



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN PSICOTERAPIA

TEMA:

**MIEDO AL COVID19, ESTRÉS PERCIBIDO Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN
PERSONAL DE UN HOSPITAL DE II NIVEL DE IBARRA**

Trabajo de Grado previo a la obtención del Título de Magíster en Psicología Clínica mención
Psicoterapia

AUTOR:

Psc. Juan Francisco Cadena Salazar

DIRECTOR:

PhD Henry Rafael Cadena Povea

Ibarra, 2023

DEDICATORIA

A los ojos que me miran, a los oídos que me escuchan a diario,
y compartimos nuestro tiempo en este breve existir de amor y de dolor;
a mi familia de donde vine Vilma, Mayra, Freddy, (y quienes ya no están),
a mi familia a donde siempre voy Estefanía y Juan Salvador (quienes siempre estarán),
a mi guía, que reaparece a administrar mi vida, mi padre perpetuo. DIOS

“Se proyecta la vida.”

Páez, F. (1994)

AGRADECIMIENTO

A los días, que aproximan cada vez una vida por entender y atender,

a aquellos artesanos del dolor y del amor,

forjados en el propio trajinar del ser humano,

mis consultantes,

quienes me han prestado su tiempo y su esfuerzo,

para ser custodio de su punto de partida.

“Adán y Eva, no se adaptan al frío”

Sabina, J. & Páez, F. (1998)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA
DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE			
CÉDULA DE IDENTIDAD	100311286-7		
APELLIDOS Y NOMBRES	Juan Francisco Cadena Salazar		
DIRECCIÓN	José Mejía Lequerica y Pedro Vicente Maldonado		
EMAIL	juankdna83@gmail.com / jfcadena@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO	062606934	TELÉFONO MÓVIL:	0997656591

DATOS DE LA	
TÍTULO:	Miedo al COVID19, estrés percibido y evitación experiencial en personal de un hospital de II nivel de Ibarra
AUTOR (ES):	Juan Francisco Cadena Salazar
FECHA:	17/04/2023
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA DE POSGRADO	Maestría en Psicología Clínica mención Psicoterapia
TITULO POR EL QUE OPTA	Magister en Psicología Clínica mención Psicoterapia
DIRECTOR	PhD. Henry Cadena Povea



2. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 17 días del mes de abril del año 2023

**EL
AUTOR:**

Firma _____

Nombre: Juan Francisco Cadena Salazar
CC:1003112867

CONFORMIDAD CON EL DOCUMENTO FINAL

Ibarra, 16 de febrero del 2023

Dr (a) Lucía Yépez
Director (a)
Instituto de Postgrado

ASUNTO: Conformidad con el documento final

Señor(a) Director(a):

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado "Miedo al COVID19, estrés percibido y evitación experiencial en personal de un hospital de II nivel de Ibarra" del/de la maestrante Juan Francisco Cadena Salazar, de la Maestría en Psicología Clínica mención Psicoterapia, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Apellidos y Nombres	Firma
Director/a	PhD. Henry Cadena Povea	HENRY RAFAEL CADENA POVEA <small>Creando digitalmente por HENRY CADENA POVEA Fecha: 2023.02.16 11:28:27 -0500</small>
Asesor/a	MSc. Gabriel Ordóñez Guzmán	

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	4
CONFORMIDAD CON EL DOCUMENTO FINAL.....	6
ÍNDICE DE CONTENIDOS	7
ÍNDICE DE TABLAS	9
ÍNDICE DE FIGURAS.....	10
RESUMEN	11
ABSTRACT.....	12
CAPÍTULO I	13
EL PROBLEMA.....	13
1.1. Planteamiento del Problema.....	13
1.2. Antecedentes	14
1.3. Objetivos	16
Objetivo General.....	16
Objetivos Específicos	16
1.4. Justificación.....	16
CAPÍTULO II.....	18
MARCO REFERENCIAL.....	18
2.1. Marco teórico	18
2.1.1. El sistema de salud ecuatoriano en tiempos de COVID19	18
2.1.2. Temor al contagio por COVID19 en el personal hospitalario	20
2.1.3. Estrés percibido en el personal hospitalario.....	23
2.1.4. El modelo terapéutico de aceptación y compromiso	26
2.1.4.1. La evitación experiencial e inflexibilidad psicológica.....	29
2.2. Marco legal.....	32
CAPÍTULO III.....	34

MARCO METODOLÓGICO.....	34
3.1. Descripción del grupo de estudio	34
3.2. Enfoque y tipo de investigación	34
3.3. Procedimientos	34
3.4. Consideraciones bioéticas	36
CAPÍTULO IV.....	38
DISCUSIÓN Y RESULTADOS	38
4.1. Datos sociodemográficos	38
4.2. Miedo al COVID19	39
4.3. Estrés Percibido.....	42
4.4. Evitación Experiencial	48
4.5. Correlaciones de variables	51
CAPÍTULO IV.....	55
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
5.1. Conclusiones	55
5.2. Recomendaciones.....	56
REFERENCIAS.....	58
ANEXOS	69
A. Escala de estrés Percibido – EEP10.....	69
B. Cuestionario acción y aceptación (AAQ-II)	74
C. Escala Miedo al COVID19 (FCV-19)	77

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Frecuencias rangos de edad	38
Tabla 2 Dependencia a la que pertenecen los profesionales	38
Tabla 3 Frecuencias de miedo al COVID19	39
Tabla 4 Miedo al COVID19 según el género	39
Tabla 5 Miedo al COVID19 por edad.....	41
Tabla 6 Miedo al COVID19 por tipo de personal.....	41
Tabla 7 Frecuencias de distrés general del instrumento EEP10	43
Tabla 8 Frecuencias del nivel de capacidad de afrontamiento del instrumento EEP10	43
Tabla 9 Nivel de distrés general del instrumento EEP10 según el género	44
Tabla 10 Nivel de capacidad de afrontamiento del instrumento EEP10 según el género	44
Tabla 11 Nivel de distrés general del instrumento EEP10 según la edad.....	45
Tabla 12 Nivel de capacidad de afrontamiento del instrumento EEP10 según la edad.....	46
Tabla 13 Nivel de distrés general del instrumento EEP10 por tipo de personal.....	46
Tabla 14 Nivel de capacidad de afrontamiento del instrumento EEP10 por tipo de personal.....	46
Tabla 15 Nivel de evitación experiencial del instrumento AAQ-II.....	48
Tabla 16 Nivel de evitación experiencial del instrumento AAQ-II por género.....	49
Tabla 17 Nivel de evitación experiencial del instrumento AAQ-II por edad	49
Tabla 18 Nivel de evitación experiencial del instrumento AAQ-II por el tipo de personal	50
Tabla 19 Matriz de correlación de Pearson.....	51
Tabla 20 Varianza compartida entre variables.....	52

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Miedo al COVID19 por áreas del hospital	42
Figura 2 Frecuencia de distrés general del instrumento EEP10 por áreas del hospital	47
Figura 3 Frecuencia de la capacidad de afrontamiento del instrumento EEP10 por áreas del hospital.....	47
Figura 4 Nivel de evitación experiencial del instrumento AAQ-II por áreas del hospital	50

RESUMEN

“Mantente a salvo, sé inteligente, sé solidario”, fue una frase que dijo el director general de la Organización Mundial de Salud en el 2020, en los primeros meses del inicio de la pandemia por COVID19.

Enfrentar un contexto diferente como lo establece la pandemia en los profesionales que laboran en casas de salud, representa una puesta en marcha de factores que podrían determinar una protección o vulnerabilidad directa en su salud mental, al estar en contacto inmediato con el riesgo que figuran las condiciones en las que desempeñan sus actividades diarias. Este estudio parte al conocer la información relacionada a los sistemas de salud nacional que han propuesto variedad de estrategias a medida que el curso de la situación de emergencia transcurría, en donde la capacidad de hacer frente a esa situación se observaba el crecimiento de números de casos, fallecimientos, medidas preventivas, inoculación, restricciones de movilidad, confinamientos, distanciamiento social y demás lineamientos en este contexto. Aquellas reacciones las desarrollamos en variables de salud mental, en una forma de miedo al COVID19, percepción de estrés en las personas que laboran en un hospital de segundo nivel de atención en la ciudad de Ibarra, sumado también las formas explicativas del comportamiento humano, desde el modelo terapéutico de aceptación y compromiso que lleva a desarrollar conductas de evitación experiencial. Siendo este estudio un diseño transeccional, descriptivo y correlacional con una muestra autoseleccionada homogénea, disponiendo de referencias a variedad de artículos científicos puestos en marcha con una velocidad creciente desde el inicio de la pandemia que ha permitido tener data, recopilar antecedentes y vaticinar consecuencias relacionadas a la forma de desenvolvernarnos diariamente ante un estímulo delimitante a nuestra realidad actual como es la pandemia por COVID19.

Palabras Clave: Salud Mental, COVID19, Evitación Experiencial, Estrés Percibido, Personal Hospitalario

ABSTRACT

"Stay safe, be smart, be supportive" was a phrase the World Health Organization's director-general said in 2020, in the first few months of the onset of the COVID19 pandemic.

Facing a different context as established by the pandemic in the professionals who work in health homes, represents an implementation of factors that could determine a direct protection or vulnerability in their mental health, by being in immediate contact with the risk contained in the conditions in which they carry out their daily activities. This study begins by knowing the information related to the national health systems that have proposed a variety of strategies as the course of the emergency elapsed, where the capacity to face this situation was observed the growth of numbers of cases, deaths, preventive measures, inoculation, mobility restrictions, confinements, social distancing and other guidelines in this context. We develop those reactions of mental health variables, in a form of fear of COVID19, perception of stress in people on a second level care hospital on Ibarra city workers, also added to the explanatory forms of human behavior, from the therapeutic model of acceptance and commitment that leads to the development of experiential avoidance behaviors. This study being a transectional, descriptive and correlational design with a homogeneous self-selected sample, with a variety of scientific articles launched like references with increasing speed since the start of the pandemic that has allowed us to have data, collect background information and predict consequences related to the way of daily unfold before a delimiting stimulus to our current reality due to the COVID19 pandemic.

Keywords: Mental Health, COVID19, Experiential Avoidance, Perceived Stress, Hospital Staff

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

En la actualidad el personal que labora en una unidad hospitalaria en el curso de la actual pandemia puede presentar dificultades afectivas, cognitivas y conductuales relacionadas a su labor y contacto con las personas que buscan acceder a un servicio de salud, que en ocasiones dicha interacción puede conllevar la posibilidad de contagiarse por COVID19, determinando factores relacionados al estrés. Se han desarrollado investigaciones en el curso de la pandemia en relación al cuidado de la salud mental y su impacto en la vida de las personas como predictores en desarrollar posibles trastornos de orden mental o a su vez evidenciar la cronificación de patrones de conducta al evitar experimentar emociones y/o pensamientos que intentan controlar o disminuir la carga de factores estresantes durante el desarrollo de sus actividades, conllevando a la larga, sufrimiento o malestar psicológico desde el punto de vista del modelo de flexibilidad psicológica (Santamaría, 2020).

Se busca investigar cómo impacta el estrés y la evitación experiencial en el comportamiento de los colaboradores hospitalarios, durante el curso de la pandemia con su relación al temor al COVID19, que conllevan afecciones en sus actividades laborales y su vida cotidiana.

El estar ejerciendo laborales en un medio hospitalario dentro del contexto mencionado, el hecho de pertenecer o no al grupo denominado “Primera Línea”, acarrea también la experimentación de conductas privadas, relacionadas a evitar el estrés percibido, al tener contacto con las actividades desempeñadas, generando probabilidad de desarrollar un desajuste o inflexibilidad psicológica (Santamaría, 2020).

Cada individuo dispone de diferentes capacidades o habilidades de adaptación frente al estrés (Campo-Arias et al., 2015), que determinan su accionar en la cotidianeidad, el personal de un Hospital del II nivel de atención en la ciudad de Ibarra, en el contexto de la pandemia por COVID19 no escapa de dicha situación, lo cual podría conllevar a determinar dificultades en sus actividades.

De esta manera se debe enlazar a estrategias de prevención y solvencia del problema encontrado, en vista de mejorar el contacto de las personas investigadas adaptándose a su trabajo y responder al usuario de manera mayormente efectiva, pues la persona en su conducta privada se enfrenta a situaciones estresantes o aversivas que llevarían a ejecutar conductas problemáticas hacia su trabajo o hacia usuarios externos.

1.2. Antecedentes

La pandemia por COVID19 desde el año 2020, ha presentado cambios significativos en la forma de desarrollar actividades y relaciones cotidianas (Gurumendi, 2020), entre ellas las laborales, han generado muchas formas de impacto en el comportamiento humano, donde las investigaciones psicológicas han despegado con mayor amplitud, encontramos a Ortiz (2020), desde su perspectiva social en su estudio, propone detalles como el temor a infectarse, incapacidad de solventar la enfermedad por antecedentes patológicos, sumando frustración y cansancio por las medidas político-preventivas.

En Ecuador, Gil-Fortoul (2021) evidencia a través de una investigación cualitativa con entrevistas semiestructuradas a 102 personas, sobre las reacciones afectivas en la población de Quito en el curso de las experiencias individuales como respuestas de ansiedad y depresión en la pandemia. También, Peraza (2020) hace una referencia teórica sobre la salud laboral en trabajadores de medios hospitalarios frente a la pandemia por SARSCOV2. Al observar y comparar ambos estudios, aparece el requerimiento que permita utilizar un instrumental específico que cuantifique y relacione dichas manifestaciones emocionales en un contexto determinado.

Dos estudios realizados también en Ecuador, que tienen similitud con los objetivos de esta investigación, hablan primero sobre cómo repercute la percepción del bienestar psicológico en trabajadores de salud de un centro de primer nivel de atención, donde incluyen a personal administrativo (no operativo) con un porcentaje muestral menor, Pérez et al. (2020) buscaron describir de forma cuantitativa-no experimental en cincuenta trabajadores, usando el Cuestionario de Salud General Goldberg (GHQ-28) para identificar problemas psicosociales, somáticos, psicológicos y conductuales, correlacionando sus variables con la exposición autopercebida al SARS-COV2; produjo mayor tensión emocional, con menoscabo de la evaluación en salud mental y bienestar psicológico por debajo de la media, esperada en dimensiones de disfunción social y cargo, también evidenció que dicha exposición

autopercebida, ha ocasionado efectos de salud en dimensiones somáticas, ansiedad, depresión y función social.

Por otra parte, el segundo estudio mencionado, Flores (2021), buscaba correlacionar estrés, ansiedad y depresión durante y post-pandemia COVID19 en trabajadores en modalidad teletrabajo, con escalas diferentes que nuestro propósito investigativo, pero no deja de ser relevante entender las afecciones de este contexto planteado con porcentajes de afecciones de estrés más allá del promedio.

Los instrumentos a ser utilizados dentro de esta investigación, examinaron durante el inicio del distanciamiento social por la pandemia en Mérida, Venezuela, al correlacionar resiliencia con estrés percibido, Rada et al. (2020) encontraron a través de los instrumentos de estrés percibido (EEP10) y el cuestionario resiliencia de Connor y Davidson (CDRISC), en la que la muestra se dispuso mayormente resiliente y con estrés moderado, haciendo énfasis en datos sociodemográficos en individuos que viven en familia, fueron más resilientes y menos estresados; por otro lado, la percepción de mayor estrés, se asocia a menor nivel de formación académica y también en quienes viven solos sin apoyo emocional de pareja o familia.

En su estudio Gurumendi (2020) comenta parcialmente la temática de conducta de evitación experiencial y su modelo dentro de la propuesta de flexibilidad psicológica, como referencia teórica mas no como objetivo estadístico dentro de la pandemia, pues en su investigación de caso individual fue en seis sesiones individuales, no especifica si fueron en su totalidad vía telemática, usando dos instrumentos que no son catalogados en este trabajo, priorizando el uso de instrumental psicométrico que observe la evitación experiencial en la pandemia de forma directa.

Pues a su vez el temor a la transmisión del virus, estrechamente se relaciona con la capacidad de transmisión y el ambiente, también su morbimortalidad según Ramírez-Coronel et al., (2020), el temor significativamente elevado, impide en la capacidad de pensar con claridad, y a la vez Furman et al. (2020) coinciden en que estos afectos, implicando en un rango variado de dificultades de salud mental, aumentan las conductas de riesgo y reacciones disruptivas, llegando a estigmatizar y discriminar a las personas contagiadas como mencionan Furman, et al (2020) a Ahorsu et al. (2020), quienes desarrollaron una escala que indaga el temor en contexto COVID19 en Israel.

1.3. Objetivos

Objetivo General

Analizar las relaciones entre el temor a COVID19, el estrés percibido y la evitación experiencial en el personal de un Hospital de II nivel de la ciudad de Ibarra.

Objetivos Específicos

- Evaluar los niveles de estrés percibido en el personal de un Hospital de II nivel de la ciudad de Ibarra en el contexto de la pandemia por COVID19.
- Explorar el nivel de evitación experiencial en el personal de un Hospital de II nivel de la ciudad de Ibarra en el contexto de la pandemia por COVID19.
- Determinar el nivel de temor a contagio por COVID19 en el personal de un Hospital de II nivel de la ciudad de Ibarra.
- Analizar las relaciones entre temor por contagio por COVID19, estrés percibido y evitación experiencial en el personal de un Hospital de II nivel de la ciudad de Ibarra.
- Estudiar las relaciones entre variables de edad, género y actividad laboral desempeñada según el nivel de estrés percibido y evitación experiencial por temor a contagio por COVID19 en el personal de un Hospital de II nivel de la ciudad de Ibarra.

1.4. Justificación

La investigación desarrollada tendría influencia cercana con las autoridades directivas del hospital de II nivel de la ciudad de Ibarra, delimitando el campo de acción en función en cada colaborador, que permita mejorar el contacto con sus actividades laborales durante la pandemia y una toma de decisiones oportuna, de esta manera beneficiando con estrategias de afrontamiento o de adaptación al problema.

La viabilidad es favorable pues como integrante del servicio de salud mental y la interacción con servicios de salud del personal permitirán acceder a un número importante de participantes, sin conllevar recursos más allá de la interacción y comunicación intrainstitucional.

También es parte fundamental acoplar la realidad del problema investigado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, a nivel territorial, en el apartado número 3, referente a Salud y Bienestar, que busca *Garantizar una vida sana y promover el*

bienestar para todos en todas las edades, particularmente con su subapartado 3D, en que se menciona a un refuerzo de la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

Una problemática latente en nuestro país latinoamericano, que justifica el ser tomada en cuenta las temáticas de salud mental en trabajadores que presentan atención sanitaria es la falta de presupuestos, escasas propuestas de políticas públicas, la OPS afirma que un 2% del presupuesto en salud en Latinoamérica es dedicado para promoción, prevención y tratamiento de la salud mental. En los que para Guevara (2022), advierte que los recursos, intervenciones e investigaciones sean más comprometedoras a ser parte de las mesas de trabajo para los actores políticos con objetivo de salvaguardar la salud mental a manera de costo-eficacia dentro de los ODS.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1. Marco teórico

2.1.1. El sistema de salud ecuatoriano en tiempos de COVID19

A finales del 2019 e inicios del 2020 una nueva enfermedad relacionada a un virus con su origen en China (Ruiz, 2020) copaba la atención del mundo, en una alerta que crecía inminentemente, sin embargo, entre las realidades psicosociales de nuestro país se atribuía a la distancia geográfica como aparente garante protector, que podía impedir la propagación de este nuevo virus en la población (Tuaza Castro, 2020).

Siendo para febrero del 2020 un escenario fuera de lo sospechado en nuestro país, se confirmaba el primer caso (Parra & Carrera, 2020), ubicando al Ecuador en el segundo lugar de países con presencia del nuevo virus en Latinoamérica.

“El Comité Internacional sobre Taxonomía de Virus designó al agente causal del brote identificado en Wuhan como Síndrome Respiratorio Agudo Severo Coronavirus 2 [SARS-CoV-2] y al cuadro clínico se lo nombró oficialmente como COVID-19 [Coronavirus Disease-2019]” (Wu et al., 2020, citados en Parra & Carrera, 2020, p.28).

Cuya descripción clínica y epidemiológica se caracteriza por sintomatología respiratoria alta, similar a influenza en su gran mayoría, pero añadido se suman síntomas digestivos y dependiendo de la gravedad de la infección, síntomas respiratorios inferiores, ageusia y anosmia, en ciertos casos también se han observado síntomas neurológicos (Gil et al., 2021); la vía de transmisibilidad es principalmente aérea, al tener “contacto directo, indirecto o estrecho con personas infectadas a través de las secreciones contaminadas” (Liu et al., 2020; Chan, et al., 2020; Huang et al., 2020; Burke et al., 2020; OMS, 2020; Hamner et al., 2020; Ghinai et al., 2020; Pung et al., 2020; Luo et al., 2020, citados en Ávila, 2021, p.48).

Un mes posterior a la notificación del primer caso, en el sistema de vigilancia gubernamental de Ecuador, se reportaba que la tasa de replicación y letalidad había crecido sustancialmente (Ruiz, 2020), se empezaba a vivir una crisis humanitaria entre marzo y abril del 2020, siendo más sombría de lo informado por el gobierno (León & Vaca, 2021).

Relatos noticiosos, información difundida por redes sociales, divulgación en diversos medios de comunicación, hablaban sobre lo acontecido, un golpe al sistema de salud ecuatoriano con “cientos de familias devastadas por la muerte de algún familiar, cadáveres por doquier, inclusive cadáveres extraviados, cientos de trabajadores de la salud contagiados, y miles de personas que se debaten entre morir de hambre al buscar el sustento diario en las calles o morir de coronavirus” (Acosta, 2020, p.1), se vaticinaba el contexto de una crisis a la llega del COVID19.

Procesos gubernamentales en Ecuador con 10 años de antelación, se inauguraron obras estructurales en el sistema de salud, sin embargo León & Vaca (2021) cuentan que solo fueron fachadas de forma, puesto que en contexto de la crisis sanitaria eran inexistentes las herramientas operativas, tampoco equipamientos y mucho menos lineamientos procedimentales para los profesionales de salud, que arriesgaban su integridad para aminorar el golpe a los usuarios que buscaban atención sanitaria por COVID19.

Todo profesional que trabaja atendiendo de forma directa a mitigar las afecciones de salud por esta enfermedad se lo ha denominado de primera línea (Llerena, 2022), estos funcionarios del sistema de salud, público y privado, buscaban garantizar una entrega eficiente de su labor a pesar de sus condiciones de trabajo.

En los entendidos en la materia de epidemiología sanitaria y profesionales afines, se mostraba la preocupación creciente en relación con la velocidad de propagación del virus, solicitando se acoplen mayor flexibilidad en representantes del gobierno para aminorar los índices de contagio y letalidad buscando objetivos de compromiso preventivo comunitario (Ruiz, 2020).

Según Ávila (2021) cada componente del sistema de salud durante este contexto pandémico muestra y evidencia problemas de forma y fondo medular de carácter retrospectivo al sistema, en dificultades de administración económica, política, informativa y de recurso humano.

Para ello en un auge creciente de investigadores del contexto COVID19 y sus experiencias, Saltos et al. (2022) hablan de determinantes disruptivas en las reacciones psicológicas al enfrentar esta crisis en los trabajadores, exponen un factor de temor a contagio y réplica del virus en sus familias, y gran parte de la conducta de temor que mayor incidencia obtuvieron en su descripción, fue el hacer frente a una batalla de una enfermedad totalmente desconocida y contagiosa, con posibilidad de perder su propia vida o de familiares.

Sacoto (2021) comenta de manera importante sobre los factores que explican la débil respuesta de contención del virus por parte del sistema público de salud, connota a la escasa disponibilidad de profesionales de primera línea que por varios años y procesos gubernamentales, no existe evidencia de crecimiento en esta provisión de servicios en atención primaria, la dificultad de gestión territorial en el momento de toma de decisiones comunitarias, además de un factor cultural institucional al enfrentarse a disposiciones administrativas que no entretejen de forma adecuada el tejido sanitario del Ecuador entre los nuevos profesionales y la experiencia adquirida en el curso de profesionales antiguos.

En esta condición crítica mundial, se acrecentaron varias modalidades de ejecución de actividades laborales, gran parte de los profesionales que no fueron denominados de primera línea se acogieron a teletrabajo, horarios flexibilizados según Garcés (2021), puesto que las reglamentaciones de comité de emergencias del país, limitaba aforos, presencialidad en servicios públicos y privados (León & Vaca, 2021).

Sacoto (2021) también comenta que los esfuerzos realizados por los trabajadores del sistema de salud son destacables por enfrentarse a limitaciones en su accionar diario, aunque, en la actualidad para el autor, la situación actual de la crisis sanitaria ya no es similar en magnitud y gravedad al momento de inicio de la pandemia.

Al ir aminorando aquellas restricciones, las actividades laborales han ido retomando su provisión de servicios y existe el retorno a la presencialidad, concurre un cambio en el que “se desarrolla bajo la influencia de varios factores estresantes, elevando la vulnerabilidad de los involucrados, para padecer afecciones físicas y psicológicas” (Llerena, 2022, p.155).

En cada interacción con el contexto pandémico los profesionales que trabajan en casas de salud adoptan un sinnúmero de conductas que lo que buscan es una adaptación adecuada a las adversidades descritas poniendo en marcha una reserva de aprendizaje de sus recursos psicológicos, representando un riesgo individual y colectivo.

2.1.2. Temor al contagio por COVID19 en el personal hospitalario

Por las dificultades psicosociales de contención del virus, se propuso la estrategia general de confinamiento social domiciliaria, como forma orientativa de conducta preventiva para mitigar la capacidad de transmisión del virus, pero el personal de salud fue quien ejecutó una conducta contraria para interactuar de forma directa en sus lugares de trabajo al atender a portadores del

COVID19 (Vaucher-Rivero, 2020), en una magnitud diferente en cada nivel de provisión de servicios sanitarios.

Existen varios factores que suman a la experiencia de los trabajadores de instituciones de salud en la percepción de afectos disruptivos, que corresponde a factores psicosociales de carácter administrativo (Araújo, 2021), que exigen un poco más de su entrega habitual de un contexto no pandémico.

Gran parte de los aspectos categóricos que pueden entablar las respuestas emocionales en una situación de crisis global se definen en afectaciones ansiosas o depresivas que según Gil-Fortoul (2021) en su análisis cualitativo: “permite contar con una perspectiva ideográfica del impacto causado por la pandemia, a nivel de la salud mental en la población” (p.8).

En lo que se define la respuesta emocional de miedo como un sistema de alerta neurobiológica, en un curso de tiempo indistinto, asociado a experiencias pasadas o presentes, estableciendo una forma de supervivencia y adaptabilidad para el individuo, y que para Monterrosa-Castro et al., (2020) hablan de que es evidente, que la incertidumbre personal y familiar, los imprevistos de severidad de afectación en este caso por COVID19, la angustia laboral y la intranquilidad, se catalogan como amenazas reales en tiempo presente.

Los comportamientos de los trabajadores estudiados por Flores Díaz (2021) en Ecuador al explorar la ansiedad en el contexto pandémico, disponen de mayor forma reacciones fisiológicas, como un incremento en frecuencias vitales cuantificables, implicantes emocionales y cognitivos; en estas dos últimas formas de respuesta hace énfasis en diferenciar, en que la cronificación de las manifestaciones, dependerá de una disminución, incapacidad o pérdida de la habilidad que permite controlar las exigencias en el trabajo y se establezca como una amenaza inminente para el individuo.

Los problemas de salud mental que conllevan la afectación de emociones representan una dificultad en la toma de decisiones y en la forma de sentirse generalmente bien, de los cuales los profesionales que trabajan en áreas de la salud no escapan de ellos según Monterrosa-Castro et al. (2020).

Pues las herramientas para desempeñar una labor aceptable de ellos, es necesario que se disponga de seguridad en el entorno laboral, además de información actualizada, proveer de equipos de protección personal (EPP) y materiales asépticos, como también el poder disponer de sitios de descanso, fomentar armónicas relaciones interpersonales que permitan adecuados

flujos de comunicación, que favorezcan el hacer frente a las dificultades en la salud mental en este contexto específico por COVID-19 (Araújo, 2021).

En el desarrollo de la pandemia existen otros factores añadidos a esta exposición de experiencias afectivas, específicamente de temor al COVID19 y que Vaucher-Rivero (2020) habla sobre las vicisitudes que han llevado a varios funcionarios de instituciones de salud a tomar decisiones drásticas a su cercanía laboral y este ente contagioso, como enfrentarse a renuncias unilaterales al no contar con los factores que permitan mitigar riesgos y a su vez la otra cara el ser despedidos al denunciar la ausencia de recursos para aminorar dichos riesgos.

Pues el mecanismo de supervivencia que disponemos es el miedo Monterrosa-Castro et al. (2020), el que como comportamiento en ocasiones es útil para tomar distancia de amenazas reales como las de probabilidades de contraer la enfermedad, transmitirla a familiares, como también la responsabilidad que conlleva prestar y facilitar la ayuda a otras personas en instituciones de salud que necesitan del conocimiento de los profesionales que laboran en casas de salud.

Personal de enfermería estudiado en Ávila (2021), observó el comportamiento de quienes cuidan directamente a enfermos por COVID19 y que su experiencia de temor es influyente pero no preponderante, pues como personal de salud, disponen de más recursos en su bagaje conductual resolutivo en lo que prevalece su vocación para manejar dichas vicisitudes, pero en ese mismo estudio también se mencionan a otros profesionales que forman parte de todas las líneas de ayuda en casas de salud entre personal técnico, de apoyo y administrativo que hacía parte de las estadísticas de un informe de contagios del Ministerio de Salud Pública en el 2020, que también experimentan temor pero sus entrenamientos procedimentales son distintos.

Si detallamos las conductas relacionadas al temor por COVID19 en latinoamericanos, según Vaucher-Rivero (2020), las personas pueden llegar a sentirse incómodas cuando piensan en el COVID19, sentir nerviosismo cuando se recibe información de cualquier fuente sobre la enfermedad, los mencionados síntomas fisiológicos como taquicardia cuando se piensa en la pandemia y pérdida de la capacidad de dormir adecuadamente por este contexto.

Por otro lado, la forma como las personas se informaban dentro del contexto pandémico, también existió una forma de efecto social que afectaba directamente a las emociones, pues el consumo de información en redes sociales carecía de poco contraste y una exacerbación desmesurada relacionada a las consecuencias de la enfermedad, como también actualmente en el desarrollo y estrategias de vacunación a la población, jugaba un papel importante en la

psiquis individual, que hasta se han reportado experiencias de pánico y angustia, incrementando en población de adultos mayores con riesgo de sufrir ataques cardiacos (Martínez, 2021), por esta experimentación emocional.

Como individuos que nos enfrentamos entre emociones y razonamientos al momento de comportarnos, sea en el ámbito o contexto que nos desarrollemos, las condiciones que los ambientes colocan como limitaciones desfavorables para nuestra salud mental, pueden establecerse como vulneración a la seguridad individual, pues la calidad de vida y el servicio que se puede entregar en este caso en los entornos laborales se afectan (Saltos et al., 2022), en las que prima lo emotivo como mecanismo de autocuidado, cuando en lo práctico nuestro accionar emotivo debe aproximar al individuo a la búsqueda de entornos seguros.

La ignorancia y la incertidumbre mientras transcurre el tiempo que convivimos con el virus y las medidas que permitan sentirnos relativamente seguros se esclarecen paulatinamente, pues los individuos pueden adquirir o potencializar mejores estrategias de afrontamiento, que impidan un desajuste psicoemocional, previniendo la necesidad de intervenciones directas para mitigar el impacto psicológico de la pandemia que por sí misma y sus factores añadidos mencionados provocan temor, y de lo que se trata es buscar que se genere una cultura de minimización de riesgos y daños, individual y colectivo (Araújo, 2021).

2.1.3. Estrés percibido en el personal hospitalario

Estrés, una palabra universalmente utilizada y promulgada desde 1926 (Barrio et al., 2006), conllevando una propuesta de encasillar clínicamente a la sintomatología adaptativa, inicialmente desarrollada por Selye, con una evolución extendida en varios teoremas conceptuales, en donde se ha demostrado la implicación psicobiológica de los mecanismos de respuesta de los individuos ante experiencias vitales (Pasqualini, 2013) y circunstanciales.

Cada individuo atraviesa sinnúmero de etapas en su evolución vital, pero a su vez también experimenta cambios trascendentales en su historial de forma situacional, que generalmente buscan adaptar y transformar su condición ante el ambiente con el que interactúa, pues estos contextos son constantemente cambiantes y esto ha permitido acomodar su supervivencia (Barrio et al., 2006).

Este Síndrome de Adaptación Generalizado, denominado así por Selye está definido a: “una respuesta no específica del cuerpo frente a cualquier demanda, de forma que, si su duración es

suficientemente prolongada, el organismo puede entrar en una etapa de agotamiento” (Aguado Martín et al., 2013, p.261).

Al hablar de esta interrelación dinámica entre persona y contexto, hace falta ubicar a Lazarus y Folkman citados en Bustíos (2021), proponiendo al desgaste de recursos de aquella relación persona-ambiente, conllevando un riesgo personal, en la que observamos una conducta respuesta a la que persona observa o percibe su vida como fatigosa, incontrolada e impredecible según Remor (2006).

Lo cual es aceptable encontrar estas respuestas de comportamiento, al colocar estímulos constantemente aversivos para un individuo, como lo es laborar en un medio hospitalario público, ubicando factores relacionados a la sobrecarga de horarios, cuantificación de usuarios externos atendidos y por atender, cumplimiento de objetivos productivos, y entre otros factores psicosociales que representan altos niveles de sobrecarga tensional física y mental; y en este curso actual, sumando un factor mucho más aversivo, la pandemia por COVID19.

Cada individuo dispone de diferentes formas de percibir esta conducta de agotamiento adaptativo ante la resistencia de soportar estímulos estresores (Barrio et al., 2006), pero generalmente se habla de comportamientos de preparación ante el hecho estresor, defensa en contra del estresor y activación de recursos para mitigar los efectos del estresor, y en un suceso de emergencia sanitaria facilitan que los trabajadores de salud aumenten sus esfuerzos para responder y satisfacer necesidades institucionales (Puma, 2020) e inclusive personales.

Muchos estudios resaltan la conducta adaptativa de los profesionales que atienden directamente a los pacientes con COVID19, pero no se habla de los profesionales que estuvieron sosteniendo la estructura organizativa y administrativa de los hospitales, estas personas también cursan ante estímulos aversivos, que hasta la fecha podrían establecerse como Selye ubicaba a la frecuencia con tiempos prolongados de exposición como factor determinante de percepción de estrés.

El estrés se establece como una dificultad laboral en la actualidad frecuentemente en el ámbito sanitario (Puma, 2020), por múltiples exigencias que aminoran los esquemas que disponen los individuos como referencia para responder aquellas exigencias externas y sumamos las internas que se evalúan como sobredimensionadas a las habilidades individuales adquiridas según Bustíos (2021).

Reformulando lo dicho, la condición de percepción de estrés acaece en dos momentos según Cohen et al. (1983) inicialmente cuando (a) el individuo realiza una evaluación y califica la

situación o contexto como amenazante o exigente y posteriormente (b) no existen suficientes o adecuados recursos disponibles como reserva para hacer frente a la situación específica.

Previo al contexto pandémico según Rodríguez et al. (2017) la Organización Internacional del Trabajo ha solicitado una cultura de mitigación y decremento de niveles de estrés en la población laboral, ofertando la capacidad de desarrollo para un desempeño funcional óptimo de los profesionales, reflejado en la calidad y cantidad de apoyo entregado por responsables institucionales, mejorando la distribución y condiciones de trabajo.

Para lo que actualmente en la pandemia como se ha explicado en párrafos anteriores, todo este grupo de interacción entre las relaciones con el contexto, en este caso específico contexto laboral pandémico y personal que labora dentro de un hospital, sea o no profesional de salud específicamente, disponen de condiciones y distribución de responsabilidades distintas que experimentan su percepción de desgaste, desajuste y agotamiento de recursos intrínsecos como un riesgo inminente.

Aquí podríamos ubicar aquel concepto de estrés universalmente utilizado, específicamente en un colectivo hospitalario, que como nos exponen Rodríguez et al. (2017), “no todas las personas tienen la misma capacidad para controlar sus respuestas emocionales, ni la misma motivación y compromiso personal ante una determinada situación” (p.13).

Esta particularidad de comportamiento humano en el sistema de salud público conlleva a posibles afecciones a la capacidad de calidad de proveer servicios asistenciales sanitarios, sino además de las afecciones en la calidad de vida de los profesionales, representando un constante desafío al cursar estrechamente con el virus de la COVID19, siendo una prioridad el autocuidado del bienestar emocional (Puma, 2020).

Las dificultades que se establecen como estrés se definen en el campo de la psicología organizacional como factor de riesgo psicosocial, y en nuestra realidad ecuatoriana, las instituciones públicas conviven con una realidad nociva para el trabajador hospitalario, aquí lo detalla Onofre Pérez (2021) como las dificultades al tener deficiente presupuesto, que impide crecimiento instruccional al trabajador, que aportaría con nuevas herramientas de aprendizaje como recurso de afrontamiento a eventos potencialmente estresores, en un contexto pandémico por ejemplo; como también menciona acceso a promoción y/o ascenso dentro de su carrera profesional basado en meritocracia. También se refleja que la cultura de las organizaciones públicas al momento se establece como ejes verticales en jerarquización de liderazgos con poco

apoyo y habilidades comunicacionales de forma multidireccional entre jefe y/o colaboradores, sembrando cada día un evento estresor al trabajador hospitalario.

La investigación mencionada, hace una comparación que realiza el sistema de salud privado con un valor agregado inversionista al talento humano, como un factor costo-beneficio, que aporta en el crecimiento individual como elemento que permite dilucidar las tensiones afectivas.

El trabajar y brindar un contingente humano de cuidados, de gestión y de provisión operativa de servicios sanitarios, en el cual el personal con gran frecuencia expresa o reprime sus afectos al realizar su trabajo, pues constituye un sobreuso de recursos cognitivos para efectivizar su labor y regular sus afectos, porque directamente el profesional y los elementos que convergen en la toma de decisiones son altamente dinámicos (García et al., 2020).

2.1.4. El modelo terapéutico de aceptación y compromiso

Cuando el ser humano atraviesa dificultades de adaptación a las demandas del ambiente, y cómo el individuo puede lograr funcionar en este ambiente poco favorable, se proponen el desarrollo de las llamadas terapias de tercera generación, las que ampliamente han tenido mayor reconocimiento a la fecha, en las que orientan su accionar y aceptación de la variabilidad del contexto y de las respuestas a este dinamismo, se llama así a la terapia de aceptación y compromiso (ACT), que aporta con recursos de comportamiento flexible, con varias aristas de adaptabilidad y aplicabilidad cuando este ambiente demandante implica afectos disruptivos que incluyen hasta sufrimiento emocional (Ribero-Marulanda & Agudelo-Colorado, 2016).

El desarrollo teórico de este modelo terapéutico se basa en el conductismo y el contextualismo funcional, es decir la unidad de análisis central terapéutico es la conducta o acto en un contexto en curso, y cómo este acto o conducta es funcional o no para el individuo, se puede tomar como correlaciones el tiempo y la situacionalidad, en otras palabras, las experiencias previas y/o nuevas serían la influencia al logro de respuestas de adaptabilidad (Hayes et al., 2015).

El curso de experiencias es específicamente en referencia al sufrimiento y al placer, como una dinámica interacción en el ser humano, a manera de probabilidad de accionar cualquiera de estas dos dimensiones para experimentar la vida cotidiana, generalmente el desarrollo cultural de las sociedades y sus ponencias ideológicas busca acercarse a situaciones, hechos, o conductas verbales e incluso recuerdos de forma placentera y distanciarse de las disruptivas,

como sensaciones negativas o también llamado dolor, que mientras más se desarrolla una sociedad busca objetivos de inmediatez, que acerque más al placer y cese el sufrimiento (Luciano & Valdivia, 2006).

De forma general los objetivos de ACT no buscan centrarse exclusivamente en la modificación de constructos cognitivos irracionales o disfuncionales, los teóricos denominan conducta privada no verbal o eventos privados; lo que busca en realidad es la capacidad de aceptar estos hechos privados que surgen en cada situación que experimenta el ser humano (López-López et al., 2020).

El comportamiento social a través del lenguaje, implica definiciones o conceptos lingüísticos para establecer el éxito o fracaso de la experiencia, cuando una situación es inesperada, o sobrepasa las expectativas de ejecución, para funcionar de una forma adaptativa, se suele utilizar palabras que clarifiquen y definan el contexto tanto interno como externo, generando reacciones de malestar o negativas según Ribero-Marulanda y Agudelo-Colorado (2016), y el problema de adaptabilidad generalmente radica en la forma como el ser humano rechaza o evita esta definición construida de forma histórica por sí mismo, por su contexto de desarrollo y por su contexto cultural, tratando de buscar reacciones placenteras o de bienestar.

En estas reacciones negativas o positivas podemos encontrar, los eventos privados que pueden ser recuerdos o generación de ideas disruptivas, sensaciones fisiológicas, e incluso comportamientos, que en ocasiones se convierten en patrones repetitivos (Patrón-Espinosa, 2013).

Y de este comportamiento particular, radicaría por qué los individuos al disponer de las primeras señales que den indicios de reacciones indeseables adoptan un comportamiento de lucha constante de escape-evitación para no sucumbir ante el fracaso desadaptativo, intentando no claudicar en perder la batalla por no sentirse mal y buscar recursos para generar bienestar aumentando su vigilancia del contexto interno y/o externo, insistiendo en no perder el control, dando lugar la propuesta de Hayes et al. (2015) que existe un ciclo de autorreflexión del individuo, que pasa de aquella evaluación del contexto interno, a percibir reacciones afectivas, para luego intentar controlar aquellas reacciones o aquella evaluación interna, luego una imposición propia de una solución al problema, cuando en realidad la búsqueda de esa ansiada solución es el problema en sí.

Cada interacción con el contexto, el individuo dispone de constante aprendizaje, mediado por la capacidad y utilidad del lenguaje como ventaja adaptativa en la naturaleza, por consiguiente

para que se desarrollen problemas de orden psicológico devienen dentro de esta misma habilidad llamada lenguaje humano, pues el malestar o sufrimiento se acrecienta según Patrón-Espinosa (2013) a través de la literalidad de los pensamientos al vincularlos de forma bidireccional a las propiedades de cada contexto y de la funcionalidad que tienen con el individuo, también el hecho de ubicar en categorías, a manera de evaluación producida de la literalización de los pensamientos, en las que se atribuyen la influencia del aprendizaje social como una forma de rechazo a la reacción negativa; también se suma la explicación de buscar un sentido a esta dificultad en curso, y como último reforzamiento de este aprendizaje es el rechazo consciente y voluntario al malestar, siendo el que da mayor sentido a todo lo anterior mencionado, por ende la lucha por el control, tanto de la forma de pensar que se establece como causal del malestar, fusiona los pensamientos con las emociones, generando una conducta desajustada.

El modelo terapéutico ACT busca trabajar en objetivos que tratan de dilucidar la lucha de evitación-escape a eventos privados negativos, ubicando su accionar en la forma de percibir la conciencia del individuo, la observancia del momento presente, la aplicabilidad o funcionalidad de valores intrínsecos para metas vitales, una acción comprometida a dichos valores y metas, un desarrollo de la percepción atencional de forma desliteralizada o defusionada de los constructos cognitivos con las reacciones afectivas, así se estructura el modelo hexaflex de salud mental creado por Wilson (2007) según Ribero-Marulanda y Agudelo-Colorado (2016).

A demás que el enfoque terapéutico es dirigido a una nueva forma de autoconocimiento del consultante, no orienta a eliminar el sufrimiento o síntomas, más bien busca un distanciamiento entre ellos (García et al., 2004), “aunque la persona sienta dolor, tristeza o cualesquiera de ‘síntomas’ psicológicos actúe en la dirección de los objetivos vitales valorados por ella” (León-Quismondo et al., 2014, p.731).

En otras palabras, la modificación de la conducta se interpreta en que las emociones aversivas devenidas, desde un proceso de sufrimiento en este caso, no elimina las reacciones, pues propone encarar estas manifestaciones desde su propia naturaleza, con un compromiso de continuidad a pesar de experimentarlas (Rey, 2004), teniendo como resultado una mejora en la flexibilidad psicológica al adquirir nuevas conductas de respuesta (Vargas & Ramírez, 2012).

A su vez Cruz et al. (2017) exponen que, el abanico de opciones que integra el marco de la flexibilidad psicológica se suman los comportamientos relacionados a una propuesta adaptativa y el nuevo rol en cara al futuro del consultante, entre áreas y actividades de su cotidianidad

después de un suceso trágico. Observándose de esta manera la efectividad creciente al utilizar el modelo ACT para que el consultante tome mejores decisiones en sus objetivos vitales ante las situaciones difíciles que pueden acontecer (Luciano y Cabello, 2001).

El modelo es aplicado en variedad de clasificaciones diagnósticas de problemas de salud mental, destacando efectividad de esta psicoterapia, según Ruiz (2010, citado en Ribero-Marulanda y Agudelo-Colorado, 2016) con protocolos basados en aceptación y compromiso en dolor crónico, depresión, conductas obsesivas-compulsivas, ansiedad generalizada entre otros, se obtienen reportes del efecto de adaptabilidad en conductas disruptivas.

Los individuos al repetir estas conductas aprendidas de rechazo a lo desagradable, de una forma constante y voluntaria, son las que originan y mantienen las dificultades de salud mental, en las que el modelo ACT propone como pauta transdiagnóstica de los manuales de clasificación y categorización de la psicopatología humana, realza al trastorno de evitación experiencial como gran componente de la explicación de las conductas disfuncionales (López Capilla, 2022).

2.1.4.1. La evitación experiencial e inflexibilidad psicológica

Nuestra sociedad en la actualidad busca constantemente aspectos de comodidad en diversas formas de aumento del bienestar general, con soluciones pragmáticas y en lo posible a corto-mediano plazo, según Luciano et al. (2005) la mayoría de los consultantes con necesidad de apoyo psicoterapéutico radica en la búsqueda de cesar al sufrimiento o el llamado malestar emocional, cognitivo y conductual, devenido de múltiples dificultades por factores personales e interpersonales en los que diariamente conviven en diversos contextos.

Gurumendi (2020) habla de diferentes formas de conducta evitativa en un contexto pandémico, expone a evitación conductual, identificada a una forma de quietud o inactividad, que llega a momentos de inmovilización de expresiones de interacción; seguido añade la evitación cognitiva, en la cual la reflexividad es rechazada como forma de afrontamiento o de resolución a la conflictiva, se podría adicionar también el evadir la evocación de reminiscencias de experiencias previas; por último habla de la evitación emocional o experiencial que es una temática central dentro de la terapia de aceptación y compromiso.

Como se mencionaba la conducta verbal privada del ser humano es la que especifica el apareamiento de reacciones de comportamiento, que a través del lenguaje se categorizan las

experiencias cursadas como buenas o malas, podemos utilizar las palabras placer y sufrimiento para abarcar esta dicotomía de las modalidades afectivas. Este tipo de asociación entre pensamiento, emoción, conducta y contexto, al ser repetitivo entendemos que genera un aprendizaje (Patrón Espinosa, 2013; Almeida, 2016; Gurumendi, 2020), del cual la persona puede traerlos en tiempo presente a forma de recuerdos, sin que la situación que atravesase sea real y/o similar, siendo una componenda aversiva de reacciones o síntomas en este caso del cual se busca escapar, luchar y evitar (Patrón Espinosa, 2013).

Para Hayes et al. (1996) citados en Pérez y García (2019) definen al trastorno de evitación experiencial como: “un fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (p.ej.: sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales) e intenta alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona” (p.87).

Se torna patológico y pierde funcionalidad esta conducta cuando su frecuencia de apareamiento es sostenida como estrategia de respuesta y está aumentada en formas de expresión diversas o patrones específicos, dentro del modelo ACT se puede entender que estas estrategias distancian al ser humano de lo realmente valioso para sí mismo.

Este patrón constante de evitación-escape, la persona se encuentra en un bucle, intentando salir con los recursos que considera óptimos o necesarios para no sufrir, en concordancia con sus antecedentes, pues existe la necesidad imperiosa de aminorar la categorización cognitiva que asocia la situación aversiva, en algún momento previamente experimentada (Patrón Espinosa, 2013).

Pero las sensaciones devenidas después de un suceso traumático, o la recurrencia de accesos mnésicos estén implicados netamente con expresiones afectivas desagradables, pues un punto de aprendizaje natural es la comparación del desarrollo y consistencia psicológica propia versus la ajena, en inclusive en comparación solamente propia (Luciano et al., 2005), que podría entenderse en función de tiempo, adquisición o pérdida de recursos de cualquier índole, como también circunstancias biológicas y sociales, y demás eventos que el ser humano cursa y sobrelleva, la diferencia radica en cómo se puede establecer esta experiencia como señal de alerta o peligro inminente.

Aunque parezca discordante para Patrón Espinosa (2013), la evitación de reacciones aversivas es útil en corto plazo, a manera de reducir de breves formas el malestar y búsqueda de soluciones o de bienestar, pero la cronificación de esta conducta se establece como un limitante

para el desarrollo habitual, y el autor expone un efecto boomerang en donde el malestar se extiende con períodos cortos de sosiego.

Al hablar de particularidades psicopatológicas la evitación experiencial se puede encontrar como una sumatoria del criterio para diagnóstico del Trastorno de Estrés Postrauma (TEE), al entender de que existe un patrón repetitivo como lo coloca el DSM – V en el criterio C: “incluye esfuerzos para evitar memorias, pensamientos, o sentimientos asociados con el evento y evitación de estímulos externos que puedan generar memorias, pensamientos o sensaciones relacionadas con el evento traumático” (Almeida, 2016, p.18), y que predicen la severidad de la sintomatología; podemos extender este patrón hacia el resto de semiologías disfuncionales del comportamiento al hablar de rigidez o inflexibilidad excesiva.

Los investigadores del modelo ACT comentan que el TEE se aleja de la nosología de clasificación diagnóstica ante la perspectiva del análisis de conducta de tipo topográfica que proponen el CIE-10 y DSM-V, hacia la funcionalidad adaptativa o patogénica del individuo (García et al., 2004), es decir realizar un análisis funcional de la conducta. Es por eso que según Patrón Espinosa (2010) en su análisis de adaptación psicométrica de esta conducta como una variable, está establecida dentro de desórdenes de ansiedad, depresión, psicosis, uso de sustancias, entre otros.

La incidencia en el contexto aversivo que se cursa por la pandemia de COVID19 se puede entender que los profesionales de la salud, administrativos y restantes colaboradores en instituciones de salud sobrellevan afecciones emocionales, en este caso displacenteras o de malestar, lo que podría catalogarse en una búsqueda de escape a lo experimentado al gestionar su labor (Valiente-Barroso et al., 2021).

La aplicabilidad de la psicoterapia, en este caso cognitivo-conductual de tercera generación, en sus objetivos centrales es brindar mitigar o aliviar la carga sintomática de malestares afectivos, el modelo ACT no busca una evitación exclusiva de ello, más bien como exponen Pérez y García (2019), aportar una modalidad de afrontamiento y ajuste específico como generación de conductas de adaptación ante cualquier suceso que acarree malestar, construyendo a manera de aprendizaje, patrones de conducta flexibles, para determinar acciones valiosas para cada individuo (Luciano et al., 2005).

El aprendizaje funcional de este modelo terapéutico permite que el individuo se adapte para lograr convivir con el presente, disponer de una mayor claridad y de disponer de mayores acciones comprometidas a sus valores personales o entendibles como objetivos de vida,

rescindir a los eventos privados ubicándolos como un contexto aversivo y que este sea defusionado entre la razón y la emoción.

2.2. Marco legal

Cada institución laboral debe responder al cumplimiento de normativas dentro del estado ecuatoriano, que permita realizar un accionar apegado a la realidad, a los derechos y obligaciones de cada componente de la fuerza laboral, en las que esta investigación se ampara desde la Constitución de la República su art, 326, numeral 5 refiere a que “Toda persona tendrá derecho a desarrollar sus labores en un ambiente adecuado y propicio, que garantice su salud, integridad, seguridad, higiene y bienestar” (Asamblea Constituyente de Ecuador, 2008, p.162).

La salud mental forma parte de los riesgos psicosociales en los lugares de trabajo en los que el Instrumento Andino De Seguridad y Salud en el Trabajo Comunidad Andina - Decisión 584, en su Art. 2, expone:

Las normas previstas en el presente instrumento tienen por objeto promover y regular las acciones que se deben desarrollar en los centros de trabajo de los Países Miembros para disminuir o eliminar los daños a la salud del trabajador, mediante la aplicación de medidas de control y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo (Comunidad Andina, 2004, p.3-4).

Se suma el Acuerdo Ministerial 135-MDT-2017 Instructivo para el cumplimiento de las obligaciones de los empleadores públicos y privados (2017), en su Art. 10, refiere a: “Obligaciones en materia de seguridad y salud en el trabajo y gestión de riesgos. El empleador deberá efectuar el registro, aprobación, notificación y/o reporte de las obligaciones laborales en materia de seguridad y salud en el trabajo” (p.8).

También dentro de la misma temática de riesgos psicosociales está el Reglamento del Seguro General de Riesgos del Trabajo C. D. 513 exponiendo que:

En el ámbito de la prevención de riesgos del trabajo, integra medidas preventivas en todas las fases del proceso laboral, con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo, guardando concordancia con lo determinado en la normativa vigente y convenios internacionales ratificados por parte del Estado (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2016, p.3).

Por otro lado, los funcionarios investigados son parte del servicio público, amparados por la Ley Orgánica del Servicio Público (2010) en su Art. 23, textualmente refiere: “Derechos de las servidoras y los servidores públicos. - Son derechos irrenunciables de las servidoras y servidores públicos: literal I: Desarrollar sus labores en un entorno adecuado y propicio, que garantice su salud, integridad, seguridad, higiene y bienestar” (p. 15).

Finalmente se añade también desde septiembre del 2022, en registro oficial por parte de la Asamblea Nacional (2022) la Ley Orgánica de Carrera Sanitaria, en la que como objetivos primordiales y en su Art 4, numeral 5., referente a la protección de la salud del talento humano, y el Art 7, numeral 21 mencionando a la promoción y prevención de la salud mental.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Descripción del grupo de estudio

Al ser un diseño de investigación transeccional al tomar datos en una situación determinada, descriptivo al analizar los niveles de las variables estudiadas y correlacional entre las mismas variables; se ha tomado en cuenta al total de la población que labora en el hospital de II nivel de la ciudad de Ibarra, se establece como una muestra homogénea por racimos, autoseleccionada (Hernández-Sampieri et al., 2014) del listado de todo el personal, pues al realizar estimaciones en todos los participantes al formar parte con la misma probabilidad de ser elegidos.

Se ha recibido la participación voluntaria de 452, entre hombres y mujeres, divididos en grupos de personal de salud operativo, personal de salud en funciones administrativas y personal administrativo, se ha propuesto disponer rangos de edad desde 20 a 30 años, 31 a 40 años, 41 a 50 años, 51 a 60 años y más de 60 años; los participantes también debían responder al área o unidad a la que pertenecen.

3.2. Enfoque y tipo de investigación

El diseño de la presente investigación es no experimental de tipo transeccional, descriptiva y correlacional (Hernández-Sampieri et al., 2014), buscó recolectar la información de los comportamientos del personal hospitalario en el curso de la pandemia por COVID19, al tener como objetivo de la descripción y exploración de las variables de temor al COVID19, estrés percibido, evitación experiencial, analizando su correlación e interacción en el contexto señalado.

3.3. Procedimientos

Para objetivos investigativos se priorizó tomar la información desde la Escala de Estrés Percibido (EEP10) en su versión en español de Cohen et al. (1983), con recomendación de mejor bondad de ajuste (Ruisoto et al., 2020) y el Cuestionario de Aceptación y Acción en su segunda versión (AAQ-II) a modo de autoinforme, más utilizada para evaluar la inflexibilidad

psicológica (Paladines-Costa et al., 2021); ambos cuestionarios disponen de propiedades psicométricas confiables para ser utilizados en el contexto ecuatoriano.

El instrumento EEP10 dispone de un número de diez ítems, modalidad tipo Likert desde “Nunca” valor a cero y “Muy a menudo” como valor máximo cuatro. Su propiedad estadística de consistencia interna destaca un α de Cronbach de 0.74, y validez factorial en sus dos factores es de 0,89 para ambos según Risoto et al. (2020); se conceptualiza a factor I como “distrés general o percepción de estrés”, el factor II como “capacidad o habilidad de afrontamiento” (Campo-Arias, 2015). A su vez cabe mencionar y resaltar que los autores Risoto et al. (2021) recalcan la correlación positiva con el AAQ-II, instrumento utilizado en esta exploración, con $r=0.683$ ($p < 0.001$) en una muestra de 7905 en estudiantes universitarios ecuatorianos.

Por otra parte, el instrumento AAQ-II, dispone de un cuestionario de 7 ítems adaptado de Ruiz et al. (2013) en su versión española con respuestas tipo escalamiento de Likert, desde “Nunca es verdad” con valor de 1 y “Siempre es verdad” con valor de 7, estadísticamente en la población ecuatoriana dispone de $\alpha=0,919$ de confiabilidad, y es unifactorial; la correlación entre AAQ-II con EPP10 fue de $r=0.676$ ($p < 0.01$) (Paladines- Costa et al., 2021).

En búsqueda de la información relacionada a la variable de temor a COVID19, se dispone de utilizar la escala FCV-19S, validada en el contexto ecuatoriano (Ramírez-Coronel et al., 2020), el cual consta de 7 preguntas tipo Likert desde "totalmente en desacuerdo" con valor de 1 y “muy de acuerdo" con valor de 5. La escala maneja una consistencia interna de $\alpha=0.82$ con adecuada validez aplicativa.

Al realizar esta descripción estadística, se observa que ambos instrumentos fueron utilizados en la misma muestra, para aportar con validez en el contexto ecuatoriano, detallando valores estadísticos aceptables en cada análisis factorial exploratorio y confirmatorio, además de datos estadísticos convergentes y divergentes, que permitieron recopilar información dentro del contexto propuesto a investigar.

Posteriormente dada la aprobación de la viabilidad del estudio a través de las coordinaciones administrativa y médica de la institución, en coordinación con el área de salud y seguridad ocupacional se enviaron documentos pertinentes que detallaron la intencionalidad del estudio:

La recolección se realizó de forma digital, a través del aplicativo Google Forms, respetando la

privacidad y confidencialidad de los datos obtenidos de cada funcionario; cabe mencionar los jefes y líderes de cada servicio fueron los responsables de la difusión e insistencia de respuesta de carácter prioritario, una vez enviado el LINK adjunto hacia el personal bajo a su cargo y completando de esta manera lo requerido en los instrumentos.

LINK: <https://forms.gle/2hjRZQExoCPpEt6f8>

3.4. Consideraciones bioéticas

Partiendo desde la declaración de Helsinki IV en su revisión de Edimburgo en el año 2000 en su apartados numerales referentes a los principios generales esta investigación respeta, acoge, vela y aplica, las obligaciones y cumplimiento de postulados jurídicos internacionales para investigación con seres humanos, al ser llevada a cabo por profesional con formación, calificación científica y principios bioéticos acordes a los intereses, derechos y seguridad de los voluntarios (Winkler & Letelier, 2014).

El código de conducta y los principios éticos de la Asociación Americana de Psicología (APA), reporta en sus Enmiendas del 2010, en el preámbulo de sus apartados en lo que Ocampo-Martínez (2013) expone textualmente así:

Los psicólogos están comprometidos a incrementar su conocimiento científico y profesional sobre la conducta y la comprensión de las personas sobre sí mismas y sobre otros y al uso de ese conocimiento para mejorar las condiciones de los individuos, las organizaciones y la sociedad. Los psicólogos respetan y protegen los derechos humanos y civiles, y la importancia fundamental de la libertad de expresión y de indagación en la investigación, docencia y publicación. Se esfuerzan por ayudar al público a desarrollar juicios y elecciones con información sobre el comportamiento humano (p. 254).

Se sostiene también en el principio de no maleficencia, que evita de manera activa la generación de daño o conflictos de intereses por parte del investigador hacia la integridad psicológica de los participantes, como también de los responsables institucionales, o a su vez a la cultura organizativa, minimizando en lo posible daños, riesgos o perjuicios en el sitio que se ha efectuado el estudio, como lo dice el informe de Belmont y los principios éticos de los psicólogos y código de conducta de la APA, y la declaración de Helsinki, comprendiendo la

obligación ética de garantizar la protección procedimental de los datos personales entregados, respetando la confidencialidad otorgada en el consentimiento informado al acceder en formar parte de este estudio voluntariamente, resguardando el derecho de intimidad (Winkler & Letelier, 2014) y demás apartados que el investigador se acoge dentro del marco legal ecuatoriano citado con antelación.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

4.1. Datos sociodemográficos

Se ha tabulado la información de los datos desde la plataforma de formularios de Google, pasando a una limpieza y generación de base de datos en Excel y los cálculos estadísticos en el utilitario PSPP que es un software libre de la biblioteca científica, cursa su última versión estable 1.6.21 con fecha de julio de 2022.

Tabla 1

Frecuencias por Rangos de Edad

Rangos de Edad	frecuencia	%
20 a 30 años	38	8,4
31 a 40 años	223	49,3
41 a 50 años	119	26,3
51 a 60 años	68	15
Más de 61 años	4	0,9
Total (N=452)		

Tabla 2

Dependencia a la que Pertenecen los Profesionales

Dependencia	frecuencia	%
Personal de salud (funciones administrativas)	35	7,7
Personal administrativo	55	12,2
Persona de salud (funciones operativas)	362	80,1
Total (N=452)		

Como datos demográficos, se obtuvo la participación de 132 hombres representando el 29,2% y 320 mujeres siendo un 70,8% de la muestra; por otro lado, los rangos de edad como se observa en la Tabla 1, dispone de mayor frecuencia de participación entre 31 a 40 años representando el 49,3%. Las dependencias a la que pertenecen y en las que ejecutan labores los profesionales de la institución, se observó que el personal de salud en funciones operativas dispone de mayor frecuencia de participación con 80,1% de total como lo evidencia la Tabla 2.

4.2. Miedo al COVID19

Se realizó una distribución de frecuencias en valores entre 0 a 11 puntos se ubica en una categoría de nivel “Bajo”, de 12 a 24 puntos en nivel “Medio” y de 25 puntos o valores superiores su nivel de temor al COVID19 es “Alto”; se ubican a continuación las frecuencias distribuidas de la investigación, por edad, dependencia y por área o servicio a la que pertenecen.

Tabla 3

Frecuencias de Miedo al COVID19

Nivel de Miedo COVID19	frecuencia	%
Bajo	159	35,2
Medio	260	57,5
Alto	33	7,3
Total (N=452)		

Tabla 4

Miedo al COVID19 Según el Género

Género	Hombre		Mujer		Total	
	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
Nivel FCV19						
Bajo	47	10,4	112	24,8	159	35,2
Medio	74	16,4	186	41,2	260	57,5
Alto	11	2,4	22	4,9	33	7,3
Total (N=452)	132	29,2	320	70,8		

Como se desarrolló en los antecedentes, las condiciones de la pandemia por COVID19 han venido en un curso dinámico constante, con cambios en su magnitud, desde un escenario caótico hacia cierta quiescencia, por esta razón se observa que el miedo al virus de la COVID19, en relación al momento en el que se aplicaron los instrumentos, la pandemia dispuso factores en los que se existía una mayor flexibilización de medidas socio-sanitarias de contingencia para el virus, un reporte de descenso de casos significativo, la inoculación al momento de hasta cuatro dosis de vacuna para la enfermedad, sumada la experiencia adquirida al manejo de la enfermedad por parte de los profesionales de la salud, el descenso en gran volumen de la necesidad de hospitalización de pacientes e inclusive el reporte del curso sintomatológico de la enfermedad en pacientes positivos que disponen de la estrategia de vacunación, ha modificado la presentación y cronificación del cuadro, a su vez disponer de un mayor conocimiento de modalidades de contagio, estrategias de autocuidado, formando parte de factores que determinan que el miedo al COVID19 sea de un nivel moderado (Tabla 3) en la población participante, especificando al género femenino quien dispuso una mayor incidencia de este nivel de temor, como lo encontró en su investigación Cárdenas et al. (2022), sin embargo en el presente estudio, el miedo desmesurado o alto en ambos géneros es de similar manera con valores relativamente mínimos, no mayores al 7% como consta en la tabla 4.

Por su parte entre las edades comprendidas de 31 a 40 años de los participantes, se encontró la presencia de nivel medio de miedo al COVID19 con 26,8% en comparación con todas las categorías de la Tabla 5, cotejándose con la información planteada en el estudio de Cárdenas et al. (2022), que recogió información sociodemográfica en la que justifica que este grupo etario, se encuentre atravesando de forma moderada la experiencia interna de temor al COVID19 en este momento de la pandemia, explicado por factores individualizados añadidos, como condiciones sociofamiliares en la convivencia cotidiana con miembros familiares menores de edad y/o familiares que pertenecen a grupos de riesgo, que ejercen influencia directa de un miedo experimentado a llevarlo a sus casas, como también lo detalló Saltos et al. (2022) mencionado en los antecedentes, al hablar de determinantes disruptivas en las reacciones psicológicas a las que se enfrentan los funcionarios de instituciones en este momento de la crisis.

Además siguiendo este razonamiento, en que los lugares en los que desempeñan sus funciones o las áreas a las que pertenecen dentro del hospital, se pueden catalogar como áreas riesgosas a las que en momentos de inicio y de ese momento de la pandemia convergían en un contacto

estrecho, y se observa en la Figura 1, la evidencia de esta conducta en este grupo en específico, situando a más de 10 participantes en servicios como emergencias adultos, medicina interna en las que fungen actividades de hospitalización, traumatología, UCI, rehabilitación física y quirófano que pertenecen al tipo de personal de salud que realiza funciones operativas como constituye la Tabla 6 dispongan de mayor representatividad en los datos, en concordancia con Sarango-Chillo & Vaca-Quintana (2022) en que asistir de forma cercana y directa a un paciente con sintomatología relacionada a COVID19, genera reacciones de temor; por otro lado la tendencia a que el alto nivel de miedo al COVID19 en todos los servicios sea muy por debajo de 5 participantes, que no representa más del 1% en cada unidad es clara, debido a los factores del contexto pandémico anteriormente descritos.

Tabla 5

Miedo al COVID19 por Edad

Nivel FCV19	Bajo		Medio		Alto		Total	
Edad	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
20 a 30 años	13	2,9	23	5,1	2	0,4	38	8,4
31 a 40 años	86	19,0	121	26,8	16	3,5	223	49,3
41 a 50 años	39	8,6	70	15,5	10	2,2	119	26,3
51 a 60 años	21	4,6	42	9,3	5	1,1	68	15
Más de 61 años	0	0	4	0,9	0	0	4	9,9
Total (N=452)	159	35,2	260	57,5	33	7,3		

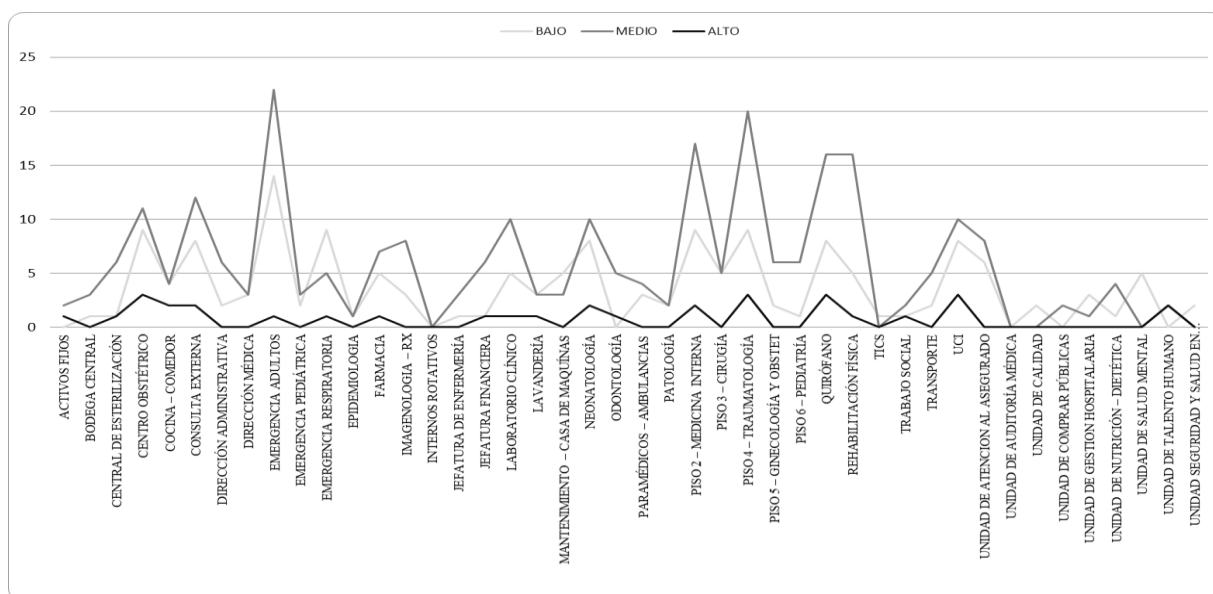
Tabla 6

Miedo al COVID19 por Tipo de Personal

Nivel FCV19	Bajo		Medio		Alto		Total	
Tipo de personal	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Personal de salud (administrativo)	14	3,1	21	4,6	0	0	35	7,7
Personal administrativo	15	3,3	36	8,0	4	0,9	55	12,2
Personal de salud (operativo)	130	28,8	203	44,9	29	6,4	362	80,1
Total (N=452)	159	35,2	260	57,5	33	7,3		

Figura 1

Miedo al COVID19 por Áreas del Hospital



4.3. Estrés Percibido

Se estableció la distribución de frecuencias propuesta por la escala, categorizando en dos subdimensiones de distrés general y capacidad de afrontamiento; aquí cabe recalcar que el autor plantea a que no se sumen ambos factores de la escala para determinar la percepción de estrés total o general en la población, puesto que se ubican comportamientos de experimentación y de afrontamiento a dicha experiencia estresante de forma independiente.

A continuación, las frecuencias distribuidas de la percepción de distrés general en todos los participantes, se observa en la Tabla 7 que el 32,7% en un nivel alto, dispone de algún tipo de reactividad afectiva disruptiva relacionada a su entorno laboral hospitalario en este momento de la pandemia, siendo casi similar este valor de nivel alto en la investigación descrita de Anzules-Guerra et al. (2022) en funcionarios hospitalarios de una ciudad del Ecuador, cabe diferenciar que los instrumentos por el autor mencionado son diferentes en referencia a la futilidad de la investigación que buscaba enfatizar el estrés laboral, mas no una percepción de estrés general como se diferencia en este estudio, a su en otras investigaciones que también se suman al autor propuesto los instrumento utilizados categorizan a los niveles de diferentes puntos de corte, lo que difiere la información sintetizada, siendo de mayor utilidad para el presente estudio y la complejidad de la población los dos niveles que propone cada

subdimensión, como ejemplo en el estudio en Ecuador de Namcela et al. (2022) en que los valores de estrés alto se asemejan con 41% de su población, pero lo categorizan según la cronicidad de dicha experiencia.

Tabla 7

Frecuencias de Distrés General del Instrumento EEP10

Nivel de distrés general	frecuencia	porcentaje
Bajo	304	67,3
Alto	148	32,7
Total (N=452)		

Por otro lado, la distribución de la capacidad de afrontamiento a situaciones de distrés, se obtienen valores por encima del 93%, entendiéndose que los profesionales disponen de estrategias para aminorar las condiciones estresantes al realizar sus labores en este momento de la pandemia, se podría considerar que 29 personas disponen de una problemática de percepción de estrés sin capacidad de afrontarlo.

Tabla 8

Frecuencias del Nivel de Capacidad de Afrontamiento del Instrumento EEP10

Nivel de capacidad de afrontamiento	frecuencia	porcentaje
Alto	423	93,6
Bajo	29	6,4
Total (N=452)		

Sin embargo al intentar explicar el constructo de estrés percibido, conlleva cierta conceptualización en relación a un contexto específico, pues no existe una definición gold estándar como criterio de referencia universalmente aceptado (Campo-Arias et al., 2009), el contexto en el desarrollo de la actual investigación en contraparte de los estudios mencionados en los antecedentes se observa la dimensión de capacidad de afrontamiento con niveles altos en profesionales de la salud, respondiendo a multifactores como edad, preparación académica,

experiencia y áreas de desempeño entre otros, diferenciando en que el género femenino se lleva la mayor incidencia de distrés general Tabla 9, pero en ambos géneros dispone de adecuados resultados porcentuales por debajo de 4% en dificultades de la capacidad de afrontar al estrés según la Tabla 10.

Tabla 9

Nivel de Distrés General del Instrumento EEP10 Según el Género

Nivel de distrés general		Bajo		Alto		Total	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Género	Masculino	88	19,5	44	9,7	132	29,2
	Femenino	216	47,8	104	23,0	320	70,8
Total (N=452)		304	67,3	148	32,7		

Tabla 10

Nivel de Capacidad de Afrontamiento del Instrumento EEP10 Según el Género

Nivel de capacidad afrontamiento		Alto		Bajo		Total	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Género	Masculino	122	27,0	10	2,2	132	29,2
	Femenino	301	66,6	19	4,2	320	70,8
Total (N=452)		423	93,6	29	6,4		

En tanto a los grupos divididos por rangos de edad sobre el distrés general y capacidad de afrontamiento, se observa que los funcionarios en edades comprendidas entre 31 a 40 años son quienes perciben los factores estresores con un 18% de frecuencia y disponen de estrategias con un 46%. para aminorar dicha percepción. En este mismo grupo de rango de edades, se ubican con mayor frecuencia las personas que no disponen de un nivel bajo de capacidad para afrontar esa percepción de estrés, como lo detalla la Tabla 12, que son personas mayores de 61 años. Se puede cotejar esta información obtenida con la comparativa semejante a la investigación de Namcela et al. (2022) en la que personas mayores de 56 años en adelante, disponen de bajos niveles de estrés 12% o no lo perciben 23%, siendo en el presente estudio el

12% de participantes que dispone de bajos niveles de percepción de distrés general de manera similar como lo dice la Tabla 11.

Siguiendo el desarrollo de las categorías de esta variable, no se exponen estudios que hablen sobre la capacidad de afrontamiento categorizada a manera de niveles en población hospitalaria, pero sí en estudiantes durante otro momento de la pandemia según Velasco Yáñez et al. (2021) en población estudiantil con valores relativamente bajos en esta subdimensión, a diferencia de este estudio en que se encontró que, quienes tienen edades entre 31 a 40 años según la Tabla 12, son capaces de aminorar los embates que genera una reacción afectiva estresante, se infiere a que estos niveles sean acaecidos por los niveles de preparación académica, las funciones de operatividad dentro la institución y la modalidad de priorización de resolución de dificultades como estrategias que disponen el control individual para ubicar las cosas importantes para el desarrollo vital en comparación del laboral, pues es notorio que el personal que realiza funciones administrativas pues existen valores sin cambios significativos en la Tabla 13 entre los diferentes grupos pues este comportamiento está presente en gran parte de los funcionarios indistinto de la función que realicen; por otro lado la capacidad de afrontamiento, se observan porcentajes llamativos en un nivel bajo en quienes realizan funciones operativas con un 4,6%, no se observan diferencias significativas entre los otros grupos.

Tabla 11

Nivel de Distrés General del Instrumento EEP10 Según la Edad

Nivel de distrés general	Bajo		Alto		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Rangos de Edad						
20 a 30 años	29	6,4	9	2	38	8,4
31 a 40 años	140	31	83	18,4	223	49,3
41 a 50 años	80	17,7	39	8,6	119	26,3
51 a 60 años	53	11,7	15	3,3	68	15,0
Más de 61 años	2	0,4	2	0,4	4	0,9
Total (N=452)	304	67,3	148	32,7		

Tabla 12*Nivel de Capacidad de Afrontamiento del Instrumento EEP10 Según la Edad*

Nivel de capacidad afrontamiento	Alto		Bajo		Total	
Rangos de Edad	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
20 a 30 años	33	7,3	5	1,1	38	8,4
31 a 40 años	208	46,0	15	3,3	223	49,3
41 a 50 años	112	24,8	7	1,5	119	26,3
51 a 60 años	66	14,6	2	0,4	68	15,0
Más de 61 años	4	0,9	0	0	4	0,9
Total (N=452)	423	93,6	29	6,4		

Tabla 13*Nivel de Distrés General del Instrumento EEP10 por Tipo de Personal*

Nivel de distrés general	Bajo		Alto		Total	
Tipo de personal	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Personal de salud (administrativo)	25	5,5	10	2,2	35	7,7
Personal administrativo	34	7,5	21	4,6	55	12,2
Personal de salud (operativo)	245	54,2	117	25,9	362	80,1
Total (N=452)	304	67,3	148	32,7		

Tabla 14*Nivel de Capacidad de Afrontamiento del Instrumento EEP10 por Tipo de Personal*

Nivel de capacidad afrontamiento	Bajo		Alto		Total	
Tipo de personal	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Personal de salud (administrativo)	33	7,3	2	0,4	35	7,7
Personal administrativo	49	10,8	6	1,3	55	12,2
Personal de salud (operativo)	341	75,4	21	4,6	362	80,1
Total (N=452)	423	93,6	29	6,4		

Figura 2

Frecuencia de Distrés General del Instrumento EEP10 por Áreas del Hospital

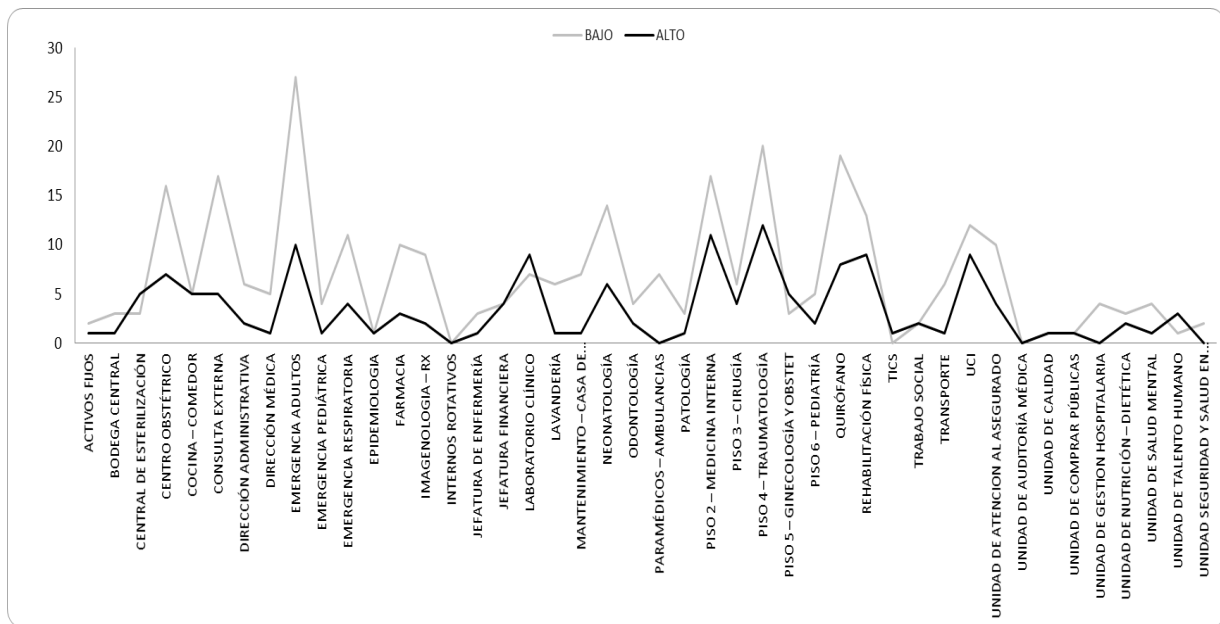
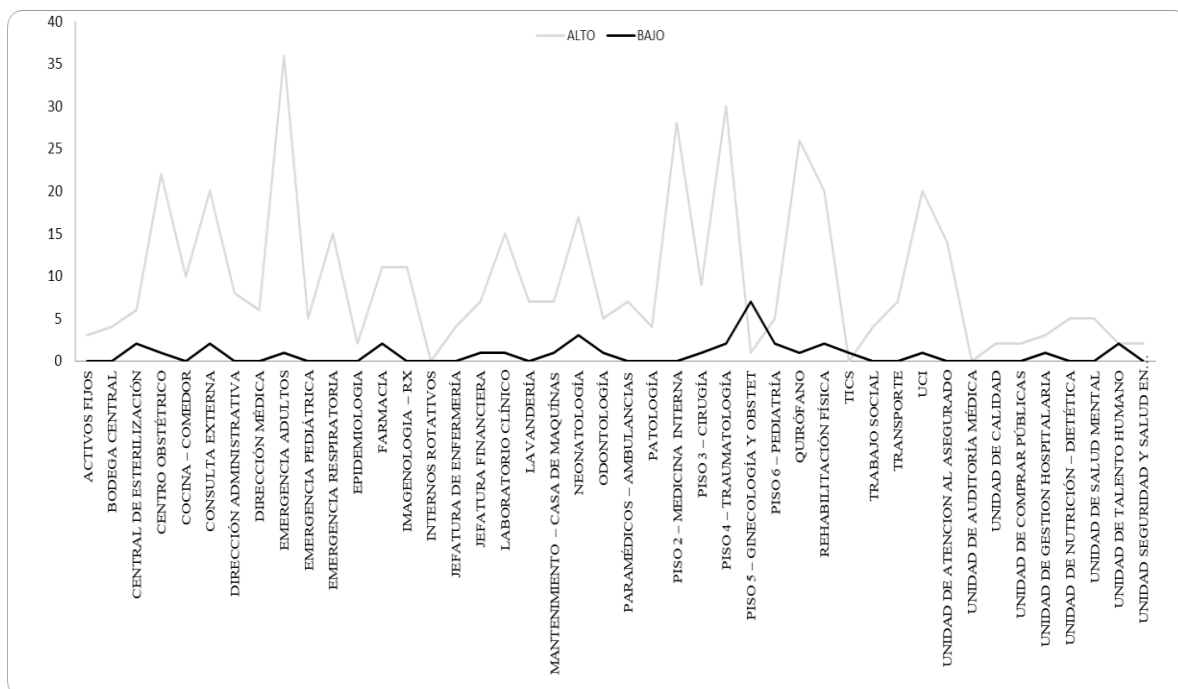


Figura 3

Frecuencia de Capacidad de Afrontamiento del Instrumento EEP10 por Áreas del Hospital



La percepción de distrés general se observó en unidades de emergencias de adultos, medicina interna y traumatología, en este caso proveen servicios de hospitalización, por otro lado

laboratorio clínico y rehabilitación física, con un número superior desde 9 funcionarios, coincidiendo en áreas del hospital similares en que dispone de reactividad afectiva en este caso estresante, sin embargo la capacidad de afrontamiento entre estas unidades es adecuado a comparación de los funcionarios que pertenecen y desarrollan sus funciones en ginecología, obstetricia y neonatología que prestan servicios de hospitalización, disponen de bajo nivel de capacidad de afrontamiento, respondiendo a lo estudiado en estrés laboral pandémico en estos servicios por Huaman (2021), en que encontró situaciones de agotamiento emocional, despersonalización es decir sin adecuado acercamiento a los pacientes con afectos y conductas disruptivas, y encontró trabajo en equipo fraccionado, que respondería ante la dificultad de afrontamiento ante el estrés en el presente estudio recalcando la adecuada capacidad de afrontamiento en el resto de unidades que conforma el hospital.

4.4. Evitación Experiencial

Se ha interpretado los resultados propuesta por la calificación de la escala, categorizando en una dimensión relacionada a presencia de inflexibilidad psicológica con valores igual o superiores a 28 puntos, en donde se encontró que un 12,8% de los participantes en la Tabla 5 dispone de un comportamiento de inflexibilidad psicológica con tendencia a la evitación de experiencias durante el desempeño de sus actividades en la institución.

Tabla 15

Nivel de Evitación Experiencial del Instrumento AAQ-II

Evitación experiencial	frecuencia	porcentaje
Conservado	394	87,2
Inflexibilidad psicológica	58	12,8
Total (N=452)		

En relación con el género, dentro del hospital, la conducta de inflexibilidad psicológica como estrategia de evitación experiencial, ubican valores similares que no sobrepasan el 6,6% entre ambos géneros, conducta que se refleja de forma análoga en el estudio de Cadena-Povea et al. (2022), siendo que el impacto generado de la experimentación de afectos al enfrentar la crisis pandémica de manera directa en ambas poblaciones no se diferencian entre sí, como

evidenciaron los autores propuestos al discutir existiría una diferencia de género en evitación experiencial, pero ambos estudios concuerdan en que no se diferencia pues esta similitud respondería a que las condiciones psicosociales y laborales, sean las relativamente parecidas en tanto a las modalidades de intervención, contingencia y exposición directa al virus, además se suma que el tipo de profesionales mayormente de esta conducta son el tipo operativo como consta un 10,6% de la Tabla 18. A su vez se muestra una frecuencia de respuestas con una mayor distribución de puntajes altos desde la Tabla 17 en el grupo de 31 a 40 años con un 7,7%, también se observa una participación minimante significativa en el grupo de 41 a 50 años, respondiendo a factores descritos sobre el miedo al COVID19 que ubican a estos grupos y sus condiciones sociofamiliares ante la evitación experiencial.

Tabla 16

Nivel de Evitación Experiencial del Instrumento AAQ-II por Género

Nivel de evitación experiencial	Conservado		Inflexibilidad		Total	
Género	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Masculino	104	23,0	28	6,2	132	29,2
Femenino	290	64,3	30	6,6	320	70,8
Total (N=452)	394	87,2	58	12,8		

Tabla 17

Nivel de Evitación Experiencial del Instrumento AAQ-II por Edad

Nivel de evitación experiencial	Conservado		Inflexibilidad		Total	
Rango de edad	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
20 a 30 años	32	7,1	6	1,3	38	8,4
31 a 40 años	188	41,6	35	7,7	223	49,3
41 a 50 años	106	23,5	13	2,9	119	26,3
51 a 60 años	64	14,2	4	0,9	68	15,0
Más de 61 años	4	0,9	0	0	4	9,0
Total (N=452)	394	87,2	58	12,8		

Tabla 18

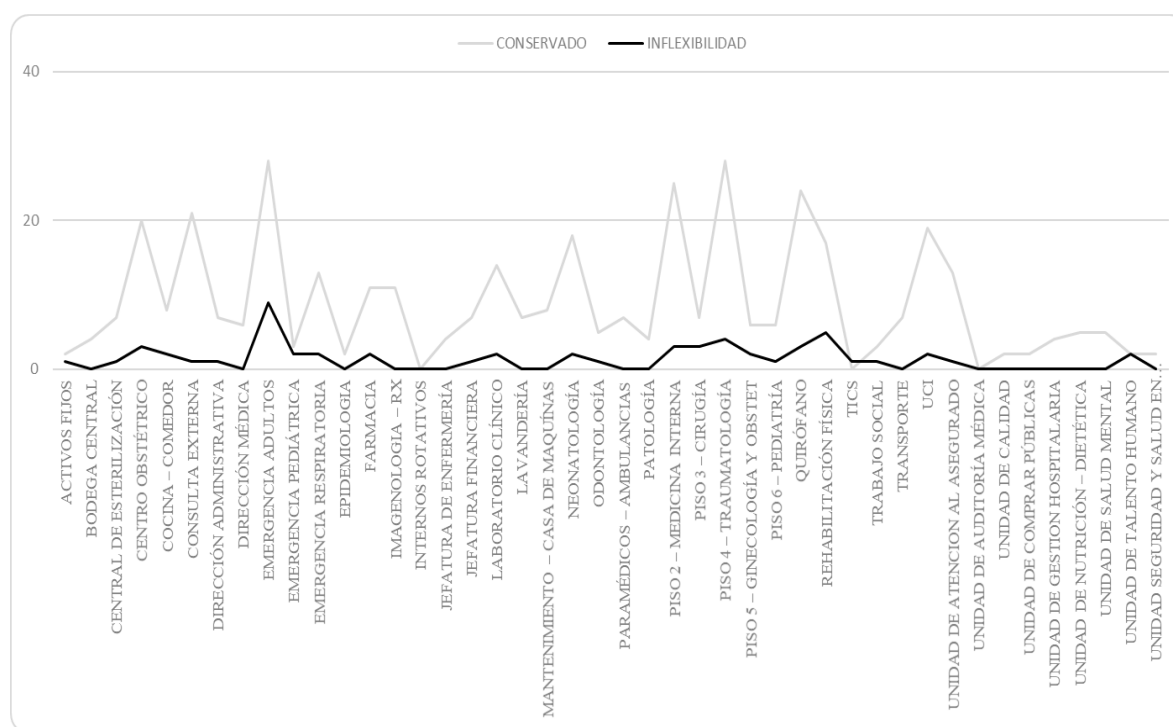
Nivel de Evitación Experiencial del Instrumento AAQ-II por el Tipo de Personal

Nivel de evitación experiencial	Conservado		Inflexibilidad		Total	
Tipo de personal	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Personal de salud (administrativo)	34	7,5	1	0,2	35	7,7
Personal administrativo	46	10,2	9	2,0	55	12,2
Personal de salud (operativo)	314	69,5	48	10,6	362	80,1
Total (N=452)	394	95,2	58	12,8		

En cuanto a la Figura 4 de las áreas del hospital, existe una mayor incidencia similar en el área de emergencias adultos y rehabilitación física como se observó en las variables anteriores con mayor número de funcionarios este caso con evitación experiencial, se entendería a una sobrecarga en emergencia representada por exigencias en actividades que suman afectos disruptivos al ser personal de primera línea como lo comentaron Cadena-Povea et al. (2022).

Figura 4

Nivel de Evitación Experiencial del Instrumento AAQ-II por Áreas del Hospital



4.5. Correlaciones de variables

Al realizar la correlación estadística de Pearson recomendada en Hernández-Sampieri et al. (2014) en la que se compara dos escalas de Likert, las variables propuestas se contrastan, entre todas las variables con un nivel de confianza del 95%, es decir un 5% de probabilidad de error, con el utilitario informático PSPP-Versión 3-2007; se añade los intervalos propuestos por Pérez-Tejada (2008) para cualificar la magnitud del coeficiente de correlación.

Tabla 19

Matriz de correlación de Pearson

Correlación <i>r</i> - Pearson	1	2	3	4
1. FCV-19	-	0.413 _a	0.159 _a	0.437 _a
2. EEP10 – dg	0,413 _a	-	0.384 _a	0.686 _a
3. EEP10 – c.af	0.159 _a	0.384 _a	-	0.349 _a
4. AAQ-II	0.437 _a	0.686 _a	0.349 _a	-

Nota. EEP10 – dg: Distrés General; EEP10 – c.af: Capacidad de afrontamiento

a = Significatividad a nivel 0,05

En primera instancia entre la subdimensión de distrés general de la escala de estrés percibido EEP10, y el miedo al COVID9 con una sola dimensión, se encuentra una significatividad correlacional débilmente positiva, mientras que para la capacidad de afrontamiento como segundo factor de la escala EEP10 entre la escala FCV-19 se observa una correlación positiva muy débil.

Mientras tanto a la correlación entre el miedo al COVID19 y evitación experiencial de AAQ-II, de un solo factor dimensional, se asocia también de forma positiva débil, es decir que se asocia en tanto a mayor miedo al COVID19, mayor evitación experiencial.

Respecto a las variables con mayor fuerza de asociación encontramos a la evitación experiencial y la percepción de distrés general, en comparación con la capacidad de afrontamiento, que establece una correlación positiva moderada.

Hernández-Sampieri et al. (2014) también propone calcular el porcentaje de la variación de una variable debido a la variación de la otra variable y viceversa al elevar los valores de Pearson al cuadrado, en otras palabras, busca establecer en cuanto explica o determina una variable la variación de la otra, lo que se denomina varianza compartida Tabla 20; siendo aquí una explicación en que la conducta de evitación experiencial se dispone con un 47% en la percepción de distrés general; o en que el distrés general explica el 47% de evitación experiencial en la población; se debe acotar que la correlación de variables no explica causalidad entre ellas.

Tabla 20

Varianza Compartida entre Variables

Varianza Compartida (r^2)	1	2	3	4
1. FCV-19	-	0.17	0.02	0.19
2. EEP10 – dg	0.17	-	0.14	0.47
3. EEP10 – c.af	0.02	0.14	-	0.12
4. AAQ-II	0.19	0.47	0.12	-

Nota. EEP10 – dg: Distrés General; EEP10 – c.af: Capacidad de afrontamiento

Debido a ello se acepta como hipótesis alternativa, las correlaciones investigadas entre cada variable al ser y disponer de una probabilidad de error estadístico del 5%, confirmando la existencia de asociación positiva entre el miedo, la percepción de estrés y evitación experiencial.

A razón de que los valores de correlación entre EEP10 y AAQ-II, son muy similares y reflejan coherencia con los estudios de estandarización y validez de ambas escalas al contexto ecuatoriano, en Ruisoto et al. (2020) con $r=0.683$ y $r=0.676$ para Paladines-Costa et al. (2021), en una población más numerosa de participantes universitarios, la presente investigación obtuvo una correlación de $r=0.686$ de las escalas mencionadas, sin embargo, en la presente investigación se recalca una mayor importancia al saber que las reacciones de estrés devinieron de población sanitaria.

Se obtuvieron por lo general en mayor parte valores correlacionales en la asociación de las variables con un coeficiente de relación positiva débil o bajo, que para Morales-Vallejo (2011),

textualmente expone que esta situación “*puede ser la punta del iceberg*”, al tener cálculos estadísticamente significativos bajos, en los que la realidad podría ser más exhaustiva esta correlación con mayores resultados, en este caso se encuentra la correlación entre la dimensión de capacidad de afrontamiento del EEP10 entre miedo al COVID19 y la evitación experiencial del AAQ-II; en los que limitaría las respuestas obtenidas una cuantificación más a fondo en circunstancias óptimas, según el autor dependiendo de factores desempeño como la rapidez al responder, cansancio o falta de interés; para este autor valores absolutos de forma apreciable son a partir de 0.30 y baja desde 0.20.

En consecuencia, la mayoría de asociación de variables demuestra este comportamiento perteneciendo, explicando y destacando un comportamiento de miedo durante la pandemia, además de percepción de estrés, expresado en evitación de dicha experiencia, evidenciado en los factores de varianza compartida.

Por ello se mantiene la sugerencia de varios autores de que la escala EEP10 al disponer de dos factores independientes, que se comportan y se interpretan de forma distinta según las características de cada población (Campo-Arias et al., 2009), y las propiedades psicométricas en la correlación de ambos factores en el estudio de Campo-Arias et al. (2015) su asociación es negativa baja con $r=-0.224$, a diferencia del presente estudio con una correlación positiva igualmente baja con $r=0.384$ en la dimensión de capacidad de afrontamiento, evitando la suma de ambas dimensiones para catalogar una mayor percepción de estrés en la población.

Por último, que las variables dispongan de una fuerte asociación entre sus desempeños psicométricos no es sugerible que establezca causalidad entre el apareamiento de cada reacción de comportamiento como secuencia de la otra según Hernández-Sampieri et al. (2014).

Al ser una investigación transeccional, los datos tomados en esta situación pandémica, han permitido describir de forma adecuada los niveles entre cada categoría de las variables analizadas, además que la población al ser autoseleccionada, todos los funcionarios hospitalarios fueron invitados a ser parte de este estudio con la misma probabilidad de participación, se ha determinado adecuadamente el propósito central del estudio sobre la realidad emocional que viven los funcionarios al enfrentarse a un virus, que en la actualidad se van adquiriendo las estrategias de afrontamiento de forma contundente como se evidencio en los resultados de la escala EEP10.

El método de acercamiento hacia los participantes y adquisición de la información a través de formas digitales también aminora tiempos de respuesta, simplifica procedimientos, salvaguarda información confidencial y enlaza de alguna forma a la posibilidad de vinculación a servicios asistenciales con toma de decisiones a priori, al existir resultados mayormente significativos.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Las herramientas psicométricas utilizadas y propuestas en la presente investigación fueron idóneas para alcanzar los objetivos planteados y han permitido ubicar las necesidades y realidades afectivas de la institución.

La metodología de recolección de información y posterior tabulación fue efectiva y práctica, facilitando el análisis y evaluación de los principales factores que influyen en la salud mental y los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos los funcionarios.

Los instrumentos utilizados han sido de adecuada confiabilidad y validez en población ecuatoriana, respondiendo a los objetivos de la actual investigación, adaptándose a las necesidades de la institución, facilitando la planificación e implementación de actividades correctivas y preventivas.

La evidencia demostró que el 57% de los trabajadores presentan un nivel medio o moderado de miedo al COVID19, un porcentaje considerable de niveles altos en percepción de estrés con un 32%, buena capacidad de afrontamiento a esa percepción de estrés superior al 92% y un porcentaje discreto con 12% de evitación experiencial en los participantes.

El miedo al COVID-19 se ubica dentro de los factores a ser tomados en cuenta en el comportamiento de los funcionarios pues un poco más de la mitad de los participantes, reflejaron aun cursar con dificultades en la interacción interpersonal, cuando la pandemia cambia las propiedades de su contexto dinámico.

Se describe que los participantes disponen de un nivel alto en referencia a las acciones que disponen intrínsecamente para hacer frente a los factores que influyen en la percepción de estrés durante el desempeño de sus actividades en este momento de la pandemia.

La participación de mayor frecuencia en resultados obtenidos es de género femenino, edades comprendidas entre 30 a 40 años, desempeñando funciones operativas sanitarias, la llamada

primera línea con mayores factores añadidos de su situación laboral, además del contexto de pandemia que podrían influir en la percepción de estrés.

La evitación experiencial está presente como factor influyente y determinante en porcentajes bajos en la población sanitaria al realizar labores en la actualidad de la pandemia.

Todas las variables del comportamiento estudiadas en esta investigación se asocian y correlacionan de forma positiva de forma débil a moderada.

La asociación de las variables no es causal entre sí, responden a contextos multifactoriales en la población sanitaria.

Del total de los funcionarios investigados una tercera parte de la población representó puntajes significativos en los instrumentos, estimando una necesidad de enlace a algún tipo de servicio de salud mental preventiva o de intervención.

5.2. Recomendaciones

Según los resultados obtenidos mediante la tabulación se evidenció un desorden en los colaboradores con respecto al cargo, funciones y dependencias a las que pertenecen, recomendando una revisión global tanto de la estructura organizativa, con el propósito de delimitar y tener claridad en la funcionalidad y pertenencia a cada servicio.

Se recomienda disponer de un esquema anual continuo que evalúe las variables de salud mental, debido a la cantidad de funcionarios que pertenecen a la institución y de esta manera poder contrastar los cambios en las reacciones afectivas en relación con la actual pandemia y la ejecución de labores sanitarias.

Es necesario que los resultados obtenidos en la evaluación sean comunicados tanto lo positivo como lo negativo, en primera instancia a las autoridades institucionales, posterior a los integrantes del comité de seguridad y salud de la institución y además funcionarios de jerarquía superior, para que de esta manera se pueda tener la participación y compromiso a nivel transversal.

Se recomienda se proponga la implementación de una guía de acciones correctivas y preventivas, con relación a la base a los datos de las reacciones afectivas de los funcionarios

en curso de la pandemia y sus labores dentro de la institución.

Es imprescindible potenciar temáticas relacionadas a riesgos psicosociales y de salud mental en el campo ocupacional, pues se busca mitigar estos factores que representan riesgos, insatisfacción y desfavorabilidad en el momento de desempeñar labores de los funcionarios en el campo de la salud.

Se recomienda la implementación de estrategias de abordaje psicoterapéutico en funcionarios que presentaron puntajes significativos en la investigación, desde el modelo de Terapia y Aceptación y Compromiso, que ha demostrado ser de mayor efectividad en casos transdiagnóstico de evitación experiencial, manteniendo un seguimiento constante e individualizado a mediano plazo con objetivos de subsanar su salud mental que posiblemente se encuentre en desmejora.

En la siguiente investigación se recomienda implementar, que además de los instrumentos utilizados, se ubique también un sondeo que desglose las modalidades de estrategias de afrontamiento al estrés percibido por los funcionarios, además de cuestionarios que pormenoricen los riesgos psicosociales multifactoriales a que los funcionarios están expuestos.

Se recomienda informar a los funcionarios que participaron en la presente investigación, pueden de forma voluntaria desear a sus resultados específicos, como establecen los derechos de la normativa en seguridad y salud ocupacional en el Ecuador.

REFERENCIAS

- Acosta, A. (2020). El coronavirus en los tiempos del Ecuador. *Análisis Carolina*.
https://doi.org/10.33960/ac_23.2020
- Acuerdo Ministerial No. MDT-2017-0135 Instructivo para el Cumplimiento de las Obligaciones de Empleadores, Resolución (2017, 20 de octubre) (Ecuador). *Registro Oficial*, (104). <https://n9.cl/78dsy>
- Aguado Martín, J. I., Bátiz Cano, A. & Quintana Pérez, S. (2013). El estrés en personal sanitario hospitalario: estado actual. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(231), 259-275. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2013000200006>
- Almeida, P. (2016). *Inclusión del protocolo de exposición prolongada en la terapia Dialéctica Conductual para el tratamiento de Evitación Experiencial en el Trastorno Limítrofe de la Personalidad* [BachelorThesis]. Universidad San Francisco de Quito.
- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). *The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. [Escala de Miedo al COVID19: desarrollo y validación inicial]* *International journal of mental health and addiction*, 1-9.
- Anzules-Guerra, J., Milian-Hernández, E., Delgado-Saldarriaga, L., García, A., & Zambrano, M. (2022). Caracterización del burnout en médicos del Hospital Provincial de Portoviejo, Manabí, Ecuador, durante la pandemia. *Revista Peruana de Investigación en Salud*, 6(1), 17-22.
- Araújo, A. A. C. (2021). *Miedo experimentado por profesionales de salud en la pandemia por COVID-19 e implicaciones para la salud mental | Cruz Araújo | Revista Cubana de Enfermería*. <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3971>

- Asamblea Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador. En A. Constituyente, Constitución de la República del Ecuador. Montecristi.
- Ávila, L. Y. S. (2021). *Bioseguridad en la pandemia COVID-19: Estudio cualitativo sobre la praxis de enfermería en Ecuador 2020 | Salvatierra Ávila | Boletín de Malariología y Salud Ambiental*. <https://n9.cl/kt4ffp>
- Barrio, J. A., Ruiz, M. R. & Arce, A. (2006). *El estrés como respuesta*. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832311003>
- Belda, C. (2020). *¿Qué es la flexibilidad psicológica y por qué te interesa cultivarla?* Plenum. <https://n9.cl/w4sy7>
- Bocarejo, D. & Ojeda, D. (2016). Violence and conservation: Beyond unintended consequences and unfortunate coincidences. [Violencia y conservación: más allá de las consecuencias no deseadas y las desafortunadas coincidencias] *Geoforum*, 69, 176-183. <https://doi.org/10.1016/j.geoforum.2015.11.001>
- Bustíos, M. (2021). *Adaptación de la escala de estrés percibido (EEP-10) en usuarios de una clínica ocupacional en Lima*. <https://n9.cl/dqc1f>
- Cadena-Povea, H. R., Arias, P. R., Pérez, J. F. S., Salguero, W. S. Y., & Tarapués, M. L. R. (2022). COVID-19: La evitación experiencial como predictor de hostilidad en los equipos de primera respuesta. *Revista Ecuatoriana de Psicología*, 5(11), 18-27.
- Campo-Arias, A., Bustos-Leiton, G. J. & Romero-Chaparro, A. (2009). Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia. *Aquichan*, 9(3), 271-280. <https://doi.org/10.5294/1525>

- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C. & Herazo, E. (2015). Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(3), 407-413. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43735>
- Cárdenas Ortega, Edison, Candia-Cid, Jessica, & Álvarez-Bayas, Tania. (2022). Factores asociados a malestar psicológico durante la pandemia de COVID-19 en personal de salud de un hospital público de Ecuador. *Gaceta Médica Espirituana*, 24(3), 2419. <https://n9.cl/4lto0>
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. [Una medida global del estrés percibido]. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Comunidad Andina. Decisión del Acuerdo de Cartagena 584, Norma Internacional (2004, 7 de mayo). *Registro Oficial*, (464). <https://n9.cl/0cssx>
- Cozzo, G., Reich, M. (2016). Estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en personal sanitario asistencial. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*.8(1). <https://n9.cl/k8s2o>
- Cruz, J. I., Ortega, R. M. A. & Chávez, C. Z. I. (2017). *Duelo. Tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT)* (1.a ed.). Editorial El Manual Moderno.
- Díaz Tejada, O. P. (2021). Estrés laboral y trabajo en equipo por la Pandemia COVID-19 en el Hospital Básico de Ventanas–Ecuador, 2021.
- Flores Díaz, J. C. (2021). Estrés, ansiedad y depresión durante y Post-pandemia COVID-19 en Trabajadores: El Caso Ecuatoriano. *Gestión de la seguridad y la salud en el trabajo*, 2(2), 17-21. <https://doi.org/10.15765/gsst.v2i2.2107>

- Garcés, H. S. (2021). *Repositorio Digital: Condiciones laborales del personal administrativo de la Universidad Central del Ecuador que se acogió al régimen de teletrabajo emergente implantado por la pandemia del COVID-19*.
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/24704>
- García García, P., Jiménez Martínez, A. A., García, L. H., Gracia Castillo, G. N., Cano Fajardo, L. E. & Abeldaño Zúñiga, R. A. (2020). *Estrés laboral en enfermeras de un hospital público de la zona fronteriza de México, en el contexto de la pandemia covid-19 / Revista de Salud Pública*. <https://n9.cl/6r5lb>
- García, J. M., Luciano, C. M., Hernández, M. & Zaldívar, F. (2004). Aplicación de la terapia de aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16(1), 117-124.
- Gil, R., Bitar, P., Deza, C., Dreyse, J., Florenzano, M., Ibarra, C., Jorquera, J., Melo, J., Olivi, H., Parada, M. T., Rodríguez, J. C. & Undurraga, L. (2021). Cuadro Clínico del COVID-19. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(1), 20-29.
<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.11.004>
- Gil-Fortoul, D. (2021). Impacto psicológico de la pandemia: análisis temático de experiencias emocionales en Ecuador. *CienciAmérica*, 10(1), 111-123.
<https://doi.org/10.33210/ca.v10i1.362>
- Guevara, C. (2022). *¿Por qué cuidar la salud mental es sostenible? Misión Sostenible*.
<https://n9.cl/89jotm>
- Gurumendi, J. A. (2020). *Conducta evitativa y su repercusión en la relación con pares en un adulto en tiempos de pandemia*. Babahoyo: UTB.
<http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8967>

- Hayes, S. C. & Fernández, A. M. (2021). *Una mente liberada: La guía esencial de la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Ediciones Culturales Paidós S. A. De C. V.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. & Wilson, K. (2015). *Terapia de Aceptación y Compromiso (Biblioteca de Psicología)*. Desclée De Brouwer.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follert, V., Strosahl, K. (1996). *Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. [Evitación experiencial y trastornos del comportamiento: un enfoque dimensional funcional para el diagnóstico y el tratamiento]* Journal of Consulting and Clinical Psychology. 64(6). 1152-1168. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación (6.a ed.)*. McGraw-Hill Education.
- Huaman Ayala, E. (2021). Estrés laboral y trabajo en equipo del personal en el servicio de obstetricia del hospital sub regional de Andahuaylas, en el contexto de pandemia por COVID-19, periodo 2020.
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Reglamento Del Seguro General De Riesgos del Trabajo, Resolución del Consejo Directivo del IESS 513 (2016, 12 de julio) (Ecuador). *Registro Oficial*, (632 (Edición Especial)). <https://n9.cl/bfasy>
- León, J. R. & Vaca, L. (2021). El COVID-19 en el Ecuador, una mirada desde el enfoque de la gestión de Riesgos. *Geopauta*, 5(1), 26-37. <https://doi.org/10.22481/rg.v5i1.8173>
- León-Quismondo, L., Lahera, G. & López-Ríos, F. (2014). Terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 725-740. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352014000400006>

Ley Orgánica del Servicio Público, Ley Orgánica (2010) (Ecuador). *Registro Oficial*, (294).

<https://www.gob.ec/regulaciones/ley-organica-servicio-publico>

Llerena, I. S. (2022). *Visibilización de condiciones de trabajo del personal de salud en Ecuador en tiempos de pandemia*. Redalyc.org. <https://n9.cl/09fi0>

López Capilla, J. (2022). Revisión bibliográfica de la aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en individuos con ideación suicida. *Repositorio de Trabajos Académicos de la Universidad de Jaén*. <https://hdl.handle.net/10953.1/17535>

López-López, A., Pérez, L. T., Gutiérrez, J. L. G., Pompa, B. M. & Fernández, M. A. (2020). Reducción de la procrastinación académica mediante la Terapia de Aceptación y Compromiso: un estudio piloto. *Clínica Contemporánea*, 11(1). <https://doi.org/10.5093/cc2020a3>

Luciano, C. & Cabello, F. (2001). Trastorno de duelo y terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y modificación de conducta*.

Luciano, C., Gutiérrez, O. & Rodríguez, M. (2005). Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 37(2), 333-358. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80537208>

Luciano, M. C. & Valdivia, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 79-91.

Martínez, H. H. (2021). *Miedo y COVID-19 ¿Afecta del mismo modo a los estudiantes de los diferentes grados de Ciencias de la Salud?*. <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/49788>

- Monterrosa-Castro, A., Dávila-Ruiz, R., Mejía-Mantilla, A., Contreras-Saldarriaga, J., Mercado-Lara, M. & Florez-Monterrosa, C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*, 23(2), 195-213. <https://doi.org/10.29375/01237047.3890>
- Morales-Vallejo, P. (2011). *Guía para construir cuestionarios y escalas de actitudes*. <https://n9.cl/409he>
- Namcela, S. D. R. P., Chiriboga, J. S. L., López, I. M. F., Serrano, A. C. B., & Sigüenza, A. G. A. (2022). Evaluación de estrés, ansiedad y depresión en Ecuador durante la pandemia de COVID-19. *La Ciencia al Servicio de la Salud*, 13(1), 13-25.
- Ocampo Martínez. (2013). *Bioética y psicología clínica: reflexiones*. Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC, 58(4), 253-259.
- Onofre Pérez, L. M. (2021). *Influencia del estrés laboral en el desempeño laboral del personal de la Dirección de Talento Humano del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas, Quito*. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/8191>
- Ortiz, M. (2020). *Relaciones internacionales y virtualidad. Ecuador en el marco de la pandemia mundial de la COVID-19: una mirada desde la psicología social*. Revista del Grupo de Investigación en Comunidad y Salud. 5(2). 101-113. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7674981>
- 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. [Propiedades Psicométricas y Estructura Factorial de la Versión en Español del Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II) en Ecuador.] *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 18(2944). <https://doi.org/10.3390/ijerph18062944>

- Parra, M. & Carrera, E. (2020). Evolución de la COVID-19 en Ecuador. *Investigación y Desarrollo*, 13(1), 27. <https://doi.org/10.31243/id.v13.2020.1002>
- Pasqualini, D. C. (2013). Stress y resiliencia: Hans Selye y el encuentro de las dos culturas | *Medicina (Buenos Aires)*;73(5): 504-505, oct. 2013. | LILACS. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-708543>
- Patrón-Espinosa, F. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 5-19. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29213133001>
- Patrón-Espinosa, F. (2013). La evitación experiencial como dimensión funcional de los trastornos de depresión, ansiedad y psicóticos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* 5(1). 85-95. <https://doi.org/10.5460/jbhsi.v5.1.38728>
- Pérez, A. & García, M. (2019). Análisis e intervención en un caso de evitación experiencial. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 7(1), 2-19. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7323081.pdf>
- Pérez, P., Noroña, D., & Vega, V. (2021). *Repercusión SARS-CoV-2 en salud mental y bienestar psicológico del personal Centro de Salud Huambalo 2020*. *Revista Científica*, 6(19), 243-262. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2021.6.19.12.243-262>
- Pérez-Tejada, H. (2008). *Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y de la salud (3a ed.)* [PDF]. México. Cengage Learning. <https://n9.cl/py8ch>
- Peraza, C. (2020). *Salud laboral frente a la pandemia del COVID-19 en Ecuador*. *Medisur*. 18(3). <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4713>

- Puma, Y. A. (2020). Estrés durante la pandemia en enfermeros que laboran primera línea en un hospital COVID-19 en Lima. *Ágora Revista Científica*, 7(2), 107-113. <https://doi.org/10.21679/arc.v7i2.178>
- Rada, M., Jiménez, A., Duran, A. (2020). *Percepción de estrés y resiliencia durante la primera fase de distanciamiento social por COVID-19, Mérida-Venezuela 2020*. GICOS, 5(2), 34-47. <http://erevistas.saber.ula.ve/gicos>
- Ramírez Coronel, A. A., Martínez Suárez, P. C., Pogyo Morocho, G. L., Estrella González, M. D. L. A., Mesa Cano, I. C., Minchala Urgilés, R. E., & Abad Martínez, N. I. (2020). Evaluación psicométrica e intervención de enfermería frente al miedo a COVID-19. *Archivos Venezolanos de farmacología y terapéutica*, 39(5), 660-666.
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93. <https://doi.org/10.1017/s1138741600006004>
- Rey, C. (2004). La Terapia de aceptación y compromiso ACT: sus aplicaciones y principales fundamentos conceptuales y metodológicos. *Suma Psicológica*, 11(2), 267-284. <https://doi.org/10.14349/sumapsi2004.83>
- Ribero-Marulanda, S. & Agudelo-Colorado, L. (2016). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos de evitación experiencial. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 29-46. <https://doi.org/10.12804/apl34.1.2016.03>
- Rodríguez, M. G. A., Baltazar, R. G., Meza, C. N., Cortés, S. G. & Aldrete, J. P. (2017). *Factores psicosociales y estrés en personal de enfermería de un hospital público de tercer nivel de atención*. <https://n9.cl/149e4>

- Ruisoto, P., López-Guerra, V., Paladines, M., Vaca, S., 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>
- Ruiz, F., Langer, A., Luciano, C., Cangas, A., Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire – II [Medición de la evitación experiencial y la rigidez psicológica: La traducción al español del Cuestionario de Aceptación y Acción – II]. *Psicothema*, 25(1), 123-129. doi:10.7334/psicothema2011.239
- Ruiz, G. P. I. (2020). *Evolución de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en Ecuador / La Ciencia al Servicio de la Salud*. <https://n9.cl/zfais>
- Sacoto, F. (2021). Reflexiones sobre el COVID-19 en Ecuador: la salud pública y el Sistema Nacional de Salud. *Mundos Plurales - Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública*, 8(1), 57-64. <https://doi.org/10.17141/mundosplurales.2.2020.4849>
- Saltos, I., Villalobos, M., Valle, M., Mier, G. & Silva, G. (2022). Liderazgo de enfermería en el contexto de la pandemia en Ecuador. *Horizonte de enfermería*, 33(1), 5-18. https://doi.org/10.7764/horiz_enferm.33.1.5-18
- Santamaria, C. (2020), Evitación experiencial en el contexto de la contingencia sanitaria por COVID-19. *Salud UIS*. 52(4). <https://n9.cl/xvbtt>
- Sarango-Chillo, B. E., & Vaca-Quintana, D. F. (2022). Miedo a la COVID-19 y Ansiedad Generalizada en Profesionales de Salud de un Hospital Militar del Ecuador. *Veritas & Research*, 4(2), 137-146.
- Selye, H. (1978). *The stress of life [El estrés de la vida]* (Rev. Ed). McGraw-Hill.

- Valencia, P. (2018). El cuestionario breve de evitación experiencial: ¿Una alternativa viable al AAQ-II?. *Pensando en psicología*, 14(24). doi: <https://doi.org/10.16925/pe.v14i24.2412>
- Valiente-Barroso, C., Sáiz-Obeso, J., Valiente-Barroso, B., Lombraña-Ruiz, R. & Martínez, M. (2021). Inflexibilidad psicológica gestionada por profesionales sanitarios durante el estado de alarma vinculado al COVID-19. *Apuntes de Psicología*, 38(3), 149-158. <https://hdl.handle.net/11441/128912>
- Vargas, L. & Ramirez, R. (2012). *Terapia de aceptación y compromiso: descripción general de una aproximación con énfasis en los valores personales*. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15328800009>
- Vaucher-Rivero, A. (2020). *Ataque al personal de la salud durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica*. Redalyc.org. <https://n9.cl/77khy>
- Velasco Yanez, R. J., Cunalema Fernández, J. A., Franco Coffre, J. A., & Vargas Aguilar, G. M. (2021). Estrés percibido asociado a la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Bol. malariol. salud ambient*, 38-46
- Winkler Müller, M. I. & Letelier Soto, A. (2014). ¿Una misma deontología para distintas ciencias?: Revisión de pautas nacionales e internacionales en ética de la investigación científica. *Acta bioethica*, 20(1), 81-91. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2014000100009>

ANEXOS

A. Escala de estrés Percibido – EEP10

Escala de Estrés Percibido (EEP10)

Las preguntas en esta escala hacen relación a sus sentimientos y pensamientos EN SU SITUACIÓN ACTUAL. En cada caso, en una escala del CERO (0) al CUATRO (4), por favor elija la opción correspondiente cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

1) EEP10 *
En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?

	0	1	2	3	4			
	NUNCA	CASI NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A MENUDO	MUY A MENUDO			
	0	1	2	3	4	5	6	7
NUNCA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	MUY A MENUDO

2) EEP10 *
En el último mes, ¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?

	0	1	2	3	4
	NUNCA	CASI NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A MENUDO	MUY A MENUDO
	0	1	2	3	4
NUNCA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	MUY A MENUDO

3) EEP10 *

En el último mes, ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?

0	1	2	3	4		
NUNCA	CASI NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A MENUDO	MUY A MENUDO		
	0	1	2	3	4	
NUNCA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	MUY A MENUDO

4) EEP10 -y *

En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?

0	1	2	3	4		
NUNCA	CASI NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A MENUDO	MUY A MENUDO		
	0	1	2	3	4	
NUNCA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	MUY A MENUDO

5) EEP10 - y *

En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?

0	1	2	3	4		
NUNCA	CASI NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A MENUDO	MUY A MENUDO		
	0	1	2	3	4	
NUNCA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	MUY A MENUDO

6) EEP10 *

En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?

0	1	2	3	4		
NUNCA	CASI NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A MENUDO	MUY A MENUDO		
	0	1	2	3	4	
NUNCA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	MUY A MENUDO

7) EEP10 -y *

En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?

0	1	2	3	4		
NUNCA	CASI NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A MENUDO	MUY A MENUDO		
	0	1	2	3	4	
NUNCA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	MUY A MENUDO

8) EEP10 -y *

En el último mes, ¿Con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?

0	1	2	3	4		
NUNCA	CASI NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A MENUDO	MUY A MENUDO		
	0	1	2	3	4	
NUNCA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	MUY A MENUDO

9) EEP10 *

En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?

0	1	2	3	4		
NUNCA	CASI NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A MENUDO	MUY A MENUDO		
	0	1	2	3	4	
NUNCA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	MUY A MENUDO

10) EEP10 *

En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?

0	1	2	3	4		
NUNCA	CASI NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A MENUDO	MUY A MENUDO		
	0	1	2	3	4	
NUNCA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	MUY A MENUDO

B. Cuestionario acción y aceptación (AAQ-II)

Cuestionario acción y aceptación (AAQ-II)

Las preguntas en esta escala hacen relación a sus sentimientos y pensamientos EN REFERENCIA A SU SITUACIÓN ACTUAL. En cada caso, en una escala del UNO (1) al SIETE (7), por favor elija la opción correspondiente cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

1) AAQ *
 Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría

1	2	3	4	5	6	7		
Completamente falso	Rara vez cierto	Algunas veces cierto	A veces cierto	Frecuentemente cierto	Casi siempre cierto	Completamente cierto		
		1	2	3	4	5	6	7
Completamente falso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente cierto

2) AAQ *
 Tengo miedo de mis sentimientos

1	2	3	4	5	6	7		
Completamente falso	Rara vez cierto	Algunas veces cierto	A veces cierto	Frecuentemente cierto	Casi siempre cierto	Completamente cierto		
		1	2	3	4	5	6	7
Completamente falso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente cierto

3) AAQ *

Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos



1 2 3 4 5 6 7

Completamente falso Completamente cierto

4) AAQ *

Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena



1 2 3 4 5 6 7

Completamente falso Completamente cierto

5) AAQ *

Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida

1	→	2	→	3	→	4	→	5	→	6	→	7
Completamente falso		Rara vez cierto		Algunas veces cierto		A veces cierto		Frecuentemente cierto		Casi siempre cierto		Completamente cierto
		1	2	3	4	5	6	7				
Completamente falso		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		Completamente cierto

6) AAQ *

Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo

1	→	2	→	3	→	4	→	5	→	6	→	7
Completamente falso		Rara vez cierto		Algunas veces cierto		A veces cierto		Frecuentemente cierto		Casi siempre cierto		Completamente cierto
		1	2	3	4	5	6	7				
Completamente falso		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		Completamente cierto

7) AAQ *

Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir

1	→	2	→	3	→	4	→	5	→	6	→	7
Completamente falso		Rara vez cierto		Algunas veces cierto		A veces cierto		Frecuentemente cierto		Casi siempre cierto		Completamente cierto
		1	2	3	4	5	6	7				
Completamente falso		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		Completamente cierto

C. Escala Miedo al COVID19 (FCV-19)

Escala temor por COVID19 (FCV-19S)

Las preguntas en esta escala hacen relación a sus sentimientos y pensamientos EN REFERENCIA AL CONTEXTO DE COVID19. En cada caso, en una escala del UNO (1) al CINCO (5), por favor elija la opción correspondiente cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

1) FCV *
Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19)

1	2	3	4	5	
Frecuentemente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Frecuentemente de acuerdo	
		1 2 3 4 5			
Frecuentemente en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Frecuentemente de acuerdo

2) FCV *
Pensar en el coronavirus (COVID19) me pone incómodo/a

1	2	3	4	5	
Frecuentemente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Frecuentemente de acuerdo	
		1 2 3 4 5			
Frecuentemente en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Frecuentemente de acuerdo

3) FCV *

Cuando pienso en el coronavirus (COVID19) me transpiran las manos

1 → 2 → 3 → 4 → 5

Frecuentemente en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Frecuentemente de acuerdo

1 2 3 4 5

Frecuentemente en desacuerdo Frecuentemente de acuerdo

4) FCV *

Tengo miedo de perder mi vida por coronavirus (COVID19)

1 → 2 → 3 → 4 → 5

Frecuentemente en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Frecuentemente de acuerdo

1 2 3 4 5

Frecuentemente en desacuerdo Frecuentemente de acuerdo

5) FCV *

Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID19) en las redes sociales, me pongo nervioso/a o ansioso/a

1 → 2 → 3 → 4 → 5 →

Frecuentemente en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Frecuentemente de acuerdo

1 2 3 4 5

Frecuentemente en desacuerdo Frecuentemente de acuerdo

6) FCV *

No puedo dormir porque me preocupa contagiarme de coronavirus (COVID19)

1 → 2 → 3 → 4 → 5 →

Frecuentemente en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Frecuentemente de acuerdo

1 2 3 4 5

Frecuentemente en desacuerdo Frecuentemente de acuerdo

7) FCV *

Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme de coronavirus (COVID19)

1 → 2 → 3 → 4 → 5 →

Frecuentemente en desacuerdo En desacuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Frecuentemente de acuerdo

1 2 3 4 5

Frecuentemente en desacuerdo Frecuentemente de acuerdo