de sueldo, pérdida del trabajo, préstamo o hipoteca, jubilación, adquisición de una vivienda, vacaciones, problemas legales graves, etc.

Los resultados negativos del estrés, en el área laboral, están encasillados en: efectos fisiológicos, dificultad para respirar, incremento del ritmo cardíaco, tensión muscular; efectos cognitivos, preocupaciones, dificultad para tomar de decisiones, sensación de desconcierto; y efectos motores, tartamudeo, hablar rápido, temblores (Lazarus, y Folkman, 1986).

Hidalgo (2000) indica que el estrés es, el motivo directo e indirecto, de la producción de accidentes laborales, así como otros efectos perjudiciales para la salud de los empleados, en el área laboral, social y familiar de la persona expuesta al estrés.

Si las exigencias del acontecimiento sobrepasan los recursos de la persona, tenderá a ocasionar una situación de estrés y como resultado de esto, enfermedades, suicidios y ausentismo profesional (Reig, y et al, 1995).

Conclusión

A lo largo de este capítulo se abordó los conceptos, causas, síntomas y consecuencias que sustentan la base teórica de la investigación, aportando con la comprensión de los mismos para el desarrollo del estudio.

Capítulo II: Estudios relevantes referentes al tema

2.1 Introducción

De lo que ha transcurrido el siglo XXI han ocurrido diferentes epidemias causadas por enfermedades infecciosas como el SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Grave) o el MERS (Síndrome Respiratorio de Oriente Medio). Algunos estudios han detallado un importante impacto psicológico de estas epidemias sobre los pacientes, personal de salud y personas en general, proponiendo diferentes medidas para garantizar la salud mental y evitar la progresión de psicopatologías en estas circunstancias (Jeong, y et al, 2016; Sim, Huak, Chong, Chua, y Wen, 2010).

A continuación, se detallarán las enfermedades que han tenido un impacto severo y letal en la población, tanto a nivel económico-social y sobre todo resaltando el aspecto psicológico:

1. El sarampión, antes de que la vacuna llegara y se diera uso de esta, fue una de las enfermedades más graves y contagiosas, cada 2 o 3 años se registraban epidemias de sarampión que causaban alrededor de dos millones de muertes al año. La eficacia de la vacuna ha influido de forma tajante en la reducción de las muertes por sarampión. Se presume que entre 2000 y 2017 la vacuna contra el sarampión evitó 21,1 millones de muertes. A nivel mundial, las defunciones por sarampión han descendido un 80%, pasando de 545 000 en el año 2000 a 110 000 en 2017 (OMS, 2019).
2. La gripe española, mató entre 1918 y 1920 a más de 40 millones de personas en todo el mundo. No se sabe la cifra total de muertes debido a la pandemia, no obstante, es considerada la más catastrófica de la historia. La represión y la falta de recursos evitaron dar con la causa letal del virus. Actualmente, se sabe que la causa fue un brote de influenza virus A, del subtipo H1N1. A diferencia de otros virus que afectan básicamente a niños

y ancianos, muchas de sus víctimas fueron jóvenes y adultos saludables entre 20 y 40 años, una franja de edad que probablemente no estuvo expuesta al virus durante su niñez y no contaba con inmunidad natural (Pulido, 2018).

3. La peste, es causada por *Yersinia pestis*, es una enfermedad infecciosa debido a la bacteria zoonótica que suele encontrarse en pequeños mamíferos y en las pulgas, es una enfermedad peligrosa para el ser humano, y más por sus formas septicémica (infección sistémica causada por la presencia de bacterias en el torrente sanguíneo) y neumónica. En ausencia de tratamiento, la tasa de letalidad varía entre el 30% y el 100%. Por los años 2010 y 2015 se notificaron 3248 casos en el mundo, 584 de ellos mortales; a lo largo de la historia, la peste ha provocado grandes pandemias con una elevada mortalidad. Se la conoció como peste negra en el siglo XIV y provocó la muerte de alrededor de 50 millones de personas en Europa. En la actualidad, la peste puede tratarse sencillamente con antibióticos y la aplicación de las precauciones habituales para evitar la infección (OMS, 2017).
4. VIH, es el virus de inmunodeficiencia humana que ataca el sistema inmune y debilita los sistemas de defensa contra otras enfermedades como las infecciones o determinados tipos de cáncer. Conforme el virus destruye las células inmunitarias e impide su normal funcionamiento, la persona infectada decae gradualmente en una situación de inmunodeficiencia. El VIH se ha cobrado ya más de 32 millones de vidas, sin embargo, existe tratamiento para la enfermedad, la prevención, el diagnóstico oportuno y la atención a la enfermedad es más llevadera. La infección por el VIH se ha convertido en un problema de salud crónico llevadero que permite a las personas que viven con el virus llevar una vida larga y saludable (OMS, 2019).

5. El síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS), es causada por un coronavirus (MERS-CoV) siendo una enfermedad respiratoria vírica esta se descubrió en 2012 en Arabia Saudita. En el 2020, el número total de casos de infección por MERS-CoV es de 2519 confirmados mediante pruebas de laboratorio mismos que han sido notificados a la OMS, de estos 866 han sido mortales. El MERS-CoV ha demostrado su capacidad de contagio de persona a persona, hasta ahora, la transmisión observada de persona a persona ha sido dispersa y ha tenido lugar sobre todo en entornos de salud (OMS, 2020).
6. Según la OMS, un total de 8,098 personas en todo el mundo se enfermaron del SRAS (síndrome respiratorio agudo grave), también llamado SARS, durante el brote de 2003, de esta cifra, 774 personas murieron. En los Estados Unidos, solo 8 personas resultaron infectadas por el SRAS-CoV, según la confirmación hecha en laboratorios. Todas estas personas habían viajado a otras partes del mundo donde había la presencia del SRAS. El SRAS no se propagó ampliamente por el mundo (CDC, 2003).

2.2 Estudios Internacionales

En una revisión reciente sobre el efecto de la cuarentena en algunas epidemias de este siglo, se encontró un estudio realizado en Toronto en el año 2003, por la pandemia del SARS, asegura que, la cuarentena afectó psicológicamente a toda la población, sin embargo, el estudio se centra en el personal médico. El cuestionario fue aplicado al personal de enfermería, a los encargados de la unidad de cuidados intensivos (UCI), médicos generales y departamento de oncología. La aplicación del mismo se realizó mediante correo electrónico, las personas encargadas informaron sobre el estudio y solicitaron el permiso para distribuir los cuestionarios a los empleados de las diferentes unidades. El método de aplicación primero consistió en llenar la ficha sociodemográfica, posterior se utilizó la versión 6.12 de SAS para realizar el análisis estadístico de este estudio (Styra, y et al, 2008).

El análisis estadístico determinó frecuencias, medias y desviaciones estándar; se hicieron análisis de regresión logística y lineal univariados y multivariados, se aduce que el 48,6% fue clasificado como riesgo alto en todas las pruebas aplicadas, y el 32% fue asignado como riesgo bajo, bifurcando las respuestas en positivas y negativas. El impacto de la escala de eventos - Revisado (IES-R) fue introducido en el cuestionario. El IES-R es una escala de autoinforme, que evalúa la prevalencia de los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en función de DSM-IV criterios de diagnóstico (Styra, y et al, 2008).

Tomando en cuenta los resultados de este estudio, se ve oportuno la realización de un estudio estadístico para evaluar los efectos psicológicos de la pandemia actual, de ahí la importancia de la investigación que se está realizando, debido a que el personal médico expuesto y no expuesto a posibles contagios experimentan un riesgo alto de experimentar sintomatología o un trastorno como tal.

Otro estudio relacionado al brote de SARS en Singapur, que se dio en el 2003, se estudió los síntomas de trastorno de estrés postraumático al personal de primera línea que se mantuvo en contacto directo con personas sospechosas de portar el virus (grupo a), los resultados lanzaron que el 20% de enfermeras y médicos presentaban síntomas TEPT, también fueron evaluados los doctores y enfermeras que no tenían contacto con pacientes SARS (grupo b), sin embargo, en el estudio no hay diferencia relevante tanto para el grupo A como para el grupo B, ambos grupos podían desarrollar síntomas de un trastorno de estrés postraumático sin importar la exposición (Chan, y Huak, 2004).

En la actualidad, un nuevo virus designado como Covid-19 o coronavirus, se originó en Wuhan, China, a finales del año 2019, ocasionando manifestaciones respiratorias, digestivas y sistemáticas que perjudican la salud humana (Bonilla, y et al 2018). Esta enfermedad, es posiblemente la infección respiratoria que ha producido mayor impacto y daño internacional en las últimas décadas, no obstante, han existido padecimientos semejantes anteriores como

el MERS y el SARS, de las que se puede obtener evidencia importante para comprender de una mejor manera el Covid-19 (Urzúa, Vera, Caqueo, y Polanco, 2020).

Los profesionales de la salud de Wuhan, en la batalla contra el Covid-19, encararon una gran presión causado por el alto riesgo de infección y la escasez de equipo de protección ante una posible contaminación, también se debe al: aislamiento, acrecentamiento de la demanda laboral, frustración, cansancio causado por las largas jornadas de trabajo, escasa convivencia familiar y contacto con pacientes que manifiestan emociones negativas. El personal delegado de los recursos humanos de los servicios de salud, debe ser consciente de las repercusiones mentales que podrían originarse en este ambiente. En el transcurso de las fases iniciales de las emergencias sanitarias, el personal de salud puede mostrar síntomas depresivos, ansiosos y semejantes al trastorno por estrés postraumático (TEPT), los cuales no solo tienen consecuencias en la atención y toma de decisiones (las principales herramientas de lucha contra el Covid-19), sino también en su bienestar (Kang, y et al, 2020).

Entre el 7 y el 14 de febrero de 2020, Huang, Han, Luo, Ren, y Zhou (2020) analizaron la salud mental del personal médico de primera línea contra la pandemia de Covid-19, para lo cual utilizaron la escala de autoevaluación de ansiedad (SAS, por sus siglas en inglés) y la escala de autoevaluación de trastorno de estrés postraumático (PTSD-SS, por sus siglas en inglés) a un total de 230 profesionales de la salud.

La indagación reveló que la incidencia de ansiedad en el personal médico fue del 23,1%, siendo ésta sintomatología mayor en el personal femenino. El personal del área de enfermería mostró mayor sintomatología ansiosa que los médicos, estas diferencias fueron estadísticamente representativas. No existieron diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de ansiedad entre el personal médico de distintas edades, estado civil, departamentos, títulos profesionales, y formación académica. La incidencia de trastornos por

estrés fue del 27,4%, la cual también fue superior en el personal femenino (Huang, y et al, 2020).

Se debe considerar las limitantes de este estudio, puesto que la colaboración del sexo femenino es mayor que el sexo masculino, debido a esto, hay una considerable diferencia de la presencia de varias sintomatologías en el personal femenino; por otro lado, la sintomatología ansiosa y temerosa que se evidencia en el personal médico, ya que es difícil determinar si es causada por el nuevo virus o por el sentimiento de impotencia que poseen al no saber cómo tratar con pacientes que se encuentran en estado crítico o con aquellos que no están prestos a colaborar (Huang, y et al, 2020).

Uzun, Tekin, Sertel, y Tuncar (2020) ejecutaron un estudio transversal entre los profesionales de la salud que laboran en las clínicas de Obstetricia y Ginecología en el Hospital Estatal de Mardin y el Hospital Estatal de Kızıltepe, considerados los dos “hospitales pandémicos” de la provincia de Mardin, de Turquía.

Para la elaboración de la investigación se consiguió la aprobación del Comité de Ética de la Dirección Provincial de Salud de Mardin, el estudio se desarrolló de acuerdo con la Declaración de Helsinki, publicada por la Asociación Médica Mundial. Éste incluyó médicos, enfermeras y parteras que aceptaron colaborar en la indagación. Todos los participantes recibieron el formulario de datos sociodemográficos, la prueba de detección de síntomas psicológicos (SCL-90-R), el inventario de ansiedad de Beck y la escala breve de calificación psiquiátrica. En total, se emplearon las escalas a 13 médicos, 52 parteras y 38 enfermeras que laboran en los departamentos de Obstetricia y Ginecología, los resultados obtenidos se contrastaron de acuerdo a la edad, género y ocupación (Uzun, y et al, 2020).

A pesar de que las diferencias no fueron estadísticamente representativas en las diferentes dimensiones de la escala SCL-90-R, la ansiedad, la hostilidad y la ansiedad fóbica, fueron superiores en los participantes mayores de 29 años. Respecto a los grupos profesionales,

solamente los valores de ansiedad fóbica fueron altos en los médicos, mientras que la somatización, síntomas obsesivos-compulsivos, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo, desórdenes de alimentación y síntomas gastrointestinales (SIG) fueron más significativos en las parteras (Uzun, y et al, 2020).

El tamaño de la muestra revela una de las limitaciones encontradas en la investigación, ya que solo abarcó al personal médico que labora en el área de ginecología y obstetricia en los hospitales pandémicos en la provincia de Mardin. Además, hubo que ordenar a los participantes por rangos de edad, según la edad media de los profesionales de la salud, ya que la edad promedio del tamaño de la muestra fue de 29 años, pero puede variar en los distintos hospitales (Uzun, y et al, 2020).

Por otro lado, en Estados Unidos, se ejecutó una encuesta anónima a un grupo de 316 estudiantes de medicina de tercer y cuarto año, médicos internos de pregrado, residentes tanto de medicina interna, urgencias y de la alta especialidad en medicina crítica y pulmonar de la Universidad de Washington, los resultados encontrados determinaron que tanto los estudiantes como los internos se perciben ansiosos y vulnerables frente al Covid-19, y estos temores se incrementan para aquellos que trabajan en la primera línea contra la pandemia (Gallagher, y Schleyer, 2020).

Los sentimientos de vulnerabilidad se ven agravados por las condiciones y sugerencias de trabajo que cambian velozmente, por el miedo a la inminente escasez del equipo de protección personal (EPP), y también por la necesidad de tomar decisiones que involucran a sus seres queridos (Gallagher, y Schleyer, 2020).

Aquellos estudiantes e internos que no pudieron brindar atención directa a pacientes con Covid-19, debido a problemas personales de salud, manifestaron sentir culpa por no poder suplir a sus colegas en sus lugares de trabajo. Los estudiantes frecuentemente reportan tener

sentimientos de decepción y frustración por no tener la capacidad de ofrecer ayuda (Gallagher, y Schleyer, 2020).

En este estudio, la no utilización de tests psicométricos para la evaluación de sintomatología ansiosa, es una limitante importante, ya que la conclusión de que los estudiantes se sienten ansiosos o vulnerables, se debe a las respuestas generales obtenidas en una encuesta; además, se debe tener en cuenta que existen diferentes variables que pueden causar dicha sintomatología ansiosa como: si tienen los conocimientos necesarios para brindar un cuidado apropiado, si se graduarán a tiempo o si recibirán ayuda económica (Gallagher, y Schleyer, 2020).

2.2 Estudios Latinoamericanos

En Latinoamérica, debido a la gravedad de la enfermedad, al colapso del sistema de salud y a las muertes ocasionadas por el Covid-19, se analizó el impacto que ocasiona la pandemia en el personal de salud de Paraguay ya que están expuestos a posibles contagios y están presenciando constantemente personas en estado grave y hasta su muerte, por otro lado, también está la preocupación de contagio hacia su familia y la calidad de vida de cada uno; el objetivo de la investigación fue hallar la presencia de signos y síntomas de ansiedad, depresión, estrés, etc., que aparecen en el personal de salud, aplicando los cuestionarios PHQ-9 para depresión, GAD-7 para ansiedad, ISI-7 para insomnio, IES-R para angustia y el módulo de fatiga de compasión de ProQOL - CSF-vIV, aplicado a edades de 18 a 61 años. Se administraron dichos cuestionarios a trabajadores de diferentes áreas de la salud, entre estos psicología, enfermería, odontología, medicina, etc. Los datos detallados a continuación se obtuvieron mediante el método de bola de nieve y encuestas en línea, del total de participantes, el 82.5% fueron mujeres, el 86.5% personas mayores de 40 años, el 59.5% solteros y el 57.9% eran profesionales de la salud de medicina y enfermería. En la encuesta se les preguntó si atendieron casos de infección respiratoria y casos positivos de

Covid-19, a lo que el 47.6% respondió que atendió casos de infecciones respiratorias y solo el 10.3% atendió casos confirmados de Covid-19 (Samaniego, Urzúa, Buenahora, y Vera, 2020).

Los resultados obtenidos en el estudio fueron los siguientes: a manera general, los síntomas que dan resultados moderados y graves es del 32.2% para depresión, 41.3% para ansiedad, 27.8% en insomnio, 38.9% en distrés y un 64.3% en fatiga por compasión, sin embargo, en este estudio las mujeres son las que presentan mayor puntuación severa que los hombres (Samaniego, y et al, 2020).

En términos generales, uno de cada tres participantes presenta síntomas moderados o severos de depresión, ansiedad, insomnio y distrés. Dos de cada tres evaluados presentaron síntomas moderados o severos de fatiga por compasión. Estos resultados eran razonables, aducen Samaniego, y et al (2020), ya que el estrés y la presión a las que están sometidos el personal de salud en todas las áreas son bastante notorios y comprensibles.

2.3 Estudios Nacionales

En Ecuador, actualmente no existen estudios similares como los mencionados en otros países, sin embargo, se debe tener en cuenta otros factores que afectan a la población en general y especialmente al área de salud.

Según El Universo (2020), experiencias como decidir quién vive o muere, no tener los elementos de bioseguridad básicos, no poder salvar el número de vidas deseado, ver a colegas morir y el temor a contagiarse, son algunas de las situaciones que está viviendo el personal de primera línea en el mundo al enfrentar al Covid-19, causando trastornos psicológicos desde leves hasta graves al personal de salud. Son tan fuertes estas presiones que existen médicos y enfermeras que se han suicidado al sentirse impotentes ante la muerte de los contagiados.

Daniela Ziritt, psicóloga y docente de la Universidad San Francisco de Quito, considera que el personal médico del país está padeciendo de una presión psicológica y emocional fuerte y sin medios para aliviarla. La especialista señala que el personal médico está constantemente expuesto al miedo de contagiarse ya que ellos tratan directamente con las personas infectadas. A esta presión, también se suma el aislamiento que deben realizar los especialistas para no contagiar a sus familias o amigos (El Universo, 2020).

Otra de las patologías que puede desarrollar el personal de salud por las situaciones derivadas de una pandemia es el síndrome de Burnout, dice Fernando Cornejo, director de posgrado de Psiquiatría de la Universidad Tecnológica Equinoccial, señalando que éste síndrome se genera por la excesiva carga laboral y el estrés que genera lo agresivo de la pandemia, sumado a la falta de insumos y medicamentos (El Universo, 2020).

Conclusión

En la revisión de las investigaciones de pandemias pasadas y de la actual, se puede alertar sobre los problemas de salud mental que afrontan los profesionales de la salud en esta pandemia. En general, se puede decir que los profesionales, las enfermeras y quienes tienen contacto directo con casos sospechosos o confirmados de Covid-19 tienen un riesgo más alto de sufrir problemas de salud mental. Si se desea contener adecuadamente la pandemia, se debe propiciar el cuidado de la salud mental del personal de salud (Huarcaya, 2020).

Capítulo III: Metodología

En este capítulo se abordará el método de investigación utilizado en este estudio, en el cual se describe el diseño del mismo, la población y muestra, los criterios de inclusión y exclusión. También se hace referencia al test aplicado para la evaluación de los síntomas, el DASS 21.

3.1 Problema de investigación

En diciembre de 2019, tuvo lugar un brote de una nueva neumonía por coronavirus, en Wuhan, China. A principios de 2020, la enfermedad por el nuevo coronavirus (Covid-19) empezó a extenderse por todo el país. Al acrecentarse las cifras de los casos confirmados y su expansión a nivel mundial, ha creado problemas en la población general y en el personal de salud como: estrés, ansiedad y depresión (Ozamiz, Dosil, Picaza, y Idoiaga, 2020).

En esta situación, resulta dificultoso prever los efectos psicológicos y emocionales del Covid-19. Las investigaciones obtenidas de China, primer país afectado, indican que el miedo a lo desconocido y la incertidumbre pueden llevar a causar enfermedades mentales tales como: los trastornos de estrés, ansiedad, depresión, somatización y conductas como el incremento de consumo de alcohol y tabaco (Shigemura, Ursano, Morganstein, Kurosawa, y Benedek, 2020).

Debido a la emergencia de salud pública internacional que se vive, es transcendental indagar el impacto psicológico originado por la pandemia en poblaciones específicas, para poder desarrollar estrategias en las áreas que puedan disminuir el impacto psicológico (sintomatología) ocasionados durante la crisis (Wang, y et al, 2020).

3.2 Objetivo general:

Identificar los efectos psicológicos en el personal que labora en el Hospital Monte Sinaí de la ciudad de Cuenca que están expuestos durante la pandemia Covid-19.

3.3 Objetivos específicos:

1. Evaluar los niveles de depresión, ansiedad y estrés en el personal del Hospital Monte Sinaí durante la pandemia Covid-19.
2. Detectar qué variables sociodemográficas están correlacionadas con la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en el personal.
3. Brindar herramientas o material de apoyo a las personas evaluadas, para un mejor afrontamiento ante los factores psicológicos implicados.

3.4 Hipótesis y / o Preguntas de Investigación:

1. ¿Qué efectos psicológicos presenta el personal que labora en el hospital durante la pandemia Covid-19 identificados a través de un cuestionario online?
2. ¿De qué manera inciden las variables como edad, sexo, carga horaria, actividad laboral, en la sintomatología del personal?
3. ¿Cuáles son las variables con mayor repercusión en la sintomatología de estrés, ansiedad o depresión del personal del hospital?

3.5 Diseño

El diseño de la investigación, se realizará con un enfoque metodológico cuantitativo, que utiliza la recolección de datos para probar hipótesis, fundamentándose en la medición numérica y el análisis estadístico. Es un método objetivo, ayuda a evaluar hechos sociales, opiniones y emociones individuales; es de tipo deductivo, puesto que considera la

comprobación, confirmación, reducción, y demostración de la causalidad, de esta manera, el método contribuye información lícita, fiable, ayudando a los resultados y conclusiones en el éxito de la investigación (López, 2016).

Esta investigación también será de tipo correlacional, puesto que se intenta comprender la relación o grado de asociación que haya entre dos o más variables en un contexto en particular (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010).

Por otro lado, será transversal, ya que servirá para recolectar y analizar datos en un periodo de tiempo. No es experimental, debido a que no se modificaran variables. Está vinculado con la demografía y la estadística, puesto que sus herramientas son similares, al igual que la forma de presentar los resultados. En el estudio se utiliza para calcular la prevalencia del fenómeno al igual de la afección en la población en un momento determinado o temporal (Montano, 2018).

3.6 Población y muestra

El Hospital Monte Sinaí, posee una población de 109 personas en las diferentes áreas, siendo estas las siguientes: médicos residentes, enfermería, nutrición, camilleros, personal administrativo y el área de hotelería, que incluye el personal de limpieza, farmacia, servicios generales. Del total de la población, se trabajó con una muestra de 83 personas, entre hombres y mujeres de las diferentes áreas que conforman el hospital.

3.7 Criterios de inclusión

La muestra total deberá cumplir con los criterios de inclusión, siendo éstos los siguientes: hombres y mujeres que laboren en el Hospital Monte Sinaí, con un rango de edad de 22 a 65 años.

3.8 Criterios de exclusión

Se tendrá en cuenta los criterios de exclusión, que son: personal que no de su consentimiento para la aplicación del test, que no posea los medios para la autoadministración del test como internet o medios electrónicos, y que sean menores a 22 años y mayores a 65 años.

3.9 Método

Se aplicará el test de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) y una encuesta sociodemográfica vía online a todo el personal del hospital, quienes lo responderán según su disponibilidad de tiempo en un plazo máximo de 2 semanas.

Posterior a la aplicación del test, se dará cumplimiento al acuerdo al que se llegó con la jefa del departamento de Recursos Humanos del Hospital Monte Sinaí, como reconocimiento de la colaboración del personal del hospital, se les hará llegar un informe con todos los resultados obtenidos en el test, cabe recalcar que será un informe general de las diferentes áreas de trabajo, para que ellos puedan tomar las mejores medidas psicológicas preventivas y puedan cuidar de la salud mental de sus colaboradores. Adjunto al informe se encontrarán algunos ejercicios de relajación que se pueden aplicar de forma no directiva, para que la sintomatología presentada disminuya.

3.10 Descripción del proceso:

Para llevar a cabo el estudio, se entabló contacto con las autoridades del Hospital Monte Sinaí, por medio de nuestra tutora, Mgst. Mayra Padilla, quien nos ayudó con el acercamiento a la Jefa de recursos Humanos, Lorena Reyes, quien siempre tuvo una actitud colaborativa y entusiasta, aludiendo que el estudio iba a tener grandes beneficios para el hospital.

Después de mantener un contacto telefónico, hubo un acercamiento vía zoom, en el cual se explicó el objetivo del estudio, las herramientas y el procedimiento para la realización y aplicación del mismo, también se acordó realizar una solicitud para la formalidad del estudio. Realizado dicha solicitud para las autoridades del hospital, nos facilitaron vía email, la lista con los datos de todo el personal, con la cual se procedió a enviar el test y la encuesta pactada en días anteriores, todos con copia a la jefa de recursos humanos para que quede constancia del mismo. Durante este proceso existieron complicaciones debido al rebote de algunos correos, lo cual se informó a las autoridades del hospital.

Transcurrida dos semanas después del envío del test y la encuesta se obtuvo respuesta de 83 miembros del hospital, a quienes se aplicó la escala DASS-21 que evalúa síntomas de depresivos, ansiosos y de estrés, y una encuesta de datos sociodemográficos como: sexo, edad, estado civil, puesto de trabajo, carga horaria semanal, trabajo con pacientes Covid-19, estado emocional afectado, presión laboral, presencia de algunos síntomas, causa de los síntomas, temor al contagio, temor a contagiar a familiares o amigos.

Una vez terminada la aplicación, se mantuvo el contacto con la jefa de recursos humanos para enviarle los resultados del estudio, adjuntando los informes y material de apoyo.

3.11 Herramientas

3.11.1 Solicitud para realizar el estudio.

La solicitud es un documento formal dirigido a la autoridad de la empresa, hospital o lugar en donde se hace la petición de realizar un estudio en particular, en el documento se estipula todo lo que se va a realizar y se pide de manera amable que se de paso para proceder a hacer la investigación. La solicitud es una diligencia cuidadosa o un pedido. Se la envió al Ingeniero Jorge Mendez gerente general y a Lorena Reyes la jefa de recursos humanos del Hospital

Monte Sinaí para que otorguen el paso y colaboren con la aplicación de la encuesta y test al personal de la institución para la realización de la tesis. **Anexo 1**

3.11.2 Consentimiento informado

En psicología, el consentimiento informado, es un deber del psicólogo y un derecho del usuario. Como deber, es la obligación del profesional de comunicar de manera clara, oportuna, veraz y completa todo el proceso que se realizará, asegurándose que el usuario lo ha entendido; también es un derecho del usuario recibir dicha información y dar su aprobación para la intervención psicológica de manera libre y autónoma (Hernández, 2018).

Anexo 2

3.11.3 Encuesta de datos sociodemográficos y clínicos construida por las investigadoras.

Incluyen datos como: sexo, edad, estado civil, puesto de trabajo, carga horaria semanal, trabajo con pacientes Covid-19, percepción, presión laboral, presencia de algunos síntomas, causa de los síntomas, temor al contagio, temor a contagiar a familiares o amigos. **Anexo 3**

3.11.4 Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)

El DASS fue desarrollado para cumplir las exigencias psicométricas de una escala de autorreporte desde una concepción dimensional más que categórica de los trastornos psicológicos. Esto implica que las diferencias entre sujetos normales y con alteraciones clínicas radican en la severidad en que experimentan los estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés (Lovibond, y Lovibond, 1995).

Su versión abreviada, denominada Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21) tiene como ventajas el ser un instrumento de autorreporte, breve, fácil de responder y que ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en estudios de validación en adultos de población general, en muestras clínicas, en adolescentes y estudiantes universitarios (Bados, Solanas, y Andrés, 2005).

En Chile, este instrumento fue adaptado idiomática y culturalmente, y sus propiedades psicométricas fueron evaluadas en adolescentes y estudiantes universitarios, demostrando una confiabilidad satisfactoria (valores alfa de 0,87 a 0,88 para la escala de Depresión, entre 0,72 a 0,79 para la escala de Ansiedad y de 0,82 a 0,83 para la escala de Estrés), similar a la observada en los estudios en población adulta y adolescente realizados en el extranjero (Antúnez, y Vinet, 2013).

En la evaluación de evidencias de validez, se observaron correlaciones altas y significativas entre las escalas del DASS-21 y escalas que miden constructos similares (Inventario de Depresión de Beck-II e Inventario de Ansiedad de Beck) y un ajuste aceptable del modelo de tres factores para el DASS-21 (Antúnez, y Vinet, 2013). **Anexo 4**

3.11.5 Programa estadístico SPSS v 25.

El SPSS es un programa de análisis de datos estadísticos (Rojo, 2020). Tras la aplicación de la encuesta y el test, se efectuó el levantamiento de la base de datos.

Capítulo IV: Resultados

4.1 Resultados estadísticos descriptivos

Para el análisis y procesamiento estadístico, los datos fueron ingresados en el paquete estadístico SPSS v.25. Se realizó el análisis descriptivo de los datos mediante tablas de frecuencias, tablas cruzadas y correlaciones.

TABLA DE FRECUENCIAS:

Tabla 1.

Frecuencias de las variables: sexo, edad.

<i>SEXO</i>			
	Masculino	Femenino	Total
	18	65	83
Porcentajes	21,7	78,3	100

<i>EDAD</i>						
	De 20 a 30 años	De 31 a 40 años	De 41 a 50 años	De 51 a 60 años	De 61 años en adelante	Total
	31	30	15	6	1	83
Porcentajes	37,3	36,1	18,1	7,2	1,2	100

Tabla de frecuencias y porcentajes del sexo y la edad de los encuestados.

De las 83 personas encuestadas, 18 (21.7%) pertenecen al sexo masculino y 65 (78.3%) al sexo femenino.

El rango de edades de los trabajadores que oscila entre 20 a 30 años, con un total de 31 personas (37.3 %) siendo el rango más alto; sin embargo, le sigue el intervalo de 31 a 40 años, con un total de 30 personas (36.1%); en tercer lugar está la categoría de 41 a 50 años, con 15 personas (18.1%); en la cuarta categoría se encuentran las personas de 51 a 60

años, dando un total de 6 personas (7.2 %); y por último, están las personas de 61 años en adelante, con 1 trabajador, (1.2%).

En la variable de estado civil, se encuentran las categorías: solteros, con 36 personas (43.4%); casados, con 37 personas (44.6%) quienes dominan esta categoría; personas en unión libre, con 2 personas (2.4%); y por último, corresponde a los divorciados con un total de 8 personas (9.6%). Del total de los empleados, 54 personas (65.1%) respondieron que tienen hijos, y 29 personas (34.9%) no tienen hijos.

Dentro del Hospital Monte Sinaí existen diferentes puestos de trabajo como: médico residente, con 15 personas (18.1%); el área de enfermería con 29 personas (34.9%); camilleros, con 1 personas (1.2%); el área de nutrición con 6 personas (7.2%); el personal de hotelería con 15 personas (20.5%); y por último, el personal de administración con un total de 15 personas (18.1%). En la variable de carga horaria, los valores en porcentaje van de menor a mayor, ya que en la categoría de quienes trabajan menos de 20 horas, se encuentran 4 personas (4.8%); en la categoría de quienes trabajan de 20 y 30 horas, se encuentran 14 personas (16.9%); en la categoría de quienes tiene una carga horaria de 30 y 40 horas, se encuentran 21 personas (25.3%) ; y por último, en la categoría de quienes tiene un horario de más de 40 horas, se encuentran 44 personas (53%).

Para la variable de trabajo con pacientes con Covid- 19, se obtuvo respuesta de: Sí y No; en el cual, 41 personas (49.4%) pertenece a los trabajadores que sí han trabajado con pacientes Covid-19, y 42 personas (50.6%) no han trabajado con dichos pacientes. De igual forma, en la variable de estado emocional afectado respondieron con: Sí y No; obteniendo como mayor puntaje la respuesta Sí, con 62 personas (74.7%); y para las respuestas de No, con 21 personas (25.3%). En la variable de presión laboral se obtuvieron respuestas cerradas

de Sí y No, en la cual 44 personas (53%) arrojaron un resultado para Sí, y 39 personas (47%) para No.

Tabla 2.
Frecuencia de la variable Presencia de Síntomas percibidos por el personal.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Miedo	2	2,4	2,4
Insomnio	2	2,4	2,4
Estrés	27	32,5	32,5
Ganas de llorar	1	1,2	1,2
Tristeza	9	10,8	10,8
Presenta 2 síntomas	13	15,7	15,7
Presenta 3 síntomas	13	15,7	15,7
Presenta 4 síntomas	6	7,2	7,2
Presenta 5 síntomas	8	9,6	9,6
Presenta todos los síntomas	2	2,4	2,4
Total	83	100	100

La tabla 2. Indica la frecuencia y los porcentajes obtenidos con relación a los síntomas percibidos por el personal del Hospital.

Al evaluar las posibles causas de los síntomas, 62 participantes consideraron el trabajo durante la pandemia como el causante, y 21 trabajadores (25%) la presión familiar.

Con respecto a temor al contagio de Covid-19, la mayoría 60 (25%) trabajadores marcaron positivo su temor, y 23 personas (27%) respondieron esta afirmación como negativa. En cuanto a la variable e Temor a contagiar a familiares y amigos, 79 personas (95.2%) puntuaron en la respuesta Sí, y 4 personas (4.8%) respondieron No.

Para responder la primera hipótesis planteada: ¿Qué efectos psicológicos presenta el personal que labora en el hospital durante la pandemia Covid-19 identificados a través de un cuestionario online?, se debe considerar los datos presentados en la tabla 2, los cuales indican:

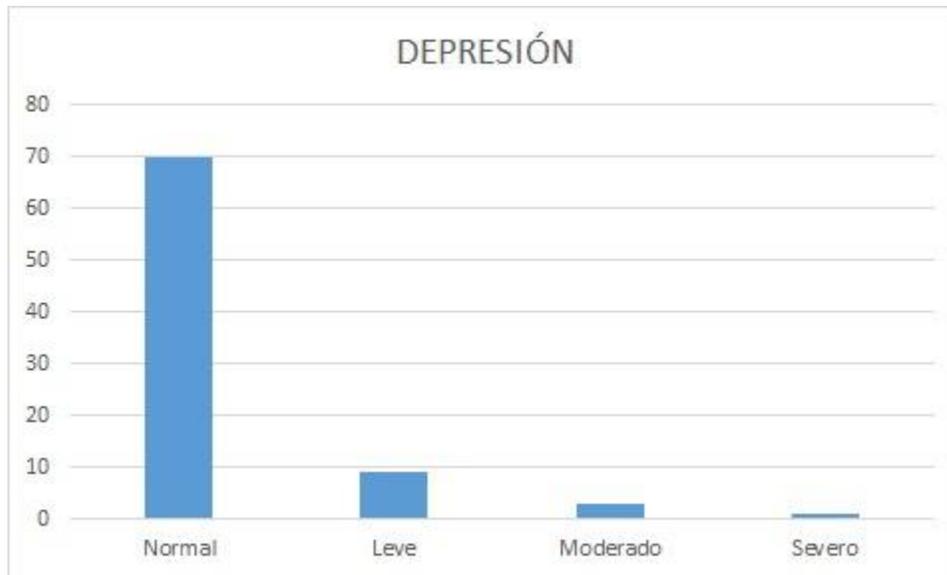
En la escala de depresión, según se observa en el gráfico 1, el mayor porcentaje del personal del hospital se encuentra en el rango normal, tan solo el 10.8%, el 3.6% y el 1.2% se encuentran en el rango de leve, moderado y severo respectivamente. Estos datos no son significativos para atribuirlos como efecto de la pandemia.

En cuanto a la escala de ansiedad, ésta presenta un porcentaje alto en el personal del hospital, ya que el 22.9% de los encuestados presentan una ansiedad moderada y el 8.4% se encuentra en el rango de severa, es decir, el 31.3% tiene una ansiedad considerable (Gráfico 2).

Respecto a una de las variables planteadas en la encuesta sociodemográfica, el 32.5% de personas respondieron que tienen estrés, y el 74.7% respondieron que la causa de esta sintomatología fue causada debido al trabajo en la pandemia. Sin embargo, en el test DASS 21, demuestra datos contradictorios a los respondidos por los encuestados, ya que si nos referimos a la tabla 2, muestra que el 86.7 % se encuentra con un estrés en el rango normal, y solo el 6% se encuentra en el rango leve y el 3.6% en el rango moderado y severo para cada uno, mismos que podrían estar causados por otros factores, por las cuáles dichas personas presenten un elevado estrés.

Gráfico 1.

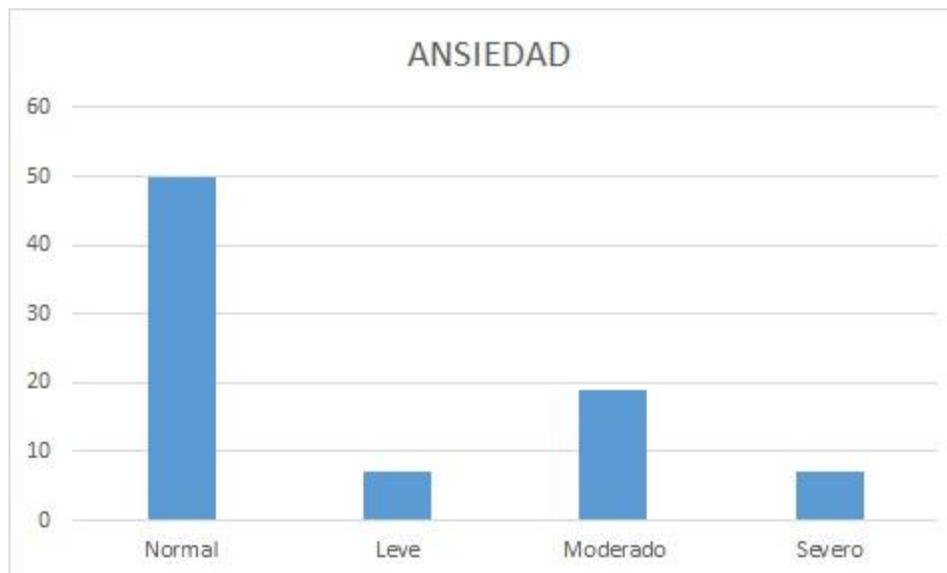
Frecuencias de los resultados obtenidos en el test DASS-21-Depresión.



Para los resultados del rango de depresión del test DASS 21, se encuentra el rango de normal con un puntaje de 84.3%; en leve 10.8%; en moderado 3.6%; y en severo 1.2% . .

Gráfico 2.

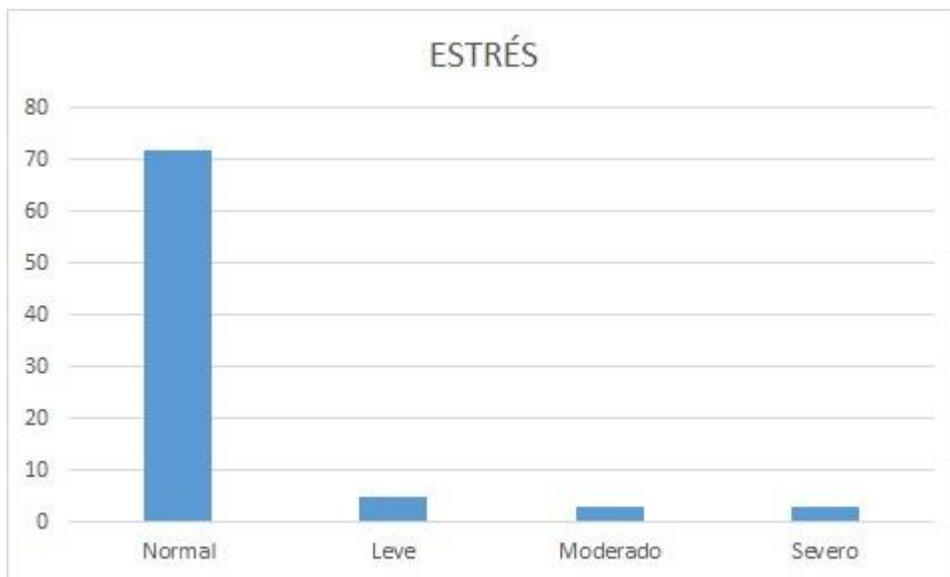
Frecuencias de los resultados obtenidos en el test DASS-21-Ansiedad.



En el rango de la escala DASS 21 para ansiedad, se obtuvo puntajes de 60.2% en normal; en leve el 8.4%; en moderado 22.9%; y en severo el 8.4%.

Gráfico 3.

Frecuencias de los resultados obtenidos en el test DASS-21-Estrés.



En el rango que pertenece a estrés, se coloca el 86.7% en normal; el 6% en leve; el 3.6% en moderado; y el 3.6% en severo.

Tabla 3.

Resultados de la sintomatología.

	Frecuencia	Porcentaje
Depresión	3	3,6
Ansiedad	25	30,1
Estrés	1	1,2
Ausencia de sintomatología	46	55,4
Ansiedad y estrés	4	4,8
Depresión y ansiedad	2	2,4
Depresión, ansiedad y estrés	2	2,4
Total	83	100,0

En los resultados generales del test de DASS 21, se dio el 3.6% para depresión; el 30.1% para ansiedad; el 1.2% para estrés; no presenta sintomatología 55.4%; presentan ansiedad y

estrés el 4.8%; presenta depresión y ansiedad el 2.4%; y por último, el 2,4% presenta depresión, ansiedad y estrés.

4.2 Tablas Cruzadas

Para realizar las tablas cruzadas utilizamos un coeficiente de confianza del 95%, por lo que el nivel de significancia en el que nos basamos es el 5% es decir el 0.05, todo dato mayor al 0.05 no tiene mayor significancia. Con esto respondemos la segunda hipótesis planteada que es: ¿De qué manera inciden las variables como edad, sexo, carga horaria, actividad laboral, en la sintomatología del personal?.

El resultado plasmado de la variable Depresión-sexo, indica que la significancia asintótica (bilateral) es 0.34, por ende, no se acepta la hipótesis.

En la variable Depresión-edad, la significancia asintótica (bilateral) es 0.88, en este caso, no se acepta la hipótesis.

En la variable Depresión-puesto de trabajo, la significancia asintótica (bilateral) es 0.37, es decir, no se acepta la hipótesis.

En la variable Depresión-carga horaria, la significancia asintótica (bilateral) es 0.87, en este caso, no se acepta la hipótesis.

En cuanto a la escala de Ansiedad, la única variable que cumple con la hipótesis es Ansiedad-sexo (Tabla 4).

Tabla 4.
*Tabla cruzada Sexo*Ansiedad.*

		ANSIEDAD				Total	
		Normal	Leve	Moderado	Severo		
SEXO	Masculino	Recuento	16	1	0	1	18
		% dentro de SEXO	88,9%	5,6%	0,0%	5,6%	100,0%
	Femenino	Recuento	34	6	19	6	65
		% dentro de SEXO	52,3%	9,2%	29,2%	9,2%	100,0%
Total		Recuento	50	7	19	7	83
		% dentro de SEXO	60,2%	8,4%	22,9%	8,4%	100,0%

Se evidencia que las mujeres son más propensas a presentar ansiedad que los hombres.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,844 ^a	3	0,031
Razón de verosimilitud	12,634	3	0,005
Asociación lineal por lineal	6,616	1	0,010
N de casos válidos	83		

Como la significancia asintótica (bilateral) es 0.03, en este caso, sí se acepta la hipótesis.

En la variable Ansiedad-edad, la significancia asintótica (bilateral) es 0.75, en este caso, no se acepta la hipótesis.

En la variable Ansiedad-puesto de trabajo, la significancia asintótica (bilateral) es 0.90,

por lo que, no se acepta la hipótesis.

En la variable Ansiedad-carga horaria, la significancia asintótica (bilateral) es 0.48, por ende, no se acepta la hipótesis.

Por último, en la escala de Estrés, en la variable Estrés-sexo, la significancia asintótica (bilateral) es 0.44, en este caso, no se acepta la hipótesis.

En la variable, Estrés-edad, la significancia asintótica (bilateral) es 0.97, por ende, no se acepta la hipótesis.

En la variable, Estrés-puesto de trabajo, la significancia asintótica (bilateral) es 0.10, por lo que, no se acepta la hipótesis.

En la variable, Estrés-carga horaria, la significancia asintótica (bilateral) es 0.82, en este caso, no se acepta la hipótesis.

Para responder la segunda y tercera hipótesis, se debe tener en cuenta la correlación de Pearson, en el cual, el coeficiente de relación es menor a 0.05, por ende, la mayoría de las variables fueron rechazadas al no cumplir con esta regla, excepto la variable Ansiedad-sexo (tabla 3).

4.3 Correlaciones

Para obtener los resultados de las correlaciones nos basamos en las variables sexo, edad, puesto de trabajo y carga horaria relacionándolas cada una con depresión, ansiedad y estrés.

Depresión

Al realizar el análisis de todas las variables planteadas con relación al factor psicológico Depresión no se encontraron resultados relevantes para el estudio.

Ansiedad

Dentro del estudio, solo variable Ansiedad-sexo arrojó resultados significativos, pudiendo concluir que el sexo femenino es más propenso a desarrollar rasgos de ansiedad.

Estrés

En la investigación no se encontraron resultados notables con relación al factor psicológico Estrés.

Para el estudio que se realizó, se consideró importante la revisión de la siguiente variable: Causa de los síntomas correlacionándola con depresión, ansiedad y estrés.

Tabla 5.
*Causa de los Síntomas*Depresión.*

		DEPRESIÓN				Total
		Normal	Leve	Moderado	Severo	
Trabajo durante la pandemia	Recuento	51	8	3	0	62
	% dentro de CAUSA DE LOS SÍNTOMAS	82,3%	12,9%	4,8%	0,0%	100,0%
Presión familiar	Recuento	19	1	0	1	21
	% dentro de CAUSA DE LOS SÍNTOMAS	90,5%	4,8%	0,0%	4,8%	100,0%
Total	Recuento	70	9	3	1	83
	% dentro de CAUSA DE LOS SÍNTOMAS	84,3%	10,8%	3,6%	1,2%	100,0%

Dentro de esta variable se planteó dos opciones, la primera es: Trabajo durante la pandemia, en la cual se obtuvo que el 82.3% puntúa una depresión normal, el 12.9% una depresión leve y el 4.8% una depresión moderada. La segunda opción es: Presión familiar en

la cual se obtuvo 90.5% para depresión normal, 4.8% para depresión leve, y el 4.8% para depresión severa.

Tabla 6.
*Causa de los Síntomas*Ansiedad.*

		ANSIEDAD				
		Normal	Leve	Moderado	Severo	Total
Trabajo durante la pandemia	Recuento	34	7	16	5	62
	% dentro de CAUSA DE LOS SÍNTOMAS	54,8%	11,3%	25,8%	8,1%	100,0%
Presión familiar	Recuento	16	0	3	2	21
	% dentro de CAUSA DE LOS SÍNTOMAS	76,2%	0,0%	14,3%	9,5%	100,0%
Total	Recuento	50	7	19	7	83
	% dentro de CAUSA DE LOS SÍNTOMAS	60,2%	8,4%	22,9%	8,4%	100,0%

Dentro de esta variable se planteó dos opciones, la primera es: Trabajo durante la pandemia en la cual se obtuvo que el 54.8% puntúa una ansiedad normal, el 11.3% una ansiedad leve, el 25.8% una ansiedad moderada y el 8.1% para ansiedad severa. La segunda opción es: Presión familiar, en la cual se obtuvo 76.2% para ansiedad normal, el 14.3% para ansiedad moderada, y el 9.5% para ansiedad severa.

Tabla 7.
*Causa de los Síntomas*Estrés.*

		ESTRÉS				Total
		Normal	Leve	Moderado	Severo	
Trabajo durante la pandemia	Recuento	54	4	2	2	62
	% dentro de CAUSA DE LOS SÍNTOMAS	87,1%	6,5%	3,2%	3,2%	100,0%
Presión familiar	Recuento	18	1	1	1	21
	% dentro de CAUSA DE LOS SÍNTOMAS	85,7%	4,8%	4,8%	4,8%	100,0%
Total	Recuento	72	5	3	3	83
	% dentro de CAUSA DE LOS SÍNTOMAS	86,7%	6,0%	3,6%	3,6%	100,0%

Dentro de esta variable se planteó dos opciones, la primera es: Trabajo durante la pandemia en la cual se obtuvo que el 87.1% puntúa un estrés normal, el 6.5% un estrés leve, el 3.2% un estrés moderado y el 3.2% para estrés severo. La segunda opción es: Presión familiar, en la cual se obtuvo 85.7% para estrés normal, 4.8% para estrés leve, 4.8% para el estrés moderado y el 4.8% para estrés severo.

4.4 Técnicas

Tras el análisis completo de las variables planteadas, y dando cumplimiento al tercer objetivo planteado: Brindar herramientas o material de apoyo a las personas evaluadas, para un mejor afrontamiento ante los factores psicológicos implicados. Se proporcionó las siguientes técnicas:

4.4.1 Técnicas para disminuir la Ansiedad y Estrés

4.4.1.1 Ejercicios Mindfulness

¿Qué es el Mindfulness?

Es una técnica que va dirigida a mejorar la calidad de vida y aprender a gestionar el estrés, se considera como un proceso de observación no enjuiciadora de la corriente de estímulos internos y externos, radicándose en la respiración y la atención plena, basándose en el presente; de esta manera la persona se hace más consciente y mejora en la toma de decisiones (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012).

Características del Mindfulness:

- Es la atención y conciencia plena.
- Se centra en el momento presente de forma activa y reflexiva.
- La presencia es atenta y calmada.
- Se basa en la respiración y la atención plena.

Atención plena en la vida cotidiana

La atención plena puede estar en cada detalle, en cada cosa que hacemos, el punto está en que decidamos estar atentos, conscientes y buscar la tranquilidad (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012).

Esta técnica se centra en el presente, nos hace pensar que es lo que podemos hacer en este preciso instante, consiste en:

- Tomar conciencia del momento presente.
- Aceptar lo que está ocurriendo.
- Asumir lo que estamos pensando, sintiendo y experimentando.

Actividades de la atención plena:

- Lávate los dientes prestando atención a los movimientos del cepillo, a la sensación del cepillo y la pasta de dientes en tu boca, tus dientes y encías. Un buen truco para concentrarte mejor, es lavarte los dientes con la mano no habitual, es decir la izquierda si eres diestro o la derecha si eres zurdo.
- Cuando te duches, céntrate en tu cuerpo, en tus movimientos al lavarte, en la sensación del agua recorriendo tu cuerpo, y no olvides la respiración.
- Cuando camines a la oficina, además de lo que te rodea, enfócate en la respiración, presta también atención al movimiento de tu cuerpo y a la sensación de tus pies tocando el suelo.
- Cuando te sientas molesto por algo o con alguien atrápatelo en tus pensamientos negativos. acepta la situación y realiza la respiración diafragmática.

¡Recuerda que!

El momento que prestamos atención plena a lo que hacemos nos situamos exclusivamente en el presente, incluso tomando conciencia de pensamientos emociones y sentimientos, que, a lo largo de la práctica continua, se da un espacio para la serenidad y la armonía.

Beneficios:

Disminuye respuestas emocionales de enfado, disgusto, ansiedad, etc.

Duración:

Lo que dure la actividad que está realizando.

4.4.1.2 Autoexploración Corporal (Body-Scan)

El body-scan es una meditación que forma parte de la reducción de estrés mediante la atención plena y la respiración. Es un tipo de meditación donde nuestro foco de

atención recorre las diferentes partes de nuestro cuerpo, de una manera sistemática, revisamos todo nuestro cuerpo, dándonos cuenta de lo que está pasando en una zona determinada, en un momento concreto. Aceptando cualquier sensación o sentimiento que podamos tener (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012).

¿Cómo realizar la técnica?

- Normalmente se hace recostado en el suelo con los brazos paralelos al cuerpo, pero también se puede hacer sentado, o adoptando otras posturas cómodas.
- Cierra los ojos, pero si no estamos cómodos, o nos dormimos, los podemos tener abiertos.
- Cuando estés conectado inicia el proceso del escáner corporal, recorre mentalmente cada punto de tu cuerpo, comenzando por los dedos de los pies (primero un pie, luego el otro).
- Si te desconcentras, vuelve tu atención a la respiración y retoma el ejercicio, escaneando desde la parte del cuerpo en la que estabas.
- Identifícate con el entrar y salir del aire; si en algún momento tus pensamientos intentan distraerte del ejercicio, déjalos correr y vuelve a enfocarte en la respiración.
- Presta atención a lo que sientes en ese momento, y a las sensaciones que puedes percibir, a medida que pasas por las diferentes zonas del cuerpo, concéntrate en la respiración.

¡Recuerda que!

La tensión, el estrés, la inquietud y la ansiedad están causados por nuestra mente que indaga sobre un posible futuro, haciendo planes para mejorar la situación de vida, pero tenemos que volver al presente. A medida que pase la meditación trata de vivir la experiencia, aceptando aquello que se encuentra en el aquí y ahora.

Lugar:

Cómodo y silencioso.

Duración:

Inicialmente 5 min, conforme avance la meditación aumentamos el tiempo gradualmente hasta 25 min.

Beneficios:

Contrarrestar el insomnio.

Disminuir los niveles de estrés.

4.4.1.3 Ejercicio de comer una uva con atención plena

El propósito de esta práctica es ejercitar nuestra capacidad de prestar atención, de estar en el “aquí y ahora”, de tener una mente estable, de tomar consciencia de nuestros estados de distracción, de romper la rutina o dejar de hacer las cosas mecánicamente, e ir conociendo cómo funciona nuestra propia mente, es una manera nueva de relacionarse con una experiencia común y cotidiana, a través de ella se descubre que comer una uva con atención plena puede revelar muchas cosas inesperadas (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012).

¿Cómo realizar la técnica?

El ejercicio consiste en:

- Tomar una uva en la palma de la mano.
- Contemplar la uva como si fuera la primera vez que la observas.
- Sentir la textura, mira los colores, ser consciente de cualquier pensamiento que te pase por la cabeza en ese preciso momento.
- Acercar la uva a la nariz para percibirla, después acércala lentamente a tus labios.

- Poner a la fruta en la boca y saboréala, cuando la ingieras siente como pasa por tu garganta.

4.4.1.4 Ejercicio de Respiración

¿Qué es la Respiración?

Es un proceso esencial en la regulación de la actividad metabólica del organismo. Mediante el intercambio de gases durante la respiración se produce tanto el aporte de oxígeno necesario para las funciones celulares, como la expulsión de los que se generan en dicha combustión (Jacobson, 1939).

Características de la respiración

Consiste en tres fases:

- Inhalación.
- Pausa inhalatoria.
- Exhalación.

El control de la respiración constituye el procedimiento para reducir los niveles de activación, al conseguir una respiración diafragmática y un ritmo respiratorio lento.

Reduce la activación fisiológica y psicológica, suscitándose una sensación generalizada de tranquilidad y bienestar.

¿Cómo realizar la respiración diafragmática?

- Colocar la cabeza, cuello y la columna en una posición recta.
- Ubicar una mano en la zona superior del pecho y otra en el abdomen.
- Inhalar lentamente por la nariz, de forma que la mano en tu abdomen se eleve, la mano en el pecho casi no se mueve.

- Hacer una pequeña pausa en la respiración antes de exhalar.
- Exhalar lentamente el aire por la boca, de forma que sientas como los músculos de tu abdomen descienden.
- Repetir de 3 a 10 veces estos pasos, con una frecuencia de 3 a 4 veces al día.

4.4.2 Técnicas para la depresión

4.4.2.1 Establece objetivos en tu vida

Una de las características típicas de la depresión es la pérdida de interés por alcanzar objetivos. Las personas siempre necesitamos tener metas, mayores o menores, que poder conseguir en la vida para estar ilusionados y estimulados. El saber establecer objetivos que me ilusiones serán un importante estímulo para superar la depresión y en general en la vida para tener buenos estímulos de superación (Moreno, 2015).

- Realizar una lista de sueños y metas que aún no se hayan cumplido, es decir, que sean alcanzables y no importa si son a corto o a largo plazo.

4.4.2.2 Método para activarte

Es fundamental para poder superar una etapa de desánimo y pérdida de interés por las cosas realizar actividades que te hagan sentir algo mejor. Si bien es verdad, que cuando se está deprimido no tienes ganas ni crees que el hacer actividades te sirva para nada, sin embargo, la ejecución de actividades permite incrementar el nivel de energía física y mental, desenfocar la mente de los pensamientos negativos obsesivos y poner a prueba y refutar los pensamientos negativos (Moreno, 2015).

Para poder activarte deberás seguir los siguientes pasos:

- Realizar una lista de actividades que te parezcan placenteras, entre ellas pueden estar actividades que realizabas antes de estar deprimido y que te generaban bienestar y agrado, aunque actualmente ya no las realices ni te ilusionen.
- Lee una a una las actividades y selecciona aquellas que te agradaban en el pasado y puntúalas de 0 (nada de agrado) a 10 (máximo agrado) de acuerdo a la satisfacción que te generaban en el pasado. También puedes puntuar otras actividades que, aunque no hayas realizado nunca, actualmente te puedan interesar. Las que no te interesen no hace falta que las puntúes.
- Una vez puntuadas las actividades, se ordenará jerárquicamente de acuerdo a su puntuación, y procederás a la realización de las mismas.

4.4.2.3 Mensajes positivos

Moreno (2015) menciona que para realizar este ejercicio y entrenar tu cerebro en positivo, se debe pensar cada noche en 10 cosas positivas que te hayan ocurrido en las últimas horas.

Al realizar esta lista, te darás cuenta que muchas cosas buenas se te habrán pasado desapercibidas porque tu mente no las ha registrado, como lo hace con las cosas negativas.

Al apuntarlas, crea una memoria especial en tu cerebro para las cosas positivas, aunque no parezcan extraordinarias. Al cabo de unos días esta rutina te costará menos y estarás entrenando tu cerebro para que sea más objetivo y para que tenga una percepción más equilibrada y certera de la realidad.

CONCLUSIONES

De los trastornos psicológicos estudiados por el DASS 21 encontramos que en el personal que labora en el hospital Monte Sinaí, la sintomatología ansiosa es la que prevalece con el 30.1%, sin embargo, existe sintomatología clínicamente significativa para depresión con el 3.6% y para estrés con el 1.2% si bien no son resultados estadísticamente altos, son considerados puntajes relevantes, ya que, si no son tratados a tiempo pueden convertirse en un trastorno.

No se obtuvo un valor estadísticamente significativo que demuestre la correlación entre estas variables o que compruebe las hipótesis planteadas, sin embargo, la variable sexo-ansiedad nos da un resultado estadística y clínicamente significativo.

Para la dimensión de depresión, se obtuvo un porcentaje alto para un rango de normalidad en todas las variables, no obstante, hay porcentajes pequeños considerables en rangos: leve, moderado y severo, estos pequeños porcentajes llaman la atención ya que se puede complicar el cuadro y llegar a ser un trastorno de depresión.

En la dimensión de ansiedad, los resultados fueron normales para la mayoría de variables que se consideró, sin embargo, en la variable sexo, se obtuvieron datos relevantes tanto estadísticos como clínicos, se observó que el sexo femenino presenta síntomas de ansiedad leve, moderada y severa, estos resultados están por encima del sexo masculino, es decir el sexo femenino puede presentar más ansiedad que el sexo masculino.

Para la dimensión de estrés, se obtuvieron resultados generales del personal que oscilan en los rangos leve, moderado y severo, si bien no son porcentajes elevados se consideran clínicamente significativos, por ende, debe ser considerado para que el cuadro de estrés no empeore y se pueda manejar adecuadamente y a tiempo.

Si uno de los trabajadores presenta sintomatología en cualquiera de las tres dimensiones, como se mencionó anterioridad, si no es tratado oportuna y adecuadamente, puede verse afectado al desempeño laboral.

Aunque algunos de los trabajadores presentan sintomatología clínicamente significativa tanto en las dimensiones de depresión, ansiedad y estrés, no podemos atribuir únicamente a que se deba a su trabajo en el área de salud, puesto que también pueden verse afectados por variables externas como el ámbito familiar, económico, entre otras.

No podemos dar un diagnóstico de trastorno como tal, puesto a que se necesita un batería de test y entrevistas clínicas para la recopilación de datos, sin embargo, debe ser considerado puesto que es en un signo de alerta.

DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo identificar los efectos psicológicos (depresión, ansiedad y estrés) en el personal que labora en el Hospital Monte Sinaí de la ciudad de Cuenca que están expuestos durante la pandemia Covid-19.

Tanto en nuestro estudio como en otros realizados en diferentes países, la presencia de sintomatología asociada a problemas de salud mental era esperable, dada las circunstancias de estrés y exigencias a las que se ha visto sometido el personal de salud, sin embargo, son menores a las reportadas utilizando similares instrumentos al estudio realizado en China (Lai, y et al, 2020), donde se encontró que más del 50% de los encuestados reportó síntomas de depresión y un 45% de ansiedad, y en Chile, donde el 65% de la muestra reportó síntomas de depresión, 74% de ansiedad, 65% insomnio y 57% de distrés (Urzúa, y et al., 2020).

En un estudio realizado en Paraguay, al comparar los resultados estratificándolos por grupos, las mujeres presentaron mayor proporción de síntomas severos y a la vez mayor riesgo de presentar depresión, ansiedad, distrés y fatiga por compasión. Las mujeres como grupo con mayor vulnerabilidad en los trabajadores de la salud ya han sido reportado en otros estudios en Covid-19 (Lai, y et al, 2020; Urzúa, y et al, 2020) y otros brotes similares como el SARS (Tam, Pang, Lam, y Chiu, 2004). No es posible abordar este aspecto sin entrar a discusiones de género e interseccionalidad que escapan a este manuscrito, pero se asume que ambas perspectivas son capaces de explicar por qué el hecho de ser mujer constituye un mayor riesgo y genera una mayor vulnerabilidad, dado por una mayor morbilidad psiquiátrica, influencia de roles sociales, influencia del ciclo reproductivo, entre otros (Montero, y et al, 2004).

En un estudio realizado en Perú, se encontraron resultados similares a los nuestros, ya que se descubrieron problemas de salud mental en el personal de salud, especialmente en las

profesionales mujeres, el personal de enfermería y aquellos que trabajan directamente con casos sospechosos o confirmados de Covid-19, evidenciándose la presencia de sintomatología ansiosa, depresiva y reacción al estrés (Huarcaya, 2020).

En China, en un estudio realizado se concluye que el personal de salud tienen una alta incidencia de ansiedad y de estrés, es por eso que recomiendan fortalecer mediante habilidades psicológicas al personal de salud e implementar una intervención psicológica como asesoramiento para el manejo de ansiedad y estrés (Lozano, 2020); si bien en nuestro estudio no se obtuvo puntajes elevados en la sintomatología depresiva o de estrés, se puede observar que existen personas que presentan rasgos ansiosos y los ya antes mencionados que merecen ser tratados para que no se complique el cuadro.

RECOMENDACIONES

Implementar pausas activas, en donde se establezca un vínculo de dinámica entre los trabajadores, esto se puede hacer por grupos pequeños utilizando las medidas de bioseguridad y teniendo en cuenta el triángulo de la vida (mascarilla, alcohol y distanciamiento), con el objetivo de reducir síntomas de depresión, ansiedad y estrés en los trabajadores.

Psicoeducar a los trabajadores con los temas referentes a las dimensiones de depresión, ansiedad y estrés, instruyéndoles acerca de conceptos básicos y técnicas para el manejo de los mismos, dividiendo los temas por semana o por meses según como se acomode el Hospital Monte Sinaí y así mismo dividiendo por grupos pequeños de trabajo para fomentar un ambiente solidario con la salud mental por parte de todos los trabajadores.

Realizar evaluaciones trimestrales al personal del Hospital, para evidenciar si la sintomatología disminuye persiste o aumenta, y en caso de que exista personal con sintomatología que oscile entre moderado y severo, en cualquiera de las tres dimensiones mencionadas, se realizará el seguimiento oportuno y se tratará al paciente de una manera individual si es que así lo requiere.

Fomentar las prácticas de pasa tiempos y actividad física, esto se realiza en casa después de la actividad laboral o en su tiempo libre para liberar tensiones acumuladas.

Realizar estudios similares en las diferentes casas de salud para poder comprobar y comparar resultados.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a. ed). Madrid, España: Editorial Medica Panamericana.
- Antúnez, E., y Vinet, V. (2013). Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. *Revista Médica de Chile*, 141 (2013), pp. 209-216 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000200010>
- Ávila, J. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. *Revista Conciencia*; 1 (2): 118-122. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rcfb/v2n1/v2n1_a13.pdf
- Ayuso, J. (1988). *Trastornos de Angustia*. Barcelona: Martinez Roca.
- Bados A., Solanas, A., Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS). *Psicothema*, 17, pp. 679-683
- Baldwin, D., y Birtwistle, J. (2002). *An Atlas of Depression*. Southampton UK. The Parthenon Publishing group.
- Bárcena, A. (2020). *Coyuntura, escenarios y proyecciones hacia 2030 ante la presente crisis de Covid-19*. Santiago de Chile: CEPAL
- Beck, A. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Beck, A. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée De Brouwer.
- Bensabat, S. (1987). *Stress. Grandes especialistas responden*. Bilbao: Mensajero.
- Blows, W. (2000). Neurotransmitters of the brain: serotonin, noradrenaline (norepinephrine), and dopamine. *J Neurosci Nursing*; 32: 234-238.
- Bonilla, D., Villamil, E., Rabaan, A., y Rodríguez, A. (2018). Una nueva zoonosis viral de preocupación global: COVID-19, enfermedad por coronavirus 2019. *Iatreia*.
- Casas, H. (2000). *Vivir bajo presión. El estrés*. 2nd ed. Barcelona: Editorial Océano. pp.42-64.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T., Taylor, A., Craig, I., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A., y Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*; 301(5631): 386-389.
- Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2003). *El brote de SRAS de 2003*. Disponible en: <https://www.cdc.gov/sars/about/fs-sars-sp.html>
- Cortés, M., y O'Higgins, U. (2020). Coronavirus como amenaza a la salud pública. *Revista Médica de Chile*, 148(1), 124-126. Disponible en: <http://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/view/8153>

- Díaz, L., Torres, V., Urrutia, E., Moreno, R., Font, I., y Cardona, M. (2006). Factores psicosociales de la depresión. *Rev Cub Med Mil*; 35 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000300009
- El Universo. (2020). Jornada de trabajo, sueldo y aportación al IESS podrán reducirse por dos años. Estos son los cambios laborales que contempla la Ley Humanitaria. Recuperado de : <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/05/17/nota/7843881/reformas-laborales-nuevas-reglas-contratos-trabajo-ley-humanitaria>
- El Universo. (2020). Personal de salud en Ecuador estaría al borde de sufrir ataques de pánico, ansiedad y depresión por COVID-19. Recuperado de: <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/04/12/nota/7810368/personal-salud-ecuador-estaria-borde-tener-ataques-panico-ansiedad>
- Erdur, B., Ergin, A., Turkcuer, I., Parlak, I., Ergin, N., y Boz, B. (2006). A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli, Turkey. *Emerg Med J*; 23(10):759-763.
- Friedman, M., y Rosenman, R. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of the American Medical Association*; 169 (12): 1286-1296.
- Gallagher, T., y Schleyer, A. (2020). “We Signed Up for This!” — Student and Trainee Responses to the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*. Doi: <https://doi.org/10.1056/nejmp2005234>
- García, L., de la Fuente, L., Sáiz, P., García, M., y Bobes, J. (2020). ¿Se observarán cambios en el consumo de alcohol y tabaco durante el confinamiento por COVID-19?. *Adicciones*; 32 (2): 85-89.
- Gong, Y., Han, T., Chen, W., Dib, H., Yang, G., Zhuang, R., Chen, Y., Tong, X., Yin, X., y Lu, Z. (2014). Prevalence of anxiety and depressive symptoms and related risk factors among physicians in China: a cross-sectional study. *PLoS One*; 9 (7):e103242.
- Guadarrama, L., Escobar, A., y Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Rev Fac Med UNAM*; 49 (2).
- Harvey, B., McEwen, B., y Stein, D. (2003). Neurobiology of antidepressant withdrawal: implications for the longitudinal outcome of depression. *Biol Psychiatry*; 54: 1105-1117.
- Harvey, D. (2020). Política anticapitalista em tempos de COVID-19. *Sin Permiso*; 22.
- Hernández, G. (2018). El Consentimiento Informado en la praxis de la psicología. Disponible en: <http://eticapsicologica.org/index.php/documentos/mapa-del-sitio/item/1-consentimiento-informado?showall=1>

- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2010). Metodología de la investigación. Quinta edición. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. Pp. 7; 81.
- Hernández, M., Horga de la Parte, J., Navarro, F., y Mira, A. (2012). Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. Guía de actuación clínica en atención primaria. Novelda, España. [en línea]. Disponible en: www.san.gva.es
- Hidalgo, S. (2000). Estrés en Emergencias Sanitaria; 1-13.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., y Hu, J. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*; 24. Doi: 10.1016/S0140-6736(20) 30183-5
- Huang, J., Han, M., Luo, T., Ren, A., y Zhou, X. (2020). Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi*; 38 (0): E001. 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*; 37. Doi:10.17843/rpmesp.2020.372.5419
- Infante, V., González, P., Ramos, C., y Marino, M. (2000). Consideraciones acerca de un enfoque preventivo en la salud pública. *Acta Psiq Psicol Am Lat*; 38. (En prensa).
- Jacobson, E. (1939). Progressive relaxation. Chicago: University of Chicago Press
- Johnson, M., Saletti, L., y Tumas, N. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*; 25: 2447-2456.
- Kandola, A. (2020). Causas del coronavirus: Su origen y cómo se propaga. Disponible en: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/causas-del-coronavirus-su-origen-y-como-se-propaga>
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B., y *et al.* (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*; 7 (3): e14. Doi: 10.1016/s2215-0366(20)30047-x
- Labrador, F. (1992). El estrés: Nuevas técnicas para su control. Madrid: Temas de Hoy.7
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... Hu, S. (2020). Factors Associated with Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*; 3(3), e203976. Doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lazaruz, R., y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona, Martínez Roca, S.A. España.

- Lopez, R. (2016). Enfoque Cuantitativo. Disponible en: <https://es.slideshare.net/JosMaita/enfoque-cuantitativo-59914564#:~:text=Enfoque%20Cuantitativo%20Este%20paradigma%20es,de%20comportamiento%20y%20probar%20teor%C3%ADas%E2%80%9D>.
- Lovibond, P.H., y Lovihbond, P.F. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, pp. 335-343
- 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*; 8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972020000100051&script=sci_arttext
- Mamani, A., Obando, R., Uribe, A., y Vivanco, M. (2007). Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. *Rev Per Obst Enf*; 3(1).
- Melgosa, J. (1995). Nuevo estilo de vida. ¡Sin estrés! Madrid: Safeliz.
- Montano, J. (2020). Investigación Transversal: Características y Metodología. Disponible en: <https://www.lifeder.com/investigacion-transversal/>
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez, M., Moreno, B., Reneses, B., Usall, J., Vázquez, J. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*; 18(Supl. 1), 175-181.
- Montesó, M. (2008). Tesis doctoral Salud mental y género: causas y consecuencias de la depresión en las mujeres. Pp. 91.
- Morata, M., y Ferrer, V. (2004). Interacción entre estrés laboral, estrés psicológico y dolor lumbar: un estudio en profesionales sanitarios de traumatología y cuidados intensivos. *MAFRE MEDICINA*; 15 (3), 49-58
- Moreno, N. (2015). 10 claves para superar la depresión. Disponible en: <http://www.nicolasmorenopsicologo.com/psicologos-granada/10-claves-para-superar-la-depresion/>
- Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*; 33 (2): pp. 171-190. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44012058011>
- Neidhardt, J., Weinstein, M., y Conry, R. (1989). Seis programas para prevenir y controlar el estrés. Madrid: Deusto.
- Nemiah, J. (1982). Neurosis depresivas. En Freedman, Kaplan y Sadock. Tratado de Psiquiatría (Tomo I). Barcelona: Masson,

- Organización Mundial de la Salud. (2010). Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Coronavirus. Recuperado de: <https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Depresión. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Orlandini, A. (1999). El estrés: ¿Qué es y cómo superarlo?. México: La ciencia para todos. 2da. Edición.
- Otero, W., Gómez, M., Ángel, L., Ruiz, O., Marulanda, H., Riveros, J., ... & Otero, E. (2020). Procedimientos endoscópicos y pandemia COVID-19. Consideraciones básicas. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 35 (1): 65-75.
- Ozamiz, N., Dosil, M., Picaza, M., y Idoiaga, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad. Saúde Pública*; 36(4):e00054020
- Pavcovich, L., Cancela, L., Volosin, M., Molina, V., y Ramirez, O. (1990). Chronic stress-induced changes in locus ceruleus neuronal activity. *Brain Res Bull*; 24: 293-296.
- Pruthi, S. (2018). Trastornos de ansiedad. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>
- RAE. (2019). Edad. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad?m=form>
- Reig, M., Vindel, C., y Toval, M. (1995). El Estrés Laboral: bases teóricas y marco de intervención. *Universidad Complutense de Madrid*. 1 (2-3): 113-130
- Reyes, J. (2010). Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Biblioteca virtual en salud. Honduras. [en línea]. Disponible en: www.bvs.hn
- Rojo, J. (2020). Primeros pasos en SPSS. Disponible en: http://humanidades.cchs.csic.es/cchs/web_UAE/tutoriales/PDF/SPSSIniciacion.pdf
- Rosales, J., Gallardo, C., y Conde, M. (2005). Prevalencia de episodio depresivo en los médicos residentes del Hospital Juárez de México. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas*; 001(10):25-36.
- Ruiz, A., Arcaño, K., y Pérez, D. (2020). La psicología como ciencia en el afrontamiento a la COVID-19: apuntes generales. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*; 10 (2).
- Ruiz, L. (2020). Coeficiente de correlación de Pearson: qué es y cómo se usa. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/miscelanea/coeficiente-correlacion-pearson>

- Ruiz, M., Díaz, M., y Villalobos, A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Samaniego, A., Urzúa, A., Buenahora, M., y Vera, P. (2020). Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: efecto Covid-19. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*;54(1). Disponible en: <file:///C:/Users/COMPUMAS/Downloads/1298-Article%20Text-3835-2-10-20200517.pdf>
- Salazar, A. (2017). Definición de actividad laboral (1). Disponible en: <https://es.scribd.com/document/365451548/Definicion-de-Actividad-Laboral-1>
- Shigemura, J., Ursano, R., Morganstein, J., Kurosawa, M., y Benedek, D. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci*;74: 281-2.
- Somers, J., Goldner, E., Waraich, P., y et al. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders. A systematic review of literature. *Can J Psychiatry*; 51: 100-113
- Tam, C., Pang, E., Lam, L., y Chiu, H. (2004). Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychological Medicine*; 34(7), 1197–1204. Doi: <https://doi.org/10.1017/s0033291704002247>
- Thomen, M. (2020). Diferencia entre ansiedad y depresión. Recuperado de: <https://www.psicologia-online.com/diferencia-entre-ansiedad-y-depresion-4561.html>
- Tobal, J. (1996). La Ansiedad. *Editorial Santillana, S.A. Madrid, España.*
- Toral, V., Aguilar, M., y Juárez, P. (2009). Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City. *Occup Med*; 59 (1):8-13.
- Torres, C., y Landines, M. (2020). Causas, Efectos y Oportunidades Socioeconómicas Derivadas del Coronavirus COVID-19. Disponible en: <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/24667/1/CAUSAS%2cEFECTO%20Y%20OPORTUNIDADES%20SOCIOECON%2cMICAS%20DERIVADAS%20DEL%20CORONAVIRUS%20COVID%2019.pdf>
- Urzúa, A., Vera, P., Caqueo, A., y Polanco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia Psicológica*; 38(1): 103–118.
- Urzúa, A., Vera, P., Samaniego, A., Caqueo, A., Zapata, A., y Irrázaval, M. (2020). COVID-19 y salud mental en trabajadores de la salud en Chile. Un estudio exploratorio. Manuscrito presentado para su evaluación
- Uzun, N., Tekin, M., Sertel, E., y Tuncar, A. (2020). Psychological and social effects of COVID-19 pandemic on obstetrics and gynecology employees. *J Surg Med*; 4 (5):355-358. Doi: 10.28982/josam.735384

- Valentín, E., Montero, J., y Florentini, M. (2020). Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV). *Revista Médica Carriónica*; 1 (1).
- Virues, R. (2005). Estudio sobre ansiedad. *Revista Psicología Científica.com*; 7 (8).
Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C., y Ho, R. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*; 17:17-29.
- Wood, S., Stride, C., Threapleton, K., Wearn, E., Nolan, F., Osborn, D., Paul, M., y Jhonson, S. (2011). Demands, control, supportive relationships and well-being amongst British mental health workers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 46 (10):1055-1068.
- Yagüe, C. (2020). Covid-19 y prisiones: un desafío no sólo sanitario y de seguridad, también humanitario. Recuperado de: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/63370805/Covid_19_y_prisiones._Cristina_Rodriguez_Yague_120200520-21538-x3dmds.pdf?1589967479=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DCovid-19_y_prisiones_un_desafio_no_solo.pdf&Expires=1593735224&Signature=BkNxGswD~irQysmjhb6a3qks7FPRi7zboInrHBbb5hZNwWIO6~z7reFBx1wtvtz0P2PcTORwERdCOFL4UB3-dAnUsDP7FEaGG8xNZd5iE6JHQUo~K9GMGBn74a8Rh-bcxK2acrI8R5wOJd6SAdG0NbFCptdxwhCjuLqpmQW1UL8ZfCbxy~i1YZsag5eKx-j-Ba6r3tD-2fUJ7yWrTZNI0CjX1tmWV8-3PJ6o7U2x2ao1LzSETCBYR3mpOE~ftRfdUvzqR~zZZRmFex3QCRT3JiydZvqrAb1Mf9KRcZ9ui1rBnhg~T01nReCz30Lyezm-beuCyNviqfh8LFnMdq5w__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
- Ylla, L. (2009) Algunos aspectos psicodinámicos de los trastornos de ansiedad. *ASMR Revista Internacional*;7. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/algunos-aspectos-psicodinamicos-de-los-trastornos-de-ansiedad/>

ANEXOS

Anexo 1.

Solicitud para realizar el estudio.

Ingeniero Jorge Méndez

Reciba un cordial saludo. Le escribe Mst. Mayra Padilla Cardoso, docente de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay. Adjunto la solicitud formal con mi aprobación como docente de la Universidad y supervisora de la tesis de las estudiantes Sofia Carpio y Lisseth Sanmartin. También adjunto el diseño de tesis aprobado de las estudiantes. Una vez finalizada la investigación se le enviará los resultados de la investigación; así como herramientas que se pueden utilizar para el personal y el manejo de dichos síntomas evaluados.

Nuevamente le agradezco por la apertura y estamos muy gustosas de poder trabajar con usted.

Saludos.

Mayra Padilla Cardoso
Docente de Psicología Clínica
Universidad del Azuay.

Universidad del Azuay
(<http://www.uazuay.edu.ec>)

Cuenca, 01 de Junio de 2020

Ingeniero Jorge Méndez
Gerente General
Hospital Monte Sinaí - Austroimagenes - Sinilab - Cedapsinai- Neurolab - Cipam

Ciudad

De nuestra consideración:

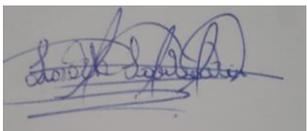
Reciba un cordial y afectuoso saludo, nosotras, Sofía Carpio Rodríguez con cédula 0107328890 y Lisseth SanMartín Zumba con cédula 0301929279, estudiantes de décimo ciclo de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, mediante la presente solicitamos a usted como representante de la casa de salud Monte Sinaí, nos permita realizar nuestro tema de tesis titulada “Efectos psicológicos asociados a la pandemia Covid-19 en el personal de salud y administrativo del Hospital Monte Sinaí de la ciudad de Cuenca”, supervisada por nuestra tutora la Mgst. Mayra Padilla Cardoso, docente de la universidad del Azuay y miembro de la junta académica de la carrera de Psicología Clínica. La investigación se realizará vía online para medir ansiedad, depresión y estrés en el personal de salud de la institución, pidiendo a usted que se nos ayude, ya sea enviando la información (test) a todos los médicos especialistas o con la base de datos de los mails de los médicos especialistas para poder enviar las encuestas. Al finalizar el mismo, se hará entrega de un informe del trabajo realizado y se brindará herramientas o material de apoyo a las personas evaluadas, para un mejor afrontamiento ante los factores psicológicos implicados. Adjuntamos de igual manera la información que será incluida en la encuesta en línea.

Por la favorable atención que se sirva dar a la presente, anticipamos nuestros agradecimientos.

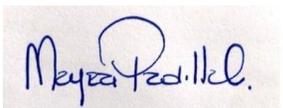
Atentamente,



Sofía Camila Carpio Rodríguez
Cédula: 0107328890.
Celular: 0984478993



Lisseth SanMartín Zumba
Cédula: 0301929279.
Celular: 0992702243



Mst. Mayra Padilla Cardoso
Docente Universidad del Azuay.

Anexo 2.

Consentimiento Informado.

Salud Mental en el personal de salud durante la pandemia Covid -19

Objeto del Estudio

Debido a la situación que estamos viviendo con la pandemia y dando cumplimiento a las recomendaciones de los organismos de control del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y el Ministerio de Trabajo, con objetivo de poder ejecutar acciones para precautelar la salud de nuestros trabajadores, reduciendo el nivel de incertidumbre, estrés, los sentimiento de indefensión y desesperanza, del personal de salud que se encuentra trabajando en primera línea con pacientes y así poder comprender los efectos psicológicos que el trabajo en el área de la salud genera a los trabajadores del Hospital Monte Sinaí, se aplicará el siguiente test.

Beneficios potenciales

Participar en el estudio le puede brindar la oportunidad tomar acciones preventivas y aplicar técnicas de entrenamiento conductual, reducción de la ansiedad y el estrés producidos por la actual situación.

Riesgos potenciales

En nuestro cuestionario puede identificar algunas emociones que le generan malestar. A pesar de que nuestro cuestionario no presenta riesgos en generar estrés, existe una pequeña posibilidad de que algunas preguntas le molesten un poco.

¿Qué ocurre con la información?

Toda la información va a ser confidencial y el estudio es anónimo. La información no va a ser analizada de manera individual sino como un grupo.

El cuestionario es completamente anónimo y no necesita proporcionar información personal.

Le pedimos por favor dedique unos minutos para contestar las siguientes preguntas que nos permitirán recolectar datos sobre Ud. y su estado de salud mental. Este tipo de estudio se realiza para poder conocer más sobre su estado emocional durante la pandemia Covid-19 en el personal que labora en el área de la salud y administrativa.

El estudio es realizado por la Universidad del Azuay.

En caso de presentar sintomatología o identificación de algún tipo de problema por favor contactarse con la línea 171 para recibir la atención adecuada.

Anexo 3.

Cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos.

1. Sexo

- Mujer
- Hombre

2. Edad

- 20 - 30 años
- 31- 40 años
- 41-50 años
- 51- 60 años
- 61 años en adelante

3. Estado Civil

- Soltero
- Casado
- Unión Libre
- Divorciado
- Otros

4. Hijos

- Si
- No

5. Puesto de trabajo

- Médico tratante
- Médico residente asistencial
- Médico residente posgradista.
- Médico interno
- Área de enfermería
- Camilleros
- Área de nutrición
- Área de limpieza
- Personal administrativo
- Otra _____

6. Carga horaria de trabajo semanal

- Menos de 20 horas
- Entre 20 y 30 horas
- Entre 30 y 40 horas
- Más de 40 horas

7. Ha trabajado con pacientes con Covid-19?

- Si
- No

7. ¿Ha sentido que su estado emocional se ha visto afectado por la pandemia?

- Si
- No

8. ¿Se siente bajo presión en su trabajo durante la pandemia?

- Si
- No

9. Ha presentado algunos de los siguientes síntomas

- Temblor
- Miedo
- Insomnio
- Estrés
- Ganas de llorar
- Tristeza.

10. Según su percepción, los síntomas antes mencionados se dan principalmente por:

- Trabajo durante la pandemia
- Presión familiar (tareas domésticas por el confinamiento)

11. Ha presentado temor de contagiarse de Covid-19 en su trabajo?

- Si
- No

12. Ha presentado temor de contagiar a familiares y amigos de Covid-19?

- Si
- No

Anexo 4.
Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21).

DASS-21

Nombre: _____ Fecha: _____

Por favor lea cada afirmación y encierre en un círculo un número 0, 1, 2 o 3 que indique cuanto de esa afirmación se aplica a su caso durante el último mes. No existen respuestas correctas o incorrectas. No gaste mucho tiempo en cada afirmación.

La escala a utilizar es como se presenta a continuación:

0 No se aplica a mí en absoluto. NUNCA (N)

1 Se aplica a mí en algún grado o parte del tiempo. A VECES (AV)

2 Se aplica a mí en un grado considerable, o en una buena parte del tiempo. A MENUDO (AM)

3 Se aplica a mí, mucho. CASI SIEMPRE (CS)

EN EL ÚLTIMO MES					Para uso del Profesional		
Item	N	AV	AM	CS	D	A	S
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 a 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							
TOTALES							