



---

Reporte Original

**Factores asociados a malestar psicológico durante la pandemia de COVID-19 en personal de salud de un hospital público de Ecuador**

Related factors to psychological distress during the COVID-19 pandemic in the health staff of a public hospital in Ecuador

**Edison Cárdenas Ortega**<sup>1,2\*</sup>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8750-9007>

**Jessica Candia-Cid**<sup>3</sup>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6265-2253>

**Tania Álvarez-Bayas**<sup>1,4</sup>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4898-2838>

<sup>1</sup>Hospital General Docente Calderón, Quito, Ecuador.

<sup>2</sup>Instituto de Salud Pública-Pontificia Universidad Católica, Quito, Ecuador.

<sup>3</sup>Facultad de Salud y Ciencias Sociales-Universidad de las Américas, Concepción, Chile.

<sup>4</sup>Facultad de Ciencias Médicas Eugenio Espejo-Universidad UTE, Quito, Ecuador.

\*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: [javosalud12@gmail.com](mailto:javosalud12@gmail.com)

## RESUMEN

**Fundamento:** La pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2, genera afectaciones en las esferas social, económica y sanitaria de un país, y de manera particular, consecuencias psicológicas negativas en el personal sanitario de hospitales públicos, considerados como la primera línea de atención a pacientes con esta enfermedad.

**Objetivo:** Describir factores asociados a la presencia de malestar psicológico en el personal sanitario de un hospital general público en Ecuador, durante la pandemia de COVID-19.

**Metodología:** Estudio no experimental, de corte transversal, con alcance descriptivo-correlacional. Los datos correspondieron a 276 funcionarios de la salud que respondieron un instrumento *online*, con un módulo de datos sociodemográficos y una escala de tamizaje de malestar psicológico, estos se aplicaron después de una intervención en salud dirigida al personal de salud realizada al inicio de la pandemia, en mayo del año 2020. Se realizaron análisis descriptivos y de asociación, mediante el *software* SPSS 25.0.

**Resultados:** La muestra estuvo compuesta por 76.1 % de mujeres, 23.9 % de hombres, con una media de edad de 36 años, en mayor cantidad con profesionales de Enfermería (33.7 %), seguido de Medicina (24.3 %). El 70.7 % del personal de salud presentó malestar psicológico, de estos, el 26.1 % con indicativo de trastorno mental. Se encontraron tres variables asociadas a la presencia de malestar psicológico: clima laboral, teletrabajo y convivir con grupos de riesgo.

**Conclusiones:** El personal de Salud ha presentado afectación en su salud mental asociado a las condiciones sociolaborales durante la pandemia.

**DeCS:** FATIGA DE ALERTA DEL PERSONAL DE SALUD; ESTRÉS LABORAL; SALUD MENTAL; TRASTORNOS MENTALES; INFECCIONES POR CORONAVIRUS; PANDEMIAS.

**Palabras clave:** Malestar psicológico; fatiga de alerta del personal de salud; agotamiento laboral; estrés laboral; salud mental; trastornos mentales; infecciones por coronavirus; pandemias; COVID-19.

## ABSTRACT

**Background:** The SARS-CoV-2 coronavirus pandemic affects the social, economic and health spheres of a country, especially negative psychological consequences to the health staff of public hospitals, considered as the first line of care for patients with this disease.

**Objective:** To describe factors related to the presence of psychological distress in the health personnel of a public general hospital in Ecuador, during the COVID-19 pandemic.

**Methodology:** Non-experimental, cross-sectional study with a descriptive-correlational scope. The data corresponded to 276 health officials who answered to an online instrument, with a sociodemographic data module and a psychological distress screening scale, these were applied after a health intervention aimed at health personnel conducted at the beginning of the pandemic, in May 2020. Descriptive and association analyzes were performed using SPSS 25.0 software.

**Results:** The sample was made up of 76.1 % women, 23.9 % men, mean age of 36 years, with a greater number of Nursing professionals (33.7 %), followed by Medicine (24.3 %). 70.7 % of the health personnel presented psychological distress, out of these, 26.1 % showed mental disorder. Three variables related to the presence of psychological distress were found: work environment, teleworking and living with risk groups.

**Conclusions:** Health staff has presented mental health distress related to socio-labor conditions during the pandemic.

**MeSH:** HEALTH PERSONNEL ALERT FATIGUE; WORK STRESS; MENTAL HEALTH; MENTAL DISORDERS; CORONAVIRUS INFECTIONS; PANDEMICS.

**Keywords:** Psychological distress; alert fatigue of health staff; burnout; work stress; mental health; mental disorders; coronavirus infections; pandemics; COVID-19.

## INTRODUCCIÓN

La pandemia provocada por el coronavirus SARS-CoV-2, que produce la enfermedad conocida como COVID-19, constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional, por la velocidad y la escala de la transmisión que, en solo semanas pasó de ser una epidemia, a declararla como una pandemia. <sup>(1)</sup> Los niveles de afectación son de escala nacional, regional y local, y está acompañada de impactos económicos -como la pérdida de empleos-, sociales -con el aumento de la pobreza y el desempleo- y sanitarios, de manera especial en los países en desarrollo. <sup>(2,3)</sup> Al respecto, en varios países de América Latina, se llevó a cabo una reorganización de los servicios de salud, especialmente de los hospitales generales y de especialidad, los que tuvieron que adaptarse como especializados para la atención de pacientes con la COVID-19; así como el incremento de unidades de cuidados intensivos, con la consiguiente contratación, o la redistribución de personal existente hacia estas áreas y las de emergencias. <sup>(4,5)</sup>

Por otra parte, la información sobre la COVID-19, desde el inicio, se centró en los aspectos epidemiológicos y clínicos de la enfermedad y en las medidas sociosanitarias, desconociendo en gran medida los posibles efectos en la salud mental de la población general, como el malestar psicológico, percibido a través de un mayor nivel de estrés, desmoralización y molestia, manifestado a través de alteraciones del sueño, afecciones psicósomáticas, sentimientos de miedo, temor, desesperación, entre otros síntomas, los cuales, podrían configurar un trastorno mental, <sup>(6)</sup> como los de ansiedad, de depresión, de la reacción al estrés grave, e incluso de estrés postraumático; <sup>(7-9)</sup> y, de manera particular en los grupos de riesgo como son los trabajadores de la salud, que laboraron en la primera línea de atención. Se considera, que, desde el inicio de la pandemia, se han notificado al menos 2 379 335 casos en trabajadores de la salud, incluidas 12 898 defunciones en países y territorios de las Américas. <sup>(10)</sup>

Al respecto, varios estudios realizados en países de Asia, Europa y en los Estados Unidos de Norteamérica, exponen el impacto psicológico de la pandemia en la salud mental del personal de salud, especialmente por la alta percepción del riesgo que conlleva la atención de pacientes con esta enfermedad, e identifican niveles medio-altos de ansiedad (26.5 % - 44.6 %), y depresión (8.1 % - 25 %). <sup>(11,12)</sup> En estudios desarrollados en países de América del Sur, el 54.8 % podría tener un trastorno mental común, <sup>(13)</sup> como la depresión o la ansiedad; en este sentido, la presencia de sintomatología depresiva se señala en rangos de 30.5 % - 50.4 %, de ansiedad en 36.8 % hasta 72.9 %, y de estrés con 34.1 %. <sup>(14-16)</sup> La variabilidad en los resultados se relaciona con la utilización de los instrumentos, que en su totalidad fueron de tamizaje: Cuestionario General de Salud (GHQ) para identificar malestar psicológico, el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) para depresión, la Escala abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS), la Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD). <sup>(13,17,18)</sup> Una característica común en estos estudios es la aplicación de los cuestionarios mediante formularios electrónicos.

En Ecuador el primer caso reportado de la enfermedad fue el 29 de febrero del 2020, y, a finales de marzo, se contabilizó un total de 2 302 casos confirmados, con 79 fallecidos, la mayor cantidad en las provincias del Guayas, Los Ríos y Pichincha; en esta última provincia, casi en su totalidad, en la ciudad de Quito. <sup>(19)</sup> Luego de un mes, el país registró las tasas más altas de personas con COVID-19 en América del Sur, con 13.15 por 100 000 habitantes y superó el promedio mundial de 9.63; la tasa de letalidad de la enfermedad alcanzó el 3.40, frente al 4.80 mundial. <sup>(20)</sup> Para el mes de mayo, la cantidad de casos confirmados ascendió a 45 778, y de personas fallecidas a 3 828; la mayor parte, en las ciudades de Guayaquil y Quito, ciudades que reportan una tasa de letalidad de 8.40, alta en

comparación con la media de 5, de los países en la región que reportan casos a la Organización Panamericana de la Salud. <sup>(21)</sup> Para finales del año 2021 las cifras aumentaron a 643 129 personas contagiadas y 33 494 personas fallecidas (entre confirmados y probables), la mayoría en las provincias de Pichincha, Guayas y Manabí, siendo la ciudad de Quito, la del mayor número de personas afectadas, con una tasa de letalidad de 4.56 por 100 000 habitantes. <sup>(22)</sup>

El 16 de marzo de 2020 la autoridad sanitaria declaró la emergencia sanitaria debido a la pandemia, con lo cual ordena que los establecimientos públicos garanticen la oportuna y eficaz atención médica para el diagnóstico y tratamiento integral de los usuarios o pacientes relacionados con la COVID-19, por lo que se priorizaron los recursos económicos y humanos para conseguirlo. En este sentido, se dispuso la designación de hospitales generales para el ingreso exclusivo de personas con esta enfermedad, el cierre de la consulta externa en todos los establecimientos de salud de los tres niveles de atención, además de activar los servicios de emergencias de hospitales generales, para la atención, casi exclusiva, a pacientes con sospecha o confirmados de COVID-19; para ello, se empleó la mayor cantidad de profesionales de Medicina y Enfermería aunque, se excluyó al personal con condiciones de salud, que los convertían en grupos de alto riesgo frente a la enfermedad, al que se le dispuso la modalidad de teletrabajo para la atención remota de personas con otras enfermedades. <sup>(23,24)</sup> Adicional a estas medidas se contemplaron otras de orden sociosanitarias, como el lavado frecuente de manos, el distanciamiento social, el uso permanente de mascarillas y restricciones a la movilidad de la población.

En cuanto al personal de salud en Ecuador, el enfrentar a una enfermedad con una alta tasa de contagio y letalidad, su reubicación en otros servicios de atención directa a pacientes afectados por COVID-19, el aumento de la carga horaria y de trabajo, el temor al contagio propio y a sus familias, así como el distanciamiento de sus redes de apoyo, les significó un mayor nivel de estrés, e incluso, el padecimiento de trastornos mentales, como lo demuestran estudios realizados durante los años 2020 y 2021, en los que sintomatología depresiva se presentó en el personal sanitario de manera particular en los de Enfermería, con rangos de 27 % - 50 %, de ansiedad con 32 % - 46.4 %; adicional, el 43.8 % con síntomas de trastorno de estrés postraumático, <sup>(25-27)</sup> medidos a través de instrumentos de tamizaje, como el PHQ, DASS, GAD. Estos valores llegaron a superar los encontrados en población general, en la que se informaron rangos de sintomatología moderada a grave de depresión de 10.3 % - 20.3 %, y de ansiedad entre 14.9 % - 22.5 %. <sup>(28,29)</sup>

Por lo anterior, algunos servicios de salud abordaron de manera temprana el impacto de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental del personal sanitario, a través de acciones de tipo preventivas y de recuperación. Al respecto, este estudio empleó los datos obtenidos de un proceso de intervención realizado en un hospital público, con la finalidad de conocer el nivel de afectación psicológica del personal de salud, e identificar los factores asociados a la presencia de un posible trastorno mental, y, de esta manera, aportar información, tanto para la comprensión del impacto de la pandemia en el personal sanitario, como para la construcción de estrategias de atención integral al personal que trabajó con personas enfermas de COVID-19.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio no experimental, de corte transversal, con alcance descriptivo-correlacional, basado en datos obtenidos de una intervención en el cuidado de la salud mental del personal de un hospital público en el Ecuador, ejecutada al inicio de la pandemia provocada por la COVID-19, la cual incluyó acciones de tipo preventivas, de tamizaje de trastornos mentales y de recuperación; y en la que participaron 276 funcionarios, que corresponden al 28.3 % del total del personal (n 975). Se contempló la aplicación de un instrumento de tamizaje de malestar psicológico, por ello, se instó a los participantes a responder un cuestionario *online*, el cual incluyó, además, un consentimiento informado respecto a la utilización de los datos para el diseño de intervenciones colectivas e individuales. El cuestionario estuvo disponible para su llenado desde el 15 al 31 de mayo del año 2020. El criterio de inclusión fue el ser funcionario operativo o administrativo del hospital; solo 6 personas no aceptaron y se desconocen los motivos y tipo de profesional debido a que para iniciar el registro de datos se requería su consentimiento. Como consideraciones éticas, se obtuvo la autorización para el uso de los datos por parte de la unidad de docencia e investigación del hospital.

Se empleó la escala de tamizaje de malestar psicológico (GHQ-12) debido a su adecuada consistencia interna, con antecedentes de un Alfa de Cronbach mayor a 0.80, para detectar síntomas de trastornos mentales comunes de tipo depresivo o ansioso, en un ámbito comunitario o en medios clínicos no psiquiátricos, <sup>(30,31)</sup> es auto-aplicado y consta de 12 ítems, el cual ha sido validado en diversos grupos poblacionales. <sup>(32,33)</sup> Las respuestas se recogen en escala Likert, con valores de 0 a 3. Indaga sobre: pérdida de concentración, pérdida de sueño, desempeño útil en la vida, toma de decisiones, sensación de agobio y tensión, superación de dificultades, disfrute de las actividades cotidianas, afrontamiento de problemas, sensación de depresión, pérdida de confianza en sí mismo, duda sobre el valor de la vida y sensación de felicidad. La acentuación de estos síntomas puede configurar un trastorno mental. Los puntos de corte óptimos, varían de 2/3 para sospecha y de 6/7 para indicativo de trastorno del humor y de ansiedad, respectivamente.<sup>(34)</sup>

En este estudio, se emplearon los siguientes criterios de evaluación:

Ausencia de trastorno 0 a 2 puntos

Sospecha de trastorno mental 3 a 6 puntos

Indicativo de trastorno mental 7 o más puntos.

El cuestionario de datos sociodemográficos, constó de las variables: sexo, grupo etario, estado civil, procedencia. Datos durante la pandemia: vive acompañado, convive con hijos menores de edad, convive con personas que se encuentran en grupos de riesgo; atiende pacientes confirmados o con sospecha de COVID-19; es personal operativo o administrativo, ocupación, tiene personal bajo su responsabilidad, área de trabajo actual, lugar de trabajo habitual, clima laboral, se acogió al teletrabajo.

Los datos fueron analizados con el *software* estadístico SPSS 25.0. Para la caracterización de la muestra, se realizaron análisis descriptivos, con promedio y desviación estándar para variables continuas, y con porcentaje para variables categóricas. En cuanto a la presencia de malestar psicológico y su asociación entre variables, se emplearon análisis univariados y la prueba Chi cuadrado, respectivamente.

Para los factores de riesgo asociados al malestar psicológico, se identificaron mediante un análisis de regresión logística con las tres variables que presentaron asociación estadísticamente significativa con la variable en estudio,

y relacionados como *Odds Ratio*, con sus intervalos de confianza de 95 %; previamente se verificaron los supuestos de colinealidad y no existencia de multicolinealidad. El nivel de significancia fue definido como  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

En cuanto a los resultados, se calculó la consistencia Interna de la escala GHQ-12 en la muestra analizada observándose un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, obtenido para los 12 ítems, de 0.83, la puntuación *Media* fue de 4.58; *DE* 2.95, con una puntuación mediana de 4 y un rango de 0 a 12. No se observaron datos faltantes.

Respecto de los datos sociodemográficos y laborales de la muestra (tabla 1), el 76.1 % fueron mujeres, la mayor parte adultos jóvenes entre 18 a 35 años 57.6 %, con una media de 36 años; solteros o separados 59.1 %, ecuatorianos con el 94 %. Durante la pandemia, el 87.7 % vivía acompañado, el 52.5 % con hijos menores de edad, el 60.9 % convivía con un familiar que pertenece a un grupo de riesgo; el 81.9 % correspondieron a funcionarios operativos (de atención directa), el 33.7 % fueron enfermeras, el 24.3 % médicos, y el 16.7% auxiliares; el 23.9% laboraban en el servicio de hospitalización, con el 91.7 % en su lugar de trabajo habitual, el 86.2% no se acogieron al teletrabajo, y el 51.4 % percibe que el clima de trabajo se mantuvo igual, que antes de la pandemia. El 64.9 % no tenía personal bajo su responsabilidad, y el 57.6 % atendió pacientes con la COVID-19. El 70.7 % del personal de salud presentó malestar psicológico, de estos, el 26.1 % con indicativo de trastorno mental.

**Tabla 1.** Descriptivos sociodemográficos y malestar psicológico.

<b>Variables</b>	<b>Medidas</b>	<b>n=276 (%)</b>
Sexo	Hombre	66 (23.9)
	Mujer	210 (76.1)
Grupos por edad	18-35 años	159 (57.6)
	36-59 años	115 (41.7)
	60 años y más	2 (0.7)
Estado civil	Casado	113 (40.9)
	No casado	163 (59.1)
Procedencia	Ecuador	262 (94.9)
	Venezuela	11 (4.0)
	Cuba	3 (1.1)
Ocupación	Enfermeras	93 (33.7)
	Médicos	67 (24.3)
	Auxiliares	46 (16.7)
	Tecnólogos	25 (9.1)
	Oficinistas	21 (7.6)
	Camilleros	8 (2.9)
	Farmacéuticos	5 (1.8)
	Otros	11 (3.9)
Tipo de funcionario	Operativo	226 (81.9)
	Administrativo	40 (18.1)
Vive acompañado	Sí	242 (87.7)
	No	34 (12.3)
Convive con hijos menores de edad	Sí	145 (52.5)
	No	131 (47.5)
Convive con familiar de grupo de riesgo*	Sí	108 (39.1)
	No	168 (60.9)
Ha atendido pacientes COVID-19	Sí	159 (57.6)
	No	117 (42.4)
Tiene personal bajo su responsabilidad	Sí	97 (35.1)
	No	179 (64.9)
Área de trabajo actual	Hospitalización	66 (23.9)
	Emergencias	38 (13.8)
	Centro obstétrico	21 (7.6)
	Áreas administrativas	17 (6.2)
	Consulta externa	15 (5.4)
	Neonatología	13 (4.7)
	Cuidados intensivos	10 (3.6)
	Otras áreas clínicas	96 (34.8)
¿Es su área de trabajo habitual?	Sí	253 (91.7)
	No	23 (8.3)
Percepción de clima laboral	Mejóro	21 (7.6)
	Empeoró	113 (40.9)
	Se mantuvo igual	142 (51.4)
Se acogió a teletrabajo	Sí	38 (13.8)
	No	238 (86.2)
Malestar psicológico	Ausencia	81 (29.3)
	Sospecha de trastorno	123 (44.6)
	Indicativo de trastorno	72 (26.1)

\*Grupo de riesgo: adulto mayor, personas con enfermedades crónicas, con discapacidad.

El análisis de correlación arrojó tres factores asociados al malestar psicológico (sospecha e indicativo de trastorno mental) en el personal de salud (tabla 2). Primero, se encuentra una asociación débil, aunque estadísticamente significativa, con la variable “clima laboral en su área de trabajo desde el comienzo de la pandemia”  $\chi^2(2) = 24.902$ ,  $p = 0.0001$ , con 113 (41 %) casos que consideraron que el clima laboral en su área de trabajo empeoró, y donde el 40 % de estos, presentaron malestar psicológico.

Otra asociación estadísticamente significativa fue con la variable “teletrabajo”  $\chi^2(1) = 7.702$ ,  $p < 0.021$ , con 38 (13.8 %) personas se acogieron a esta modalidad, y donde 16 (42 %) de estas presentaron malestar psicológico.

Por último, la variable “¿Usted convive con personas que se encuentran en grupos de riesgo? (adulto mayor, personas con enfermedades crónicas, diabetes, cardiopatías, inmunodeprimidos, con discapacidad)”  $\chi^2(1) = 6.960$ ,  $p < 0.01$ , con 108 (39 %) funcionarios que reportaron convivir con personas pertenecientes a grupos de riesgos, donde 38 (35 %) de estas, presentaron malestar psicológico.

**Tabla 2.** Variables asociadas a la presencia de malestar psicológico en la muestra.

Puntuación en la escala GHQ-12	≤2		3 a 6		≥ 7				$\chi^2$ (gl)
Variables	n	%	n	%	n	%	Total	%	
<b>¿Cuál es la percepción del clima laboral en su área de trabajo desde iniciada la pandemia?</b>									
Mejóro	6	28.5	9	43	6	28.5	21	7.6	$\chi^2(2) = 24.902$
Empeoró	20	17.7	48	42.4	45	40	113	41	
Se mantuvo igual	55	39	66	46.4	21	15	142	51	
<b>¿Usted se acogió al teletrabajo?</b>									
Sí	12	31.5	10	26.3	16	42	38	13.8	$\chi^2(1) = 7.702$
No	69	29	113	47.4	56	23.5	238	86.2	
<b>¿Usted convive con personas que se encuentran en grupos de riesgo?</b>									
Sí	26	24	44	41	38	35	108	39	$\chi^2(1) = 7.894$
No	55	33	79	47	34	20	168	61	

Nota:  $p < 0.05$ ;  $\chi^2$  = Chi cuadrado.

Las variables que no arrojaron asociación con la presencia de malestar psicológico, fueron: sexo  $\chi^2(1) = 0.170$ ,  $p > 0.05$ ; edad  $\chi^2(35) = 40.598$ ,  $p > 0.05$ ; estado civil  $\chi^2(3) = 2.225$ ,  $p > 0.05$ ; procedencia  $\chi^2(2) = 3.154$ ,  $p > 0.05$ ; vivir con hijos menores de edad  $\chi^2(1) = 0.994$ ,  $p > 0.05$ ; atender pacientes confirmados o con sospecha de COVID-19?  $\chi^2(1) = 1.948$ ,  $p > 0.05$ ; ocupación  $\chi^2(10) = 14.198$ ,  $p > 0.05$ ; tipo de funcionario (operativo o administrativo)  $\chi^2(2) = 3.250$ ,  $p > 0.05$ ; tener personal bajo su responsabilidad  $\chi^2(1) = 0.010$ ,  $p > 0.05$ ; vivir acompañado/a  $\chi^2(1) = 1.544$ ,  $p > 0.05$ .



**Tabla 3.** Resumen del modelo de regresión logística.

	B	Error estándar	Wald	p	OR	IC 95%	
						Inferior	Superior
Teletrabajo	0.844	0.390	4.67	0.031	2.326	1.082	4.997
Convive con personas en grupos de riesgo	0.624	0.295	4.47	0.034	1.866	1.047	3.325
Clima laboral empeoró	1.242	0.294	17.89	0.000	3.463	1.948	6.156
Constante	-2.018	.267		0.000	0.133		

Nota: B=Coficiente de regresión; Wald= Prueba de Wald; p= significación estadística; OR=Odd ratio; IC. = Intervalo de confianza al 95%.

Para la regresión logística (tabla 3) se realizaron procedimientos de recodificación de las variables politómicas para transformarlas en categóricas; por lo tanto, para la variable dependiente se establecieron dos categorías: “presencia de trastorno”, con sus opciones de respuestas sí o no; para esto se fusionaron las categorías “ausencia de trastorno” y “sospecha de trastorno”. Para el caso de la variable “clima laboral” se fusionaron las categorías “mejoró” con “se mantuvo igual”, quedando la variable “clima laboral empeoró” con sus opciones de respuestas sí o no, en cuanto a la variable “teletrabajo” y “convive con personas que se encuentran en grupos de riesgo” estas no necesitaron recodificación.

Una vez verificada la no multicolinealidad para las variables: “pertenece a grupos de riesgo”, “teletrabajo” y “clima laboral empeoró” (con FIV= 1.052; 1.054: 1, respectivamente) y la independencia de errores, con la prueba de Durbin-Watson= 2.069, con un nivel de significancia de  $p < 0.05$ , se procedió a realizar los análisis bivariados y multivariados. La prueba de *ómnibus* de coeficientes del modelo plantea que este es significativo  $\chi^2(3) = 28.68$ ,  $p < 0.01$ , la prueba de  $R^2$  de Nagelkerke = 0.14 plantea que es un modelo que explica el 14 % de la varianza de la variable de estudio.

Respecto de las variables independientes todas corresponden a factores de riesgo para la salud mental. En primer lugar, se encuentra la variable “Percepción que el clima laboral empeoró”, donde las personas que percibieron que el clima laboral si empeoró presentaron mayor probabilidad de presentar un trastorno mental (OR=3.46;  $p=0.01$ ), en comparación con quienes no percibieron que el clima laboral empeoró.

Luego, la variable “Teletrabajo” los funcionarios que si se acogieron a esta modalidad presentaron mayor probabilidad de presentar malestar psicológico (OR=2.32;  $p=0.03$ ), en comparación de quienes no se acogieron. Finalmente, la variable “Convivir con grupos de riesgo”, quienes viven con personas pertenecientes a grupos de riesgo presentaron mayor probabilidad de malestar psicológico (OR= 1.86;  $p=0.03$ ) en comparación con los que no conviven con personas de grupo de riesgo.

## DISCUSIÓN

La presencia de un posible trastorno mental en personal del hospital sobrepasa a los resultados obtenidos de otras investigaciones realizadas en población general, antes, y, al inicio de la pandemia; <sup>(28,29,35)</sup> pero es similar a otros desarrollados con personal de salud, en Ecuador, <sup>(25,27)</sup> y en otros países de la región, como Colombia y Chile. <sup>(14,16)</sup>

Uno de los factores asociados al malestar psicológico fue la percepción acerca de que el clima laboral empeoró, y quizá tenga relación con el alto nivel de exigencia, temor al contagio, cambio del personal hacia otras áreas clínicas, jornadas laborales extendidas y con la mayor cantidad de pacientes ingresados por la enfermedad de COVID-19. Las mujeres son las que en mayor cantidad indicaron que el clima laboral había empeorado.

Respecto de las personas que se acogieron a la modalidad de teletrabajo, y que se las consideró como grupo de riesgo frente a la COVID-19, <sup>(24)</sup> probablemente, esta condición incidió en que, estas presenten 2.3 veces mayor riesgo de trastorno mental; no obstante, la relación entre estas variables, deberían ser analizadas, con mayor profundidad en otro estudio.

El personal sanitario que convive con personas consideradas como grupos de riesgo, presenta 2 veces más probabilidad de presentar un trastorno mental; esto puede tener relación, con el miedo a contagiar a miembros de la familia, como lo registran otros estudios en la región y en Ecuador, en el que constituye por sí solo un factor estresor, incluso si no se trata de familiares en mayor riesgo de padecer la enfermedad y sus consecuencias. <sup>(26,36)</sup>

En cuanto a las limitaciones del estudio, no se puede concluir causalidad por el carácter transversal del mismo, así como no se pueden extrapolar sus hallazgos a otros establecimientos de salud de segundo nivel de atención, entre otras razones debido a que la muestra no fue solamente de personal operativo, sino administrativo, que tuvo otra función, no necesariamente de atención directa a pacientes enfermos de COVID-19. Adicional a esto, se identificaron variables que no fueron consideradas como un antecedente, como la condición de salud preexistente en el personal de salud, la percepción del clima laboral previo a la pandemia. Estas variables podrían contribuir a explicar en mayor medida algunos de los resultados obtenidos, por lo que es recomendable que estas observaciones sean consideradas para su abordaje en futuros estudios. No obstante, a pesar de estas limitaciones, la tasa de participación del personal del hospital fue importante, llegando a un tercio del total de funcionarios.

Con base en lo anotado, se evidencia la necesidad de tomar medidas integrales y oportunas que permitan abordar la salud mental del personal sanitario de las instituciones de salud públicas en el Ecuador, ya que será este mismo personal el que, una vez terminada la emergencia sanitaria, deberá continuar la atención de las patologías que han quedado pendientes y de otras, producto de la pandemia.

## CONCLUSIONES

Los factores asociados a la presencia de malestar psicológico en personal sanitario de un hospital general público en Ecuador, son el convivir con personas consideradas como grupos de riesgo, el haberse acogido a la modalidad de teletrabajo de personas que fueron consideradas como grupo de riesgo para contraer la COVID-19 y el clima laboral, percibido de manera negativa por el personal de salud, en mayor medida por parte de las mujeres.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS. Consideraciones relativas a la discapacidad durante el brote de COVID-19 [Internet]. Washington: OPS 2020. [citado 20 Ene 2022]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52026/OPSNMHCOVID19200009\\_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y#:~:text=Todas%20las%20personas%20con%20discapacidad,estornudar%2C%20y%20el%20distanciamiento%20f%C3%ADsico](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52026/OPSNMHCOVID19200009_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y#:~:text=Todas%20las%20personas%20con%20discapacidad,estornudar%2C%20y%20el%20distanciamiento%20f%C3%ADsico)
2. Cepal-OPS. La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social [Internet]. Naciones Unidas: Cepal-OPS; 2021. [citado 20 Ene 2022]. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594_es.pdf)
3. Cepal. El desafío social en tiempos de covid-19 [Internet]. Naciones Unidas: Cepal; 2020 [citado 20 Ene 2022]. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45527/5/S2000325\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45527/5/S2000325_es.pdf)
4. Ardila-Gómez S, Fernández M, Matkovich A, Rosales M, Alonso R, Agrest M, et al. Repercusiones de la COVID-19 en la internación psiquiátrica en América Latina y el Caribe. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2021 [citado 20 Ene 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8251525/pdf/main.pdf>
5. OPS. Enfermedad por el Coronavirus COVID19. Novel Coronavirus 2019 [Internet]. Actualización 07-09-2020 [citado 20 Ene 2022]. Washington: OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/novel-coronavirus-2019-actualizacion-07-09-2020-representacion-opsoms-argentina>
6. Sánchez Pichardo MA, de León Miranda MÁ, Reyes Reyes V. Malestar psicológico en pacientes de un centro de apoyo psicológico privado. Alternativas en psicología [Internet]. 2013 [citado 12 Ene 2022];28:41-48. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v17n28/n28a04.pdf>
7. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. Rev peru med exp salud pública [Internet]. 24 de septiembre de 2020 [citado 12 Ene 2022];37(2):327-34. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
8. Sánchez Pichardo MA, de León Mianestranda MA, Reyes Reyes V. Malestar psicológico en pacientes de un centro de apoyo psicológico privado. Altern Psicol [Internet]. 2013 [citado 20 Ene 2022];17(28):41-48. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v17n28/n28a04.pdf>
9. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. Consecuencias de la pandemia covid 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. Colomb J Anesthesiol [Internet]. 2020 [citado 25 Ene 2022];48(4):e930. Disponible en: <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
10. OPS/OMS. Actualización Epidemiológica, Enfermedad por coronavirus COVID 19 [Internet]. Washington: OPS/OMS; 2021. [citado 25 Ene 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/file/101858/download?token=HEsHqjNk>
11. Danet A. Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. Med Clin (Barc) [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 25];156:449-58. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7775650/pdf/main.pdf>

12. García-Iglesias J, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, et al. Impacto del SARS-Cov-2 (COVID-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: Una revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2020 [citado 20 Ene 2022];94. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL94/REVISIONES/RS94C\\_202007088.pdf](https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/REVISIONES/RS94C_202007088.pdf)
13. Colegio Médico de Chile. El Impacto de la Pandemia de COVID-19 en la Salud Mental de los trabajadores de los Servicios de Salud. Informe Preliminar N° 2 [Internet]. Chile: Colegio Médico; 2020 [citado 21 Ene 2022]. Disponible en: [http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/10/informe\\_n\\_2-ideación-suicida.pdf](http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/10/informe_n_2-ideación-suicida.pdf)
14. Bedoya J, Pulido J, García J, Aguirre D, Cardeño C. Factores asociados con la intensidad de síntomas ansiosos y depresivos en personal de salud de dos centros de referencia para la atención de pacientes con COVID-19 de Antioquia, Colombia. Un análisis de clases latentes. Rev Colomb Psiquiatr. [Internet]. 2021 [citado 20 Ene 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8511653/pdf/main.pdf>
15. Samaniego A, Urzúa A, Buenahora M, Vera-Villarroel P. Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: efecto COVID-19. Rev Interam Psicol J Psychol [Internet]. 2020 [citado 20 Ene 2022];54(1). Disponible en: [https://www.conacyt.gov.py/sites/default/files/upload\\_editores/u454/Sintomatologia-Salud-Mental-COVID-19.pdf](https://www.conacyt.gov.py/sites/default/files/upload_editores/u454/Sintomatologia-Salud-Mental-COVID-19.pdf)
16. Melendi J. Esbozos sobre los trastornos mentales relacionados con el estrés del personal de salud durante la pandemia. Rev MERCOSUR políticas sociales. [Internet]. 2021 [citado 20 Ene 2022];5(1):74-103. Disponible en: <https://revista.ismercosur.org/index.php/revista/article/view/130/76>
17. Del Rosario Retuerto FR, Cuba Capcha SJ, Sinti Chasnamote D. Estrés del personal de enfermería durante la pandemia COVID-19, en hospitales de Lima Norte. Ágora [Internet]. 31 de diciembre de 2021 [citado 27 Feb 2022];8(2):27-32. Disponible en: <https://www.revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/view/190/140>
18. Monterrosa-Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J, Mercado-Lara M, Florez-Monterrosa C. Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. MedUNAB [Internet]. 2020 [citado 2022 Ene 25];23(2):195-213. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3890/3280>
19. COE. Situación COVID-19 Ecuador Informe de # 024 [Internet]. Ecuador: Comité de Operaciones de Emergencia Nacional; 2020. [citado 20 Ene 2022]. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/Informe-de-Situaci%C3%B3n-No024-Casos-Coronavirus-Ecuador-31032020.pdf>
20. Inca Ruiz GP, Inca León AC. Evolución de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en Ecuador. Rev Cienc Serv Salud Nutr [Internet]. 2020 [citado 25 Ene 2022];11:5-15. Disponible en: <http://revistas.esPOCH.edu.ec/index.php/cssn/article/view/441/422>
21. OPS. Respuesta de la organización panamericana de la salud a la covid-19 en la región de las Américas [Internet]. Washington: OPS/OMS; 2020. [citado 20 Ene 2022]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53116/OPSIMPHECOVID-19200042\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53116/OPSIMPHECOVID-19200042_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

22. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Informe Epidemiológico de COVID-19 [Internet]. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2021 [citado 20 Ene 2022]. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/12/MSP\\_ecu\\_cvd19\\_datos\\_epi\\_20211207.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/12/MSP_ecu_cvd19_datos_epi_20211207.pdf)
23. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lineamientos operativos para la intervención de salud mental en la emergencia sanitaria [Internet]. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2020 [citado 20 Ene 2022]. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos-operativos-Salud-Mental-Covid-19\\_2020.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos-operativos-Salud-Mental-Covid-19_2020.pdf)
24. Ministerio de Trabajo del Ecuador. Directrices para la prevención y protección de los trabajadores y servidores públicos que formen parte de los grupos de atención prioritaria y grupos con mayores factores de riesgo frente a la exposición al SARS coV-2 dentro de los espacios laborales. [Internet]. Ecuador: Ministerio del Trabajo; 2020 [citado 21 Ene 2022]. Disponible en: <https://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/06/Directrices-para-la-prevencion-y-proteccion-de-los-trabajadores-y-servidores-publicos-que-formen-parte-de-los-grupos-de-atencion-prioritaria.pdf>
25. Pazmiño Erazo EE, Alvear Velásquez MJ, Saltos Chávez IG, Pazmiño Pullas DE. Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2021 [citado 25 Ene 2022];50(3):166-175. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8352659/pdf/main.pdf>
26. Naranjo-Hidalgo T, Poveda-Ríos S. Conductas ansiógenas y depresivas en el personal de salud de Ecuador ante la emergencia covid-19. Rev Méd Electr [Internet]. 2021 [citado 25 Ene 2022];43(5). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4413/5272>
27. Peñafiel-León JE, Ramírez-coronel AA, Mesa-cano IC, Martínez-Suárez PC. Impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. Arch Venez Farmacol Therapeut [Internet]. 2021 [citado 25 Ene 2022];40(3):201-217. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/559/55969712001/55969712001.pdf>
28. Paz C, Mascialino G, Adana-Díaz L, et al. Behavioral and sociodemographic predictors of anxiety and depression in patients under epidemiological surveillance for COVID-19 in Ecuador. PLoS One [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 20];15(9). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7526886/pdf/pone.0240008.pdf>
29. Tusev A, Tonon L, Capella M. Efectos Iniciales en la Salud Mental por la Pandemia de Covid-19 en algunas Provincias de Ecuador. Investigatio [Internet]. 2020 [citado 25 Ene 2022];15(15):11-24. Disponible en: <https://revistas.uees.edu.ec/index.php/IRR/article/view/471/446>
30. Burrone MS, Abeldaño A, Lucchese M, Susser L, Enders J, Alvarado R, et al. Evaluación psicométrica y estudio de fiabilidad del cuestionario general de salud (GHQ-12) en consultantes adultos del primer nivel de atención en Córdoba Argentina. Rev Fac Cienc Med Cordoba. [Internet] 2015 [citado 20 Dic 2022];72(4):236-242. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/13827/13969>
31. Urzúa A, Caqueo-Urizar A, Bargsted M, Irrarrázaval M. ¿Afecta la forma de puntuación la estructura factorial del GHQ-12? Estudio exploratorio en estudiantes iberoamericanos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro [Internet]. 2015 [citado 20 Ene 2022];31(6):1305-1312. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/WHrystTNCjL3hZShGbQNdDJ/?format=pdf&lang=es>

32. Padrón A, Galán I, Durbán M, Gadarillas A, Rodríguez F. Confirmatory factor analysis of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in Spanish adolescents. *Qual Life Res* [Internet]. 2012 [cited 2022 Jan 20];21(7):1291-8. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-011-0038-x>
33. Victoria García Viniegras CR. Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación Cubana. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 1999 [citado 2022 Ene 20];15(1):88-97. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n1/mgi10199.pdf>
34. Kim YJ, Cho MJ, Park S, et al. The 12-item general health questionnaire as an effective mental health screening tool for general Korean adult population. *Psychiatry Investig* [Internet]. 2013 [cited 2022 Jan 20];10(4):352-358. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3902152/pdf/pi-10-352.pdf>
35. Cárdenas E, Parada B. Epidemiología de la morbilidad psiquiátrica en el Ecuador. *Gac Méd Espirit* [Internet]. 2021 [citado 25 Jan 2022];23(2):53-65. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v23n2/1608-8921-gme-23-02-53.pdf>
36. Alvarado R, Ramírez J, Lanio Í, Cortés M, Aguirre J, Bedregal P, et al. El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud en Chile: datos iniciales de The Health Care Workers Study. *Rev méd Chile* [Internet]. 2021 Ago [citado 21 Sep 2022];149(8):1205-1214. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000801205>

### Agradecimientos

Los autores agradecen de manera especial a las autoridades y al equipo de profesionales de salud mental del Hospital General Docente de Calderón, por el apoyo para la elaboración y aprobación de este estudio.

### Conflicto de intereses

Yo, Cárdenas Ortega Edison, con CC 1713830469, en calidad de investigador principal del artículo de investigación “**Factores asociados a malestar psicológico durante la pandemia de COVID-19 en personal de salud de un hospital público de Ecuador**”, realizado con datos secundarios del Hospital General Docente Calderón, de la ciudad de Quito, Ecuador, declaro no tener conflicto de interés alguno para realizar este estudio.

### Contribución de cada autor en el estudio

**Edison Cárdenas Ortega:** Conceptualización, curación de datos, análisis cualitativo y cuantitativo de los resultados del estudio, metodología, administración del proyecto, validación, visualización, redacción del borrador original, redacción-revisión y aprobación de la versión final.

**Jessica Candía-Cid:** Conceptualización, análisis cualitativo y cuantitativo de los resultados del estudio, redacción de borrador inicial, revisión y aprobación de la versión final.

**Tania Álvarez-Bayas:** Recolección y procesamiento de los datos, recursos, revisión y aprobación de la versión final.

**Recibido:** 11/05/2022

**Aprobado:** 27/09/2022



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)