



UTPL

Vinculación
con la Sociedad

**Informe sobre la salud mental de los
trabajadores en contextos de Salud Pública de
la Zona 7 del Ecuador durante el año
2022- 2023.**



UTPL

Observatorio de
Salud Mental y Adicciones



Autores:

Dirección del proyecto de investigación:

Silvia L. Vaca Gallegos, Ph.D.
Directora del Observatorio de Salud Mental y Adicciones.
Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL).

Equipo investigador:

Departamento de Psicología y del Grupo de Investigación de Psicología
Clínica de la Universidad Técnica Particular de Loja
Mgtr Rafael Sánchez Puertas
Mgtr. María Belén Paladines
Mgtr. María Aranzazu Cisneros

School of Animal and Comparative Biomedical Sciences, University of Arizona
Mateo Peñaherrera Aguirre, PhD

Equipo Técnico:

Economista. Kevin Jiménez Peña
Lic. Katty Hidalgo Serrano
Maquetación. Cesar Castejón Atacho

Primera edición
ISBN: 978-9942-39-928-1
Editorial Digital UTPL (978-9942-39)
Loja, Ecuador
Octubre de 2023.

Los contenidos de este trabajo están sujetos a una licencia internacional
Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-Compartir Igual 4.0 (CC
BY-NC-SA 4.0). Usted es libre de Compartir — copiar y redistribuir el material
en cualquier medio o formato.

INDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	6
2. MÉTODOS	8
2.1 Diseño del estudio	8
2.2 Área de Estudio	8
2.3 Universo y Muestra	8
2.4 Objetivos del estudio	9
2.5 Criterios de inclusión y exclusión	9
2.6 Descripción de las variables e instrumentos de medida	9
2.7 Procedimiento de recogida de información	19
3. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS	21
4. ANÁLISIS DE DATOS	22
5. RESULTADOS	23
5.1 Resultados de indicadores sociodemográficos y laborales	23
5.2 Resultados de Indicadores de salud mental y psicosociales	26
5.3 Resultados descriptivos y correlacionales según variables de estudio	27
5.4 Estrés Psicológico: Escala de estrés percibido (PSS-10)	27
5.5 Percepción de soledad: Escala de Soledad Revisada (UCLA-R)	31
5.6 Consumo de alcohol: Test para la identificación de Trastornos de Consumo de Alcohol (AUDIT-C)	35
5.7 Depresión: Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	37
5.8 Problemas de sueño: Escala de sueño de Jenkins (JSS-4)	42
5.9 Satisfacción con la vida: Escala de satisfacción con la vida	46
5.10 Síndrome de Burnout: Inventario de burnout de Maslach (MBI)	48
5.11 Inflexibilidad psicológica: Cuestionario de evitación-acción II (AAQ-II)	55
6. DISCUSIÓN	57
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	60

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	11
Operacionalización de variables sociodemográficas y laborales	
Tabla 3	23
Análisis de indicadores sociodemográficas y laborales	
Tabla 4	24
Análisis de indicadores sociodemográficas y laborales: Frecuencias y Porcentajes	
Tabla 5	26
Análisis de indicadores de salud mental y psicosociales	
Tabla 6	28
Prevalencia del estrés según la provincia de la Zona 7	
Tabla 7	29
Correlación de Spearman del estrés con indicadores sociodemográficas y psicológicos	
Tabla 8	30
Incidencia de los indicadores sociodemográficos en el estrés	
Tabla 9	32
Prevalencia de la percepción de soledad según las provincias de la Zona 7	
Tabla 10	33
Correlación de Spearman de la percepción de soledad con indicadores sociodemográficas y psicológicos	
Tabla 11	36
Prevalencia del consumo de alcohol según las provincias de la Zona 7	
Tabla 12	38
Prevalencia de la depresión según las provincias de la Zona 7	
Tabla 13	39
Correlaciones de Spearman de la escala de la depresión con variables sociodemográficas y otros instrumentos psicológicos	
Tabla 14	41
Incidencia de las condiciones sociodemográficas en la escala de la depresión	
Tabla 15	43
Prevalencia de los problemas de sueño según las provincias de la Zona 7	
Tabla 16	44
Correlaciones de Spearman de la escala de problemas de sueño con indicadores sociodemográficos y psicológicos.	
Tabla 17	47
Prevalencia de la satisfacción con la vida según las provincias de la Zona 7	
Tabla 18	49
Prevalencia de las dimensiones de Síndrome de Burnout según las provincias de la Zona 7	

Tabla 19	51
Prevalencia de Síndrome de Burnout según las provincias de la Zona 7	
Tabla 20	52
Correlaciones de Spearman de la escala de Síndrome de Burnout con variables sociodemográficas y otros instrumentos psicológicos	
Tabla 21	54
Prevalencia del Síndrome de Burnout e indicadores sociodemográficos y laborales	
Tabla 22	56
Prevalencia de la escala de aceptación según las provincias de la Zona 7	

INDICE DE FIGURAS

Figura 1	27
Escala del estrés	
Figura 2	31
Escala de soledad	
Figura 3	34
Escala de consumo de alcohol	
Figura 4	37
Escala de depresión	
Figura 5	42
Escala de problema de sueño	
Figura 6	46
Escala de satisfacción con la vida	
Figura 7	48
Escala de Maslach	
Figura 8	55
Escala de aceptación	

1. INTRODUCCIÓN

La Dirección General de Vinculación con la sociedad de la Universidad Técnica Particular de Loja, encargado de articular el accionar de la universidad con las necesidades del territorio, propone programas y proyectos que aportan al desarrollo de territorios inteligentes y sostenibles, para poder potenciar e integrar acciones multidimensionales, intersectoriales y personalizadas para el desarrollo sostenible a través de su Red de Observatorios SmartLand, (ver <https://vinculacion.utpl.edu.ec/smartland>) que generan indicadores periódicos en distintas áreas del conocimiento, que apoyan la gestión del territorio.

Los resultados que se presentan en este informe han sido desarrollados desde el Observatorio de Salud mental y adicciones (ver <https://vinculacion.utpl.edu.ec/observatorios/obastal>) encargado de analizar y difundir información de libre acceso, de carácter estadístico y epidemiológico sobre la situación del consumo de drogas y la salud mental en la población ecuatoriana para gestores, profesionales sanitarios, investigadores y la comunidad en general. A nivel mundial, la salud mental de la población ha sido afectada por trastornos mentales, neurológicos y por el consumo de sustancias, causantes del 10% de la morbilidad y del 30% de enfermedades no mortales, siendo la depresión y ansiedad los de mayor prevalencia (OMS, 2020).

Estudios realizados en el contexto ecuatoriano indican que más del 90% del personal médico y de enfermería presentó síndrome de burnout afectando en su mayoría a los médicos (Vinuesa-Veloz et al., 2021; Torres et al., 2021). Asimismo, de 1028 profesionales de la salud el 27,3% presenta síntomas de ansiedad y el 16,3% insomnio (Pazmiño et al., 2021). Por otra parte, en un estudio con 400 trabajadores de diversas áreas de la salud el 34,50% presenta sintomatología depresiva (Naranjo y Poveda, 2021). Es importante considerar que la inflexibilidad psicológica y la soledad median el impacto del estrés en la ansiedad y el estado de ánimo depresivo de la población de estudio (Bonilla-Sierra et al., 2021).

Hoy en día, se evidencia que el impacto de la pandemia en los trabajadores de la salud fue a nivel biológico, social y psicológico, incrementándose los trastornos por ansiedad, depresión y estrés (Preti et al., 2020; Serrano-Ripoll et al., 2020). En efecto, su estado de salud autopercebido ha empeorado, así como la cantidad y horas de sueño, se reporta agotamiento físico y emocional,

además de considerar el abandonar la profesión y una jubilación anticipada (Buitrago et al., 2022). Por lo tanto, presentan un mayor riesgo de padecer trastorno del sueño, síndrome de estrés postraumático, depresión y ansiedad (Cabrera et al., 2020). En los últimos años, la emergencia causada por el Covid-19 representó probablemente uno de los mayores desafíos a los que los profesionales sanitarios se hayan podido enfrentar a lo largo de su carrera (Ricci-Cabello et al., 2020).

Además, al brindar atención médica de primera línea durante los brotes infecciosos incrementa el riesgo a que desarrollen problemas de salud mental a corto y a largo plazo, estos problemas durante este período dificultan la respuesta urgente frente a la atención y toma de decisiones para sus pacientes (Mauder et al., 2006). Así también, el personal de la salud también se expone al estrés laboral, alta carga mental, desgaste emocional, y/o estrés postraumático secundario (Cao et al., 2020).

La escasa evidencia empírica sobre el estado de salud mental de los trabajadores en contextos laborales de salud del Ecuador y la importancia de intervenir en este grupo humano, motivó a la realización de este proyecto de vinculación con la colectividad desde el Observatorio de Salud Mental y Drogas de la Universidad Técnica Particular de Loja); cuyo objetivo fue determinar indicadores de salud mental de trabajadores en contextos de salud; con la finalidad de contar con una línea base que podrá ser utilizada por las entidades gubernamentales y no gubernamentales para elaborar políticas públicas encaminadas a la intervención primaria o secundaria en este tipo de poblaciones.

Considerando que, “Los factores de riesgo obstaculizan los mecanismos de afrontamiento óptimos, aumentando la probabilidad de resultados negativos cuando las personas se enfrentan a la adversidad, mientras que los factores de protección ayudan a las personas a superar los eventos adversos de la vida con menos daño” (Lunansky et al., 2021).

En esta investigación se considera como factores de protección la inflexibilidad psicológica y satisfacción con la vida y como factores de riesgo, la percepción de soledad y el estrés. Mientras que las variables de salud mental el consumo de alcohol, la depresión, dificultades asociadas a la conducta del sueño y el síndrome de Burnout.

Es importante proteger y tratar a los profesionales de la salud, empatar con prevención, promoción y salud ocupacional sin desatender los riesgos psicosociales que estas actividades impliquen, por cuanto se calcula que aproximadamente 1 de cada 4 personas expuestas a tratar con pacientes infectados por COVID 19 padecerán uno o más trastornos de conducta en su vida (Lewis et al., 2022).

2. MÉTODOS

2.1 Diseño del estudio

Es un estudio analítico transversal.

2.2 Área de Estudio

Zona 7 (Loja, Zamora Chinchipe y El Oro).

2.3 Universo y Muestra

El universo son los trabajadores de la salud del Ecuador. La muestra se compone por los trabajadores de la salud de la Zona 7.

Determinación del tamaño de la muestra: En este estudio el muestreo será no probabilístico, de accesibilidad-accidental. Debido a que los participantes se escogen de manera casual, es decir, de acuerdo con el medio idóneo para ejecutar el estudio y buscar los datos en función de los objetivos de la investigación o los intereses propios del investigador (Hernández-Sampieri et al., 2014).

2.4 Objetivos del estudio

- Describir características sociodemográficas y laborales de los trabajadores de la salud de la Zona 7 del Ecuador.
- Establecer la prevalencia de indicadores de salud mental (problemas de sueño, síndrome de burnout, depresión y consumo de alcohol) e indicadores psicosociales (percepción de soledad, estrés, inflexibilidad psicológica y satisfacción con la vida).
- Evaluar la relación entre las variables de salud mental con las variables psicosociales, sociodemográficas y laborales de los trabajadores de la salud de la Zona 7 del Ecuador.

2.5 Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión:
- Acceso a internet y recibir el email institucional de invitación a participar en la encuesta.
- Mayor de edad, es decir mayor de 18 años.
- Ser trabajador de la salud de la Zona 7 del Ecuador.
- Consentir libre y voluntariamente participar del estudio.
- Criterios de exclusión:
- Grupos vulnerables establecidos en el Art. 35 de la Constitución del Ecuador (Entre los que se tiene a: mujeres embarazadas y personas con discapacidad)
- No disponibilidad de medios virtuales.

2.6 Descripción de las variables e instrumentos de medida

En este apartado se describen las variables medidas en el estudio, así como los instrumentos empleados para su evaluación. Se seleccionaron aquellas que permitieran evaluar variables relevantes en el contexto de la Psicología Clínica y de la Salud, que contaran con buenas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez, y que fueran breves, para reducir el tiempo de administración de la prueba final. La batería estuvo compuesta por los siguientes instrumentos que se describen a continuación:

Variables sociodemográficas y laborales

Para evaluar las variables sociodemográficas y laborales se creó un cuestionario Ad-hoc (Vaca, Sánchez, Paladines y Cisneros 2022) que evaluaba los siguientes indicadores: sexo, edad, nacionalidad, estado civil, nivel de estudios, tipo de contrato laboral, horas laborables a la semana, años de experiencia, provincia y cantón donde desempeña sus labores. (Anexo 5).

Tabla 1

Operacionalización de variables sociodemográficas y laborales

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NATURALEZA	CATEGORÍAS / RANGOS
Sexo	Condición biológica de la persona independientemente de su identificación de género.	Cualitativa	1 = M
		Nominal	2 = F
		Dicotómica	
Edad	Años cumplidos al momento de la investigación, según fecha de nacimiento	Cuantitativa	Escribir la edad en años
		Continua	
Nacionalidad	Lugar de nacimiento	Cualitativa	1 = Ecuatoriana
		Dicotómica	2 = Otra
Estado civil	Situación de las personas físicas y se determina por sus relaciones de familia, que nacen del matrimonio o del parentesco y establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa	1 = Soltero/a
		Politómica	2 = Casado/u-nión libre
			3 = Viudo/a
			4 = Divorciado/a – Separado/a

Tabla 1

Operacionalización de variables sociodemográficas y laborales

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NATURALEZA	CATEGORÍAS / RANGOS
Último nivel de estudios finalizado	Nivel de instrucción que la persona ha alcanzado.	Cualitativa Politómica	1 = Bachiller 2 = Tercer nivel 3 = 4to nivel especialidad/-maestría 4 = Otro
Título de tercer nivel	Definir el grado de estudios alcanzados.	Cualitativa Discreta	Respuesta abierta
Tipo de contrato	Nominación del tipo de trabajo que realiza, respecto al tiempo que emplea para hacerlo y como la institución lo ha denominado.	Cualitativa Politómica	1 = Nombramiento permanente 2 = Nombramiento provisional 3 = Libre nombramiento y remoción 4 = Servicios ocasionales 5 = Civiles de servicio 6 = Otro

Tabla 1

Operacionalización de variables sociodemográficas y laborales

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NATURALEZA	CATEGORÍAS / RANGOS
Horas de trabajo	Número de horas que cumplimenta diariamente	Numérica Continua	número de horas.
Experiencia laboral	Número de años que ha trabajado siendo profesional.	Numérica Continua	número de años.
Provincia de su lugar de trabajo	Lugar geográfico donde desarrolla sus labores.	Cualitativa Politómica	Seleccionar la provincia.
Cantón	Lugar geográfico específico donde desarrolla sus labores	Cualitativa Politómica	Selecciona el cantón.

Variables psicosociales

A continuación, se describen los instrumentos de evaluación psicológica utilizados para evaluar las principales variables asociadas a los indicadores psicosociales como la percepción de soledad, el estrés, la inflexibilidad psicológica y el nivel de satisfacción con la vida.

Percepción de soledad

En este caso, el apoyo social se evaluó a través de la Escala de Soledad Revisada (UCLA-R) de Huges, Waite, Hawkley, & Cacioppo, (2004), que evalúa percepción de soledad como un indicador de falta de apoyo social, considerada una variable mediadora del efecto del estrés sobre la salud.

Esta escala contiene tres ítems, que se contestan a través de escala de Likert de cuatro opciones de respuesta, que van desde cero a tres, que califican la frecuencia con la que se presentan tres circunstancias asociadas a la falta de apoyo social. En esta escala a mayor puntaje se considera que el sujeto se percibe más solo pudiendo tener un puntaje máximo de 12 puntos.

Todos los ítems se califican en forma ascendente donde cero (0) significa nunca, uno (1) raras veces, dos (2) a veces y tres (3) siempre. Al finalizar estos ítems se suman y se interpretan tomando en cuenta que a puntuaciones más altas mayor será la percepción de soledad.

Estrés Psicológico

Se evaluó a través de la Escala de Estrés percibido (PSS-10), desarrollada por Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983); mide el grado en el que las situaciones de la vida de una persona son consideradas como estresantes, es decir, cómo valoran sus vidas en términos de impredecibilidad, incontrolabilidad y sobrecarga (Cohen et al., 1983).

Niveles de estrés psicológico prolongados en el tiempo están asociados con múltiples problemas de salud. Esta escala contiene 10 ítems que se contestan a través de escala de Likert de cinco opciones de respuesta, que van desde cero (0) a cuatro (4), que califican la frecuencia con la que se presenta una conducta o una circunstancia asociada al estrés (0=nunca, 1=casi nunca, 2=de vez en cuando, 3=a menudo, 4=muy a menudo).

A mayor puntaje se considera que el sujeto se percibe con mayor estrés. Puntuaciones del 0 al 4, exceptuando las preguntas 4, 5, 7 y 8 los cuales presentan calificación invertida (Cohen et al., 1983).

Inflexibilidad Psicológica

Se utilizó el cuestionario de Evitación Acción (AAQ-II) desarrollada originalmente por Hayes, Luoma, Bond, Masuda and Lillis, (2006), y posteriormente adaptada a la población española por Ruíz, Langer, Luciano, Cangas & Beltrán, (2013), evalúa inflexibilidad psicológica, entendido como un patrón rígido caracterizado por la tendencia a evitar situaciones, emociones, y recuerdos de carácter aversivo, resultando en una limitación de la vida del sujeto.

Esta escala contiene 7 ítems, que se contestan a través de escala de Likert de siete opciones de respuesta, que van desde uno a siete, que califican la frecuencia con la que se presentan circunstancias asociadas a la inflexibilidad psicológica y a la evitación.

En esta escala a mayor puntaje se considera que el sujeto se percibe como más inflexible psicológicamente y con más tendencia a la evitación, pudiendo tener un puntaje máximo de 49 puntos, a mayor puntuación, mayor grado de evitación experiencial.

Las puntuaciones promedio de los participantes sin problema clínico suelen estar en torno a 18 y 23 puntos. Las puntuaciones promedio de los participantes clínicos son superiores a 29 puntos. Todos los ítems se califican en forma ascendente donde uno (1) significa nunca es verdad, dos (2) muy rara vez es verdad, tres (3) raras veces es verdad, cuatro (4) a veces es verdad, cinco (5) con frecuencia es verdad, seis (6) casi siempre es verdad y siete (7) cuando siempre es verdad.

Para el cálculo se suman las puntuaciones de cada ítem (Hayes, et al., 2006; Ruíz, et al., 2013).

Satisfacción con la vida

Se empleo la Escala de Satisfacción con la vida creada por Diener et al., en 1985, la cual evalúa y mide el grado en el que una persona percibe satisfacción con su propia vida, través de 5 componentes o ítems afirmativos. Se puntúa a través de una escala tipo Likert de 1 a 7, donde uno (1) es completamente en desacuerdo, dos (2) es en desacuerdo, tres (3) es más bien en desacuerdo, cuatro (4) ni de acuerdo ni en desacuerdo, cinco (5) más bien en desacuerdo, seis (6) de acuerdo y siete (7) completamente de acuerdo.

La puntuación total que se obtiene es de 5 a 35 puntos, menores puntuaciones se relacionan con personas que se encuentran extremadamente insatisfechas con su vida, todo lo contrario, sucede con puntuaciones más altas las cuales indican que están altamente satisfechas.

Variables de salud mental

A continuación, se describen los instrumentos utilizadas para evaluar las principales variables asociadas a la salud mental que son los problemas de sueño, el síndrome de burnout, la depresión y el consumo de alcohol.

Problemas de sueño

Los problemas de sueño se evaluaron a través de la Escala de sueño de Jenkins (JSS-4) desarrollada originalmente por Jenkins et al., (1988) la cual evalúa la frecuencia e intensidad de los problemas del sueño.

Consta de 4 ítems en forma de pregunta hacia la persona indagando problemas para conciliar, mantener o al despertar del sueño, se puntúa a través de una escala tipo Likert con 5 opciones que van de 1 a 6, donde uno (1) es no me ocurre, dos (2) me ocurre 1-3 días, tres (3) me ocurre 4-7 días, cinco (5) me ocurre 15-21 días y seis (6) me ocurre 22-31 días.

Se trata de una herramienta de medición fácil de utilizar y apta para trabajadores de la salud que no disponen del tiempo suficiente (Villareal-Zegarra et al., 2022).

Síndrome de Burnout

Se utilizó el Inventario de Burnout de Maslach desarrollado por Maslach y Leiter en 1982 y posteriormente validada por Maslach y Jackson en 1986. Evalúa tres dimensiones del burnout como son: el agotamiento emocional, la despersonalización y la desrealización (Maslach y Leiter, 2001).

Consiste en 22 ítems que se responden a través de una escala tipo Likert de siete opciones que van de 0 "Nunca" a 6 "Todos los días", tomando como referencia el último año. El puntaje mínimo del inventario es 0 y el puntaje máximo es de 56, las puntuaciones más altas corresponden a agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

Es una escala que por su estructura y la descripción de sus ítems permitió evaluar el grado de burnout en la muestra seleccionada. Opciones de respuesta tipo Likert con siete opciones que van de 0 ("Nunca") a 6 ("Todos los días"), todos los ítems hacen referencia al último año.

Dimensión	Ítems	Confiabilidad
Agotamiento emocional	1,2,3,6,8,13,14,16,20	$\alpha=0.71 - 0.90$
Realización personal	4,7,9,12,17,18,19,21	$\alpha=0.68 - 0.87$
Despersonalización	5,10,11,15,22	$\alpha=0.42 - 0.64$

Puntaje mínimo: 0

Puntaje máximo: 56

Puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y baja realización personal, definen el síndrome.

Confiabilidad: alta consistencia interna (Alfa de Cronbach $\alpha= 0.70 - 0.90$) y una satisfactoria validez de constructo con una estructura factorial de tres dimensiones (Maslach y Jackson, 1986).

Depresión

Se utilizó el Cuestionario de Depresión denominado Patient Health Questionnaire (PHQ-9), desarrollada por Kroenke, Spitzer, & Willians (2001). Se trata de una breve escala de rastreo, contiene 9 ítems dirigidos a evaluar la severidad de la depresión que se califican a través de una escala de Likert de cuatro opciones en las que cero es igual a "ningún día", uno a "varios días", dos a "más de la mitad de los días" y tres a "casi todos los días".

El puntaje máximo son 27 puntos que se obtienen sumando las respuestas en cada ítem, una puntuación menor o igual a cuatro indica que, probablemente, el paciente no necesita tratamiento para la depresión, mayor entre 5 y 14 el médico debe utilizar su juicio clínico sobre el tratamiento, tomando en consideración la duración de los síntomas del paciente y su trastorno funcional, mayor o igual a 15 se justifica el tratamiento de la depresión con antidepresivos, psicoterapia o una combinación de tratamientos (Kroenke et al., 2001).

Consumo de Alcohol

Se utilizó la versión autoadministrada del Test para la Identificación de Trastornos de Consumo de Alcohol (AUDIT-C) originalmente desarrollada por Saunders, Asland, Babor, Fuente, & Grant, (1992) y su adaptación Babor, Higgins - Biddle, Saunders & Monteiro (2001).

El AUDIT es un test corto que se usa para la identificación de desórdenes asociados al consumo de alcohol incluyendo la categoría de consumo problemático, y está temporalizado para evaluar los hábitos de consumo de alcohol del último año. La escala está conformada por diez ítems, los primeros ocho ítems se contestan a través de una escala de Likert de frecuencia que consta de cinco opciones ordenadas en forma ascendente de 0, 1, 2, 3 y 4; los ítems nueve y diez tienen tres opciones que se califican en forma ascendente con 0, 2 y 4.

El punto de corte para identificar a una persona con consumo de riesgo es un puntaje mayor a 8 puntos, mientras que el puntaje máximo es 40 puntos. Puntuación igual o mayor a 8: como indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol, una puntuación de corte 10, proporciona una mayor especificidad a expensas de una menor sensibilidad, desde un punto de vista técnico, las puntuaciones

más altas simplemente indican una mayor probabilidad de consumo de riesgo y perjudicial, sin embargo, tales puntuaciones también pueden reflejar mayor gravedad de los problemas y de la dependencia de alcohol, así como de una mayor necesidad de un tratamiento más intensivo, una interpretación más detallada de la puntuación total del paciente puede obtenerse analizando las preguntas en las que puntuaron.

En general, una puntuación igual o mayor a 1 en la pregunta 2 o la pregunta 3 indica un consumo en un nivel de riesgo. Una puntuación por encima de 0 en las preguntas 4-6 (especialmente con síntomas diarios o semanales), implica la presencia o el inicio de una dependencia de alcohol. Los puntos obtenidos en las preguntas 7-10 indican que ya se están experimentando daños relacionados con el alcohol (Saunders et al., 1992; Babor et al., 2001).

2.7 Procedimiento de recogida de información

Para el desarrollo del presente estudio, se utilizará la base de datos recogida en un proyecto del Observatorio de Salud Mental y Drogas de la Universidad Técnica Particular de Loja (PROY_VIN_OBASTAL_2022_3321), la investigación fue aprobada por el Comité de Bioética de Investigación de Salud Mental de la Universidad de Cuenca con número de código de aprobación 2022-020EO-IE, teniendo en cuenta que la participación de las/os trabajadoras de la salud iba a ser voluntaria, anónima y con aceptación por medio de un consentimiento informado previo, de acuerdo con las directrices éticas de la Declaración de Helsinki.

Los participantes accedieron a la encuesta en línea a través de un enlace (Anexo 2) contenido en un correo electrónico de invitación institucional de los centros de salud en los que laboraban. Los trabajadores podían contestar a través de su ordenador personal, móvil o Tablet; el IP del dispositivo de acceso a la encuesta fue aleatorizado para mantener igualmente el anonimato. Se garantizó así doblemente el anonimato y la no trazabilidad de las respuestas de los participantes. El cuestionario se diseñó a través de la herramienta ArcGIS incluyendo el consentimiento informado (Anexo 3) en la primera página.

No era posible acceder al formulario sin haber recibido la invitación, ni aceptado el consentimiento informado, este incluyó información de contacto

(email y teléfono) de la investigadora principal para resolver dudas relacionadas con la prueba o solicitar información relativa a los resultados del estudio. La no aceptación del consentimiento informado suponía la finalización y salida de la encuesta.

La recogida de información se realizó en línea a través de la plataforma de evaluación ARCGIS, licencia que posee la UTPL. La administración web de los cuestionarios minimiza el riesgo de pérdida de datos, permite el cálculo automático de puntuaciones de forma inmediata, con la consiguiente optimización del tiempo.

Además, son bien aceptados por la población general y garantizan el anonimato. Tanto los cuestionarios como la base de datos con las respuestas se alojaron en el servidor web de la UTPL. La encuesta, estuvo habilitada a los trabajadores por el lapso de 60 días desde el momento del inicio del periodo de recogida de datos. El tiempo aproximado para completar la encuesta en su totalidad fue de 20 minutos.

El mecanismo cómo los participantes de la investigación recibieron los resultados de la investigación, consistió en que, una vez concluida la encuesta, se preguntó si desea recibir los resultados, en caso de marcar “Sí” debían proporcionar un correo electrónico al cual se envió el perfil de resultados (Anexo 4).

3. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

- El estudio contó con un consentimiento informado el cual se mostró en la primera página de la batería psicológica y será el participante quien decida acceder de forma voluntaria y confidencial (Anexo 3).
- Para garantizar los derechos de los individuos a riesgo mínimo, autonomía y confidencialidad:
 - El trabajador podía abandonar las sesiones en cualquier momento y sin ningún perjuicio o consecuencia negativa.
 - El trabajador no estaba obligado a contestar todas las preguntas. Nótese que, en la fase de depuración de la base de datos, se eliminó del registro aquellos participantes que no completaron la encuesta, no incluyéndose en el análisis.
 - La información que proporcione nunca fue ni será juzgada por el entrevistador ni la persona que acompañe el proceso.
 - Por último, la divulgación de la información proporcionada mantendrá en todo momento su anonimato. Todas las actuaciones de los investigadores estarán encaminadas a reducir la invasión de su privacidad, a mantener la confidencialidad de los datos y a minimizar otros posibles riesgos que pudieran ocasionarse.
- Si bien no existen riesgos para la integridad o salud del evaluado, sin embargo, es posible que haya sentido:
 - Incomodidad al responder algunas de las preguntas formuladas en la batería psicológica en línea.
 - Que el periodo empleado para responder la encuesta en línea le haya restado tiempo de sus actividades de la vida cotidiana o de su tiempo libre.
- Con el fin de disminuir o eliminar la posible percepción de riesgo psicológico o emocional, se contemplan las siguientes alternativas:
 - El participante podía abandonar la batería psicológica en línea en cualquier momento, si así lo decide.
 - No estaba obligado a contestar todas las preguntas.
 - Se le garantizó que la información que proporcione nunca será juzgada por los investigadores.

- La divulgación de la información proporcionada mantendrá en todo momento su anonimato.
- Todas las actuaciones del investigador principal estarán encaminadas a reducir la invasión de su privacidad, a mantener la confidencialidad de los datos y a minimizar otros posibles riesgos que pudieran ocasionarse.
- Beneficio para la comunidad: El beneficio es doble, debido a que, por una parte, los datos de tipo descriptivo estarán disponibles en la página web del OBSATALA, a la cual puede acceder la ciudadanía en general; además, este estudio proporciona una línea base basada en la evidencia que permitan a las entidades gubernamentales responsables, realicen planes de intervención primaria.
- Beneficios para los participantes: En caso de estar interesado, cada participante podía recibir de forma personalizada el informe de resultados, donde se presenta la información de forma intuitiva, detallando el nivel en el que se encuentra ubicado de acuerdo a las variables evaluadas (Anexo 4).
- De acuerdo con los criterios de exclusión, se indica que, la población vulnerable establecidos en el Art. 35 de la Constitución del Ecuador (Entre los que se tiene a: mujeres embarazadas y personas con discapacidad) no forma parte de este estudio.
- Conflicto de intereses: No existe conflicto de interés en esta investigación.

4. ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento y análisis de datos se realizarán a través del paquete estadístico SPSS 25 (Statistical Package for the Social Sciences). Al ser un estudio de carácter descriptivo-correlacional, en el análisis de las variables se emplearán los siguientes estadísticos: media, desviación típica, valor mínimo, valor máximo.

Las variables sociodemográficas se reportarán mediante la utilización de frecuencias y porcentajes; y para el análisis correlacional, previo a la evaluación del supuesto de normalidad y homocedasticidad con un nivel de significancia de 0.05, se utilizará pruebas de comparación de medidas Spearman o Pearson según corresponda.

5. RESULTADOS

5.1 Resultados de indicadores sociodemográficos y laborales

Tabla 3

Análisis de indicadores sociodemográficas y laborales

Variable	Media	Desv	Min	Max	Moda	Asim	Curt
Edad	36,15	9,87	20	63	25	0,66	2,50
Horas trabajadas por día	9,23	3,32	5	24	8	3,54	15,60
Horas trabajadas por día	8,18	0,50	8	10	8	2,74	9,45
Experiencia laboral	9,41	8,23	1	39	1	1,02	3,45

Nota. Desv = desviación estándar; Min = mínimo; Max = máximo; Asim = asimetría; Curt = curtosis.

Las medidas de la tabla 3 corresponde a las variables sociodemográficas y laborales cuantitativas que indican que el personal de la salud de la Zona 7 es una población joven porque la mayoría tienen 25 años, a pesar de que existen personas hasta con 63 años; la mayoría trabajan 8 horas, aunque algunos se extiendan hasta 10 horas; y que tiene poca experiencia laboral porque la mayoría tiene 1 año, más allá de que hay quienes acumulan hasta 39 años.

Tabla 4

Análisis de indicadores sociodemográficos y laborales: Frecuencias y Porcentajes

Variable	Etiqueta	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujer	484	73,00%
	Hombre	179	27,00%
Nacionalidad	Ecuatoriana	653	98,50%
	Otros	10	1,70%
Estado civil	Soltero	313	47,20%
	Casado/unión libre	292	44,00%
	Divorciado/separado	52	7,80%
	Viudo	6	0,90%
Nivel de instrucción	Bachiller	28	4,20%
	Tercer nivel	460	69,40%
	Cuarto nivel	172	25,90%
	Otro	3	0,50%
Tipo de personal	Personal de primera línea	434	65,46%
	Otro (administrativo y servicios)	229	34,54%
Tipo de cuarto nivel	No aplica	491	74,10%
	Maestría	89	13,40%
	No contesta	46	6,90%
	Especialidad	34	5,10%
	Diplomado	3	0,50%

Tabla 4

Análisis de indicadores sociodemográficos y laborales: Frecuencias y Porcentajes

Variable	Etiqueta	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de contrato	Civiles de servicio	3	0,50%
	Libre nombramiento y remoción	16	2,40%
	Nombramiento permanente	271	40,90%
	Nombramiento provisional	146	22,00%
	Servicios ocasionales	198	29,90%
	Otros	29	4,40%
Provincia	El Oro	165	24,90%
	Loja	371	56,00%
	Zamora	127	19,20%
	Chinchipe		

Nota. Personal de primera línea hace referencia a médicos y enfermeras.

En la tabla 2 se determina que el personal de la salud de la Zona 7 en su mayoría son mujeres (73,00%), tiene pocos extranjeros (1,51%), la mayoría no tiene pareja (55,96%), quienes tienen cuarto nivel de estudios representan el 25,94%, pocos poseen cuarto nivel de estudios y tienen especialidad (26,98%) frente a maestría (73,02%), la mayoría cumplen funciones en la primera línea de atención (65,46%), la mayoría tienen nombramiento permanente (40,90%) seguido de servicios ocasionales (29,90%) y que la mayoría pertenece a la provincia de Loja que es la que administra la Zona 7 (55,96%).

5.2 Resultados de Indicadores de salud mental y psicosociales

Tabla 5

Análisis de indicadores de salud mental y psicosociales

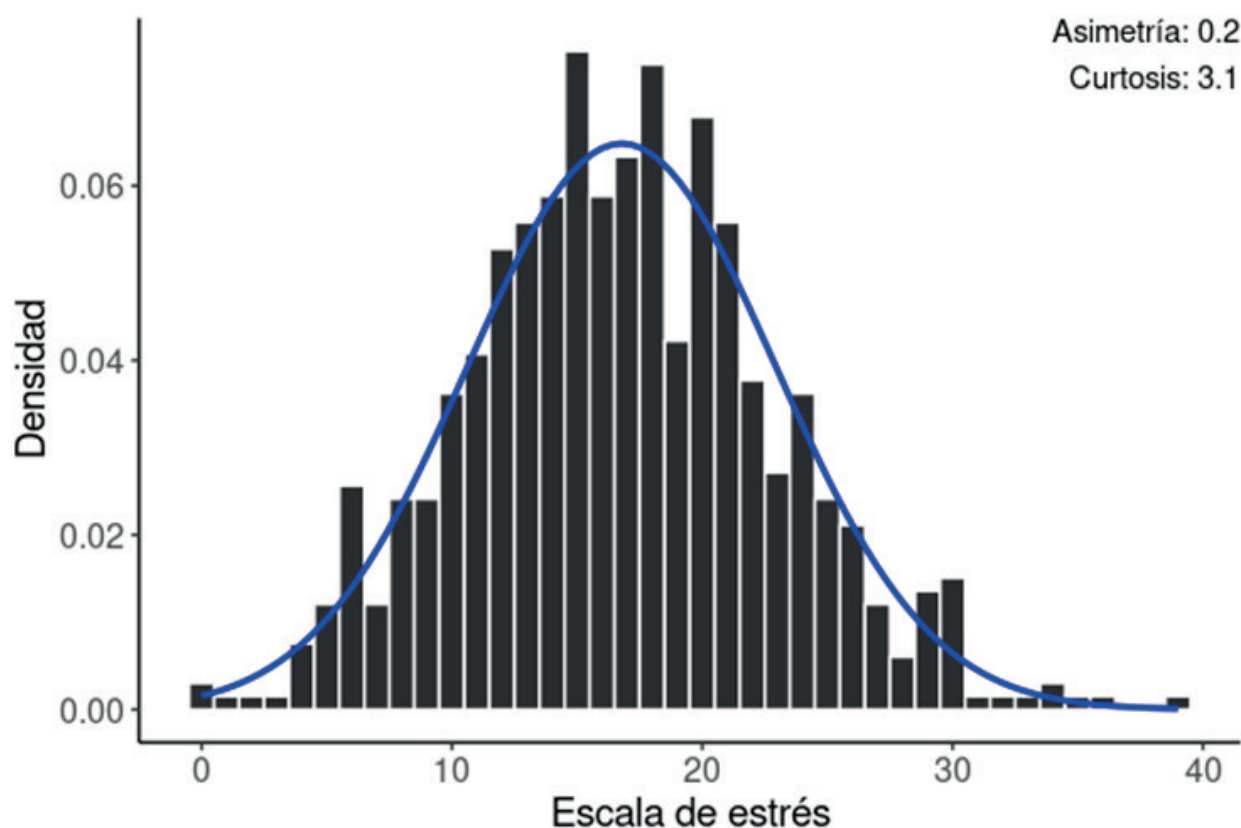
Variable	Obs	Media	Desv	Min	Max	Asim	Curt
Estrés	663	16,78	6,15	0	39	0,20	3,11
Soledad	663	4,58	1,72	3	9	1,00	3,01
Consumo de alcohol	663	3,50	4,70	0	40	2,52	12,39
Depresión	663	5,97	6,00	0	27	1,34	4,57
Problemas de sueño	663	3,87	4,70	0	20	1,79	5,85
Satisfacción	663	24,53	7,02	5	35	-0,73	3,15
Síndrome de Burnout	434	59,51	15,69	0	131	0,25	4,45
Cansancio emocional	434	17,84	12,72	0	54	0,67	2,80
Despersonalización	434	4,18	5,43	0	30	1,55	5,14
Realización personal	434	37,50	9,57	0	48	-1,26	4,36
Evitación experiencial	663	18,84	11,04	7	49	0,85	2,81

Nota. Obs = observaciones; Desv = desviación estándar; Min = mínimo; Max = máximo; Asim = asimetría; Curt = curtosis. Malash y sus dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) sólo consideran el personal sanitario o de primera línea.

5.3 Resultados descriptivos y correlacionales según variables de estudio

5.4 Estrés Psicológico: Escala de estrés percibido (PSS-10)

Figura 1



Histograma de la escala del estrés

La figura 1 muestra mediante un histograma que la escala de estrés se aproxima a una distribución normal con una ligera asimetría hacia la derecha (asimetría = 0,2) y con forma leptocúrtica (curtosis = 3,1), es decir, los datos se concentran un poco más en la media que la curva de normalidad. Esto se refuerza con la prueba de Shapiro-Wilk que resulta en el coeficiente de 0,26; esto significa normalidad debido a que la hipótesis nula indica normalidad y la alternativa no normalidad.

Tabla 6

Prevalencia del estrés según la provincia de la Zona 7

Niveles de estrés

Provincia	Bajo	Medio	Alto
El Oro	38,19%	55,15%	6,66%
Loja	27,22%	67,12%	5,66%
Zamora Chinchipe	26,77%	67,72%	5,51%
Zona 7	29,87%	64,25%	5,88%

Nota. La escala del estrés se dividió en tres partes iguales para generar los niveles.

La tabla 6 indica que tanto en las provincias como en la Zona 7 la mayoría presenta estrés de nivel medio, seguido del nivel bajo y con una prevalencia baja en el nivel alto (al rededor del 5%), esto concuerda con la aproximación a la distribución normal de la escala del estrés.

Tabla 7

Correlación de Spearman del estrés con indicadores sociodemográficos y psicológicos

Variables	Estrés	Significancia
Edad	-0,23	0,00
Horas trabajadas por día	0,12	0,00
Horas trabajadas por día (sin atípicos)	0,12	0,00
Experiencia laboral	-0,21	0,00
Soledad	0,55	0,00
Consumo de alcohol	0,20	0,00
Depresión	0,70	0,00
Problemas de sueño	0,56	0,00
Satisfacción	-0,55	0,00
Burnout	0,39	0,00
Cansancio emocional	0,59	0,00
Despersonalización	0,41	0,00
Realización personal	-0,48	0,00
Evitación experiencial (aceptación)	0,65	0,00

Nota. Únicamente la escala de estrés presenta normalidad por lo que se recurre a la correlación no paramétrica de Spearman. Burnout y sus dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) sólo consideran el personal sanitario o de primera línea.

La tabla 7 muestra que la escala de estrés tiene correlación inversa débil con la edad (-0,23), directa débil con las horas trabajadas por día (0,12), inversa débil con la experiencia laboral (-0,20), directa fuerte con la soledad (0,54), directa débil con el consumo de alcohol (0,19), directa fuerte con la depresión (0,70), directa fuerte con problemas de sueño (0,55), inversa fuerte con la satisfacción (-0,54), positiva débil con la escala de Burnout (0,39), positiva fuerte con la dimensión de cansancio emocional de Burnout (0,59), positiva fuerte con la dimensión de despersonalización de Burnout (0,41), inversa fuerte con la dimensión realización personal de Burnout (-0,4803) y directa fuerte con la evitación experiencial (0,65).

Tabla 8

Incidencia de los indicadores sociodemográficos en el estrés

Condiciones	Estrés	Significancia
Mujer	0,04	0,26
Extranjero	-0,04	0,36
Tiene pareja	-0,11	0,00
Tiene cuarto nivel	-0,05	0,16
Personal de primera línea	-0,02	0,70
Tiene especialidad	0,08	0,35
Nombramiento permanente	-0,09	0,01
Loja	0,02	0,57

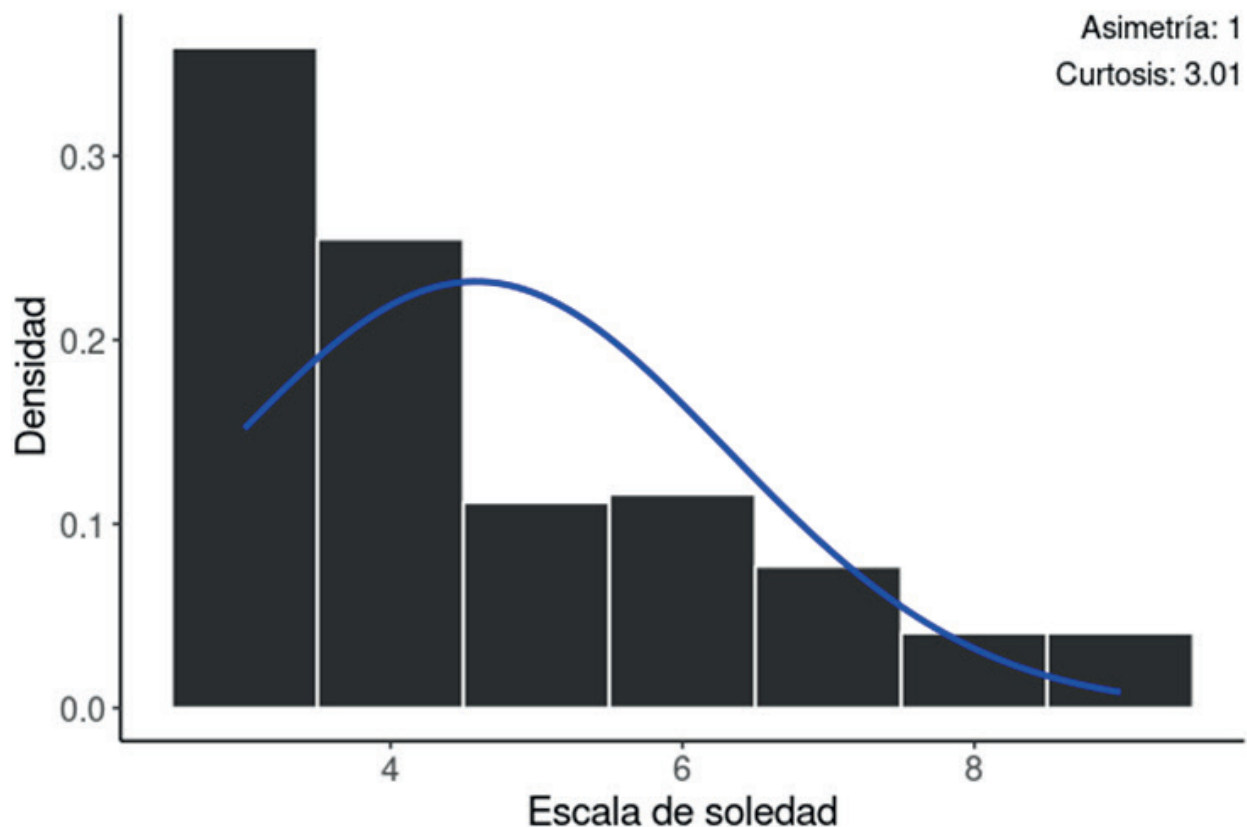
Nota. A excepción de la escala de estrés todas las variables están expresadas en dicótomas por lo que se usó la correlación biserial puntual, adecuada en estos casos.

En la tabla 8 se muestra que el tener pareja y tener nombramiento permanente, ambos influyen inversamente con fuerza débil en la escala del estrés, mientras que el resto de condicionales no tienen correlación estadísticamente significativa, es decir, no hay correlación.

5.5 Percepción de soledad: Escala de Soledad Revisada (UCLA-R)

Figura 2

Histograma de la escala de la soledad



La figura 2 muestra mediante un histograma que la escala de soledad no se aproxima a una distribución normal, presenta asimetría hacia la derecha (asimetría = 1) y con forma leptocúrtica (curtosis = 3,01), es decir, los datos se concentran un poco más en la media que la curva de normalidad.

Esto se refuerza con la prueba de Shapiro-Wilk que resulta en el coeficiente de 0,00; esto significa no normalidad debido a que la hipótesis nula que indica normalidad se rechaza.

Tabla 9

Prevalencia de la percepción de soledad según las provincias de la Zona 7

Niveles de soledad

Provincia	Bajo	Medio	Alto
El Oro	43,03%	43,03%	13,94%
Loja	34,23%	49,87%	15,90%
Zamora Chinchipe	31,50%	50,39%	18,11%
Zona 7	35,90%	48,26%	15,84%

Nota. La escala de la soledad se dividió en tres partes iguales para generar los niveles.

La tabla 9 indica que en El Oro el nivel bajo y medio son iguales representando la mayoría (86,06%) y que el nivel alto es importante (13,94%); en Loja a pesar de que la mayoría tienen el nivel medio de soledad este no es inferior a la mitad (49,87%), seguido del nivel bajo (34,23%) y un nivel alto importante (15,90%); en Zamora Chinchipe más de la mitad se encuentra en el nivel medio de la soledad (50,39%), seguido del nivel bajo (35,90%) y del alto (18,11%). Tanto en la Zona 7 como en las provincias que la componen el nivel alto de soledad se aproxima al 15%.

Tabla 10

Correlación de Spearman de la percepción de soledad con indicadores socio-demográficos y psicológicos

Variables	Soledad	Significancia
Edad	-0,11	0,01
Horas trabajadas por día	0,09	0,02
Horas trabajadas por día (sin atípicos)	0,02	0,72
Experiencia laboral	-0,09	0,03
Estrés	0,55	0,00
Consumo de alcohol	0,20	0,00
Depresión	0,56	0,00
Problemas de sueño	0,47	0,00
Satisfacción	-0,41	0,00
Síndrome de Burnout	0,30	0,00
Cansancio emocional	0,45	0,00
Despersonalización	0,36	0,00
Realización personal	-0,38	0,00
Evitación experiencial (aceptación)	0,57	0,00

Nota. Únicamente la escala de estrés presenta normalidad por lo que se recurre a la correlación no paramétrica de Spearman. Malash y sus dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) sólo consideran el personal sanitario o de primera línea.

La tabla 10 muestra que la escala de la soledad tiene correlación inversa débil con la edad (-0,11), inversa débil con la experiencia laboral (-0,09), directa

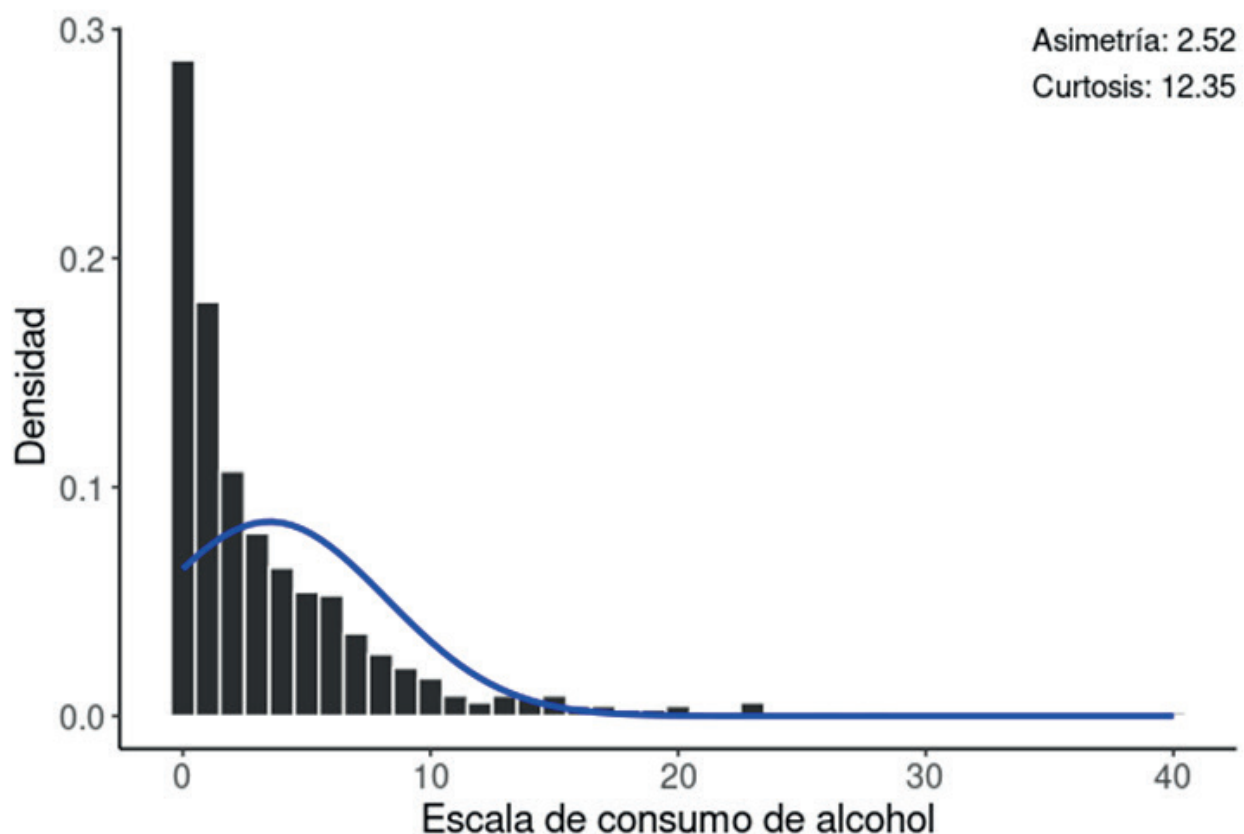
fuerte con la depresión (0,5647), directa fuerte con problemas de sueño (0,4665), inversa fuerte con la satisfacción (-0,41), directa fuerte con la escala de Síndrome de Burnout (0,30), directa fuerte con la dimensión cansancio emocional de Síndrome de Burnout (0,45), directa débil con la dimensión despersonalización de Síndrome de Burnout (-0,38), inversa débil con la realización personal (-0,38) y directa fuerte con la evitación experiencial.

En otras palabras, la soledad se reduce a medida que aumenta la edad, aumenta la experiencia laboral, disminuye el estrés, disminuye el consumo de alcohol, disminuye la depresión, disminuyen los problemas de sueño, aumenta la satisfacción, disminuye la escala de Síndrome de Burnout, disminuye el cansancio emocional, disminuye la despersonalización, aumenta la realización personal o disminuye la evitación experiencial.

5.6 Consumo de alcohol: Test para la identificación de Trastornos de Consumo de Alcohol (AUDIT-C)

Figura 3

Histograma de la escala del consumo de alcohol



La figura 3 muestra mediante un histograma que la escala del consumo de alcohol no se aproxima a una distribución normal, presenta asimetría hacia la derecha (asimetría = 2,52) y con forma leptocúrtica (curtosis = 12,35), es decir, los datos se concentran significativamente más en la media que la curva de normalidad. Esto se refuerza con la prueba de Shapiro-Wilk que resulta en el coeficiente de 0,00; esto significa no normalidad debido a que la hipótesis nula que indica normalidad se rechaza.

Tabla 11

Prevalencia del consumo de alcohol según las provincias de la Zona 7

Consumo de alcohol

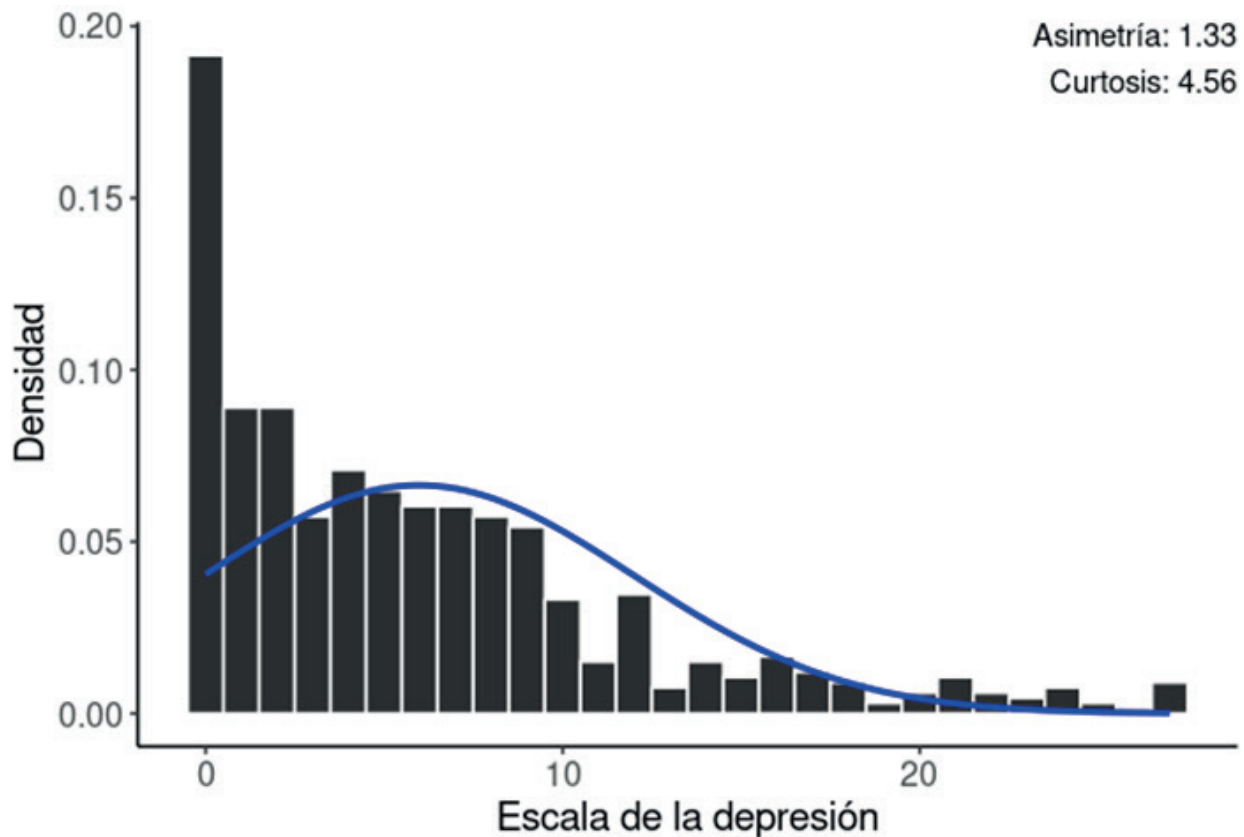
Provincia	Consumo de bajo	Consumo de riesgo	Consumo problemático	Adicción
El Oro	92,12%	6,06%	1,21%	0,61%
Loja	85,17%	11,59%	1,62%	1,62%
Zamora Chinchipe	81,89%	13,39%	1,57%	3,15%
Zona 7	86,27%	10,56%	1,51%	1,66%

Nota. Las categorías corresponden a la clasificación teórica.

La tabla 11 muestra que la tendencia en todos los casos es hacia el consumo de bajo riesgo, sin embargo, el consumo de riesgo supera el 10% en Loja y Zamora Chinchipe, en el consumo problemático destaca Loja sobre el resto de las provincias (1,62%) y en la adicción resalta Zamora Chinchipe con significativa diferencia (3,15%).

5.7 Depresión: Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Figura 4



Histograma del cuestionario de depresión

La figura 4 muestra mediante un histograma que la escala de la depresión no se aproxima a una distribución normal, presenta asimetría hacia la derecha (asimetría = 1,33) y con forma leptocúrtica (curtosis = 4,56), es decir, los datos se concentran significativamente más en la media que la curva de normalidad. Esto se refuerza con la prueba de Shapiro-Wilk que resulta en el coeficiente de 0,00; esto significa no normalidad debido a que la hipótesis nula que indica normalidad se rechaza.

Tabla 12

Prevalencia de la depresión según las provincias de la Zona 7

Niveles de depresión

Provincia	Mínimo	Leve	Moderado	Moderado a grave	Grave
El Oro	60,61%	23,63%	8,48%	3,64%	3,64%
Loja	49,33%	28,84%	11,05%	5,66%	5,12%
Zamora Chinchipe	37,01%	40,16%	11,81%	5,51%	5,51%
Zona 7	49,77%	29,71%	10,56%	5,13%	4,83%

Nota. Las categorías corresponden a la clasificación teórica.

La tabla 12 muestra que la tendencia de la depresión en general es hacia el nivel mínimo y leve, sin embargo, en la categoría moderado a grave destaca la provincia de Loja con 5,66% y en la grave sobresale Zamora Chinchipe con 5,51% y Loja con 5,12%, ambas sobre el promedio 4,83% de la Zona 7.

Tabla 13

Correlaciones de Spearman de la escala de la depresión con variables sociodemográficas y otros instrumentos psicológicos

Variables	Escala de la depresión	Significancia
Edad	-0,25	0,00
Horas trabajadas por día	0,13	0,00
Horas trabajadas por día (sin atípicos)	0,15	0,00
Experiencia laboral	-0,21	0,00
Estrés	0,70	0,00
Soledad	0,56	0,00
Consumo de alcohol	0,21	0,00
Problemas de sueño	0,78	0,00
Satisfacción	-0,56	0,00
Síndrome de Burnout	0,47	0,00
Cansancio emocional	0,64	0,00
Despersonalización	0,38	0,00
Realización personal	-0,37	0,00
Evitación experiencial (aceptación)	0,69	0,00

Nota. Únicamente la escala de estrés presenta normalidad por lo que se recurre a la correlación no paramétrica de Spearman. Malash y sus dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) sólo consideran el personal sanitario o de primera línea.

La tabla 13 indica que la escala de la depresión tiene correlación inversa débil con la edad (-0,25), directa fuerte con las horas trabajadas por día (0,15), inversa débil con la experiencia laboral (-0,21), directa fuerte con el estrés (0,70), directa fuerte con la soledad (0,56), directa débil con el consumo de alcohol (0,21), directa fuerte con problemas de sueño (0,78), inversa fuerte con la satisfacción (-0,56), directa fuerte con la escala de Síndrome de Burnout (0,47), directa fuerte con la dimensión cansancio emocional de Síndrome de Burnout (0,64), directa fuerte con la dimensión despersonalización de Síndrome de Burnout (0,37), inversa débil con la dimensión realización personal de Síndrome de Burnout (-0,37) y directa fuerte con la evitación experiencial (0,69). En otras palabras, la escala de depresión se reduce a medida que aumenta la edad, disminuye las trabajadas por día, aumenta la experiencia laboral, disminuye el estrés, disminuye la soledad, disminuye el consumo de alcohol, disminuyen los problemas de sueño, aumenta la satisfacción, disminuye el cansancio emocional, disminuye la despersonalización, aumenta la realización personal o disminuye la evitación experiencial.

Tabla 14

Incidencia de las condiciones sociodemográficas en la escala de la depresión

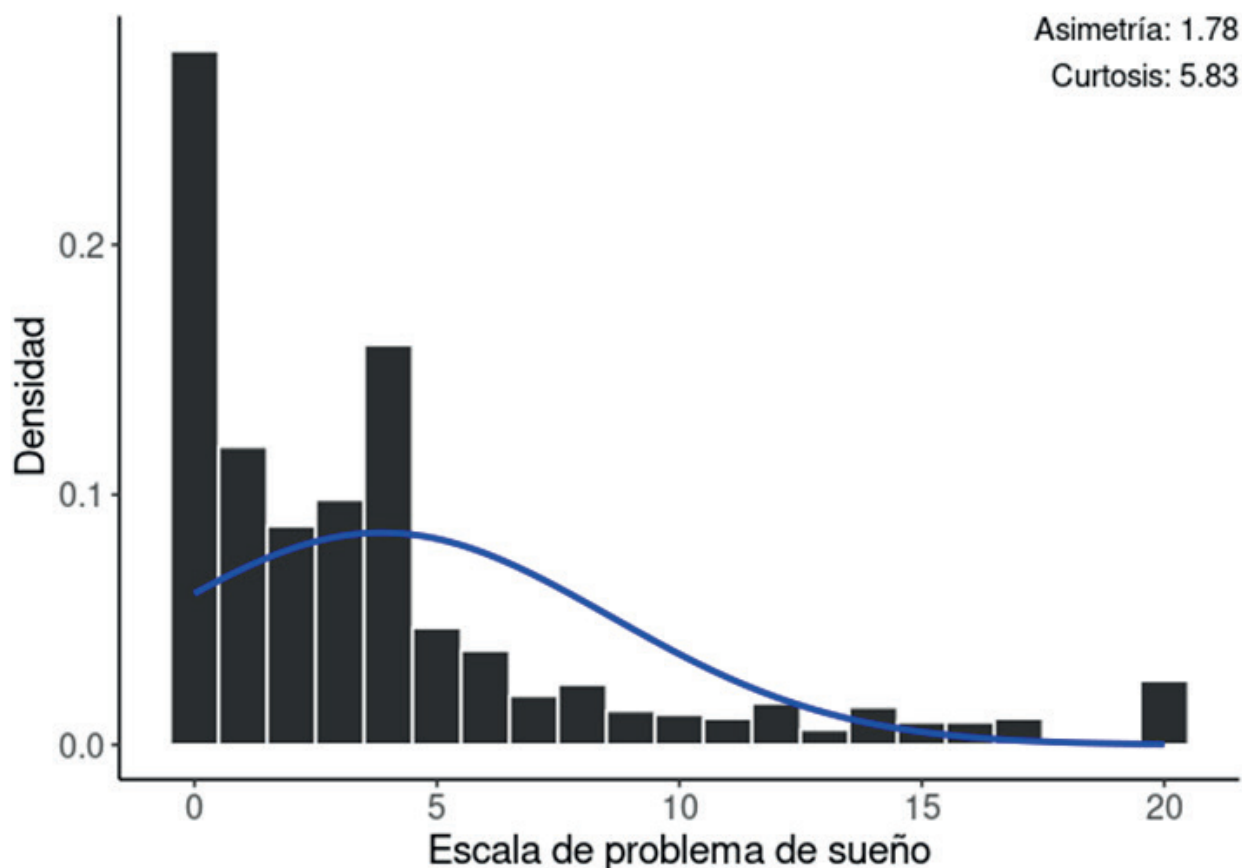
Condiciones	Depresión	Significancia
Mujer	-0,02	0,61
Extranjero	-0,04	0,27
Tiene pareja	-0,13	0,00
Tiene cuarto nivel	-0,05	0,17
Personal de primera línea	-0,00	0,91
Tiene especialidad	0,10	0,28
Nombramiento permanente	-0,08	0,04
Loja (provincia central de Zona 7)	0,04	0,30

Nota. A excepción de la escala de la depresión todas las variables están expresadas en dicótomas por lo que se usó la correlación biserial puntual, adecuada en estos casos.

La tabla 14 indica que la escala de depresión tiene correlación inversa débil con tener pareja y con tener nombramiento permanente.

5.8 Problemas de sueño: Escala de sueño de Jenkins (JSS-4)

Figura 5



Histograma de la escala de problemas de sueño de Jenkins

La figura 5 muestra mediante un histograma que la escala de problema de sueño no se aproxima a una distribución normal, presenta asimetría hacia la derecha (asimetría = 1,78) y con forma leptocúrtica (curtosis = 5,83), es decir, los datos se concentran significativamente más en la media que la curva de normalidad. Esto se refuerza con la prueba de Shapiro-Wilk que resulta en el coeficiente de 0,00; esto significa no normalidad debido a que la hipótesis nula que indica normalidad se rechaza.

Tabla 15

Prevalencia de los problemas de sueño según las provincias de la Zona 7

Niveles de problemas de sueño

Provincia	Bajo	Medio	Alto
El Oro	81,82%	9,09%	9,09%
Loja	84,64%	9,97%	5,39%
Zamora Chinchipe	77,95%	12,6%	9,45%
Total	82,65%	10,26%	7,09%

Nota. La escala de la soledad se dividió en tres partes iguales para generar los niveles.

La tabla 15 indica que la escala de los problemas de sueño tiene tendencia hacia el nivel bajo, sin embargo, en el nivel alto se encuentra Zamora Chinchipe (9,45%) y El Oro (9,09%) que llaman la atención por encontrarse sobre el promedio de la Zona 7 (7,09%).

Tabla 16

Correlaciones de Spearman de la escala de problemas de sueño con indicadores sociodemográficos y psicológicos.

Variables	Escala de problemas de sueño	Significancia
Edad	-0,16	0,00
Horas trabajadas por día	0,12	0,00
Horas trabajadas por día (sin atípicos)	0,12	0,00
Experiencia laboral	-0,11	0,00
Estrés	0,56	0,00
Soledad	0,47	0,00
Consumo de alcohol	0,20	0,00
Depresión	0,78	0,00
Satisfacción	-0,41	0,00
Síndrome de Burnout	0,43	0,00
Cansancio emocional	0,53	0,00
Despersonalización	0,34	0,00
Realización personal	-0,26	0,00
Evitación experiencial (aceptación)	0,52	0,00

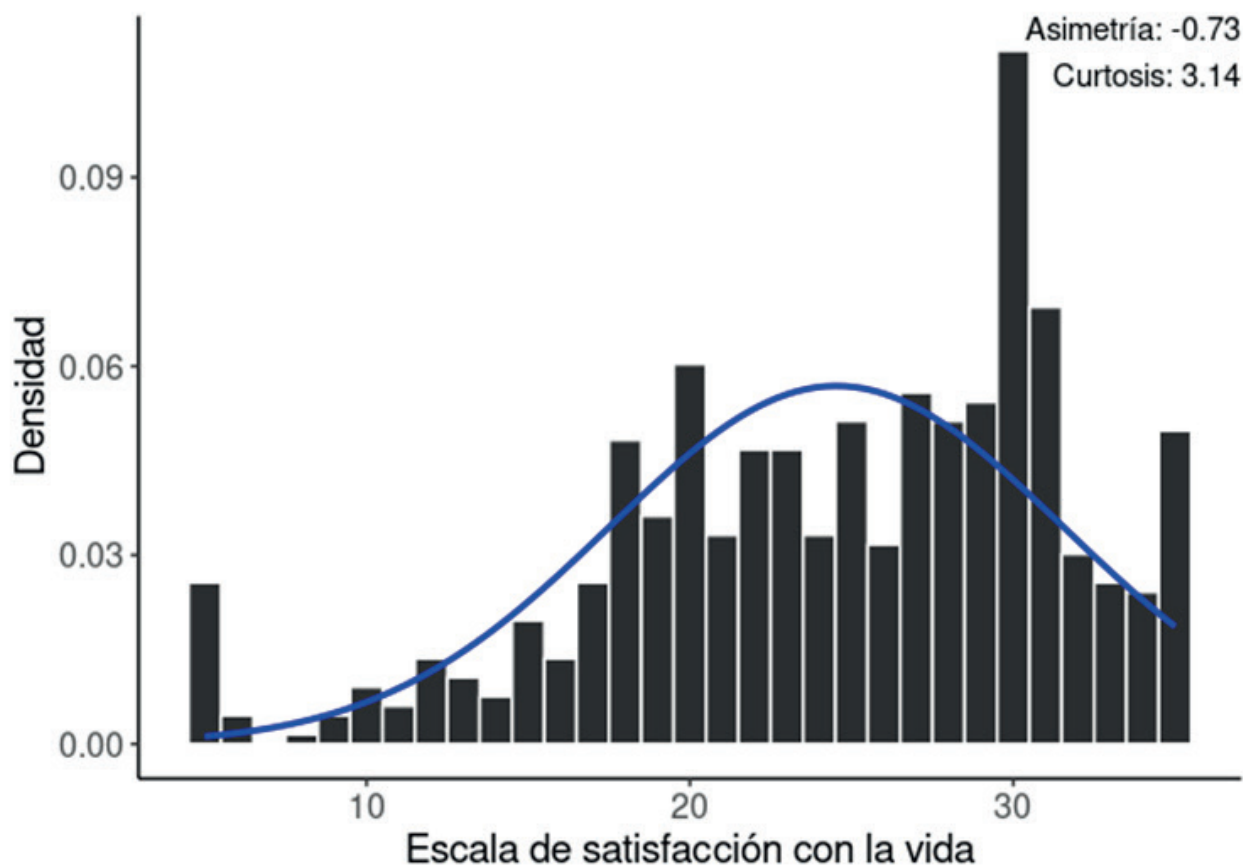
Nota. Únicamente la escala de estrés presenta normalidad por lo que se recurre a la correlación no paramétrica de Spearman. Maslach y sus dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) sólo consideran el personal sanitario o de primera línea.

La tabla 16 indica que la escala de los problemas de sueño tiene correlación inversa débil con la edad (-0,16), directa débil con las horas trabajadas por día (0,12), inversa débil con la experiencia laboral (-0,11), directa fuerte con el estrés (0,56), directa fuerte con la soledad (0,47), directa débil con el consumo de alcohol (0,19), directa fuerte con la depresión (0,78), inversa fuerte con la satisfacción (-0,4060), directa fuerte con la escala de Síndrome de Burnout (0,43), directa fuerte con la dimensión cansancio emocional de Síndrome de Burnout (0,53), directa débil con la dimensión despersonalización de Síndrome de Burnout (0,34), inversa débil con la dimensión realización personal de Síndrome de Burnout (-0,26) y directa fuerte con la evitación experiencial (0,52).

En otras palabras, la escala de los problemas de sueño se reduce a medida que aumenta la edad, disminuye las horas trabajadas por día, aumenta la experiencia laboral, disminuye el estrés, disminuye la soledad, disminuye el consumo de alcohol, disminuye la depresión, aumenta la satisfacción con la vida, disminuye el cansancio emocional, disminuye la despersonalización, aumenta la realización personal o disminuye la evitación experiencial.

5.9 Satisfacción con la vida: Escala de satisfacción con la vida

Figura 6



Histograma de la escala de la satisfacción con la vida

La gráfica 6 muestra mediante un histograma que la escala de satisfacción con la vida no se aproxima a una distribución normal, presenta asimetría hacia la izquierda (asimetría = -0,73) y con forma leptocúrtica (curtosis = 3,14), es decir, los datos se concentran significativamente más en la media que la curva de normalidad. Esto se refuerza con la prueba de Shapiro-Wilk que resulta en el coeficiente de 0,00; esto significa no normalidad debido a que la hipótesis nula que indica normalidad se rechaza.

Tabla 17

Prevalencia de la satisfacción con la vida según las provincias de la Zona 7

Niveles de satisfacción con la vida

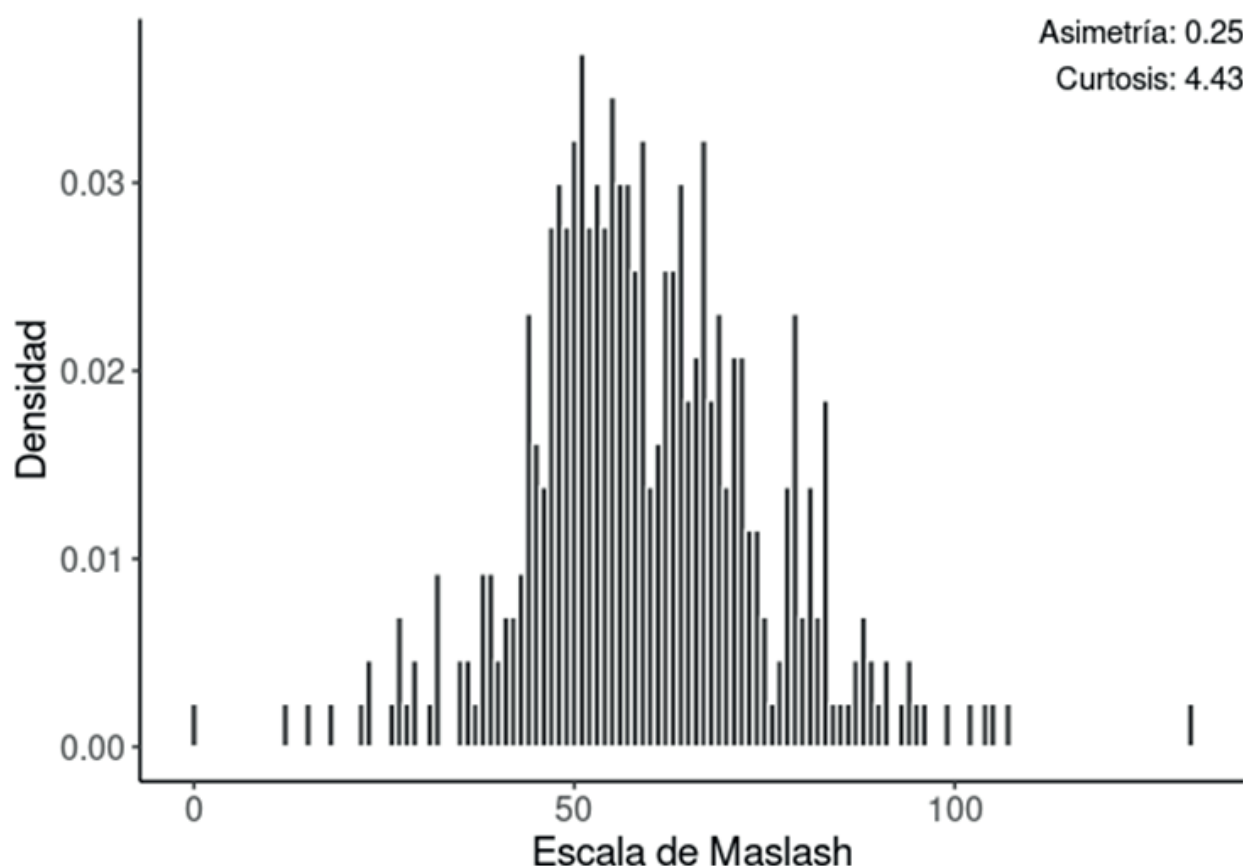
Provincia	Bajo	Medio	Alto
El Oro	4,24%	1,82%	93,94%
Loja	5,39%	1,35%	93,26%
Zamora Chinchipe	5,51%	0,79%	93,70%
Zona 7	5,13%	1,36%	93,51%

Nota. La escala de la soledad se dividió en tres partes iguales para generar los niveles

La tabla 17 muestra en las tres provincias tienen tendencia hacia el nivel alto de satisfacción con la vida. En la provincia de Zamora destaca ligeramente en cuanto al nivel bajo de satisfacción (5,51%), a pesar de que en todos los casos bordea el 5%.

5.10 Síndrome de Burnout: Inventario de burnout de Maslach (MBI)

Figura 7



Histograma de la escala de Maslach

La figura 7 muestra mediante un histograma que la escala de Síndrome de Burnout no se aproxima a una distribución normal, presenta una ligera asimetría hacia la derecha (asimetría = 0,25) y con forma leptocúrtica (curtosis = 4,43), es decir, los datos se concentran significativamente más en la media que la curva de normalidad.

Esto se refuerza con la prueba de Shapiro-Wilk que resulta en el coeficiente de 0,00; esto significa no normalidad debido a que la hipótesis nula que indica normalidad se rechaza.

Tabla 18

Prevalencia de las dimensiones de Síndrome de Burnout según las provincias de la Zona 7

Niveles de cansancio emocional

Provincia	Bajo	Medio	Alto
El Oro	67,71%	16,66%	15,63%
Loja	50,97%	19,46%	29,57%
Zamora Chinchipe	60,49%	19,75%	19,76%
Zona 7	56,45%	18,89%	24,66%

Niveles de despersonalización

Provincia	Bajo	Medio	Alto
El Oro	76,04%	13,54%	10,42%
Loja	66,54%	15,95%	17,51%
Zamora Chinchipe	65,43%	14,81%	19,75%
Zona 7	68,43%	15,21%	16,36%

Niveles de realización personal

Provincia	Bajo	Medio	Alto
El Oro	23,95%	15,63%	60,42%
Loja	29,96%	21,79%	48,25%
Zamora Chinchipe	25,92%	23,46%	50,62%
Zona 7	27,88%	20,74%	51,38%

Nota. Las tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) que determinan Burnout está teóricamente respaldadas por Síndrome de Burnout. La escala de cada dimensión se dividió en tres partes iguales para generar los niveles.

La tabla 18 indica que la dimensión de cansancio emocional presenta tendencia hacia el nivel bajo en tres provincias, sin embargo, dentro del nivel alto destaca Loja con 29,57% que es mayor que el promedio de la Zona 7 (24,66%).

Respecto a la dimensión de la despersonalización la tendencia es hacia el nivel bajo, no obstante, en el nivel alto resalta Loja con 17,51% y Zamora con 19,75% porque ambos se encuentran por arriba del promedio de la Zona 7 (16,36%).

Y referente a la dimensión de la realización personal la tendencia es hacia el nivel alto, pero dentro del nivel bajo se ubica Loja (29,69%) por arriba del promedio de la Zona 7 (27,88%).

Tabla 19

Prevalencia de Síndrome de Burnout según las provincias de la Zona 7

Provincia	Ausencia de Burnout	Presencia de Burnout
El Oro	95,83%	4,17%
Loja	92,22%	7,78%
Zamora Chinchipe	96,30%	3,70%
Zona 7	93,78%	6,22%

Nota. La presencia de Burnout existe cuando hay alto cansancio emocional, alta despersonalización y baja realización personal.

Independientemente de la provincia, el Síndrome de Burnout se encuentra presenta en todas siendo mayor en el Oro.

Sin embargo, puede observarse que el resultado de la zona indica que 9 de cada 10 trabajadores presentan este problema.

Tabla 20

Correlaciones de Spearman de la escala de Síndrome de Burnout con variables sociodemográficas y otros instrumentos psicológicos

Variables	Estrés	Significancia
Edad	-0,12	0,01
Horas trabajadas por día	0,09	0,07
Horas trabajadas por día (sin atípicos)	0,04	0,41
Experiencia laboral	-0,11	0,03
Estrés	0,35	0,00
Soledad	0,26	0,00
Consumo de alcohol	0,09	0,06
Depresión	0,34	0,00
Problemas de sueño	0,31	0,00
Síndrome de Burnout	0,31	0,00
Cansancio emocional	0,43	0,00
Despersonalización	0,58	0,00
Realización personal	-0,39	0,00
Evitación experiencial (aceptación)	0,33	0,00

Nota. Debido a que las correlaciones involucran una dicótomas (presencia de Burnout) frente a cuantitativas, se emplea la correlación biserial puntual. Maslach y sus dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) sólo consideran el personal sanitario o de primera línea.

La tabla 20 indica que la presencia de Burnout tiene correlación inversa débil con la edad (-0,12), inversa débil con la experiencia laboral (-0,11), directa débil con el estrés, la soledad, la depresión, con los problemas de sueño y con la

Nota. Debido a que las correlaciones involucran una dicótomas (presencia de Burnout) frente a cuantitativas, se emplea la correlación biserial puntual. Maslach y sus dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) sólo consideran el personal sanitario o de primera línea.

La tabla 20 indica que la presencia de Burnout tiene correlación inversa débil con la edad (-0,12), inversa débil con la experiencia laboral (-0,11), directa débil con el estrés, la soledad, la depresión, con los problemas de sueño y con la escala de Síndrome de Burnout respectivamente (0,35; 0,26; 0,34; 0,31; 0,31).

Mientras que se reporta una correlación directa fuerte con las dimensiones del Síndrome de Burnout de cansancio emocional y despersonalización respectivamente (0,43; 0,58). Una correlación inversa débil con la dimensión realización personal (-0,39) y directa débil con la evitación experiencial.

Esto significa que la presencia de Burnout tiende a desaparecer a medida que aumenta la edad, aumenta la experiencia laboral, disminuye el estrés, disminuye la soledad, disminuye la depresión, disminuye los problemas de sueño, disminuye el cansancio emocional, disminuye la despersonalización, aumenta la realización personal o disminuye la evitación experiencial.

Tabla 21

Prevalencia del Síndrome de Burnout e indicadores sociodemográficas y laborales

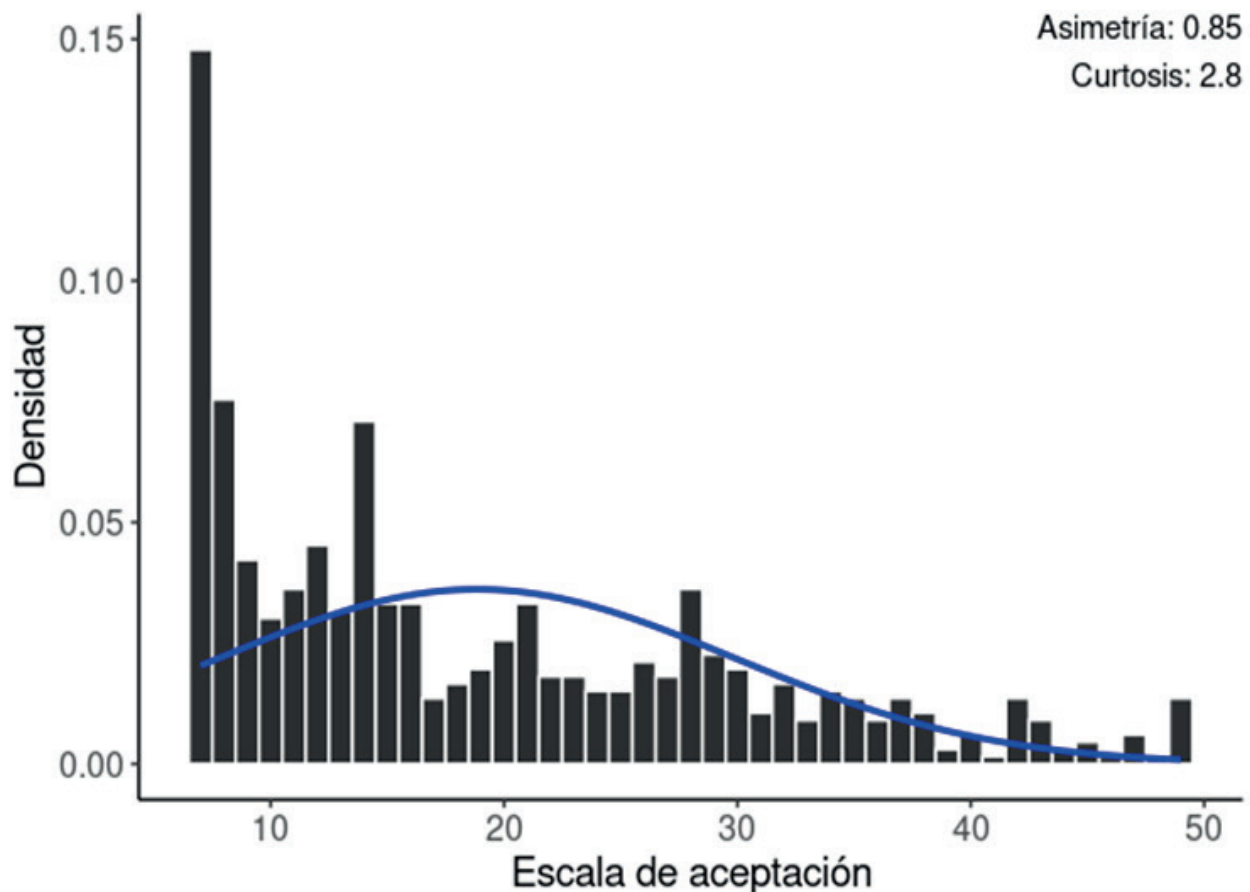
Variables	Ausencia de Burnout	Presencia de Burnout
Hombre	-93,22%	6,78%
Mujer	93,99%	6,01%
No tiene pareja	91,34%	8,66%
Tiene pareja	97,22%	2,78%
Tercer nivel o bachillerato	93,16%	6,84%
Cuarto nivel	96,39%	3,61%
Otro tipo de contrato	93,33%	6,67%
Nombramiento permanente	94,41%	5,59%
El Oro y Zamora Chinchipe	96,05%	3,95%
Loja	92,22%	7,78%

Nota. Las variables dicótomas de tener especialidad y ser extranjero se excluyen por tener observaciones tan pequeñas que los resultados podrían estar sesgados.

La tabla 21 muestra que entre de los hombres existe mayor prevalencia hacia Burnout que en las mujeres, no tener pareja tiene más prevalencia que tenerla, tener tercer nivel o bachillerato tiene mayor prevalencia que tener cuarto nivel de educación, tener inestabilidad laboral tiene mayor prevalencia que tener nombramiento permanente y estar en la provincia de central de la Zona 7 (Loja) tiene mayor prevalencia que pertenecer a El Oro o Zamora Chinchipe.

5.11 Inflexibilidad psicológica: Cuestionario de evitación-acción II (AAQ-II)

Figura 8



Histograma de la escala de aceptación acción

La gráfica 8 muestra mediante un histograma que la escala de aceptación no se aproxima a una distribución normal, presenta asimetría hacia la derecha (asimetría = 0,85) y con forma leptocúrtica (curtosis = 2,80), es decir, los datos se concentran significativamente más en la media que la curva de normalidad. Esto se refuerza con la prueba de Shapiro-Wilk que resulta en el coeficiente de 0,00; esto significa no normalidad debido a que la hipótesis nula que indica normalidad se rechaza.

Tabla 22

Prevalencia de la escala de aceptación según las provincias de la Zona 7

Niveles de evitación experiencial

Provincia	Bajo	Medio	Alto
El Oro	57,58%	30,30%	12,12%
Loja	43,67%	35,58%	20,75%
Zamora Chinchipe	48,03%	33,86%	18,11%
Zona 7	47,96%	33,94%	18,10%

Nota. La escala de la soledad se dividió en tres partes iguales para generar los niveles, considerando que la escala de evitación experiencial es entre 7 y 49.

La tabla 22 indica que la escala de evitación experiencial tiende hacia el nivel bajo en todas las provincias, mientras que en el nivel Loja (0,75%) llaman la atención porque su prevalencia supera el promedio de la Zona 7 (18,10%).

6. DISCUSIÓN

Para analizar las variables de salud mental, se presentan algunos resultados de otras investigaciones por cada una de las variables de estudio que permiten confrontar los hallazgos del presente trabajo.

Si bien los niveles de estrés (16,78) se encuentran por debajo del punto medio de la escala (40), la distribución cercana a la normal de la muestra refleja que el 64,25% se agrupan en torno a la media, y que un 5,88% presenta niveles altos de estrés. Esto es superior a los niveles de estrés percibido reportados por otras investigaciones previas a la pandemia por COVID-19 (Beşer, & Çevik, 2018), pero inferiores (Portero de la Cruz et al., 2020) o similares (Seitz et al., 2022) a estudios más recientes. Esto reflejaría que la pandemia contribuye significativamente al estrés. Por otra parte, el estrés puede generar dolencias médicas y sufrimiento, pero además pérdida de productividad, enfermedad y deterioro de la calidad de vida de los trabajadores de la salud.

Por otra parte, el estrés se correlaciona de forma estadísticamente significativa con variables psicosociales y de salud mental tales como la soledad ($r= 0,54$, $p\leq 0,001$), depresión ($r= 0,7$, $p\leq 0,001$), sueño ($r= 0,55$, $p\leq 0,001$) e Inflexibilidad Psicológica ($r= 0,65$, $p\leq 0,001$). La relación existente con la soledad refleja que esta última variable es un estresor, lo que a su vez influye en la salud mental del personal de salud como la depresión (Kafle et al., 2021).

Por lo tanto, el nivel de estrés los trabajadores de la Zona 7 del Ecuador se reduce a medida que aumenta la realización personal, la satisfacción con la vida, la edad y la experiencia laboral; disminuyen las horas trabajadas por día, la percepción de soledad, el consumo de alcohol, la depresión, los problemas de sueño, el cansancio emocional, la despersonalización y la evitación experiencial.

La soledad, cuya media es de 4,58, refleja que la muestra un nivel bajo-medio en la Zona 7, y un 15,84% presenta altos niveles de soledad. Según Karcz et al., (2022), mayores niveles de soledad correlacionan, de forma estadísticamente significativa, con peor organización del trabajo, menor apoyo de la dirección, peor ambiente en el equipo y con actitudes más irresponsables de los compañeros. La soledad correlaciona positivamente con la depresión ($r= 0,56$, $p\leq 0,001$) y la inflexibilidad psicológica ($r= 0,56$, $p\leq$

0,001). La correlación con la depresión ha sido hallada también en estudios anteriores (Son et al., 2022).

En lo que respecta al consumo de alcohol, la muestra presta en su mayoría un consumo de bajo riesgo en la Zona 7 (86,27%) y el 1,66% reporta una adicción, es decir que requiere intervención terciaria. Siendo Zamora Chinchipe la ciudad en la cual se evidencia que más trabajadores (3,15%) se encuentran en esta categoría, este comportamiento se evidenció que durante la pandemia en Italia el consumo de alcohol se incrementó en un 18% a nivel de la población en general (Mazarella y otros (2021). Sin embargo, difiere del trabajo de Savage et al., (2020) en la se reporta que 18% de médicos tienen un consumo de alcohol de riesgo.

Por su parte la depresión, cuya media es de 5,97 se encuentra por debajo del punto medio de la escala (27). La distribución refleja que el 79.48% reportan una depresión mínima-leve, versus al 4,83% presenta depresión grave; lo que difiere del trabajo de Singh et al., (2020) en cual el 57,4% del personal sanitario tenía depresión. Esta diferencia se debe a que a dicho estudio se lo realizó durante la pandemia, como se evidencia en este trabajo los trabajadores sanitarios reportan menos presencia de esta variable. En la misma línea, lo reportado en la Zona 7 se diferencia del trabajo de Espinoza-Ascurra, Gonzales-Graus, Meléndez-Marón y Cabrera (2021) en Perú en el cual el 8,8% tiene depresión; es posible que estas diferencias correspondan a las condiciones laborales diferentes entre ambos países, los mismos autores sostiene que un facto protector para la depresión es que disminuir las brechas de los recursos humanos en la primera línea y contar con equipos de protección personal. Además, en este estudio la depresión tiene una relación directa débil con el consumo de alcohol (0,2073; $p \leq 0,000$); lo cual coincide con el estudio de Beiter et al., (2022) en el cual la depresión se asoció con el consumo de alcohol, debido a que, se mostraba mayores reacciones emocionales ante la pandemia.

Con relación a los problemas de sueño, si bien la prevalencia en la muestra es baja, se puede identificar que tienen una alta correlación con todos los instrumentos de salud mental, similar a varios estudios en los que se asocian estas dificultades con el sueño a trastornos como: TEPT, depresión, ansiedad y estrés percibido (Erdoğan et al., 2022; Marvaldi et al., 2021; Korkmaz et al., 2020; Ganasegeran et al., 2017). Además, es importante señalar que las

consecuencias al tener problemas con el sueño pueden implicar la reducción en el procesamiento cognitivo, desde la memoria hasta los reflejos, ubicándolo como un factor de riesgo relevante al momento de la toma de decisiones de los trabajadores sanitarios, ocasionando errores o accidentes laborales (Jahrami et al., 2021; Kim-Godwin et al., 2021).

Los resultados relacionados a la satisfacción con la vida indican que por parte de los trabajadores sanitarios de Zona 7 (Loja, Zamora y El Oro), la gran mayoría reporta tener altos niveles en esta variable (93,51%); además de mostrar correlación negativa con varios de los indicadores de salud mental (estrés, soledad, depresión y sueño), consistente con lo que se ha encontrado en otros estudios con diversas poblaciones (Montaner et al., 2021; Muñoz-Albarracín et al., 2023), la satisfacción con la vida es una variable que se la ha asociado como factor protector de la salud mental, ya que al ser considerada como uno de los componentes del bienestar psicológico (Muñoz-Albarracín et al., 2023) conlleva una apreciación sobre el trayecto vital en función de objetivos, metas y expectativas que el individuo se ha planteado (Diener et al., 1985). En el caso de los trabajadores del ámbito de la salud, los objetivos y metas relacionados a contribuir con el bienestar de sus pacientes, favorecen que la variable de satisfacción con la vida se incremente, y como consecuencia se consolide como un factor protector (Śliwiński et al., 2014).

En cuanto a los niveles del Síndrome de Burnout, en los niveles bajo de cansancio emocional en la zona se encuentran más de la mitad de trabajadores (56,45 %); diferentes autores señalan que las enfermeras que trabajan en primera línea presentan mayores niveles agotamiento emocional y estado de ánimo depresivo, en comparación con aquellas que trabajan en ambientes habituales Zerbini et al (2020).

Igualmente, Zhang et al (2020), señala que las enfermeras con más horas de trabajo en las unidades COVID-19 desarrollan mayor agotamiento emocional y despersonalización en un 78,5% y 92,5% respectivamente; este último dato es totalmente diferente al que se encontró en los trabajadores de esta investigación donde solo un 16,36 % presentan un nivel alto. Finalmente es de destacar que la mitad (51,38%) de estos profesionales reportan niveles altos en la dimensión de realización personal; es decir es bastante ausente la disminución de sentimientos de competencia y productividad, que da como resultado una creciente sensación de ineptitud (Cánovas Pallarés, 2022),

convirtiéndose en un factor de protección importante para la salud mental de esta muestra de estudio.

En cuanto a la Evitación Experiencial (o Inflexibilidad Psicológica), la muestra presenta niveles bajos en la Zona 7 (47,96%), y altos en un porcentaje de 18,10%. Es decir que la mayoría de la muestra no presenta una tendencia a evitar situaciones, emociones o recuerdos de carácter aversivo. Chong et al., (2021) mencionan que la flexibilidad psicológica puede desempeñar un papel importante en la mitigación de los efectos adversos del COVID-19 y sus amenazas percibidas en la salud mental.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los trabajadores de salud de Zona 7 se caracterizan por ser una población joven, ya que el promedio de edad es de 36 años, la mayoría de la muestra son mujeres de nacionalidad ecuatoriana, que no tienen pareja; con estudios de cuarto nivel o especialidad; 6 de cada 10 evaluados cumplen funciones en la primera línea de atención, y la mitad de estos laboran en la provincia de Loja.

En cuanto a las características laborales, se tiene que: se dedican a su actividad laboral 8 horas diarias, aunque algunos se extiendan hasta 10 horas; y por otra parte la mayoría indica que tiene un promedio de un año de experiencia laboral, aunque también se cuenta con personal que acumulan hasta 39 años.

En lo que tiene que ver con las variables de estrés y soledad la mayoría de evaluados se encuentran en un nivel medio. Sin embargo, la provincia del Oro tiene un 6,6% de estrés alto; por su parte la provincia de Zamora Chinchipe indica mayor percepción de soledad (18,11%).

En cuanto al consumo de alcohol, 9 de cada 10 evaluado tiene un consumo de bajo riesgo. De entre las provincias que conforman la zona 7, Zamora Chinchipe reporta mayor dificultad con el consumo de esta sustancia. En lo que respecta depresión, se tiene que la mitad de los evaluados se encuentran en un nivel mínimo.

Por su parte, en la variable calidad de sueño, la mayoría reportan bajas dificultades en relación a esta variable. Sin embargo, se destaca, que la provincia de Zamora Chinchipe tiene niveles graves en depresión y alta dificultad para conciliar el sueño.

En cuanto a la presencia de Burnout existe un porcentaje bajo en los trabajadores de salud (correspondiente al área médica y afines), aunque sí es necesario resaltar que sí existen caso del síndrome de Burnout dentro de la muestra evaluada. La presencia de esta variable se duplica en la provincia de Loja.

Las variables de satisfacción con la vida y flexibilidad psicológica se las considera como factores protectores para la salud mental, por lo que se resalta que la muestra en general reporta niveles favorables. 9 de cada 10 tienen alta satisfacción con la vida y la mayoría de evaluados son flexibles.

Sin embargo, se tiene que tener en cuenta que para aquellos evaluados que tiene bajos niveles en satisfacción y alta inflexibilidad psicológica se convierten en factores de riesgo para su salud mental, siendo en este caso Zamora Chinchipe quien dentro de estos criterios presenta mayores dificultades en las variables antes mencionadas.

La mayoría de las variables sociodemográficas no presenta una relación directa y fuerte con las variables de salud mental y psicosociales. Sin embargo, edad y experiencia laboral tiene una relación inversamente significativa fuerte con estrés, percepción de soledad, depresión, calidad de sueño síndrome de Burnout, es decir a mayor edad y mayor experiencia laboral menores dificultades en los indicadores antes mencionados.

La satisfacción con la vida presenta una relación inversa con las variables de: estrés, percepción de soledad, depresión y calidad de sueño. Es decir, a mayor satisfacción con la vida menores dificultades con las variables mencionadas. Inflexibilidad psicológica tiene una relación directa con las variables de estrés, percepción de soledad, depresión, calidad de sueño y síndrome de Burnout, lo que implica que a mayor inflexibilidad mayores dificultades se presentan en los indicadores mencionados.

Finalmente, se recomienda fortalecer los factores protectores que se han logrado detectar como son satisfacción con la vida y la flexibilidad psicológica para promover estilos de afrontamiento adecuados para el desempeño laboral, así como también facilitar herramientas para mejorar los indicadores de riesgo en las muestras (según provincias) que se han encontrado indicadores de salud mental con dificultades.

REFERENCIAS

- Babor, T., Higgins-Biddle, J., y Monteiro, M. (2001). Audit. The Alcohol Use Disorders Identification Test. World Health Organization.
- Beiter, K., Wiedemann, R., Thomas, C., & Conrad, E. (2022). Alcohol consumption and COVID-19–Related stress among health care workers: the need for continued Stress-Management interventions. *Public Health Reports*, 137(2), 326-335.
- Beşer, N., & Çevik, B. (2018). Perceived stress levels of physicians and other health personnel working in the 112 Emergency Service and associated factors. *Nursing Studies and Practice International*, 1(1), 1-4.
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H., Waltz, T., & Zettle, R. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Bonilla-Sierra, P., Manrique-G. A., Hidalgo-Andrade, P., y Ruisoto, P., (2021) Psychological Inflexibility and Loneliness Mediate the Impact of Stress on Anxiety and Depression Symptoms in Healthcare Students and Early-Career Professionals During COVID-19. *Front. Psychol.* 12:729171. doi: 10.3389/fpsyg.2021.729171
- Buitrago, F., Ciurana, R., Fernández, A. y Tizón, J. (2022). COVID-19 pandemic: Effects on the mental health of healthcare professionals. *Atención Primaria*, 54(7):102359. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102359>
- Cabarkapa, S., King, J., & Ng, C. (2020). The psychiatric impact of COVID-19 on healthcare workers. *Australian journal of general practice*, 49(12), 791–795. <https://doi.org/10.31128/AJGP-07-20-5531>
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J. y Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287(112934):112934. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Chong, Y., Chien, W., Cheng, H., Kassianos, A., Gloster, A., & Karekla, M. (2021). Can psychological flexibility and prosociality mitigate illness perceptions toward COVID-19 on mental health? A cross-sectional study among Hong Kong adults. *Globalization and Health*, 17(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00692-6>

- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 24(4), 385–396. <https://psycnet.apa.org/fulltext/1984-24885-001.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (27 de Agosto del 2008) Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Erdoğan, A., Berktaş, D., Öksüz, A., Şahin, A., & Koçyiğit, B. (2022). The impact of COVID-19 pandemic on sleep quality in healthcare workers in Turkey. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 58(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s41983-022-00489-3>
- Espinoza-Ascurra, G., Gonzales-Graus, I., Meléndez-Marón, M., & Cabrera, R. (2021). Prevalencia y factores asociados a depresión en personal de salud durante la pandemia de SARS-CoV-2 en el departamento de Piura, Perú. *Revista colombiana de psiquiatria*, 10.1016/j.rcp.2021.11.005. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.11.005>
- Fergusson, D., McLeod, G., Horwood, L., Swain, N., Chapple, S., & Poulton, R. (2015). Life satisfaction and mental health problems (18 to 35 years). *Psychological medicine*, 45(11), 2427–2436. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000422>
- Ganasegeran, K., Abdulrahman, S., Al-Dubai, A., Rashid, A., Perumal, M & Renganathan, P. (2017). Identifying factors associated with sleep disturbances among health workers using WhatsApp in Malaysia. *Journal of Hospital Management and Health Policy*, 1(9), 1-14.
- George, LS y Park, CL (2016). Significado en la vida como comprensión, propósito y relevancia: hacia la integración y nuevas preguntas de investigación. *Revisión de Psicología General*, 20 (3), 205–220. <https://doi.org/10.1037/gpr0000077>
- Ghaemi Kerahrodi, J., & Michal, M. (2020). The fear-defense system, emotions, and oxidative stress. *Redox biology*, 37, 101588. <https://doi.org/10.1016/j.redox.2020.101588>
- Hayes, S., Luoma, J., Enlace, F., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). "Terapia de aceptación y compromiso: modelo, procesos y resultados". *Publicaciones de la Facultad de Psicología*. 101. https://scholarworks.gsu.edu/psych_facpub/101

- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>
- Hernández, M. (2017). Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología*, 14 (1), 53-70. <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.55811>
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. 6th ed. México: Mc Graw Hill.
- Hooker, S., Masters, K., Vagnini, K., Rush, C. (2019). Engaging in Personally Meaningful Activities is Associated with Meaning Salience and Psychological Well-being. *The Journal of Positive Psychology*. 10.1080/17439760.2019.1651895.
- Hughes, M., Waite, L., Hawkey, L., & Cacioppo, J. (2004). A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Research on aging*, 26(6), 655–672. <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>
- Jahrami, H., BaHammam, A., Bragazzi, N., Saif, Z., Faris, M., & Vitiello, M. V. (2021). Sleep problems during the COVID-19 pandemic by population: a systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 17(2), 299–313. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8930>
- Jenkins, C., Stanton, B., Niemcryk, S., & Rose, R. (1988). A scale for the estimation of sleep problems in clinical research. *Journal of clinical epidemiology*, 41(4), 313–321. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(88\)90138-2](https://doi.org/10.1016/0895-4356(88)90138-2)
- Kafle, B., Bagale, Y., Kafle, S., Parajuli, A., & Pandey, S. (2021). Depression, Anxiety and Stress among Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic in a Tertiary Care Centre of Nepal: A Descriptive Cross-sectional Study. *JNMA; journal of the Nepal Medical Association*, 59(235), 239–242. <https://doi.org/10.31729/jnma.6083>
- Karcz, E., Zdun-Ryżewska, A., & Zimmermann, A. (2022, January). Loneliness, Complaining and Professional Burnout of Medical Personnel of Psychiatric Wards during COVID-19 Pandemic—Cross-Sectional Study. In *Healthcare*, 10(1), 145). MDPI. 10(1). <https://doi.org/10.3390/healthcare10010145>

- Kim-Godwin, Y., Lee, M., Logan, J., & Liu, X. (2021). Factors Influencing Sleep Quality among Female Staff Nurses during the Early COVID-19 Pandemic in the United States. *International journal of environmental research and public health*, 18(9), 4827. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094827>
- Konno, Y., Nagata, M., Hino, A., Tateishi, S., Tsuji, M., Ogami, A., Yoshimura, R., Matsuda, S. y Fujino, Y. (2021). Association between loneliness and psychological distress: A cross-sectional study among Japanese workers during the COVID-19 pandemic. *Preventive Medicine Reports*, 24(101621):101621. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101621>.
- Korkmaz, S., Kazgan, A., Çekiç, S., Tartar, A., Balci, H., & Atmaca, M. (2020). The anxiety levels, quality of sleep and life and problem-solving skills in healthcare workers employed in COVID-19 services. *Journal of clinical neuroscience: official journal of the Neurosurgical Society of Australasia*, 80, 131–136. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2020.07.073>
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B., & Löwe, B. (2009). An ultrabrief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 813-621. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>
- Lewis, S., Willis, K., Bismark, M., & Smallwood, N. (2022). A time for self-care? Frontline health workers' strategies for managing mental health during the COVID-19 pandemic. *SSM. Mental health*, 2, 100053. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2021.100053>
- López, V., Paladines, B., Vaca, S., Cacho, R., Fernández-Montalvo, J., Ruisoto, P. (2019). Psychometric properties and factor structure of an Ecuadorian version of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in college students. *PLoS One* 14(7): e0219618. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219618>
- Lunansky, G., van Borkulo, C., Haslbeck, J., van der Linden, M., Garay, C., Etchevers, M., & Borsboom, D. (2021). The Mental Health Ecosystem: Extending Symptom Networks With Risk and Protective Factors. *Frontiers in psychiatry*, 12, 640658. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.640658>
- Marvaldi, M., Mallet, J., Dubertret, C., Moro, M. R., & Guessoum, S. B. (2021). Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 126, 252–264. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.03.024>

- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). Maslach Burnout Inventory--ES Form (MBI). APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t05190-000>
- Maslach, C., Schaufeli, W., Leiter, M. (2001). Job burnout. *Revisión Anual de Psicología*, 52(1), 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Maunder, R., Lancee, W., Balderson, K., Bennett, J. P., Borgundvaag, B., Evans, S., Fernandes, C. M., Goldbloom, D. S., Gupta, M., Hunter, J. J., McGillis Hall, L., Nagle, L. M., Pain, C., Peczenik, S. S., Raymond, G., Read, N., Rourke, S. B., Steinberg, R. J., Stewart, T. E., VanDeVelde-Coke, S., ... Wasylenki, D. A. (2006). Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerging infectious diseases*, 12(12), 1924–1932. <https://doi.org/10.3201/eid1212.060584>
- Ministerio de Salud Pública. (s.f). Prioridades de investigación en salud, 2 0 1 3 - 2 0 1 7 . <https://healthresearchwebafrica.org.za/files/Prioridades20132017.pdf>
- Montaner, X., Tárrega, S., & Moix, J. (2021). Flexibilidad psicológica, burnout y satisfacción vital en profesionales que trabajan con personas afectadas de demencia. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 56(3), 144-151. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.10.004>
- Muñoz-Albarracín, M., Mayorga-Muñoz, C., & Jiménez-Figueroa, A. (2023). Salud mental, autoestima y satisfacción vital en universitarios del sur de Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 21(2), 1-27. <https://dx.doi.org/10.11600/rlcsnj.21.2.5428>
- Naranjo-Hidalgo, T., & Poveda-Ríos, S. (2021). Conductas ansiógenas y depresivas en el personal de salud de Ecuador ante la emergencia covid-19. *Revista Médica Electrónica*, 43(5), 1-12. <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4413/5272>
- Organización Mundial de la Salud. (8 de octubre de 2020). No hay salud sin salud mental. <https://bit.ly/3QBES0f>
- Ortega-Jiménez, D., Ruisoto, P., Bretones, F. D., Ramírez, M. D. R., & Vaca Gallegos, S. (2021). Psychological (In)Flexibility Mediates the Effect of Loneliness on Psychological Stress. Evidence from a Large Sample of University Professors. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 2992. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062992>

- Paladines-Costa, B., López-Guerra, V., Ruisoto, P., Vaca-Gallegos, S., & Cacho, R. (2021). Psychometric Properties and Factor Structure of the Spanish Version of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) in Ecuador. *International journal of environmental research and*
- Pazmiño Erazo, E. E., Alvear Velásquez, M. J., Saltos Chávez, I. G., & Pazmiño Pullas, D. E. (2021). Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador [Factors Associated With Psychiatric Adverse Effects in Healthcare Personnel During the COVID-19 Pandemic in Ecuador]. *Revista colombiana de psiquiatria*, 50(3), 166–175. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.12.007>
- Portero de la Cruz, S., Cebrino, J., Herruzo, J., & Vaquero-Abellán, M. (2020). A Multicenter Study into Burnout, Perceived Stress, Job Satisfaction, Coping Strategies, and General Health among Emergency Department Nursing Staff. *Journal of clinical medicine*, 9(4), 1007. <https://doi.org/10.3390/jcm9041007>
- Preti, E., Di Mattei, V., Perego, G., Ferrari, F., Mazzetti, M., Taranto, P., Di Pierro, R., Madeddu, F., & Calati, R. (2020). The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. *Current psychiatry reports*, 22(8), 43. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01166-z>
- Rezaei, S., Hoseinipalangi, Z., Rafiei, S., Dolati, Y., Hosseinifard, H., Asl, M. T., Mejareh, Z. N., Deylami, S., Abdollahi, B., Ardakani, M. F., Ghadimi, N., Dehnad, A., Kan, F. P., Raoofi, S., & Ghashghaee, A. (2022). The global png health workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders reports*, 8, 100326. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2022.100326>
- Serrano-Ripoll, M. J., Meneses-Echavez, J. F., Ricci-Cabello, I., Fraile-Navarro, D., Fiol-deRoque, M. A., Pastor-Moreno, G., Castro, A., Ruiz-Pérez, I., Zamanillo Campos, R., & Gonçalves-Bradley, D. C. (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 277, 347–357. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.034>
- Rizeanu, S. y Teodor, M. (2015). A correlative study between pain perception at the doctor and the level of self-perceived stress at undergraduate students at psychology – A pilot study. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 187, 719–22. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.134>.

- Ruisoto, P., López-Guerra, V. M., Paladines, M. B., Vaca, S. L., & Cacho, R. (2020). Psychometric properties of the three versions of the Perceived Stress Scale in Ecuador. *Physiology & behavior*, 224, 113045. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2020.113045>
- Ruíz, F., Langer, A., Luciano, C., Cangas, A & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish Version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25(1), 123-129. <https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>
- Savage, E., Sowole, L., Shah, S., Mirza, Z., & Cotzias, C. (2020). Self-reported alcohol consumption in doctors. *Occupational Medicine*, 70(6), 439-441. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa111>
- Seitz, R., Robertson, J., Moran, T., Zdradzinski, M., Kaltiso, A., Heron, S., & Lall, M. (2022). Emergency medicine nurse practitioner and physician assistant burnout, perceived stress, and utilization of wellness resources during 2020 in a large urban medical center. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 44(1), 63-73. <https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000392>
- Serrano-Ripoll, M. J., Meneses-Echavez, J. F., Ricci-Cabello, I., Fraile-Navarro, D., Fiol-deRoque, M. A., Pastor-Moreno, G., Castro, A., Ruiz-Pérez, I., Zamanillo Campos, R., & Gonçalves-Bradley, D. C. (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 277, 347–357. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.034>
- American Addiction Centers. (2019). Drug & alcohol rehab for healthcare professionals near you. <https://americanaddictioncenters.org/healthcare-professionals>
- Shaukat, N., Ali, D. M., & Razzak, J. (2020). Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. *International journal of emergency medicine*, 13(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12245-020-00299-5>
- Singh, M., Mohamed, K., Baig, M., Malik, S., Hsu, E., Seashore, J., & Nishi, S. (2020). Prevalence and factors associated with depression and anxiety among health care personnel in the United States during coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Clinical Medicine Research*, 9(6), 123-31. doi: 10.11648/j.cmr.20200906.11

- Śliwiński, Z., Starczyńska, M., Kotela, I., Kowalski, T., Kryś-Noszczyk, K., Lietz-Kijak, D., Kijak, E., & Makara-Studzińska, M. (2014). Life satisfaction and risk of burnout among men and women working as physiotherapists. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 27(3), 400–412. <https://doi.org/10.2478/s13382-014-0266-8>
- Stubbs, J. M., & Achat, H. M. (2022). Are healthcare workers particularly vulnerable to loneliness? The role of social relationships and mental well-being during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry research communications*, 2(2), 100050. <https://doi.org/10.1016/j.psycom.2022.100050>
- Torres, F., Irigoyen, I., Moreno, A., Ruilova, E., Casares, J., Mendoza, M. (2021). Síndrome de Burnout en profesionales de la salud del Ecuador y factores asociados en tiempos de pandemia. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int.* 8(1): 126-136. <https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2021.08.01.126>
- Villarreal-Zegarra, D., Torres-Puente, R., Otazú-Alfaro, S., Al-Kassab-Córdova, A., Rey de Castro, J., & Mezones-Holguín, E. (2022). Spanish version of Jenkins Sleep Scale in physicians and nurses: psychometric properties from a Peruvian nationally representative sample. *Journal of psychosomatic research*, 157, 110759. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110759>
- Vinueza Veloz, A., Aldaz Pachacama, N., Mera Segovia, C., Tapia Veloz, E., & Vinueza Veloz, M. (2021). Síndrome de Burnout en personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19. *Correo Científico Médico*, 25(2). <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3808>
- World Health Organization. (27 de septiembre del 2018). Global status report on alcohol and health. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
-

Bibliografía:

- Acosta, S., Piedra, N., & Suárez, J. P. (2017). The Social Distribution of Knowledge: University Ethical Commitment to the Intelligent Management of the Territory – SmartLand. In *Higher Education in the World 6. Towards a Socially Responsible University: Balancing the Global with the Local*. (pp. 330–337). GUNi SERIES ON THE SOCIAL COMMITMENT OF UNIVERSITIES. Retrieved from http://www.guninetwork.org/files/download_full_report.pdf

- Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (26 de octubre de 2015). Ley orgánica de prevención integral del fenómeno socioeconómico de las drogas y de regulación y control del uso de sustancias catalogadas sujetas de fiscalización. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Cedrone, F.; Buomprisco, G.; Nicola, M.; La Torre, G.; Nieto, H.; Perri, R.; Montagna, V.; Greco, E.; DeSio, S. Alcohol Use during COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey among Healthcare and Office Workers in Italy. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 12587. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912587>
- Dolan, Layard, Metcalfe, 2011; Helliwell, Layard, Sachs, 2012. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF (2004), European Social Survey Y World Happiness Report (2012).
- Fagerstrom, K.O. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3(34), 235–241.
- Haynes, S.G., & Baker, E.E. (1982). Type A behavior and the ten year incidence of coronary heart disease in the Framingham Heart Study. *Activitas Nervosa Superior*, 3(1), 57-77.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M. & Bachman, J.G. (2001). Monitoring the feature National Survey Results on Drug Use; 1975-2000. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse (NIDA).
- Knight, J. R., Wechsler, H., Kuo, M., Seibring, M., Weitzman, E. R., & Schuckit, M. A. (2002). Alcohol abuse and dependence among US college students. *Journal of studies on alcohol*, 63(3), 263-270.
- Kriston, L., Hölzel, L., & Weiser, A.K., et al. (2008). Meta-analysis: are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use? *Annals of Internal Medicine*, 149(12), 879-888.
- Marmot, M. (2010). Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England.
- Mazzearella, C.; Spina, A.; Dallio, M.; Gravina, A.G.; Romeo, M.; Di Mauro, M.; Loguercio, C.; Federico, A. The analysis of alcohol consumption during the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 Italian lockdown. *Minerva Med.* 2021. Epub ahead of print. [CrossRef]
- McCabe, S.E., Morales, M., Cranford, J.A., Delva, J., McPherson, M.D. & Boyd, C.J. (2007) Race/ethnicity and gender differences in drug use and abuse among college students. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 6(2), 75-95.

- O'Malley, P. M. & Johnson, L.D. (2002). Epidemiology of alcohol and other drug use among American collage students. *Journal of Studies on Alcohol. Supplement*, 14, 23-39.
- Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2016). Informe mundial sobre las drogas. Resumen Ejecutivo. Ginebra Suiza: UNODC Research. Recuperado el 21 de Septiembre de 2016, de http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf
- OMS. (2015a). Alcohol. Recuperado el 21 de Septiembre de 2016, Nota descriptiva N° 349: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- OMS. (2015b). Tabaco. Recuperado el 21 de Septiembre de 2016, Nota Descriptiva N° 339: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2002). Test de tamizaje para el uso de alcohol, tabaco y otras sustancias "ASSIST" versión 3. OMS: Prevención e Intervención en Adicciones.
- Piedra, N., & Suárez, J. P. (2018). Hacia la interoperabilidad semántica para el manejo inteligente y sostenible de territorios de alta biodiversidad usando SmartLand-LD. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, (26), 104-121.
- Programa Antidrogas Ilícitas de la comunidad Andina [PRADICAN]. (2012). II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Regional. Recuperado de <http://www10.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2013/11477.pdf>.
- Rossberg, J. I., Eiring, O., & Friis, S. (2004). Work environment and job satisfaction. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(7), 576-580.
- Russell, D.W., Peplau, L.A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472-480.
- Scheier, M., Wrosch, C., Baum, A., Cohen, S., Martire, L., Matthews, K., Schulz, R., Zdaniuk, B. (2006). The Life Engagement Test: Assessing Purpose in Life. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(3), 291-298.
- Smith, B., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194-200.
- Son, H., Cho, H., Cho, S., Ryu, J., & Kim, S. (2022). The moderating effect of social support between loneliness and depression: differences between the young-old and the old-old. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2322.

ANEXOS

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Informe sobre la salud mental de los trabajadores en contextos de Salud Pública de la Zona 7 del Ecuador durante el año 2022-2023.

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Silvia Libertad Vaca Gallegos PhD	0602906869	Universidad Técnica Particular de Loja.
Investigador	Mgtr. María Belén Paladines Costa	1104755648	Universidad Técnica Particular de Loja.
Investigador	Mgtr. Rafael Sánchez Puertas	1103464358	Universidad Técnica Particular de Loja.
Investigador	Mgtr. María Aránzazu Cisneros	1711464246	Universidad Técnica Particular de Loja.
Investigador	Mateo Peñaherrera Aguirre PhD	1713003331	Centro de Diagnóstico y tratamiento psicológico DIATRAT-CEPSI

¿De qué se trata este documento?

Estimado/a participante:

Usted está invitado(a) a participar en esta investigación titulada “Factores de riesgo y protección de la salud mental en trabajadores de la salud de la Zona 7 del Ecuador durante el año 2022” a cargo de docentes investigadores de la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL). En este documento llamado "consentimiento informado" se explican las razones por las que se realiza el estudio y se motiva la decisión autónoma de participar en esta investigación. También se explican los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información de este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, podrá tomar la decisión de participar. No tenga prisa para decidir. Lea este documento las veces que considere necesario.

Introducción

En la actualidad, existen afecciones de salud mental en los trabajadores de la salud que han estado expuestos a Covid-19, posiblemente debido a: la presión que recibieron por parte de los pacientes que presentaban el virus y el aislamiento de su familia por temor al contagio; además, la falta de implementos médicos y la carga laboral han causado problemas relacionadas con estrés, depresión y consumo de alcohol. Por tal razón, mediante el presente estudio se ofrece el servicio de evaluación psicológica a los trabajadores del MSP de la Zona 7 con la finalidad de analizar los factores de riesgo y protección de la salud mental, lo cual permitirá elaborar informes de prevalencia de salud mental de la muestra objeto de estudio, que serán socializados a través de mesas técnicas de trabajo con el MSP y la publicación de información en la página web del Observatorio de Salud Mental y Adicciones (OBSATALA). Esta información les permitirá a los tomadores de decisiones elaborar planes de prevención e intervención basados en la evidencia.

Objetivo del estudio

Analizar los factores de riesgo y protección de la salud mental en trabajadores de la salud de la Zona 7 del Ecuador.

Descripción de los procedimientos

La información se recolectará de manera voluntaria a través de una encuesta en línea que está disponible a través de la plataforma de evaluación de la UTPL (ArcGis).

Una vez que el participante ha leído, comprendido y aceptado el consentimiento informado, deberá dar clic en el botón “aceptar” y podrá iniciar la encuesta que tomará alrededor de 10 a 15 minutos completarla. Podrá contestar las preguntas que considere pertinentes y mantenerse en la encuesta o retirarse de la misma en el momento que desee.

mantenerse en la encuesta o retirarse de la misma en el momento que desee.

Al finalizar la encuesta visualizará el siguiente mensaje: “En caso de estar interesado en recibir un perfil de resultados, escriba a continuación una dirección de correo electrónico que, de preferencia, no esté vinculado a sus nombres y apellidos; dicho correo electrónico se manejará de manera confidencial”. En caso de omitir este mensaje, sus datos quedarán guardados, sin embargo, usted no podrá recibir el informe el otro momento.

Este estudio contará con un número limitado de participantes, de modo que la muestra invitada serán todos los trabajadores del MSP (Zona 7) que acepten participar.

La investigadora principal será la responsable de custodiar la información que se recoge en esta investigación, la cual será utilizada con fines netamente académicos y de investigación, cumpliendo con los principios de confidencialidad establecidos en la declaración de Helsinki.

Se aplicarán las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

El software que se usará se encuentra configurado de tal manera que permite descargar la base de datos sin que se pueda identificar a los participantes por su correo electrónico (que es el único dato personal solicitado que podría permitir enviar el perfil de resultados); únicamente se obtendrán las respuestas de los instrumentos de investigación aplicados a los participantes, lo que permite preservar el anonimato de los mismos.

Los datos que usted proporcione formarán parte de la base de datos del Observatorio de Salud Mental y Adicciones (OBSATALA).

Riesgos y beneficios

La participación es totalmente voluntaria, anónima y libre de coacción. Si bien no existen riesgos para la integridad o salud del evaluado, sin embargo, es posible que sienta:

- a. Incomodidad al responder algunas de las preguntas formuladas en la batería psicológica en línea.
- b. Que el periodo empleado para responder la encuesta en línea le reste tiempo de sus actividades de la vida cotidiana o de su tiempo libre.

Con el fin de disminuir o eliminar la posible percepción de riesgo psicológico o emocional, se contemplan las siguientes alternativas:

- a. El participante podrá abandonar la batería psicológica en línea en cualquier momento, si así lo decide.
- b. No está obligado a contestar todas las preguntas.
- c. Se le garantiza que la información que proporcione nunca será juzgada por los investigadores.
- d. La divulgación de la información proporcionada mantendrá en todo momento su anonimato.
- e. Todas las actuaciones del investigador principal estarán encaminadas a reducir la invasión de su privacidad, a mantener la confidencialidad de los datos y a minimizar otros

otros posibles riesgos que pudieran ocasionarse.

La participación en esta investigación conlleva el siguiente beneficio para el evaluado: Recibir automáticamente de manera individual un perfil de resultados de la encuesta en línea, si se proporciona una dirección de correo electrónico para su envío. De esta forma conocerá algunos indicadores de su estado de salud mental de forma gratuita. Cabe recalcar que, para que el evaluado reciba el perfil antes mencionado debe contestar todas las preguntas de la evaluación en línea. Caso contrario, no es posible generar este reporte.

Otras opciones si no participa en el estudio

No existe otra opción de participación en este estudio, por tanto, usted tiene la libertad de participar o no.

En nuestra investigación no se invitará ni incluirán menores de edad, ni personas que no puedan consentir porque no estén en capacidad de hacerlo debido a trastornos mentales graves o de conducta.

Derechos de los participantes

(debe leerse todos los derechos a los participantes)

Usted tiene derecho a:

Recibir la información del estudio de forma clara;

Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;

Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;

Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;

Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;

Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;

Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;

Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
El respeto de su anonimato (confidencialidad);

Que se respete su intimidad (privacidad);

Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;

Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;

Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna duda y/o requiere información adicional, puede contactar a la Investigadora principal Silvia Libertad Vaca Gallegos PhD al correo slvaca@utpl.edu.ec, o llamar al teléfono 0993412330.

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado con un lenguaje claro y sencillo los riesgos y beneficios de participar. Todas mis preguntas fueron solventadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y tengo la posibilidad de descargar este formulario de consentimiento informado. Al hacer clic en la frase "He leído y Acepto que se usen mis datos para esta investigación", estoy aceptando mi participación en este estudio.

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Vicente Solano, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: vicente.solano@ucuenca.edu.ec

ANEXO 4

Estimado/a,

Gracias por participar en esta breve encuesta. A continuación, podrá observar sus resultados de algunas variables psicosociales, expresados en una escala de intervalo que indica el nivel en el cual actualmente se encuentran.

Niveles de estrés*:

Estrés psicológico. Indica el grado en que las personas valoran las situaciones de la vida como estresantes.

Bajo (0-2)	Medio bajo (3-4)	Medio (5-6)	Medio alto (7-8)	Alto (9-10)
---------------	---------------------	----------------	---------------------	----------------

Niveles de Depresión*:

Depresión. Se refiere al malestar relacionado con cuadros de depresión.

Bajo (0-2)	Medio bajo (3-4)	Medio (5-6)	Medio alto (7-8)	Alto (9-10)
---------------	---------------------	----------------	---------------------	----------------

Niveles de Consumo de Alcohol:

Consumo de alcohol. Indica el riesgo frente al consumo de esta droga legal en nuestra sociedad.

Sin riesgo de consumo Abstemio (0)	Consumo de bajo riesgo (1-4)	Consumo de riesgo (5-6)	Consumo problemático (7-8)	Adicción (Intervención terciaria) (9-10)
--	---------------------------------	----------------------------	-------------------------------	---

Soledad/Apoyo social percibido:

Bajo (0-2)	Medio bajo (3-4)	Medio (5-6)	Medio alto (7-8)	Alto (9-10)
---------------	---------------------	----------------	---------------------	----------------

Dificultades asociadas a la conducta durante el sueño:

Bajo (0-2)	Medio bajo (3-4)	Medio (5-6)	Medio alto (7-8)	Alto (9-10)
---------------	---------------------	----------------	---------------------	----------------

Nivel de satisfacción con su vida en general

Completamente insatisfecho (0)	Muy insatisfecho (1)	Algo insatisfecho (2)	Poco insatisfecho (3)	Insatisfecho (4)	Neutral (5)	Muy satisfecho (6)	Algo satisfecho (7)	Poco satisfecho (8)	Satisfecho (9)	Completamente satisfecho (10)
-----------------------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------	----------------	-----------------------	------------------------	------------------------	-------------------	----------------------------------

***Nota:** El perfil proporcionado refleja las puntuaciones obtenidas transformadas a una escala de 0 a 10 con fines informativos, no clínicos.

Información de contacto: slvaca@utpl.edu.ec

ANEXO 5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral:

1. Sexo:

- Hombre
- Mujer

2. Edad:

- | | | |
|------|------|------|
| • 18 | • 33 | • 48 |
| • 19 | • 34 | • 49 |
| • 20 | • 35 | • 50 |
| • 21 | • 36 | • 51 |
| • 22 | • 37 | • 52 |
| • 23 | • 38 | • 53 |
| • 24 | • 39 | • 54 |
| • 25 | • 40 | • 55 |
| • 26 | • 41 | • 56 |
| • 27 | • 42 | • 57 |
| • 28 | • 43 | • 58 |
| • 29 | • 44 | • 59 |
| • 30 | • 45 | • 60 |
| • 31 | • 46 | • 61 |
| • 32 | • 47 | • 62 |

3. Nacionalidad:

- Afgana
- Albanesa
- Alemana
- Andorrana
- Angoleña
- Antigua
- Argelina
- Argentina
- Armenia
- Arubeña
- Australiana
- Austriaca
- Azerbaiyana
- Bahameña
- Bangladesí
- Barbadosa
- Bahreiní
- Belga
- Beliceña
- Beninesa
- Bielorrusa
- Birmana
- Boliviana
- Bosnia
- Botsuana
- Brasileña
- Británica
- Bruneana
- Búlgara
- Burkinés
- Burundesa
- Butanesa
- Caboverdiana
- Camboyana
- Camerunesa
- Canadiense
- Catarí
- Ceilanesa
- Centroafricana
- Chadiana
- Checa
- Chilena
- Chipriota
- Colombiana
- Comorense
- Congoleña
- Cookiana
- Costarricense
- Cristobaleña
- Croata
- Cubana
- Danesa
- Dominicana
- Dominiqués
- Ecuatoriana
- Egipcia
- Emiradí
- Eritrea
- Eslovaca
- Eslovena
- Española
- Estadounidense
- Estonia
- Etíope
- Filipina
- Finlandesa
- Fiyiana
- Francesa
- Gabonesa
- Gambiana
- Georgiana
- Ghanesa
- Gibraltareña
- Granadina
- Griega
- Groenlandesa
- Guatemalteca
- Guineana
- Guyanesa
- Haitiana
- Hindú
- Hondureña
- Húngara
- Indonesia
- Iraní
- Iraquí
- Irlandesa
- Islandesa
- Israelí
- Italiana
- Jaimaquina
- Japonesa
- Jordana
- Kazaja
- Keniata
- Kirguisa
- Kiribatiana
- Kuwaití
- Laosiana
- Lesontense
- Letona
- Libanesa
- Liberiana
- Libia
- Liechtensteiniana
- Lituana
- Luxemburguesa

- Macedonia
- Malasia
- Malauí
- Maldiva
- Malgache
- Maliense
- Maltesa
- Marfileña
- Marroquí
- Marshalesa
- Martiniqués
- Mauriciana
- Mauritana
- Mexicana
- Micronesia
- Moldava
- Monegasca
- Mongolia
- Montenegrina
- Mozambiqueña
- Namibia
- Nauruana
- Neerlandesa
- Neozelandesa
- Nepalí
- Nicaragüense
- Nigeriana
- Nigerina
- Norcoreana
- Noruega
- Omaní
- Pakistaní
- Palauana
- Palestina
- Panameña
- Papú
- Paraguay
- Peruana
- Polaca
- Portuguesa
- Puertorriqueña
- Ruandesa
- Rumana
- Rusa
- Salomonense
- Salvadoreña
- Samoana
- Sanmarinense
- Santalucense
- Tailandesa
- Santotomense
- Sanvicentina
- Saudí
- Senegalesa
- Serbia
- Seychellense
- Sierraleonesa
- Singapurense
- Siria
- Somalí
- Suazi
- Sudafricana
- Sudanesa
- Sueca
- Suiza
- Surcoreana
- Surinamesa
- Sudsudanesa
- Tanzana
- Tayika
- Timorense
- Togolesa
- Tongana
- Trinitense
- Tunecina
- Turca
- Turcomana
- Tuvaluana
- Ucraniana
- Ugandesa
- Uruguay
- Uzbeka
- Vanuatuense
- Vaticana
- Venezolana
- Vietnamita
- Yemení
- Yibutiana
- Zambiana
- Zimbabuense

4. Estado Civil:

- Soltero/a
- Casado/unión libre
- Viudo/a
- Divorciado/a – Separado/a

5. Seleccione el último nivel de estudios finalizado:

- Bachiller
- Tercer nivel
- 4to nivel especialidad/maestría
- Otro

6. Tipo de contrato:

- Nombramiento permanente
- Nombramiento provisional
- Libre nombramiento y remoción
- Servicios ocasionales
- Civiles de servicio
- Otro

7. Escoja el número de horas que trabaja diariamente:

- | | | | | |
|-----|------|------|------|------|
| • 1 | • 6 | • 11 | • 16 | • 21 |
| • 2 | • 7 | • 12 | • 17 | • 22 |
| • 3 | • 8 | • 13 | • 18 | • 23 |
| • 4 | • 9 | • 14 | • 19 | • 24 |
| • 5 | • 10 | • 15 | • 20 | |

8. Escoja sus años de experiencia laboral:

- | | | | | |
|-----|------|------|------|------|
| • 1 | • 10 | • 18 | • 26 | • 34 |
| • 2 | • 11 | • 19 | • 27 | • 35 |
| • 3 | • 12 | • 20 | • 28 | • 36 |
| • 4 | • 13 | • 21 | • 29 | • 37 |
| • 5 | • 14 | • 22 | • 30 | • 38 |
| • 7 | • 15 | • 23 | • 31 | • 39 |
| • 8 | • 16 | • 24 | • 32 | • 40 |
| • 9 | • 17 | • 25 | • 33 | |

9. Seleccione la provincia de su lugar de

- El Oro: • Loja: • Zamora

9.1. Seleccione el cantón:

- | | | |
|--------------|----------------|------------------------|
| • Arenillas | • Catamayo | • Centinela del Cóndor |
| • Atahualpa | • Celica | • Chinchipe |
| • Balsas | • Chaguarpamba | • El Panguí |
| • Chilla | • Espíndola | • Nangaritza |
| • El Guabo | • Gonzanamá | • Palanda |
| • Huaquillas | • Loja | • Paquisha |
| • Las Lajas | • Macará | • Yacuambi |
| • Machala | • Olmedo | • Yantzaza |
| • Marcabelí | • Paltas | • Zamora |
| • Pasaje | • Pindal | |
| • Piñas | • Puyango | |
| • Portovelo | • Quilanga | |
| • Santa Rosa | • Saraguro | |
| • Zaruma | • Sozoranga | |
| | • Zapotillo | |

SECCIÓN A. Escala de Estrés Percibido (PSS-10)

En el último mes:	Nunca (0)	Casi nunca (1)	De vez en cuando (2)	A Menudo (3)	A Menudo (3)
¿Con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	4	3	2	1	0
¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	4	3	2	1	0
¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	4	3	2	1	0
¿Con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	4	3	2	1	0

SECCIÓN A. Escala de Estrés Percibido (PSS-10)

¿Con qué frecuencia ha estado enfada- do porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

SECCIÓN B. Escala de Soledad R (UCLA-R)

Preguntas:	Nunca (0)	Rara vez (1)	A veces (2)	Siempre (3)
¿Con qué frecuencia siente que echa en falta tener compañía?	0	1	2	3
¿Con qué frecuencia se siente dejado de lado?	0	1	2	3
¿Con qué frecuencia se siente aislado?	0	1	2	3

SECCIÓN C. Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT):

Preguntas:	0		2	3	4
¿Con qué frecuencia consume alguna bebida que contenga alcohol (cerveza, cocktails, etc.)?	Nunca	Una vez al mes o menos.	2 a 4 veces al mes	2 ó 3 veces a la semana.	4 ó más veces a la semana
¿Cuántas bebidas (vasos) con alcohol consume en un día típico cuando bebe?	2 menos	3 ó 4	5 ó 6	7 a 9	10 ó más.
¿Con qué frecuencia consume 6 o más bebidas (vasos) con alcohol en una ocasión?	Nunca	Men-sual-mente	Men-sual-mente	Sema-nal-mente	A diario o casi a diario
¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez/mes	Men-sual-mente	Sema-nal-mente	A diario o casi a diario
¿Con qué frecuencia no logró lo que se esperaba de usted por la bebida?	Nunca	Menos de una vez/mes	Men-sual-mente	Sema-nal-mente	A diario o casi a diario
¿Con qué frecuencia ha consumido bebidas con alcohol al levantarse para aguantar el día, después de embriagarse el día anterior?	Nunca	Menos de una vez/mes	Men-sual-mente	Sema-nal-mente	A diario o casi a diario
¿Con qué frecuencia se ha sentido culpable por beber?	Nunca	Menos de una vez/mes	Men-sual-mente	Sema-nal-mente	A diario o casi a diario

SECCIÓN C. Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT):

En el último mes:	Nunca (0)	Casi nunca (1)	De vez en cuando (2)	A Menudo (3)	A Menudo (3)
¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior por su consumo de alcohol?	Nunca	Menos de una vez/mes	Men- sual- mente	Sema- nal- mente	A diario o casi a diario
¿Usted o alguna otra persona han sufrido lesiones como resultado de su consumo de alcohol?	No	Sí, pero no en el curso del último año	Sí, en el último año		
¿A algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario le ha preocupado su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que reduzca su consumo?	No	Sí, pero no en el curso del último año	Sí, en el último año		

SECCIÓN D. Cuestionario sobre la salud (PHQ-9)

Preguntas:	Ningún día (0)	Varios días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

SECCIÓN E. Escala de Sueño de Jenkins

Preguntas:	No me ocurre (1)	Me ocurre 1-3 días (2)	Me ocurre 4-7 días (3)	Me ocurre 8-14 días (4)	Me ocurre 15-21 días (5)	Me ocurre 22-31 días
¿Tiene dificultad para quedarse dormido?	1	2	3	4	5	6
¿Tiene dificultad para permanecer dormido?	1	2	3	4	5	6
¿Despierta varias veces por la noche?	1	2	3	4	5	6
¿Al despertarse se siente cansado y agotado después de un sueño normal?	1	2	3	4	5	6

SECCIÓN F. Escala de satisfacción con la vida

	Com- pleta- mente en des- acuer- do (1)	En des- acuer- do (2)	Más bien en des- acuer- do (3)	Ni de acuerdo ni en desacuer- do (4)	Más bien de acuer- do (5)	De acuer do (6)	Com- pleta- men- te de acuer do (7)
En la mayoría de los aspectos, mi vida está cerca de mi ideal.	1	2	3	4	5	6	7
Las condiciones de mi vida son excelentes.	1	2	3	4	5	6	7
Estoy completamente satisfecho/a con mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
Hasta ahora, he conseguido las cosas más importantes que quiero en la vida	1	2	3	4	5	6	7
Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría nada.	1	2	3	4	5	6	7

SECCIÓN G. Inventario de burnout de Maslach (MBI)

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

Nunca	Algun a vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diaria- mente
0	1	2	3	4	5	6

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.	0	1	2	3	4	5	6
2. Al final de la jornada me siento agotado.	0	1	2	3	4	5	6
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.	0	1	2	3	4	5	6
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.	0	1	2	3	4	5	6
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
8. Me siento agobiado por el trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.	0	1	2	3	4	5	6
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	0	1	2	3	4	5	6
12. Me encuentro con mucha vitalidad.	0	1	2	3	4	5	6
13. Me siento frustrado por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.	0	1	2	3	4	5	6
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.	0	1	2	3	4	5	6
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.	0	1	2	3	4	5	6

	0	1	2	3	4	5	6
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.	0	1	2	3	4	5	6
21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	0	1	2	3	4	5	6

SECCIÓN H. Cuestionario de Aceptación Acción II (AAQ-II)

En base a las siguientes afirmaciones, seleccione la casilla correspondiente al número que considere más adecuada:

Nunca es verdad	Muy rara vez es verdad	Rara vez es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1	2	3	4	5	6	7

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

• CALIFICACIÓN DE INSTRUMENTOS:

SECCIÓN A. Escala de Estrés Percibido (PSS-10)

Modo de calificación: Puntuaciones del 0 al 4 exceptuando las preguntas 4,5,7 y 8 su calificación es invertida.

Sumatoria de todos los resultados.

A mayor puntuación, mayor estrés percibido.

SECCIÓN B. Escala de Soledad R (UCLA-R)

Modo de calificación: Se puntúa de 0 a 3, se realiza la sumatoria de todos los resultados.

A mayor puntuación, mayor percepción de soledad.

SECCIÓN C. Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT):

Modo de calificación: Todas las preguntas de 5 ítems, se puntúan de 0 a 4. Preguntas de tres ítems se puntúan de a.0, b.2 y c.4

Modo de calificación: sumatoria de todos los resultados.

Interpretación	Puntaje
Consumo de bajo riesgo	0 – 7
Consumo de riesgo	8 – 15
Consumo problemático	16 – 19
Adicción (intervención terciaria)	30 – 40

SECCIÓN D. Cuestionario sobre la salud (PHQ-9)

La puntuación total del PHQ-9 varía de 0 a 27, con categorías de trastornos psicológicos:

Interpretación	Puntaje
Mínimo	0 – 4
Leve	5 – 9
Moderado	10 – 14
Moderado a grave	15 – 19
Grave	20 – 27

SECCIÓN E. Escala de Sueño de Jenkins

Modo de calificación: Se puntúa de 0 a 6, se realiza la sumatoria de todos los resultados.

A mayor puntuación, mayor problema de sueño.

SECCIÓN F. Escala de satisfacción con la vida

Modo de calificación: Se puntúa de 0 a 9. A mayor puntuación, mayor satisfacción con la vida.

SECCIÓN G. Inventario de burnout de Maslach

Modo de calificación: Se puntúa de 0 a 6, se realiza la sumatoria de todos los resultados. La valoración por cada subescala es:

Subescala	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	De 0 a 18	De 19 a 26	De 27 a 54
Despersonalización	De 0 a 5	De 6 a 9	De 10 a 30
Realización personal	De 0 a 33	De 34 a 39	De 40 a 56

SECCIÓN H. Cuestionario de Aceptación Acción II (AAQ-II)

Modo de calificación: Se puntúa de 0 a 7, se realiza la sumatoria de todos los resultados; a mayor puntuación, mayor grado de evitación experiencial. Las puntuaciones promedio de los participantes sin problema clínico suelen estar en torno a 18 y 23 puntos. Las puntuaciones promedio de los participantes clínicos son superiores a 29 puntos.

