



FACULTAD DE POSGRADOS

MAESTRÍA EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

**CONDICIONES LABORALES Y SOCIODEMOGRÁFICAS COMO FACTORES
DE RIESGO PARA PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN
PROFESIONALES SANITARIOS Y OPERATIVOS DE UN CENTRO MÉDICO
TIPO B EN QUITO-ECUADOR: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL,
ANALÍTICO, TRANSVERSAL.**

Profesor

Dra. Bernarda Espinoza Castro

Autor (es)

**Ing. Víctor Jhalmar Pérez Prado
Dra. Irene Carolina Tinillo Hernández**

2022

RESUMEN

Una buena salud mental significa saber adaptarse al estrés, un adecuado rendimiento en el trabajo y con la sociedad. Las condiciones laborales influyen en el desempeño laboral; existe evidencia de que varias condiciones laborales a las que se enfrentan trabajadores de la salud no son las ideales. El objetivo general de este estudio fue determinar la asociación entre las condiciones de trabajo, las condiciones sociodemográficas y los diferentes tipos de violencia laboral percibida con la ansiedad, depresión y estrés en los trabajadores, para lo cual, se realizó un estudio de corte transversal entre 131 trabajadores (médicos, personal administrativo y operativo) pertenecientes a un centro de salud tipo B, se utilizó cuestionarios verificados y adaptados, las encuestas fueron impresas y distribuidas a los trabajadores en el sitio de trabajo. Los resultados mostraron que existe una mayor prevalencia de ansiedad 41,40%, seguida de estrés 31,30% y depresión con 30,01%; la regresión logística mostró los siguientes resultados significativos, Ansiedad: trabajadores administrativos/ operativos mostraron 2,41 veces más posibilidades de presentar ansiedad que los médicos/odontólogos; los trabajadores de turnos nocturnos y rotativos 2,98 veces más que los trabajadores diurnos. Estrés: los trabajadores que han sufrido violencia verbal en el trabajo tuvieron 3,48 veces más posibilidades de presentar estrés que los que no han sufrido violencia verbal. Si bien los valores de ansiedad, depresión y estrés encontrados en el estudio no son alarmantes, se presentó varias recomendaciones puntuales, con la intención de mejorar la salud de los trabajadores.

Palabras clave: prevalencia, ansiedad, depresión, estrés, regresión logística.

ABSTRACT

Good mental health means knowing how to adapt to stress, adequate performance at work and compliance with society guidelines. Working conditions certainly influence job performance since there is evidence that several working conditions faced by health workers are not necessarily ideal. The general objective of this study is to determine the association between working conditions, sociodemographic conditions and the different types of workplace violence perceived by anxiety, depression and employee stress, for which a cross-sectional study was carried out among 131 workers (doctors, administrative and operational staff) belonging to a type B health center where verified and adapted questionnaires were used. The surveys were printed and distributed to employees in the workplace. The results showed that there is a higher prevalence of anxiety- 41.40%, followed by stress levels—31.30% and depression by 30.01%. On the other hand, logistic regression revealed the following significant results: Anxiety—administrative/operative workers were 2.41 times more likely to develop anxiety than doctors/dentists. Furthermore, night and rotating shift workers are 2.98 times more likely to develop anxiety levels than day workers. Stress: workers who have suffered verbal violence at work were 3.48 times more likely to experience stress than those who had not suffered verbal violence before. Although anxiety, depression and stress prevalence values found in the study are not alarming, several specific recommendations were presented, with the intention of improving employee's health.

Key words: prevalence, anxiety, depression, stress, logistic regression

ÍNDICE DEL CONTENIDO

CONTENTS

1.	RESUMEN.....	2
2.	ABSTRACT.....	3
3.	INTRODUCCIÓN.....	6
4.	JUSTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA	13
5.	RESULTADOS	15
6.	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y PROPUESTA DE SOLUCIÓN	23
7.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	27
8.	Referencias.....	29

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Características sociodemográficas, laborales y violencia de los trabajadores sanitarios y operativos en el centro de salud tipo B en la ciudad de Quito acorde al género (n=131).....</i>	15
Tabla 2 <i>Prevalencia de ansiedad, depresión y estrés en personal sanitario y operativo de un centro de salud tipo B de la ciudad de Quito de acuerdo a condiciones sociodemográficas, laborales y violencia (n=131).....</i>	18
Tabla 3 <i>Resultados de los modelos de regresión logística cruda y ajustada de la prevalencia de ansiedad y estrés en trabajadores sanitarios y operativos en el centro de salud tipo B en la ciudad de Quito.....</i>	21

INTRODUCCIÓN

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental del individuo. Según la Organización Mundial de la Salud, salud mental se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2017, p. 100). Adicionalmente, la OMS menciona que tener una salud mental adecuada equivale a tener una respuesta apta al estrés normal de la vida, así como un rendimiento productivo laboral y con la comunidad (OMS, 2017). El valor de la salud en los seres humanos es imprescindible ya que existen características y factores personales y sociales que actúan de manera favorable o perjudicial en ella, por lo tanto, es necesario investigarlos para la creación de políticas, programas y estrategias que promuevan y promuevan la salud (Matud et al., 2009).

De acuerdo al Reporte Mundial de la Salud (2001), los trastornos mentales han aumentado considerablemente en las últimas décadas, situándose dentro de las patologías que informan mayores tasas de morbilidad y disminución de años de vida saludables por discapacidad o muerte prematura, por lo tanto, la depresión está catalogada como un factor fundamental de discapacidad a nivel mundial y se vincula con trastornos de ansiedad. Además, señala que el mayor número de estos trastornos se sitúan en personas entre 15 y 44 años, lo cual sugiere que están afectando a la población económicamente activa o teóricamente trabajadora.

Algunos factores de riesgo laboral como el estrés y la falta de satisfacción laboral se basaron en las demandas laborales que pueden ser sociales, organizativas, psicológicas y físicas (Schaufeli y Bakker, 2004) y en los recursos laborales como el rendimiento laboral, metas laborales, crecimiento y desarrollo laboral de los empleados (Bakker y Demerouti, 2007). Las exigencias en el puesto de trabajo fueron condiciones que los empleados debieron afrontar mediante su esfuerzo físico, psicológico y social (Demerouti et al., 2001) pero también estuvieron asociadas a otro tipo de demandas como la violencia laboral que pudieron tener resultados desfavorables en los trabajadores y la empresa (van Woerkom et al., 2016). Por lo tanto, cuando las demandas laborales se sumaron con la violencia, pudieron constituir un peligro para el bienestar del trabajador y su salud mental (van Woerkom et al., 2016). El resultado final de esta asociación pudo dar lugar a efectos nocivos en la salud del personal sanitario como estrés laboral (Pariona et al., 2020). El 41% de los trabajadores sanitarios también experimentaron depresión y ansiedad (Trabajo Seguro Australia, 2015).

Un adecuado desempeño laboral se relaciona con óptimas condiciones laborales, sin embargo, existen revisiones sistemáticas internacionales donde se evidencia que los profesionales de salud estuvieron expuestos a condiciones laborales precarias como largas jornadas de trabajo que llegan hasta las 16

horas diarias en promedio, altas exigencias, realización de tareas bajo presión, horarios de trabajo variables, aumento de responsabilidades, lo que conlleva a la existencia de depresión, ansiedad, angustia e insomnio (Troglio da Silva y Rolim, 2021).

No podemos dejar de lado la crisis sanitaria global causada por el COVID 19 que contribuyó al aumento de posibles síntomas de ansiedad en los profesionales sanitarios, la depresión causada por medidas de distanciamiento impuestas, el exceso de información alarmante, el afrontamiento de la muerte de varios pacientes, la angustia por incertidumbre de contagiarse o contagiar a la familia, preocupación por los compañeros de trabajo, ser víctimas de rechazo por atender a pacientes contagiados y limitación de su autocuidado por falta de tiempo (Troglio da Silva y Rolim, 2021).

En relación a las condiciones laborales de acuerdo al género, se ha concluido en metaanálisis internacionales que entre profesionales de la salud, las enfermeras tuvieron niveles de ansiedad estadísticamente significativos más altos ($p=0,048$) debido al alto riesgo de contagio de enfermedades por contacto con un gran número de pacientes y largas jornadas de trabajo (Troglio da Silva y Rolim, 2021), además del cumplimiento del rol de género y la conciliación de la vida laboral y familiar, en donde la situación particular de cada profesional cambia debido a la amplitud de su familia y al cuidado de hijos pequeños (Vanhaecht et al., 2021).

Según Garcés et al., (2016) en un estudio realizado en el Hospital Carlos Andrade Marín en Ecuador, encontró que las condiciones laborales de las enfermeras/os es un aspecto sensible; debido a que las decisiones de no ubicar a los profesionales de enfermería en puestos de trabajo acorde a su especialidad y formación mencionada por el 28,6 % de los entrevistados, la alta intensidad de la jornada de trabajo mencionada por el 83,2 % del personal, pudieron considerarse condiciones laborales no óptimas y podrían repercutir significativamente en la calidad del servicio a los pacientes y en el bienestar general de este grupo de profesionales de la salud. Estos hallazgos en las condiciones laborales en personal sanitario en el Ecuador indicaron que aún hay margen de mejora en cuanto a las condiciones laborales a implementarse en el sector de la salud.

Durante el tiempo que se ha extendido la emergencia sanitaria provocada por el COVID-19 en el Ecuador, según Bustamante (2020) los sistemas hospitalarios carecen de procesos de prevención, esto provoca que actualmente en el país existan dos realidades; profesionales de la salud que enferman por problemas de bioseguridad y profesionales que tienen pánico al contagio. Estas condiciones no son las adecuadas para los trabajadores e interfieren en su desempeño y la toma de decisiones, incluso podrían generar en una posible renuncia a sus trabajos. Debido a esto, se planifican horarios extenuantes que pueden desencadenar en el aumento de la tensión y estrés en los trabajadores, afectándolos a nivel profesional y familiar. Además, menciona que la salud física y la salud mental de los trabajadores sanitarios deben tratarse con la misma

seriedad, sin embargo, muchas veces esta última no es considerada dentro de los protocolos en las unidades médicas.

Según el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, “se habla de violencia laboral cuando el personal de un centro de trabajo sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su actividad laboral, que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud (física y/o psíquica)” (INSST, 2021, p.1). La Organización Internacional del Trabajo define al acoso sexual como “una conducta no deseada de naturaleza sexual en el lugar de trabajo, que hace que la persona se sienta ofendida, humillada y/o intimidada” (OIT, 2012, p.1).

En un estudio realizado por Jones (1985) y Gates, Fitzwater, Meyer (1999), se dio a conocer un incremento en la violencia hacia los profesionales sanitarios. En un estudio realizado por Astrom et al (2002) la violencia física fue del 76%. Mientras que en un estudio realizado por Franz et al (2010), la violencia verbal fue del 96.7%. Según un estudio realizado en Eslovenia, el 35.5% de los profesionales sanitarios sufrieron acoso sexual en los últimos 12 meses (Gabrovec y Eržen, 2016). Dentro de este grupo, el personal de enfermería tuvo mayor riesgo de experimentar el comportamiento violento por parte de los pacientes (Clements et al., 2005). Según la Oficina Australiana de Estadística (2013), el 65% de las enfermeras fueron víctimas de violencia laboral. El 35% al 80% de los trabajadores sanitarios fueron víctimas de violencia física en su lugar de trabajo (Clements et al., 2005).

Los datos indicaron 6.1 lesiones por cada 10.000 profesionales de la salud, sin embargo, se estimó que su número sea mayor por la falta de notificación (Gates, Gillespie, Succop, 2011). Además, el 70% de los casos de violencia no fueron conocidos porque los profesionales de la salud no los denunciaron (Stokowski, 2014). En un estudio sueco, el 85% de los profesionales de salud sufrieron violencia en el trabajo durante los años de su carrera y 57% experimentaron violencia en el último año (Soares, Lawoko, Nolan, 2000). Resultados similares se encontraron en un estudio en Eslovenia, en donde el 92.6% sufrieron un acto agresivo de violencia verbal y el 84,2% un acto agresivo de violencia física en el último año (Gabrovec, Eržen, Lobnikar, 2014).

Combatir la violencia en el trabajo constituye un verdadero reto para los profesionales de la salud. Algunos de los sentimientos que experimentaron son la impotencia, la tristeza, ira e inseguridad (Astrom et al., 2002). En el estudio realizado en Eslovenia, el miedo ($M \pm DE = 3,5 \pm 1,29$), la inseguridad ($M \pm DE = 3,41 \pm 1,13$), la impotencia, la falta de entrenamiento, la ira ($M \pm DE = 1,92 \pm 1,01$), la desesperación, la vulnerabilidad ($M \pm DE = 3,52 \pm 1,29$), la falta de empatía por parte de los compañeros de trabajo y de los superiores ($M \pm DE = 1,93 \pm 0,99$) fueron algunos sentimientos que experimentaron los profesionales sanitarios (Gabrovec y Eržen, 2016).

En un estudio realizado en servicios de emergencia en establecimientos de salud públicos y privados en Chile, Paravic y Burgos (2018) encontraron que con

frecuencia la violencia física es el tipo de violencia más notable, pero tiene mayor prevalencia el abuso verbal. Además, encontraron que existieron diferencias estadísticamente significativas en la muestra total y en establecimientos públicos con respecto a la percepción de violencia física en trabajadores de menor rango de edad; en cuanto a el abuso verbal, tuvo diferencias significativas, siendo mayor en mujeres que en hombres.

“La ansiedad es una reacción emocional normal ante situaciones amenazantes para el individuo” (Chacón et al, 2021). Se estimó que los trastornos de ansiedad fueron el segundo trastorno mental más incapacitante en la mayoría de los países de la región de las Américas (OMS, OPS, 2018). La existencia de diferencias en salud mental entre mujeres y hombres fue un área controversial, pero de gran interés científico y aplicado en otras áreas. Cuando se analizó las categorías diagnósticas que recogió los síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo en el DSM-IV, se tuvo una perspectiva adecuada acerca de la salud mental de las mujeres que permite constatar la observación diferencial de diagnósticos clínicos entre los sexos y la relación que existe entre el rol de género y la sintomatología. Respecto a los trastornos de ansiedad como angustia, ansiedad generalizada y agorafobia, como los distintos tipos de fobia- excepto la social, su presencia en mujeres fue mayor al 30% (Martínez, 2003).

Según datos epidemiológicos de trastornos de ansiedad, se mencionó que este trastorno tiene mayor prevalencia en mujeres, aproximadamente del 50 al 60 por ciento de los casos se sitúan en el sexo femenino. En un estudio realizado en China en donde se utilizó la Escala de autoevaluación para la ansiedad (SAS), se estableció que el personal de enfermería de sexo femenino presentó mayor ansiedad, y las estadísticas fueron significativas con un valor de ($P < 0,05$) (Huang et al., 2020). Otro estudio realizado en Latinoamérica corroboró este resultado, refiriendo que los profesionales de enfermería del sexo femenino tuvieron puntajes estadísticamente más altos para presentar ansiedad ($p=0.004$), depresión ($p=0.001$), estrés ($p=0.000$), insomnio ($p=0.001$) y fatiga relacionados con la naturaleza de su trabajo ($p=0.044$) que conllevó a mayor exposición y permanencia con los pacientes (Samaniego et al., 2020). Leal et al., 2010 mencionaron que sólo un tercio de la población que padece ansiedad acudió a solicitar ayuda médica, por lo tanto, no se conoce si la parte de la población que no buscó ayuda profesional, fueron en su mayoría hombres; adicionalmente, según Stein y Hollander (2010) las mujeres corren más riesgo de padecer trastornos de ansiedad que los varones; los mecanismos psicobiológicos y socioculturales de esta predisposición merecieron un mayor análisis.

En el estudio realizado en los Estados Unidos por Mc lean et al., (2011) se investigó la influencia de factores de género en los niveles de ansiedad en hombres y mujeres; encontró que los trastornos en hombres y mujeres no difirieron significativamente con la edad, lo que sugirió que las mujeres tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad a lo largo de la vida. Por lo tanto, desde una perspectiva del desarrollo, hombres y mujeres parecen seguir una trayectoria parecida en cuanto a la aparición de los trastornos de ansiedad, pero las mujeres asumen esta trayectoria a un ritmo significativamente mayor.

Existen varios estudios que establecieron el vínculo entre violencia en el trabajo y ansiedad (Pariona et al.,2020). En un estudio realizado, se encontró que, de 850 enfermeras, el 50% sufrió violencia en los últimos 12 meses, la clase más común de violencia fue la verbal con el 39.2% y la asociación entre violencia laboral y ansiedad fue del 49.4% (Cheung y Yip, 2017).

Hasta lo que se conoce, existen limitados estudios en Ecuador acerca de problemas de salud mental asociado a condiciones laborales y violencia en el trabajo en profesionales de la salud; a pesar de que los trastornos de ansiedad están entre las cinco primeras causas de morbilidad en el país. Además, las estadísticas mostraron que los trastornos de ansiedad representaron el 16% de los motivos de consulta en las áreas de salud en el Ecuador (MAIS, 2021).

“La depresión se caracteriza por una tristeza persistente y una pérdida de interés en actividades que los individuos normalmente disfrutaban, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias durante al menos 2 semanas” (OMS, 2016, p.1). Varios estudios realizados, establecieron asociación entre violencia en el trabajo y depresión (Pariona et al.,2020). En un estudio realizado en China, el 71.2% de las enfermeras y médicos tuvieron depresión relacionada con violencia física laboral (Fang et al., 2018). Por otro lado, un estudio en Taiwán corroboró este resultado, estableciendo la violencia laboral como un factor de riesgo para depresión en enfermeras (46.5%) (Hsieh et al., 2016). Cuando se habla de salud mental, un estudio realizado en Australia concluyó que los costos asociados a depresión en el lugar de trabajo fueron de 12.600 dólares (Sanderson et al.,2007).

Un estudio enfocado en evaluar las posibles relaciones entre violencia y el estrés laboral en un centro médico ubicado en Perú por Esquivas (2019) realizó un análisis de significancia en el que se consideraron 4 grados de libertad y con un nivel de significancia de 0,00 entonces se obtuvo que el valor $\chi^2_{0,95} = 9,4877 > 8,433$, con nivel de significancia de $0,000 < 0,005$ y, por lo tanto, concluyó que existe una relación estadísticamente significativa entre la violencia laboral y el nivel de estrés de los trabajadores del centro de salud. Un estudio en Australia demostró que, de 5000 trabajadores, el 25% tuvo bajas laborales cada año por estrés laboral (Comisión Australiana de Derechos Humanos, 2010). Por todo lo descrito, revisar e implementar programas que mejoren la salud mental del personal sanitario servirá para incrementar el beneficio personal, económico y social de una organización y sus empleados (Sociedad Australiana de Psicología, 2011).

El estudio realizado en un hospital público en Santiago de Chile por (Ansoleaga, Castillo-Carniglia, 2011) menciona que existe una menor proporción de evidencia de información que relacione el estrés laboral y la salud en trabajadores no clínicos pertenecientes a instituciones de salud y que esta problemática se debe a distintas razones, entre las que se teoriza que las funciones que desempeñan este tipo de trabajadores poseen un estatus laboral y reconocimiento social inferior en el contexto sanitario y, en consecuencia,

permanecen invisibilizados para los investigadores; extrapolando esta realidad a el contexto Ecuatoriano, se ha hecho pertinente y necesaria la inclusión de los trabajadores no clínicos dentro de la presente investigación.

Ante la prevalencia diferencial de los trastornos psicológicos es urgente plantear diagnósticos diferenciales que incluyan variables biológicas, psicológicas y sociales, es por esta razón que, nuestro estudio se desarrolló en un centro médico tipo B, prestador externo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), en donde se evaluó la asociación que existe entre las condiciones laborales, sociodemográficas y de salud y violencia laboral y los posibles síntomas de ansiedad, depresión y estrés con respecto al género en trabajadores sanitarios y operativos.

La presente investigación surgió de la necesidad de estudiar como las condiciones laborales, sociodemográficas y de salud y la violencia laboral se asocian con los posibles síntomas de ansiedad, depresión y estrés de acuerdo al género, con el propósito de encontrar patrones que permitan identificar una manera adecuada en que la salud mental de los trabajadores deba ser monitoreada, por otro lado, el presente estudio pretendió sentar las bases para que la salud mental sea equiparada a la salud física, siendo esta última, la que la sociedad considera de mayor importancia.

Se conoce que los factores psicológicos, ambientales y conductuales influyen en las distintas esferas de la salud. La investigación se llevó a cabo con la finalidad de mejorar las condiciones de salud de los trabajadores sanitarios y operativos, el estudio realizado por González et al., (2008), indicó que la necesidad de predecir la salud mental es importante para el desarrollo de un sistema de salud basado en la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de los estados de bienestar y salud óptimos en la población.

Esta investigación tuvo como propósito evaluar el estado afectivo emocional de los trabajadores sanitarios y no sanitarios de un centro de salud tipo B; su objetivo principal fue determinar la asociación que existe entre las condiciones laborales, condiciones sociodemográficas y los distintos tipos de violencia laboral percibida con los estados afectivos emocionales (ansiedad, depresión y estrés) en los trabajadores sanitarios y no sanitarios. Teniendo como objetivos específicos: (1) establecer la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés asociados a condiciones laborales y violencia laboral percibida en los trabajadores sanitarios y no sanitarios, (2) señalar si los factores culturales y sociodemográficos influyen en los niveles de ansiedad, depresión y estrés de los trabajadores del centro de salud, (3) proponer alternativas viables que ayuden a disminuir los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en los trabajadores sanitarios y operativos. Por último, el estudio buscó generar y proporcionar información validada que será de utilidad para toda la población, además, y debido a la falta de investigación en cuanto a relación de las condiciones sociodemográficas, laborales y de salud y la violencia laboral con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés de acuerdo al género en los trabajadores sanitarios y operativos, la presente investigación buscó ser el punto de partida

para que se realicen investigaciones futuras que ayuden a profundizar un tema muy importante a nivel del sector salud y a nivel social.

APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA

Participantes y muestra:

El estudio fue de tipo epidemiológico, observacional, de corte transversal. Se incluyeron a 131 participantes, residentes en Quito y trabajadores de un centro de salud tipo B, ubicado en la parroquia de Calderón. Los participantes incluyeron: médicos generales, familiares, pediatras, ginecólogos, ecografistas, psicólogos, odontólogos, enfermeras, auxiliares, triage, esterilización, farmacia, administrativos, limpieza, seguridad, bodega y mantenimiento. Se incluyó al personal con contrato de trabajo fijo y temporal y sin contrato. Los criterios de exclusión fueron: personal con diagnóstico previo de problemas psicológicos y personal que no deseó participar en la investigación. Los participantes aceptaron un consentimiento informado antes de la aplicación de la encuesta impresa. Para mantener el anonimato y la confidencialidad de los datos, llenaron un código único que consistió en la inicial del primer nombre, inicial del primer apellido y año de nacimiento.

Instrumentos y recolección de la muestra:

Para la recolección de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia simple. Los datos se recolectaron en mayo del 2022. Se aplicó una encuesta que incluyó 38 preguntas de cuestionarios previamente validados y utilizados en estudios a nivel mundial. Para evaluar los síntomas de depresión, ansiedad y estrés se utilizó el cuestionario de Escala DASS-21 que recoge síntomas de miedo, activación autonómica, ansiedad situacional y experiencia subjetiva de afecto ansioso (Román et al., 2016). Además, se utilizó la Encuesta "Condiciones de trabajo y salud en Latinoamérica" 2ª versión que consta de 17 preguntas que recogen características sociodemográficas y laborales, condiciones de empleo, condiciones de salud, psicosociales, características familiares, violencia verbal, física y acoso sexual (Benavides et al., 2016).

Definición de variables:

Como exposición, utilizamos el género cuyas categorías fueron masculino y femenino. Como resultado principal, utilizamos las variables ansiedad, depresión y estrés con las categorías: no me ha ocurrido, me ha ocurrido un poco, me ha ocurrido bastante, me ha ocurrido mucho. Se responde según su presencia e intensidad en la última semana, en una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos. Cada escala posee 7 ítems y el puntaje total varía entre 0 y 21 puntos. Los puntos de corte para ansiedad fueron: 4 "ansiedad leve", 5-7 "ansiedad moderada", 8-9 "ansiedad severa", 10 o más "ansiedad extremadamente severa". Para depresión: 5-6 "depresión leve", 7-10 "depresión moderada", 11-13 "depresión severa", 14 o más "depresión extremadamente severa". Para estrés: 8-9 "estrés

leve", 10-12 "estrés moderado", 13-16 "estrés severo" y 17 o más "estrés extremadamente severo" (Román et al., 2016).

Las variables sociodemográficas fueron edad y sus categorías incluyeron: menos de 20 años, 20-29 años, 30-39 años, 40-49 años, 50 años o más y la educación superior con las categorías: sí o no. Las condiciones laborales incluyeron las variables número de trabajos con las categorías: un trabajo y más de un trabajo; número de horas laboradas con las categorías: igual o menos de 40 horas y más de 40 horas; la ocupación con las categorías: médicos, odontólogos, enfermeras y otros; tiempo en la empresa con las categorías: igual o menos de un año y más de un año, situación laboral con las categorías asalariado fijo, con contrato temporal y sin contrato; confianza en la continuidad laboral con las categorías: baja, media, alta; jornada laboral con las categorías: solo diurno y solo nocturno y rotativos; tiempo de traslado con las categorías menor o igual a una hora y mayor a una hora; adaptación al horario de trabajo con las categorías: muy bien y no muy bien. Las condiciones de salud incluyeron la variable estado de salud con las categorías: excelente, muy bueno, bueno y regular. Además, se incluyeron las variables violencia verbal, violencia física y acoso sexual con las categorías: sí y no.

Análisis estadístico:

Para el análisis de datos se utilizó el software estadístico Epi Info versión 7.2.5.0. El análisis descriptivo comparó a los profesionales sanitarios y operativos de acuerdo al género con las variables sociodemográficas, condiciones laborales y de salud y violencia. Para las variables nominales se calcularon las frecuencias absolutas y relativas y el valor de p mediante la prueba de Chi cuadrado y Fisher. Para el análisis bivariado se calcularon las frecuencias absolutas y relativas y el valor de P mediante la prueba de Chi cuadrado y Fisher. Además, se hicieron modelos de regresión logística crudo y ajustado utilizando variables sociodemográficas, condiciones laborales y de salud y violencia como exposición y ansiedad y estrés como resultado. Se calcularon los odds-ratios (OR) crudos y ajustados con intervalos de confianza del 95% (IC del 95%).

RESULTADOS

Tabla 1

Características sociodemográficas, laborales y violencia de los trabajadores sanitarios y operativos en el centro de salud tipo B en la ciudad de Quito acorde al género (n=131)

Variable	Categoría	Total n= 131 n (%)	Masculino n= 59 n (%)	Femenino n=72 n (%)	Valor de P
Edad	< 20 años	4 (3,05)	1 (1,69)	3 (4,17)	0,18*
	20-29 años	68 (51,96)	31 (52,54)	37 (51,39)	
	30-39 años	47 (35,88)	22 (37,29)	25 (34,72)	
	40-49 años	9 (6,87)	2 (3,39)	7 (9,72)	
	50 o más	3 (2,29)	3 (5,08)	0 (0,00)	
Educación superior	Si	111(84,73)	52 (88,14)	59 (81,94)	0,32
	No	20 (15,27)	7 (11,86)	13 (18,06)	
Número de trabajos	Un trabajo	98 (74,81)	39 (66,10)	57(79,17)	0,03
	Mas de un trabajo	33 (25,19)	20 (33,90)	15(20,83)	
Número de horas laboradas	Igual o menos 40 horas	96 (73,28)	39 (66,10)	57 (79,17)	0,09
	Más de 40 horas	35 (26,72)	20 (33,90)	15 (20,83)	
Ocupación	Médicos/ odontólogos	48 (36,64)	25 (42,37)	23 (31,94)	0,11
	Enfermeras	31 (23,66)	9 (15,25)	22 (30,56)	
	Otros	52 (36,69)	25 (42,37)	27 (37,50)	
Tiempo empresa	Igual o menos un año	125(95,42)	57 (96,91)	68(94,44)	0,68*
	Más de un año	6(4,58)	2(3,39)	4(5,56)	
Situación laboral	Asalariado fijo	30(22,90)	13(22,03)	17(23,61)	0,94*
	Asalariado (CTDDOS)	96(73,28)	44(74,58)	52(72,22)	
	Sin contrato	5(3,82)	2(3,39)	3(4,17)	
Confianza continuidad laboral	Baja	32(24,43)	15(25,42)	17(23,61)	0,20
	Media	80(61,07)	39(66,10)	41(56,94)	
	Alta	19(14,50)	5(8,47)	14(19,44)	

Jornada laboral	Solo diurno	117(89,31)	50(84,75)	67 (93,06)	0,12
	Solo nocturno y rotativos	14(10,69)	9(15,25)	5 (6,94)	
Tiempo traslado	Menor o igual una hora	93(70,99)	45(76,27)	48(66,67)	0,22
	Mayor a una hora	38(29,01)	14(23,73)	24(33,33)	
Adaptación al horario	Muy bien/bien	80(61,07)	34(57,63)	46(63,89)	0,46
	No muy bien/nada bien	51(38,93)	25(42,37)	26(36,11)	
Estado de salud	Excelente	16(12,21)	8(13,56)	8(11,11)	0,55
	Muy bueno	46(35,11)	24(40,68)	22(30,56)	
	Bueno	56(42,75)	22(37,29)	34(47,22)	
	Regular	13(9,92)	5(8,47)	8(11,11)	
Violencia verbal(trabajo)	No	103(78,63)	44(42,72)	59(81,94)	0,30
	Si	28(21,37)	15(25,42)	13(18,06)	
Violencia física (en el trabajo)	No	128(97,71)	57(96,61)	71(98,61)	0,58*
	Si	3(2,29)	2(3,39)	1(1,39)	
Violencia física (otros lugares)	No	116(88,55)	50(84,75)	66(91,67)	0,21
	Si	15(11,45)	9(15,25)	6(8,33)	
Acoso o abuso sexual	No	124(94,66)	55(93,22)	69(95,38)	0,70*
	Si	7(5,34)	4(6,78)	3(4,17)	
Ansiedad	No	78(59,54)	38(64,41)	40(55,56)	0,30
	Si	53(40,46)	21(35,59)	32(44,34)	
Depresión	No	93(70,99)	42(71,19)	51(70,83)	0,96
	Si	38(30,01)	17(28,81)	21(29,17)	
Estrés	No	90(68,70)	42(71,19)	21(66,67)	0,57
	Si	41(31,30)	17(28,81)	24(33,33)	

Nota: P calculado con chi cuadrado; P* calculado con Fisher

Situación laboral: Asalariado (CTDDOS): asalariado con contrato temporal con duración definida y por obra o servicio

La muestra total (N = 131) examinada en este estudio mostró que más de la mitad de participantes fueron mujeres (54,96); el rango etario de más de la mitad de los participantes (51,96%) estuvo en el rango de 20 – 29 años; con respecto al nivel de educación, la mayoría de los empleados (84%) tenían estudios superiores; de acuerdo a la ocupación, los dos grupos más representativos fueron médicos y (otros) con 36,64% y 36,69% respectivamente; con relación a la antigüedad en el sitio de trabajo, la mayoría de los trabajadores (95,42%) han estado un tiempo menor o igual a un año; con respecto a la situación laboral, más de la mitad de los trabajadores (63,36%) eran asalariados con contrato temporal con duración definida; más de la mitad de los trabajadores (61,07%) tenían un nivel de confianza media en cuanto a la seguridad de la continuidad de su contrato de trabajo; la mayoría de los participantes (89,31%) laboraban en el turno diurno; en cuanto a la percepción del estado de salud, los participantes se ubicaron en un estado de salud muy bueno y bueno con valores de (35,11%) y (42,75%) respectivamente. Entre los distintos tipos de violencia percibida; la violencia verbal en el sitio de trabajo fue la de mayor valor con 21,37 % de los participantes (Tabla 1).

Tabla 2

Prevalencia de ansiedad, depresión y estrés en personal sanitario y operativo de un centro de salud tipo B de la ciudad de Quito de acuerdo a condiciones sociodemográficas, laborales y violencia (n=131)

Variable	Categoría	Ansiedad			Depresión			Estrés		
		n	%	Valor de P	n	%	Valor de P	n	%	Valor de P
Género	Masculino	21	35,59	0,30	17	28,81	0,96	17	28,81	0,57
	Femenino	32	44,44		21	29,17		24	33,33	
Edad(años)	< 20	2	50,00	0,29*	1	25,00	0,71*	1	25,00	0,73*
	20-29	26	38,24		18	26,47		22	32,35	
	30-39	19	40,43		16	34,04		16	34,04	
	40-49	6	66,67		3	33,33		2	22,22	
Educación superior	Si	44	39,64	0,65	30	27,03	0,23	35	31,53	0,89
	No	9	45,00		8	40,00		6	30,00	
Número de trabajos	Un trabajo	41	41,84	0,58	27	27,55	0,52	33	33,67	0,31
	Más de un trabajo	12	36,36		11	33,33		8	24,24	
Número de horas laboradas	Igual o menos 40 horas	41	42,71	0,38	28	29,17	0,94	31	32,29	0,68
	Más de 40 horas	12	34,29		10	28,57		10	28,57	
Ocupación	Médicos/ odontólogos	15	31,25	0,08	13	27,08	0,47	15	31,25	0,19
	Enfermeras	11	35,48		7	22,58		6	19,35	
	Otros	27	51,92		18	34,62		20	38,46	
Tiempo empresa	Igual o menos un año	50	40	0,62	37	29,60	0,67*	41	32,80	0,17*
	Más de un año	3	50		1	16,67		0	0,00	
Situación laboral	Asalariado fijo	13	43,33	0,93*	9	30,00	0,89*	9	30,00	0,36*
	Asalariado (CTDDOS)	38	39,58		28	29,17		29	30,21	
	Sin contrato	2	40,00		1	20,00		3	60,00	
Confianza continuidad laboral	Baja	12	37,50	0,83	13	40,63	0,22*	14	43,75	0,19
	Media	34	42,50		21	26,25		21	26,25	

	Alta	7	38,84		4	21,05		6	31,58	
Jornada laboral	Solo diurno	44	37,61	0,05	34	29,06	0,99*	36	30,77	0,76*
	Solo nocturno y rotativos	9	64,29		4	28,57		5	35,71	
Tiempo traslado	Menor o igual una hora	36	38,71	0,52	28	30,11	0,66	31	33,33	0,43
	Mayor a una hora	17	44,74		10	26,32		10	26,32	
Adaptación al horario	Muy bien / Bien	29	36,25	0,21	23	28,75	0,93	21	26,25	0,11
	No muy bien/ Nada bien	24	47,06		15	29,41		20	39,22	
Estado de salud	Excelente	4	25,00	0,03*	4	25,00	0,09*	3	18,75	0,03*
	Muy bueno	13	28,26		9	19,57		9	19,57	
	Bueno	28	50,00		18	32,14		22	39,29	
	Regular	8	61,54		7	53,87		7	53,85	
Violencia verbal(trabajo)	No	39	37,86	0,24	30	29,13	0,95	26	25,24	0,004
	Si	14	50,00		8	28,57		15	53,57	
Violencia física (en el trabajo)	No	52	40,63	0,79*	38	29,69	0,55*	41	32,03	0,55*
	Si	1	33,33					0	0,00	
Violencia física (otros lugares)	No	44	37,93	0,52	34	29,31	0,99*	36	31,03	0,99*
	Si	9	60,00		3	26,77		5	33,33	
Acoso o abuso sexual	No	51	41,13	0,51*	35	28,23	0,41*	39	31,45	0,99*
	Si	2	28,57		3	42,86		2	28,57	

Nota: P calculado con chi cuadrado; P*calculado con Fisher

Situación laboral: Asalariado (CTDDOS): Asalariado con contrato temporal con duración definida y por obra o servicio

La prevalencia de ansiedad fue de 40,46%; en cuanto a la jornada laboral, se encontró que el grupo de trabajadores que labora en el horario nocturno y en turnos rotativos tuvo una mayor prevalencia de ansiedad (64,29%) con respecto al grupo que trabaja solo en el turno diurno (36,61%), el valor P fue de 0,05 por lo tanto, existe una diferencia significativa entre los dos grupos; se encontró que el grupo que mostró mayor prevalencia de ansiedad fue el grupo que consideró su salud como regular (50%), el valor p fue 0,03, por lo tanto, tenemos una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, en cuanto a los distintos tipos de violencia que los trabajadores han sufrido, el grupo que si ha sufrido violencia verbal mostró una mayor prevalencia de ansiedad (44,87%) comparado con el grupo que no ha sufrido violencia verbal en el trabajo (37,86%). Por otro lado, la prevalencia de estrés fue de 31,30%; el grupo que consideró su salud como regular tiene mayor prevalencia (53,85%) , el valor de P 0,03, por lo tanto, tenemos una diferencia estadísticamente significativa entre grupos; por otro lado, el grupo que si ha sufrido violencia verbal en el trabajo tuvo una mayor prevalencia (53,57%) comparado con el grupo que no ha sufrido violencia verbal en el trabajo (25,24%), el valor de P fue de 0,003, por lo cual, existe una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos. Finalmente obtuvimos la prevalencia de depresión 30,01%; es necesario mencionar que ninguna de las variables presentó significancia con esta dimensión de la salud mental (Tabla 2).

Tabla 3

Resultados de los modelos de regresión logística cruda y ajustada de la prevalencia de ansiedad y estrés en trabajadores sanitarios y operativos en el centro de salud tipo B en la ciudad de Quito

Variable	Categoría	Ansiedad		Estrés	
		OR Cruda (95% CI)	OR Ajustada (95% CI)	OR Cruda (95% CI)	OR Ajustada (95% CI)
Género	Masculino	1	1	1	1
	Femenino	1,44(0,71 - 2,93)	1,50(0,68 – 3,29)	1,23(0,58 – 2,60)	1,22 (0,54 – 2,75)
Edad(años)	< 20	1	N/A	1	N/A
	20-29	0,61 (0,08 - 4,66)	N/A	1,43(0,14 – 14,58)	N/A
	30-39	0,67 (0,08 -5,24)	N/A	1,54(0,14 – 16,10)	N/A
	40-49	2,00 (0,18 - 22,05)	N/A	0,85(0,05 – 13,48)	N/A
Educación Superior	Si	1	N/A	1	N/A
	No	1,24(0,47 – 3,25)	N/A	0,93 (0,33 – 2,69)	N/A
Número de trabajos	Más un trabajo	1	N/A	1	N/A
	Un trabajo	1,25 (0,55 - 2,84)	N/A	1,58(0,64 – 3,90)	N/A
Número de horas laboradas	Más de 40 horas	1	N/A	1	N/A
	Igual o menos 40 horas	1,42 (0,63 - 3,20)	N/A	1,19 (0,51 – 2,78)	N/A
Ocupación	Médicos y Odontólogos	1	1	1	N/A
	Enfermeras	1,20(0,46 – 3,14)	0,98(0,35 – 2,72)	0,52 (0,17 – 1,55)	N/A
	Otros	2,37 (1,04 – 5,38)	1,95(0,81 – 4,69)	1,37 (0,60 – 3,14)	N/A
Tiempo empresa	Más de un año	1	N/A	N/A	N/A
	Igual o menos un año	0,66 (0,12 - 3,43)	N/A	N/A	N/A
Situación laboral	Sin contrato	1	N/A	1	N/A
	Asalariado fijo	0,98 (0,15 - 6,15)	N/A	0,28 (0,04 – 2,01)	N/A
	Asalariado contrato temporal	1,14 (0,16 - 7,90)	N/A	0,28 (0,04 – 1,82)	N/A
Confianza continuidad laboral	Alta	1	N/A	1	N/A
	Media	1,26 (0,45 - 3,55)	N/A	0,77 (0,25 – 2,28)	N/A
Jornada laboral	Baja	1,02 (0,31- 3,33)	N/A	1,68 (0,51 – 5,55)	N/A
	Solo diurno	1	1	1	N/A

Tiempo traslado	Solo nocturno / rotativos	2,98 (0,94 – 9,48)	2,85(0,81 - 9,93)	1,25(0,39 – 3,99)	N/A
	Menor o igual una hora	1	N/A	1	N/A
	Mayor a una hora	1,28 (0,59 - 2,75)	N/A	0,71(0,30 – 1,65)	N/A
Adaptación al horario	Muy bien / Bien	1	N/A	1	N/A
	No muy bien/ Nada bien	1,56 (0,76 - 3,19)	N/A	1,81(0,85 – 3,84)	N/A
Estado de salud	Excelente	1	1	1	1
	Muy bueno	1,18 (0,32 - 4,33)	1,15 (0,30 - 4,42)	1,05(0,24 – 4,50)	1,08(0,24 – 4,77)
	Bueno	2,99 (0,86 - 10,42)	2,99 (0,83 – 10,78)	2,80 (0,71 – 10,98)	2,73(0,67 – 11,13)
	Regular	4,79 (0,97 - 23,50)	4,39 (0,85 - 22,51)	5,05(0,95 – 26,66)	4,67(0,84 – 25,90)
Violencia verbal(trabajo)	No	1	N/A	1	1
	Si	1,64 (0,70 - 3,80)	N/A	3,41(1,43 – 8,11)	3,35(1,35 – 8,31)
Violencia física (en el trabajo)	No	1	N/A	N/A	N/A
	Si	1,36 (0,12 - 15,48)	N/A	N/A	N/A
Violencia física (otros lugares)	No	1	N/A	1	N/A
	Si	0,40 (0,13 - 1,22)	N/A	1,11(0,35 – 3,49)	N/A
Acoso o abuso sexual	No	1	N/A	1	N/A
	Si	0,57 (0,10 - 3,06)	N/A	0,87(0,16 – 4,70)	N/A

OR: Odds Ratio; 95% CI: 95% Intervalo de Confianza.

Ajustado para ansiedad por género, ocupación, jornada laboral y estado de salud

Ajustado para estrés por género, estado de salud y violencia verbal.

La regresión logística mostró que la ansiedad fue la patología que mayor relación significativa tuvo con las variables del estudio; con respecto a la ocupación, la posibilidad de presentar ansiedad por parte de las enfermeras/os es 1,20 veces más alta comparada con el grupo médicos/odontólogos, la posibilidad de presentar ansiedad por el grupo de trabajadores (otros) es 2,37 veces más alta que el grupo médicos/odontólogos; si analizamos la jornada laboral de los participantes, observamos que el grupo de trabajadores que desarrolla su trabajo en turnos nocturnos y rotativos tiene 2,98 veces más posibilidades de presentar ansiedad que el grupo que trabaja en horario diurno; en cuanto a la percepción de la salud, se determinó que los participantes que consideran su estado de salud como regular tienen 4,79 veces más posibilidades de presentar ansiedad que el grupo que considera su estado de salud como excelente. En cuanto a la patología estrés, existió una asociación significativa entre la violencia verbal en el trabajo y en la percepción de la salud de los trabajadores, la posibilidad de presentar estrés en las personas que han sufrido violencia verbal en el trabajo fue 3,41 veces más alta que el grupo que no sufrió violencia verbal en el trabajo; en cuanto a la percepción de la salud, los trabajadores que consideran su salud como regular tienen 5,05 más posibilidades de presentar estrés que los trabajadores que consideran su estado de salud como excelente. No se realizó la regresión logística de la patología depresión debido a la no significancia presentada entre variables (Tabla 3).

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Este estudio investigó la asociación entre las condiciones laborales, sociodemográficas, de salud y violencia laboral con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en 131 trabajadores sanitarios y operativos pertenecientes a un centro de salud tipo B en la ciudad de Quito – Ecuador. Los resultados mostraron que, dentro de las tres patologías mentales evaluadas en este estudio, la de mayor prevalencia en los trabajadores fue la ansiedad (40,46%), seguida por el estrés (31,30%) y la de menor prevalencia fue la depresión (30,01%). Además, la regresión logística mostró una asociación significativa entre las variables de condiciones laborales y de salud (ocupación, jornada laboral y estado de salud) con la ansiedad; y estado de salud y violencia verbal con el estrés.

En el estudio la prevalencia de ansiedad en los trabajadores fue del 40,46% y existió una asociación significativa con las variables jornada laboral y ocupación. Este valor fue menor comparado con un estudio previo realizado en Túnez por Youssfi et al., (2021) que informó una prevalencia del 64,8% en trabajadores sanitarios y no se encontró una asociación estadísticamente significativa con ninguna variable ocupacional y demográfica; en base a estos resultados se pudo hipotetizar que la jornada laboral influyó negativamente en la prevalencia de ansiedad en los participantes del estudio.

En cuanto a la ocupación, la regresión logística indicó que en los trabajadores pertenecientes al grupo (otros) conformado casi totalmente por trabajadores operativos y de oficina, la posibilidad de presentar ansiedad fue 2,37 veces más alta que el grupo (médicos/odontólogos), lo cual es contradictorio al estudio realizado en China por Zhang et al., (2020) que comparó trabajadores clínicos y administrativos de atención de la salud y reveló que los trabajadores clínicos tuvieron una posibilidad de 2,00 veces más alta para sufrir ansiedad y depresión que los administrativos. Es presumible que estos valores indiquen el mayor miedo a poder contraer enfermedades por parte de los trabajadores operativos del presente estudio, pese a tener menor contacto con los pacientes.

Los resultados indicaron que la ansiedad y la jornada laboral tuvieron una asociación estadísticamente significativa con un valor P de 0,05. Además, la regresión logística determinó que el trabajar en horarios nocturnos y rotativos fue un factor de riesgo con una posibilidad 2,98 veces más alta para desarrollar ansiedad que trabajar solo en el horario diurno. Estos valores estuvieron en consonancia con los resultados de revisiones anteriores como el estudio de Binnewies et al., 2010 quienes encontraron que el desapego psicológico del trabajo, la relajación y el experimentar actividades desafiantes fuera del trabajo durante el fin de semana predijeron una mayor recuperación, lo que sugirió que, tener este periodo de descanso podría ayudar a mejorar la salud mental de los trabajadores. El personal que labora en turnos rotativos no goza de esta disponibilidad de tiempo y por lo tanto su salud mental podría verse afectada. Sato et al., 2020 encontraron que trabajar después de la media noche por un periodo relativamente largo causó que la salud mental de los trabajadores de oficina empeore.

En cuanto al estrés, se encontró una asociación estadísticamente significativa con la variable violencia verbal en el trabajo, siendo esta última un factor de riesgo con una posibilidad de 3,41 veces más alta para desarrollar estrés en relación con el grupo que no ha sufrido violencia verbal en el trabajo, estos datos fueron comparables con el estudio de Findorff et al (2005) donde los empleados de atención médica admitieron que no habían informado los eventos violentos físicos y no físicos que han experimentado. En el mismo sentido, Gerberich et al (2004) encontraron que una razón importante para que no se denuncie la violencia laboral es creer que el evento de violencia sufrido puede ser considerado mínimo, también encontraron que los profesionales que si han sufrido violencia laboral y la reportaron, presentaron menos síntomas en respuesta a esa violencia que los trabajadores que no reportan la violencia, y teorizan que el sufrir violencia laboral pero no reportarla puede generar sentimientos de ira y resentimiento contra las personas que originaron esa violencia. En base a estos estudios, es pertinente mencionar que, el minimizar la violencia por cualquier motivo, no debe ser considerada como una solución al problema; por el contrario, no denunciar la violencia sufrida podría agravar el problema, debido a que se estaría normalizando la violencia en el trabajo. Por estas razones, podría ocurrir una subestimación del valor de violencia laboral. Estos hallazgos fueron consistentes con el estudio de Esquivés (2019) en el que se aplicó la correlación de Pearson, con un valor de -0,193 que manifiesta una

relación débil positiva, lo que indica que, a menor violencia laboral, menor nivel de estrés existirá.

En base a la evidencia encontrada en torno a no reportar la violencia laboral y su relación con los estados emocionales de los trabajadores, Ansoleaga y Castillo-Carniglia (2011) sugieren que podrían existir barreras estructurales como el estigma social y la pérdida de estabilidad laboral, las cuales están reprimiendo a los trabajadores el solicitar ayuda y recibir tratamiento frente a los distintos trastornos emocionales.

Finalmente, la depresión en el presente estudio fue de 30,01%, siendo la de menor prevalencia entre las patologías mentales evaluadas. En médicos y odontólogos la prevalencia fue de 27,08 % siendo menor comparado con Mata et al (2015) donde se realizó una revisión sistemática de estudios en los que se evaluaba la prevalencia de depresión en médicos, se obtuvo un promedio de prevalencia promedio de 28,8% y con una variación del 20,9% al 43,2% dependiendo el instrumento utilizado. Acorde a lo mencionado, el presente estudio guarda relación con las medias calculadas en varios estudios similares y al haber usado cuestionarios validados internacionalmente incrementa la confianza en los valores obtenidos.

Fortalezas:

Con respecto al diseño del estudio tuvimos la ventaja que fue de bajo costo, proporcionó resultados en un periodo de tiempo corto y estableció la prevalencia entre las características sociodemográficas, laborales y violencia laboral en una población específica (Álvarez y Delgado, 2015) como el entorno sanitario. En segundo lugar, la aplicación de un cuestionario validado e impreso (Vázquez y Trespalacios, 1994) (Lambin, 2003) garantizó que no se requiera tanto esfuerzo por parte de los encuestadores, que se obtenga mayor tasa de respuesta por los participantes y que no se presente el efecto de terceros (García et al., 2006). En tercer lugar, hubo rápida recolección y codificación de los datos (García, 2003), los cuestionarios contaron con el respaldo de su utilización previa en varios estudios y fueron instrumentos de medida estandarizados (Blázquez, 2017). Cuarto, la mayor fortaleza que tuvo el estudio es que la mayoría de literatura que se incluyó fue de estudios publicados en inglés en bases de datos internacionales lo cual aporta mejor calidad científica (Li et al., 2021). Finalmente, el estudio realizado forma parte de las pocas investigaciones efectuadas en Ecuador que aborde temas de salud mental en profesionales sanitarios y operativos en entornos sanitarios y prestadores externos de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), gracias a la apertura que se recibió por parte de las autoridades del centro médico. El estudio también servirá como una puerta de entrada a futuras investigaciones que se podrían realizar en el país y tendrá como objetivo final, proponer alternativas viables que mejoren la salud en la población sanitaria, creen un programa de salud mental dirigido, contribuyan a la creación de políticas públicas en salud mental y no se expondrá a conflictos éticos mayores ya que solo nos limitamos a observar la exposición (Álvarez y Delgado, 2015).

Limitaciones:

El estudio fue de tipo epidemiológico, observacional de corte transversal, por lo tanto, no se pudo establecer una causalidad entre las variables exposición y resultado, tampoco existió una secuencia de temporalidad porque se midió al mismo tiempo la exposición y la enfermedad. En segundo lugar, los resultados sólo fueron fiables en el momento de la investigación (Álvarez y Delgado, 2015). Tercero, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia simple que no garantizó la generalización de los resultados ni la representatividad de la muestra (Álvarez y Delgado, 2015). Cuarto, la investigación abordó principalmente la asociación que existe entre las condiciones laborales, sociodemográficas y de violencia laboral con factores de salud mental (depresión, ansiedad y estrés) en profesionales sanitarios y operativos, sin embargo, no se podría extrapolar estos resultados a la población trabajadora en general ya que en la investigación no se pudo alcanzar la muestra adecuada por el corto periodo de tiempo. Quinto, la mayoría de los participantes en la investigación fueron personal sanitario conformado por médicos, odontólogos y enfermeras. Sexto, existen muy pocos estudios que aborden problemas de salud mental en personal no operativo en entornos sanitarios (De Kock et al., 2021). Séptimo, la mayoría de la bibliografía fue tomada de estudios realizados en países como EE. UU., China y varios países de Europa, con lo cual, no se podría adaptar los resultados a la realidad del Ecuador (De Kock et al., 2021). Finalmente, se tuvo la limitación del tiempo al aplicar las encuestas ya que la mayoría de los profesionales se encontraban en horarios de trabajo con alta demanda de pacientes y usuarios con lo cual tomaron más tiempo en llenarlas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En cuanto al género, la prevalencia que tuvieron la ansiedad, depresión y estrés fue ligeramente mayor en mujeres que en hombres, sin embargo, no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los dos géneros.

A pesar de no mostrar significancia, la adaptabilidad al horario del trabajo tuvo valores cercanos a la significancia; el grupo no muy bien/ nada bien fue mayor al que consideraba su adaptación como muy bien/ bien tanto para ansiedad y depresión y estrés por lo cual podría ser tomada en cuenta.

Si comparamos la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés encontradas en el estudio, la de mayor prevalencia fue la ansiedad con un promedio de 40,46% seguida por estrés con 31,30% y la de menor prevalencia fue la depresión con 30,01%.

Es importante mencionar que la depresión fue la patología con menos prevalencia en la población de estudio, al ser considerada la primera causa de atención psiquiátrica, podemos inferir que el estado de salud mental de los trabajadores del centro de salud tiende a ser buena.

Las variables independientes con mayor significancia o que más se relacionan con la ansiedad fueron la ocupación, la jornada laboral; para la dimensión estrés, las más significativas fueron el estado de salud y la violencia verbal en el trabajo; debido a esta significancia, la regresión lineal ajustada de ansiedad y estrés se realizó con las variables ya mencionadas. La depresión no tuvo relación significativa con ninguna de las variables de este estudio por lo cual no fue pertinente ni necesario realizar la regresión logística con esta variable independiente.

La prevalencia de ansiedad en médicos/odontólogos con valor 27,08% concuerda con los promedios de varios estudios similares, sin embargo, la heterogeneidad de los instrumentos de medida puede influir en gran medida en los resultados, es por esto que, al haber usado instrumentos validados internacionalmente, podría aumentar la confiabilidad en los resultados del presente estudio.

Recomendaciones:

Como propuesta de un plan de intervención, existe la creación de un programa de salud mental, en donde intervenga un equipo multidisciplinario mediante entrevistas con todos los trabajadores y se enfatice la importancia de percibir los altos niveles de ansiedad, estrés y depresión (OMS, 2020) y la escucha activa permitiendo la expresión de

las emociones (OMS, 2020). Es necesario, el apoyo por parte de las autoridades, creando un clima laboral adecuado en donde todos los empleados sean reflexivos acerca de su salud mental y tengan la confianza de pedir ayuda si lo necesitan (IASC, 2020).

Otra estrategia que ayudaría a mitigar el impacto de los factores de salud mental y promoverá que los equipos compartan y se apoyen, es la realización de un cronograma de pausas activas (OMS, 2020). La creación de horarios de trabajo adaptables (OMS, 2020), asumir roles y tareas concretas (OMS, 2018), el contacto e intercambio de situaciones y emociones similares con los compañeros y la interacción con amigos en situaciones adversas ayudarían a mantener la confianza y la seguridad en este grupo (IASC, 2020). Las estrategias propuestas no solo son esenciales para los profesionales analizados sino para el mantenimiento de un buen sistema de salud (Petzold, Plag, Ströhle, 2020).

Finalmente, se deben realizar más estudios en profesionales sanitarios ya que los resultados recopilados hasta ahora en salud mental son débiles. Además, no se debe descartar la participación de los profesionales no sanitarios ya que una adecuada intervención psicológica no solo beneficiaría a este grupo sino a la fuerza laboral favoreciendo al bienestar social (De Kock et al.,2021).

REFERENCIAS

- Álvarez, G., & Delgado, J. (2015). Diseño de Estudios Epidemiológicos. I. El Estudio Transversal: Tomando una Fotografía de la Salud y la Enfermedad. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*, 32(1), 26-34. <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2015/bis151f.pdf>
- Ansoleaga, E., & Castillo-Carniglia, A. (2011). Riesgo psicosocial laboral y patología mental en trabajadores de hospital. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 29(4), 372-379.
- Aström, S., Bucht, G., Eisemann, M., Norberg, A., & Saveman, B.-I. (2002). Incidence of violence towards staff caring for the elderly. *Scandinavian journal of caring sciences*, 16(1), 66-72. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2002.00052.x>
- Australian Bureau of Statistics. (2013). *Australian Social Trends: Doctor and Nurses*. <https://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/%20Lookup/4102.0Main+Features20April+2013>
- Australian Human Rights Commission. (2010). *Workers with mental illness: A practical guide for managers*. Australia: Australian Human Rights Commission. <https://www.humanrights.gov.au/our-work/disability-rights/publications/2010-workers-mental-illness-practical-guide-managers>
- Australian Psychological Society. (2011). *Stress and wellbeing in Australia in 2011: A state of the nation survey*. **Error! Hyperlink reference not valid.**
- Bakker, A., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Benavides, F., Merino-Salazar, P., Cornelio, C., Avila, A., Agudelo, A., Amable, M., Artazcoz, L., Astete, J., Barraza, D., Berhó, F., Carmenate, L., Delclós, G., Funcasta, L., Gerke, J., Gimeno, D., Itatí, M., de Paula, E., Martínez, D., Mesquita, A., ... Vives, A. (2016). Cuestionario básico y criterios metodológicos para las Encuestas sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud en América Latina y El Caribe. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(9). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00210715>
- Binnewies, C., Sonnentag, S., & Mojza, E. J. (2010). Recovery during the weekend and fluctuations in weekly job performance: A week-level study examining intra-individual relationships. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(2), 419–441. <https://doi.org/10.1348/096317909x418049>
- Blázquez, N. (2017). Cuestionarios validados: Una potente herramienta para la investigación. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 108(10), 892-893. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.09.005>
- Bustamante, B. (3 de abril de 2020). *El CoVID19 también desgasta la salud mental del personal sanitario, ¿quién los protege de esto?* Edición Médica. <https://www.edicionmedica.ec/secciones/profesionales/el-covid19-tambien-desgasta-la-salud-mental-del-personal-sanitario--quien-los-protege-de-esto--95612>
- Clements, P., DeRanieri, J., Clark, K., Manno, M., & Kuhn, D. (2005). Workplace violence and corporate policy for health care settings. *Nursing economic*, 23(3), 119-107. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16033140/>

- Chacón, E., Xatruch, D., Fernández, M., & Murillo, R. (2021). *Generalidades sobre el trastorno de ansiedad*. Revista Cúpula.
- Cheung, T., & Yip, P. (2017). Workplace violence towards nurses in Hong Kong: Prevalence and correlates. *BMC Public Health*, 17(1), 196-206. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4112-3>
- De Kock, J., Latham, H., Leslie, S., Grindle, M., Munoz, S.-A., Ellis, L., Polson, R., & O'Malley, C. (2021). A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: Implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health*, 21(1), 104. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10070-3>
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Esquives Arbulú, C. D. C. (2019). VIOLENCIA Y ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD DE REQUE, 2016. *Revista Científica CURAE*, 2(1), 55–62. <https://doi.org/10.26495/curae.v2i1.1111>
- Fang, H., Zhao, X., Yang, H., Sun, P., Li, Y., Jiang, K., Li, P., Jiao, M., Liu, M., Qiao, H., & Wu, Q. (2018). Depressive symptoms and workplace-violence-related risk factors among otorhinolaryngology nurses and physicians in Northern China: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 8(1), e019514. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019514>
- Findorff, M. J., McGovern, P. M., Wall, M. M., & Gerberich, S. G. (2005). Reporting violence to a health care employer: a cross-sectional study. *AAOHN Journal: Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 53(9), 399–406. <https://doi.org/10.1177/216507990505300906>
- Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S., & Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany—A cross sectional retrospective survey. *BMC health services research*, 10(51). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-51>
- Gabrovec, B., & Eržen, I. (2016). Prevalence of violence towards nursing staff in slovenian nursing homes. *Slovenian Journal of Public Health*, 55(3). <https://doi.org/10.1515/sjph-2016-0027>
- Gabrovec, B., Eržen, I., & Lobnikar, B. (2014). The prevalence and the nature of violence directed at the medical staff in psychiatric health care in Slovenia. *HealthMED*, 8, 228-234. <https://doi.org/10.1515/sjph-2016-0027>
- Garcés, M. D. L. V., Sánchez, M. E. S., Contreras, R. P., Torres, P. G., Solano, D. P., Baldeon, N. V., ... & Ibarra, M. D. (2016). Condiciones laborales de los profesionales de enfermería y su relación con la calidad de la atención en el Hospital Carlos Andrade Marín. *Revista Médica-Científica CAMBIOS HECAM*, 15(2), 32-37.
- García, F., Alfaro, A., Hernández, A., & Molina, M. (2006). Diseño de Cuestionarios para la recogida de información: Metodología y limitaciones. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1(5), 232-236. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169617616006>
- García, T. (2003). *El Cuestionario como instrumento de Investigación/Evaluación*. PDF. http://www.univsantana.com/sociologia/El_Cuestionario.pdf

- Gates, D., Fitzwater, E., & Meyer Ursula. (1999). Violence against caregivers in nursing homes. Expected, tolerated, and accepted. *Journal of Gerontological Nursing*, 25(4), 12-22. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19990401-05>
- Gates, D., Gillespie, G., & Succop, P. (2011). Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing economic\$,* 29(2), 59-67. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21667672/>
- Gerberich S.G., Church T.R., McGovern P.M., Hansen, H.E., Nachreiner, N.M., Geisser, M.S., Ryan, A.D., Mongin, S.J., & Watt, G.D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work-related violence: The Minnesota Nurses Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61,495-503.
- González, M. T., Hernández, R. L., & Ruiz, M. Á. (2008). Modelo estructural predictor de la salud mental y física en mujeres. *Pan American Journal of Public Health*, 23(2), 101-108.
- Hsieh, H.-F., Chen, Y.-M., Wang, H.-H., Chang, S.-C., & Ma, S.-C. (2016). Association among components of resilience and workplace violence-related depression among emergency department nurses in Taiwan: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(17-18), 2639-2647. <https://doi.org/10.1111/jocn.13309>
- Huang, J., Han, M., Luo, T., Ren, A., & Zhou, X. (2020). Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Chinese journal of industrial hygiene and occupational diseases*, 38(3), 192-195. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063>
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2021). *Violencia en el trabajo*. <https://www.insst.es/violencia-en-el-trabajo#:~:text=Se%20habla%20de%20violencia%20laboral,f%C3%ADsica%20y%20Fo%20ps%C3%ADquica>
- Inter-Agency Standing Committee. (2020). *Briefing note on addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 Outbreak-Version 1.1*. PDF. <https://www.socialserviceworkforce.org/system/files/resource/files/Briefing-Note-Addressing-Mental-Health-and-PSS-COVID-19.pdf>
- Jones, M. (1985). Patient violence. Report of 200 incidents. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 23(6), 12. <https://doi.org/10.3928/0279-3695-19850601-04>
- Lambin, J.-J., & Cedillo, M. (2003). *Marketing estratégico: Vol. XXIX* (3.^a ed.). ESIC Editorial. <https://www.worldcat.org/title/marketing-estrategico/oclc/53440784>
- Leal, C., Barca, E., Cervera, S., Vallejo, J. Giner, J. y Cuenca, E. (2010). *Trastornos Neuróticos*. Barcelona, España: Lexus.
- Li, Y., Scherer, N., Felix, L., & Kuper, H. (2021). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 16(3), e0246454. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246454>
- Martínez, I. (2003). Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. *Anuario de Psicología*, 34(2), 253-266. <https://raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61739/88524>
- Mata, D. A., Ramos, M. A., Bansal, N., Khan, R., Guille, C., & Angelantonio, D. (2015). Prevalencia de depresión y síntomas depresivos entre médicos residentes: una revisión sistemática y metanálisis. *JAMA*, 314, 2373–2383.

- Matud Aznar, M. P., Bethencourt Pérez, J. M., Ibáñez Fernández, I., López Curbelo, M., Gomà Freixanet, M., Matud Aznar, M. J., Aguilera Ávila, L., & Grande Baos, J. (2009). Roles de género y salud de mujeres y hombres. *Análisis y Modificación de Conducta*, 35(152). <https://doi.org/10.33776/amc.v35i152.1224>
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of psychiatric research*, 45(8), 1027-1035.
- Ministerio de Salud Pública. (2021). *Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural*. PDF. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Modelo-de-Salud-Mental-con-firmas-y-acuerdo.pdf>
- OPS, OMS. The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018. [Online].; 2018 [cited 2020 Noviembre 25].
- Organización Internacional del Trabajo. (2012). *El hostigamiento o acoso sexual*. PDF.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). «Depresión: Hablemos», dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20un%20trastorno,durante%2014%20d%C3%ADas%20o%20m%C3%A1s
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Como define la salud la OMS*. <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Pan American Health Organization. Mental Health in Latin American and the Caribbean. paho and the formulation of Mental Health in the Americas [internet]. paho ;2001 http://www.paho.org/English/DD/PIN/mentalhealth_002.htm.
- Paravic-Klijn, T., & Burgos-Moreno, M. (2018). Verbal and physical abuse towards health care workers in emergency services. *Revista médica de Chile*, 146(6), 727–736. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000600727>
- Pariona-Cabrera, P., Cavanagh, J., & Bartram, T. (2020). Workplace violence against nurses in health care and the role of human resource management: A systematic review of the literature. *Jan Leading Global Nursing Research*, 76(7), 1581-1593. <https://doi.org/10.1111/jan.14352>
- Petzold, M., Plag, J., & Ströhle, A. (2020). Dealing with psychological distress by healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. *Nervenarzt*, 91(5), 417-421. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00905-0>
- Román, F., Santibáñez, P., & Vinet, E. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *Acta de Investigación Psicológica- Psychological Research Records*, 6(1), 2325-2336. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30053-9](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30053-9)
- Safe Work Australia. (2015). *Work-Related mental disorders profile*. <https://www.safeworkaustralia.gov.au/system/files/documents/1702/work-related-mental-disorders-profile.pdf>
- Samaniego, A., Urzúa, A., Buenahora, M., & Vera, P. (2020). Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: Efecto covid-19. *Revista Interamericana de Psicología*, 54(1), 1298. <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/1298/1013>

- Sanderson, K., Tilse, E., Nicholson, J., Oldenburg, B., & Graves, N. (2007). Which presenteeism measures are more sensitive to depression and anxiety? *Journal of Affective Disorders*, *101*(1-3), 65-74. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.10.024>
- Sato, K., Kuroda, S., & Owan, H. (2020). Mental health effects of long work hours, night and weekend work, and short rest periods. *Social Science & Medicine* (1982), *246*(112774), 112774. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112774>
- Schaufeli, W., & Bakker, A. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, *25*(3), 293-315. <https://doi.org/10.1002/job.248>
- Soares, J., Lawoko, S., & Nolan, P. (2000). The nature, extent and determinants of violence against psychiatric personnel. *An International Journal of Work, Health & Organisations*, *14*(2), 105-120. <https://doi.org/10.1080/026783700750051630>
- Stein, D. J. y Hollander, E. (2010). *Tratado de los Trastorno de Ansiedad*. Barcelona, España: Lexus.
- Stokowski, L. (2014). Violence: Not in My Job Description. *Medscape*. <https://www.medscape.com/viewarticle/727144>
- Troglio da Silva, F., & Rolim, M. (2021). Psychiatric symptomatology associated with depression, anxiety, distress, and insomnia in health professionals working in patients affected by COVID-19: A systematic review with meta-analysis. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, *104*, 110057. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110057>
- van Woerkom, M., Bakker, A., & Nishii, L. (2016). Accumulative job demands and support for strength use: Fine-tuning the job demands-resources model using conservation of resources theory. *Journal of Applied Psychology*, *101*(1), 141-150. <https://doi.org/10.1037/apl0000033>
- Vanhaecht, K., Seys, D., Bruyneel, L., Cox, B., Kaesemans, G., Cloet, M., Van Den Broeck, K., Cools, O., De Witte, A., Lowet, K., Hellings, J., Bilsen, J., Lemmens, G., & Claes, S. (2021). COVID-19 is having a destructive impact on health-care workers' mental well-being. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, *33*(1), maa158. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa158>
- Vázquez, R., & Trespacios, J. (1994). *Marketing: Estrategias y Aplicaciones Sectoriales* (ilustrada ed., Vol. 8). Civitas Ediciones. <https://books.google.com.ec/books/about/Marketing.html?id=cu4zPQAACAAJ&redir es>
- World Health Organization. (2018). *Occupational safety and health in public health emergencies: A manual for protecting health workers and responders*. PDF. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514347>
- World Health Organization. (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. PDF. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>
- Youssfi, I., Mechergui, N., Merchaoui, I., Bouden, F., Said, H. B., Youssef, I., & Ladhari, N. (2021). Perception of mental health and professional quality of life in Tunisian doctors during the COVID-19 pandemic: a descriptive cross-sectional study. *The Pan African Medical Journal*, *40*, 139. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.40.139.30358>
- Zhang, W.-R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W.-F., Xue, Q., Peng, M., Min, B.-Q., Tian, Q., Leng, H.-X., Du, J.-L., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F.-F., Yan, T.-Y.,

Dong, H.-Q., Han, Y., Wang, Y.-P., Cosci, F., & Wang, H.-X. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(4), 242–250. <https://doi.org/10.1159/000507639>

ANEXOS

Anexo 1

Prevalencia de Factores de Salud Mental Asociados con Condiciones de Trabajo en Profesionales Sanitarios y Profesionales Operativos de la Empresa Medinorte S.A. Quito-Ecuador

Carta de información y declaración de confidencialidad

Estimado/a participante,

El presente estudio tiene el propósito académico de obtener el título de Máster en Seguridad y Salud Ocupacional como estudiantes de la Universidad de las Américas.

Consideramos importante realizar nuestro estudio ya que la investigación de las condiciones laborales relacionadas con la salud mental en profesionales sanitarios y operativos cada día cobra mayor relevancia. En nuestro país existen muy pocos estudios que abordan el tema con relación al género y nuestra investigación constituye una pauta para futuras investigaciones y aplicación de estrategias que promuevan programas y directrices que velen por la salud de los trabajadores sanitarios y operativos de las empresas de salud así como de la creación de políticas públicas en beneficio de la población.

En nuestro estudio enfatizamos la confidencialidad y el anonimato de los datos colocados en cada una de las encuestas, mediante la creación de códigos que constan de la inicial del primer nombre, inicial del primer apellido y año de nacimiento, para lo cual les invitamos cordialmente a participar de las mismas de manera voluntaria. El código mencionado servirá para precautelar la autonomía de su participación. En el caso de que usted ya no desee formar parte de la investigación su código de la encuesta y sus datos serán eliminados.

Si presentan alguna duda, pueden contactarnos a los siguientes correos:

Dra. Carolina Tinillo Hernández. karito_tinillo@hotmail.com

Ing. Víctor Pérez Prado. vicper20fe@gmail.com

¡Muchas gracias por su apoyo!

Código:.....

MÓDULO PRINCIPAL

1. He leído la información del estudio y la información sobre la confidencialidad de los datos y acepto que los datos se utilizarán como se indica en la información del estudio.....

Por favor, responda las siguientes preguntas:

PG. PREGUNTAS GENERALES

PG.1 ¿Sexo?

Hombre..... 1
Mujer..... 2

PG.2 ¿Qué edad tiene usted?

Menos que 20 años..... 1
20-29 años..... 2
30-39 años..... 3
40-49 años..... 4
50 años o más que 50 años..... 5

PG.3 ¿A qué nivel educacional corresponde?

Ninguno / sin educación..... 1
Educación inicial..... 2
Educación Básica / Primaria *incompleta*..... 3
Educación Básica / Primaria *completa*..... 4
Educación Secundaria / Media *incompleta*..... 5
Educación Secundaria / Media *completa*..... 6
Educación Superior (*No Universitaria / Universitaria / Universitaria de Postgrado*)..... 7

PE. SU EMPLEO

PE.1 ¿Cuántos trabajos remunerados (diferentes) tiene actualmente?

..... |

PE.2 ¿Cuántas horas de trabajo reales hace habitualmente a la semana según su experiencia en las últimas cuatro semanas?

Número de horas semanales..... | horas
Es muy irregular..... 98
No sabe / no responde..... 99

A PARTIR DE ESTE MOMENTO, TODAS LAS PREGUNTAS HARAN REFERENCIA AL TRABAJO PRINCIPAL (AL QUE DEDICA MÁS HORAS POR SEMANA)

PE.10 En general, ¿su horario de trabajo se adapta a sus compromisos sociales y familiares?

- Muy bien1
- Bien2
- No muy bien.....3
- Nada bien.....4
- No sabe / no responde9

PS. SU SALUD

PS.1 ¿Cómo considera usted que es su salud?

- Excelente1
- Muy buena2
- Buena.....3
- Regular.....4
- Mala5

Por favor lea las siguientes afirmaciones y seleccione la opción que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación *durante la semana pasada*.

	No me ha ocurrido	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo
1. Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3. No podría sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3

6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo.	0	1	2	3
10. He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11. Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15. Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16. No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18. He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3

19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20. Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

Una última consulta:

En los últimos doce meses, cuando ha estado en su trabajo, ¿ha sido Ud. objeto de...?

Violencia Física: es definida como cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.

Violencia Verbal: puede ser un insulto puntual, un desdén, una palabra ofensiva, palabras comprometedoras o culpabilizadoras.

1. Violencia verbal cometida por personas pertenecientes a su lugar de trabajo (compañeros/ jefes/ subordinados...)

No.....1
 Si.....2
 No responde/no sabe.....9

2. Violencia física cometida por personas pertenecientes a su lugar de trabajo (compañeros/ jefes/ subordinados...)

No.....1
 Si.....2
 No responde/no sabe.....9

3. Violencia física cometida por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo (clientes/ pacientes/ alumnos...)

No.....1
 Si.....2
 No responde/no sabe.....9

4. Pretensiones sexuales no deseadas (acoso o abuso sexual)

No.....	1
Si.....	2
No responde/no sabe.....	9

Estimado/a participante,

Muchas gracias por su ayuda, compromiso y valioso tiempo para responder esta encuesta que enaltecerá a nuestra investigación.

Quedamos a las órdenes para cualquier inquietud que se presente.

Saludos cordiales,

Dra. Carolina Tinillo Hernández. karito_tinillo@hotmail.com
Ing. Víctor Pérez Prado. vicper20fe@gmail.com

¡Gracias!

