

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Medicas

Carrera de Medicina

**IMPACTO PSICOLÓGICO EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y DOCENTES
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA
EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19 EN EL AÑO 2022**

Trabajo de titulación previo a la
obtención de título de Médico
Modalidad: Proyecto de investigación

Autores:

Ariana Sofia Quezada Granda

Vanesa Alejandra Marchan Morales

Director:

Manuel Ismael Morocho Malla

ORCID: 0000-0001-5959-3582

Cuenca, Ecuador

2023 – 03 – 21

Resumen

El COVID-19 es definido como una infección del síndrome respiratorio agudo severo o grave 2, conocida desde el año 2019 como una enfermedad de rápida expansión y con un índice de morbilidad y mortalidad alto, así en año 2020 se declara medidas de confinamiento para la población, las mismas que generan consecuencias negativas para la salud mental, como depresión, ansiedad y estrés. El objetivo de este trabajo es determinar el impacto psicológico en el personal administrativo y docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca en tiempos de pandemia por Covid-19 en el año 2022. Se basó en un enfoque cuantitativo de diseño no experimental de tipo descriptivo que se realizó durante los meses de junio a noviembre del 2022 con la aplicación de la escala DASS 21 en personas seleccionados mediante muestreo aleatorio. Además, se utilizó un cuestionario de información personal que incluía: sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, puesto laboral, años desde el que labora en la Facultad de Ciencias Médicas, antecedentes personales de patologías previas al confinamiento y como estas evolucionaron en el tiempo, se creó una base de datos para su análisis estadístico en el programa IBM SPSS V20. Dentro la investigación participó 54 personas, 50% hombres y 50% mujeres, con respecto a la edad se valora que entre 30-39 años es en donde mayor prevalencia tiene con un 43.4%, el área de servicio con más casos son los conserjes con depresión leve 33.3%. Por último, se observa si tienen antecedente de alguna enfermedad mental, el 16.2% desarrolló depresión leve y el 5.4% desarrolló depresión moderada, y personas con antecedente de estrés un 70% se encuentra normal, a comparación personas con antecedente de trastornos alimenticios que se desarrolló depresión moderada en el 100% y con antecedente de insomnio desarrollo depresión leve el 100%. Como conclusión, se determinó que las mujeres entre 30 y 39 años, así como los bachilleres tienen mayor impacto psicológico. Las personas sin enfermedades mentales previas presentaron depresión ansiedad y estrés en grado leve y aquellas con antecedentes presentaron aumento a grado moderado.

Palabras clave: COVID-19, confinamientos, ansiedad, estrés, depresión

Abstract

COVID-19 is defined as a severe or severe acute respiratory syndrome infection 2, known since 2019 as a rapidly expanding disease with a high morbidity and mortality rate, thus in 2020 confinement measures were declared for the population, the same ones that generate negative consequences for mental health, such as depression, anxiety and stress. The objective of this work is to determine the psychological impact on the administrative and teaching staff of the Faculty of Medical Sciences of the University of Cuenca in times of the Covid-19 pandemic in the year 2022. It was based on a quantitative approach of non-experimental design. of a descriptive type that was carried out during the months of June to November 2022 with the application of the DASS 21 scale in people selected by random sampling. In addition, a personal information questionnaire was used that included: sex, age, marital status, educational level, job position, years since working in the Faculty of Medical Sciences, personal history of pathologies prior to confinement and how these evolved in Over time, a database was created for its statistical analysis in the IBM SPSS V20 program. Within the investigation, 54 people participated, 50% men and 50% women, with respect to age it is valued that between 30-39 years is where it has the highest prevalence with 43.4%, the service area with the most cases are the concierges with mild depression 33.3%. Finally, it is observed if they have a history of any mental illness, 16.2% developed mild depression and 5.4% developed moderate depression, and 70% of people with a history of stress are normal, compared to people with a history of eating disorders who are 100% developed moderate depression and 100% developed mild depression with a history of insomnia. As a conclusion, it was determined that women between 30 and 39 years of age, as well as high school graduates, have a greater psychological impact. People without previous mental illnesses presented depression, anxiety and stress to a mild degree and those with a history presented an increase to a moderate degree.

Keywords: COVID-19, lockdowns, anxiety, stress, depression

Índice de Contenidos

Resumen	2
Agradecimiento	8
Dedicatoria	9
Capítulo I	
1.1 Introducción	10
1.2 Planteamiento del problema	11
1.3 Justificación	13
Capítulo II	
2.1 Fundamento teórico	15
Capítulo III	
3.1 Objetivos de la investigación	26
3.1.1 Objetivo general	26
3.1.2 Objetivos específicos	26
Capítulo IV	27
4.1 Diseño de estudio	27
4.2 Área de estudio	27
4.3 Universo y muestra	27
4.3.1 Universo de estudio	27
4.3.2 Muestra	27
4.4 Criterios de selección	27
4.4.1 Criterios de inclusión	27
4.4.2 Criterios de exclusión	28
4.5 Variables	28
4.5.1 Variables	28
4.5.2 Operacionalización de las variables	28
4.6 Métodos, técnicas e instrumentos	28

4.6.1 Método	28
4.6.2 Técnica	28
4.6.3 Instrumento	29
4.7 Control de calidad de la información	29
4.8 Plan de tabulación y análisis	29
4.9 Consideraciones éticas	30
Capítulo V	31
5.1 Resultados	31
Capítulo VI	43
6.1 Discusión	43
Capítulo VII	
6.1 Conclusiones	46
7.2 Recomendaciones	47
8.1 Referencias	48
9.1 Anexos	52

Índice de Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes	31
Tabla 2. Prevalencia de depresión y factores asociados	35
Tabla 3. Prevalencia de ansiedad y factores asociados	37
Tabla 4. Prevalencia de estrés y factores asociados	40

Índice de Gráficos

Ilustración 1. Prevalencia de depresión, ansiedad y estrés34

Agradecimiento

Queremos agradecer, primero a Dios por habernos guiado durante toda nuestra carrera siendo el pilar fundamental en cada paso dado.

A nuestros padres, familia y maestros, responsables de nuestra formación humana y académica, que sin ellos nada de esto sería posible, agradecer en especial al Doctor Ismael Morocho Malla por el apoyo brindado durante la realización de este proyecto de investigación.

A todo el personal administrativo y docentes por la colaboración y el recibimiento positivo para que podamos realizar nuestro estudio.

Expresamos nuestro sincero afecto y agradecimiento.

LAS AUTORAS

Dedicatoria

Dedicamos este proyecto de investigación a nuestros padres por haber confiado en nosotros y en nuestras capacidades durante toda nuestra carrera siendo el apoyo fundamental para poder culminar este paso en nuestras vidas.

A nuestros hermanos y amigos que fueron ese espacio de paz y apoyo para los buenos y malos momentos. A todas las personas que formaron parte de nuestra vida que ahora no están con nosotros, pero nos siguen acompañando y cuidando desde el cielo.

Sin ustedes nada de esto sería posible.

LAS AUTORAS

Capítulo I

1.1 Introducción

El COVID-19 es definido como una infección del síndrome respiratorio agudo severo o grave 2 (SARS-CoV-2), conocida desde el año 2019 como una enfermedad de rápida expansión y con un índice de morbilidad y mortalidad alto, razón por la cual, la Organización Mundial de la Salud en el año 2020, declaró una emergencia sanitaria definida como pandemia, basándose en el alcance que el virus podría tener a nivel mundial y la inmunidad de la población (1).

Debido a la capacidad de contagio del COVID-19, gobiernos internacionales y locales decretaron en el año 2020 medidas de confinamiento para la población, las cuales mantenían como meta la disminución y control de infectados a la enfermedad. Sin embargo, existen consecuencias negativas ante el confinamiento como el impacto psicológico negativo en la población debido al cambio en el estilo de vida, estrés ante la enfermedad y la preocupación excesiva al contagio (2).

Desde la perspectiva de salud mental, en una situación de pandemia, se estima que, entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta, puede sufrir alguna manifestación psicopatológica, de acuerdo a la magnitud del evento y el grado de vulnerabilidad. Aunque no todos los problemas psicológicos y sociales que se presenten, serán enfermedades, sino reacciones normales ante una situación anormal (3).

Al referirnos a las consecuencias psicológicas negativas por el confinamiento, hay que hacer énfasis en el impacto psicológico por el miedo a ser infectados, la incapacidad económica para subsistir, distintos tipos de violencia, aburrimiento, problemas de salud mental previos y sentimientos de frustración. A la par, existen consecuencias emocionales de carácter negativo como la preocupación, ansiedad y miedo que de manera conjunta ante eventos de naturaleza incontrolable e impredecible pueden generar cuadros patológicos de depresión, ansiedad o estrés (4).

En base a los antecedentes presentados, las medidas de confinamiento para el personal de salud de distintas instituciones fueron diferentes debido a la consideración de labor esencial, de este modo, el riesgo y preocupación por el contagio es considerado exponencial al igual que las afecciones psicopatológicas. En el caso de personal administrativo y docentes que

ejerzan algún cargo administrativo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, al ser personal operativo, son considerados como trabajadores esenciales. Por tal motivo, se encuentran dentro del grupo de riesgo que puede verse afectado por trastornos mentales debido al estrés que involucra su trabajo y la probabilidad de contagio (5).

Estudios realizados con población que presta servicios públicos y en salud, socializan que una tendencia general del 9% de personal de salud que reportan haber trabajado en época de cuarentena, desarrollaron sintomatología depresiva. A su vez, un mayor nivel de estrés, ansiedad y agotamiento psicológico puede ser experimentado por el tipo de labor que funcionarios desempeñan, siendo estos directos o remotos en el marco de la pandemia por COVID-19 (6).

1.2 Planteamiento del problema

Antes de la aparición del COVID-19, las estadísticas sobre trastornos mentales ya mantenían índices elevados a nivel mundial, para la economía, la depresión y la ansiedad eran un costo de 1 billón de dólares estadounidenses al año debido a la inversión pública de gobiernos estatales, con una afectación de 264 millones de personas en el mundo, con un inicio desde los 14 años con indicadores hereditarios y como la segunda causa de muerte en población de 15 a 29 años. Un aproximado advierte que 1 de cada 5 personas que se encuentran en situaciones desfavorables padecen de un trastorno mental y fallece entre 10 a 20 años antes que la población general, estadísticas que han tenido un aumento y han sido abordadas por diferentes académicos a nivel global (7).

Desde la pandemia, el incremento en trastornos emocionales se ha evidenciado, por la interacción directa del confinamiento con estresores de carácter negativo que son propios y originarios en eventos epidémicos tales como el temor por el bienestar de la familia, compañeros y el propio, mismos que crecen debido a la necesidad de cuidar y salvaguardar a seres queridos, la falta de insumos de protección personal que aumentan el temor a un posible contagio o afrontamiento adecuado a la enfermedad, la carencia en redes de apoyo que permitan un espacio de bienestar para necesidades emocionales, económicas o de salud; el deseo de ayudar y cuidar personas que se encuentran propensas al contagio, dificultades para mantener un estilo de vida saludable debido a los cambios abruptos por el confinamiento (8). El incremento mencionado se evidencia en distintas investigaciones.

En un estudio realizado con 1.210 personas pertenecientes a la ciudad de China con la escala DASS-21 demuestra que los niveles del impacto psicológico basados en ansiedad, estrés y depresión responden a un 16.5% a síntomas depresivos moderados, el 28.8% ansiedad moderada grave y un 8.21% a niveles de estrés moderado grave, los cuales fueron valorados en medio de situaciones de confinamiento. A la par, los resultados de la investigación indican que, en el caso de las mujeres, los niveles aumentan de manera significativa en comparación a los hombres (9).

En la ciudad de Loja, por medio de la aplicación de la escala DASS-21 a personal de planta y estudiantes pertenecientes a una institución de educación superior, con el objetivo de conocer los niveles de estrés, ansiedad y depresión como consecuencia del confinamiento por COVID-19 en el año 2020, se obtiene como resultado que los evaluados mantienen niveles leves en las variables abordadas, concluyendo que manifiestan una respuesta adaptativa a la situación catalogada como desfavorable (10). En cambio, en un estudio realizado con la misma escala a personal de una casa de salud, refiere que los 39 evaluados presentan niveles elevados de ansiedad con un porcentaje de 41.1%, un 33.9% en estrés y el 28% en depresión (11).

En Venezuela, en un estudio con 151 docentes evaluados por medio de la escala DASS-21, concluye como resultado que el 30% de la muestra se encuentran en el rango de depresión severa y un 40% en extremadamente severa, en el caso de ansiedad, el 40% se ubica en extremadamente severa, los niveles de estrés el 30% se encuentran en el rango de severo y el 40% en extremadamente severo, índices presentados a consecuencia del confinamiento por COVID-19 (12). En el año 2021, la investigación realizada al personal del Hospital ESSALUD-Cajamarca para evaluar el nivel de estrés por medio de la escala DASS-21, determina que en la muestra de 72 personas la presencia de 4.17% de estrés leve, 5.56% de estrés moderado y 84.72% que no presentan estrés (13).

El mismo método (DASS-21) fue empleado en la Comunidad Autónoma Vasca en una población de 184 hombres y 792 mujeres (976), la cual concluye que los niveles de ansiedad, depresión y estrés mantiene un índice de 14.7% mientras que 85.1% de la muestra no refirió ninguna alteración (14). En otra investigación que evalúa los niveles de ansiedad, estrés y depresión por medio de la aplicación de la escala DASS-21 en una muestra de 687 profesionales divididos en enfermeras, estudiantes, profesionales de finanzas, agricultores, médicos, docentes y personal administrativo, se observó un incremento en la depresión (17,9%), ansiedad (30,3%) y estrés (13,7%) (15) (16).

Pregunta de investigación

En base a los antecedentes presentados y la gran cantidad de resultados obtenidos con la aplicación de la escala Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y con el propósito de conocer la realidad actual del personal administrativo y docentes con cargo administrativo, pertenecientes a instituciones de educación superior y mejorar la salud psicológica de los mismos, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el impacto psicológico en personal administrativo y docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca en tiempos de pandemia por Covid-19 2021-2022?

1.3 Justificación

Esta investigación se ve relacionada con la necesidad de comprender el impacto psicológico que genera la pandemia por COVID - 19 en personal administrativo y docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, mismo que cuentan con diversos profesionales que cumplen distintos roles dentro de la institución de educación superior, entendiendo que la salud mental en la población selecta, carece de investigaciones a nivel nacional. En el ámbito específico, el impacto psicológico es definido como una reacción psico emocional negativa intensa ante un evento no normativo, el mismo puede ser medido mediante el rango de estrés o patologías como la ansiedad y depresión, entendiendo que dichos niveles pueden ser leves o severos dependiendo de la percepción de cada individuo (17).

La presente investigación pretende abordar esta temática desde el punto de vista del desarrollo de estrés, ansiedad y depresión por parte de los evaluados en respuesta a la actual pandemia mundial, debido a que la misma se enmarca dentro de los lineamientos del Plan Estratégico Nacional y Modelo de Atención de Salud Mental y los lineamientos operativos para la Intervención de salud mental en la emergencia sanitaria, planes vigentes por el gobierno actual.

Dentro del marco de esta investigación, consideramos como personal administrativo a toda persona que desempeñe sus labores dentro de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, como secretarías, directores de carrera etc, y a la vez citamos a docentes pero que únicamente ejerzan cargos administrativos en la institución, ya que todos

ellos participan en mayor o menor grado en el servicio proporcionado por la institución de educación superior.

Los beneficios de esta investigación serán tanto para docentes y personal administrativo como autoridades de la institución, ya que, al evidenciar el impacto psicológico y los niveles de estrés, ansiedad y depresión en los participantes, impulsará investigaciones futuras sobre otras temáticas relacionadas con salud mental, además del aporte teórico-metodológico de ésta, dentro del contexto ecuatoriano, tanto para profesionales y futuros miembros de la comunidad universitaria.

Este tema se enmarca en el área 19: Sistema nacional de Salud, línea talento humano, sub línea evaluaciones y monitoreo, de las prioridades del MSP 2013-2017.

Capítulo II

2.1 Fundamento teórico

Impacto psicológico

Se define como un conjunto de cambios en el pensamiento, emociones o comportamientos de un individuo, los cuales se desarrollan como consecuencia a una experiencia o situación que implica un daño, amenaza o pérdida importante o prolongada (3). Dicho impacto puede ser no deseado, desadaptativo y disfuncional debido a que la amenaza se prolonga en el tiempo (meses, años), como en el caso actual, el proceso de cuarentena, confinamiento, distanciamiento social y medidas de bioseguridad, proceso que inició en el 2020 y se mantiene hasta la actualidad. Dicha amenaza llega a interferir en el desarrollo vital de la persona con la presencia de cuadros clínicos psicológicos como los siguientes:

Depresión

Definición

La American Psychiatric Association define a la depresión como un estado de ánimo triste, acompañado de cambios somáticos, cognitivos y físicos que afectan la calidad de vida de quien la padece. Según la duración y la funcionalidad psicosocial del individuo con el trastorno, se caracterizan en distintas tipologías. Entre la sintomatología se encuentran cambios en el apetito, sueño, atención, toma de decisiones, sentimientos de inferioridad, ideación suicida y alteraciones en la psicomotricidad (18).

Según la Organización Mundial de la Salud los episodios depresivos anuales tienen una frecuencia del 5% en hombres y un 9% en mujeres (19). En Ecuador, existe una prevalencia del 4.6% de depresión, siendo nuestro país el que ocupa el décimo primer puesto de América Latina. Se considera un trastorno impredecible, ya que puede tener un inicio abrupto o gradual, ser temporal o por episodios y dificultar el desarrollo de actividades cotidianas en distintas áreas como la personal laboral y académica (20).

Para entender el trastorno depresivo, es necesario explicarlo desde su fisiopatología, entendiendo que es un trastorno sistémico y multifactorial, de manera específica, su composición responde a factores genéticos, psicosociales y químicos (21).

Fisiopatología

- Factores genéticos

Existe un mayor riesgo de desarrollar un trastorno depresivo al ser pariente de primer grado de quien mantiene la patología. Hasta el momento se han reportado casi 200 genes involucrados con el trastorno depresivo mayor, los cuales explican que existe una influencia poligénica de interacciones entre la genética y el ambiente (22). Se ha encontrado diferencias en la morfología del sistema cortico-límbico estriatal entre mujeres y hombres, lo cual señala que la cantidad de materia gris de este sistema neuronal predispone al sexo masculino al desarrollo del trastorno depresivo (23).

- Factores biológico - químicos

Existe la hipótesis sobre la etiología del trastorno depresivo se basa en alteraciones en las vías de neurotransmisores como la noradrenalina, dopamina, serotonina y glutamato, de manera especial el neurotransmisor de monoamina derivada del L-triptófano que se encuentra en el tracto gastrointestinal y sistema nervioso central. Su función de neurotransmisor y neuromodulador afecta el estado de ánimo, sueño, apetito y emociones; cualquier alteración en el proceso de absorción o secreción de dicho neurotransmisor, guarda relación con trastornos compulsivos, depresivos, alteraciones de sueño o apetito y esquizofrenia (24).

Otra hipótesis sobre la etiología de la depresión guarda relación al estrés crónico y los cambios que provoca a nivel cerebral en el sistema nervioso central, en el eje hipotálamo-pituitario-adrenal. Mientras que, alteraciones en la neuro plasticidad favorece el desarrollo de síntomas depresivos debido a la alteración en funciones cognitivas y límbicas (22).

- Factores psicosociales

A nivel psicosocial, existen factores como el tipo de personalidad, estrés social, cambios abruptos en el estilo de vida, desempleo, exigencia en el área laboral, dificultades en las relaciones interpersonales del sujeto, carencias económicas y modelos de resolución

de conflictos. Cabe mencionar que el desarrollo de un cuadro depresivo es multifactorial, razón por la cual, la misma puede responder a distintas situaciones desfavorables (25).

Clasificación

Según el manual diagnóstico y estadístico DSM-5 o la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE10) (18), la depresión pertenece a trastornos de humor o afectivos, con una clasificación de episodios depresivos leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos y otros tipos de episodios depresivos y episodio depresivo, no especificado (25). Mientras que según DSM-5 se subdivide en: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado (26).

Criterios diagnósticos de un episodio depresivo

Según CIE10 los criterios de un episodio depresivo son:

- a. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
 - b. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
 - c. Síndrome somático: se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:
 - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.
 - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
 - Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
 - Empeoramiento matutino del humor depresivo.
 - Presencia de enlentecimiento motor o agitación.
 - Pérdida marcada del apetito.
 - Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes.
 - Notable disminución del interés sexual.
- (18).

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE 10

- a. Criterios generales para episodio depresivo:
- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
 - El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- b. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:
- Humor depresivo presente la mayor parte del día, casi todos los días que persiste al menos 2 semanas.
 - Pérdida de interés o capacidad de disfrutar actividades anteriormente placenteras.
 - Falta de vitalidad.
- c. Debe estar presente uno o más síntomas de la lista:
- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo.
 - Sentimientos de culpa excesiva e inadecuada y reproches hacia sí mismo desproporcionados.
 - Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
 - Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
 - Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
 - Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
 - Cambios del apetito con la correspondiente modificación del peso.
- d. Puede haber o no síndrome somático. (18)

Episodio depresivo leve: cuando está presente dos o tres síntomas del criterio B. En la mayoría de veces, esta persona está apta para continuar la mayoría de sus actividades (29).

Episodio depresivo moderado: cuando están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias (18).

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos como alucinaciones, delirios, retardo

psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (18).

Clasificación de la depresión según el manual diagnóstico y estadístico DSM-5

- a. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante un período de dos semanas y representan un cambio respecto del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer (27).
- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el sujeto (ej. Sentirse triste o vacío u observado por otros (ej. Apariencia llorosa).
 - Marcada disminución del interés o del placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (señalada por el sujeto o por la observación de otros).
 - Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo de peso (ej. variación del 5% del peso corporal en un mes), o bien una disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 - Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - Agitación o retraso psicomotores casi todos los días (observado por otros, no simplemente la sensación subjetiva de cansancio o de estar enlentecido).
 - Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva inapropiados (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).
 - Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (señalada por el sujeto o por la observación de otros).
 - Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.
- b. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- c. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.
- d. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej. Abuso de drogas, medicamentos), ni a una enfermedad médica general (ej. Hipotiroidismo).

- e. Los síntomas no son mejor explicados por un duelo. Es decir que, tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por un marcado deterioro funcional, preocupación insana con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Ansiedad

Definición

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) define a la ansiedad como un estado de miedo intenso con preocupación excesiva, que se acompaña de respiración agitada, taquicardia y cansancio. Se considera adaptativo cuando responde a situaciones de riesgo o peligro para el individuo, sin embargo, es de carácter patológico al interferir con la capacidad funcional del individuo en sociedad y su calidad de vida (28).

Fisiopatología

Se conoce que para el desarrollo de un trastorno de ansiedad existen factores biopsicosociales, los cuales pueden responder de forma multicausal a la aparición de sintomatología, la cual se presenta como: insomnio, palpitaciones, sudoración, miedo a la muerte, pensamientos recurrentes, tensión, hiperventilación, entre otros. En cuanto a las explicaciones en base a neurotransmisores, se cree que la disminución en la actividad del sistema serotoninérgico y una sobre activación del noradrenérgico están involucrados, pues son circuitos neuronales que responden al locus cerúleos y estructuras límbicas que explicarían la afectación emocional; la disminución de la actividad del sistema del ácido gamma-aminobutírico (GABA) o una alteración en la regulación de los corticosteroides puede alterar algunas vías nerviosas del procesamiento cerebral relacionado con el miedo y episodio ansiolíticos (29) (30).

Manifestaciones clínicas

Según el DSM-5:

Trastorno de ansiedad generalizada:

- a. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- b. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- c. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses).
- d. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- e. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
- f. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Estrés

Definición

Según el CIE-10 se denomina al estrés como un trastorno transitorio de una gravedad significativa que aparece en un individuo sin otro trastorno mental previo aparente, se da una respuesta a un estímulo puntual, agresivo o no, percibido como amenazante para la homeostasis y que por lo general remite en horas o días, El estrés activa un conjunto de reacciones que implican respuestas conductuales y fisiológicas neuronales, metabólicas y neuroendocrinas que permiten al organismo responder al estresor de la manera más adaptada posible (31)(32).

Fisiopatología

La respuesta al estrés se divide en tres fases:

Primero hay la recepción de la fuente de estrés y filtración de la información sensorial por el tálamo. Después la reacción al estímulo en donde actúa el córtex prefrontal y el sistema límbico formando un análisis comparativo entre la nueva situación traumática y los recuerdos, la respuesta se hace de acuerdo a las experiencias. Finalmente, la activación de la respuesta del organismo vía la amígdala y el hipocampo, esta respuesta pone en juego el complejo hipotálamo-hipofisario, así como la formación reticular y el locus coeruleus.

Una vez generada una respuesta se da el proceso de adaptación que empieza por la alerta en respuesta a un estresor por el hipotálamo que estimula las suprarrenales en su parte medular para secretar la adrenalina, cuyo objetivo principal es suministrar la energía en caso de urgencia. Habrá entonces una serie de respuestas del organismo como un aumento de la frecuencia cardíaca, vasodilatación, aumento de la vigilancia. Si el estrés se mantiene, las suprarrenales en la zona fasciculada van a generar entonces un segundo tipo de hormona, el cortisol el cual mantiene constante el nivel de glucosa sanguínea así actúan por una parte, la adrenalina suministrando la energía de urgencia; por otra, el cortisol asegurando la renovación de las reservas. Tiempo transcurrido la fase de relajamiento se instala si la situación persiste y se acompaña de una alteración hormonal crónica con consecuencias orgánicas y psiquiátricas. Si la situación persiste todavía más, es posible que el organismo se encuentre desbordado, inclusive agotado. Poco a poco las hormonas secretadas son menos eficaces y comienzan a acumularse en la circulación, dando como resultado que el organismo esté invadido de hormonas generando alteración en la homeostasis de la persona afectada (33).

Trastorno de estrés agudo según el DSM-5

- a. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
 - Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
 - Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
 - Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo.
 - Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

- b.** Presencia de nueve (o más) de los síntomas siguientes de alguna de las cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que comienza o empeora después del suceso(s) traumático:
- Síntomas de intrusión
 - Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático(s).
 - Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s).
 - Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
 - Malestar psicológico intenso o prolongado o reacciones fisiológicas importantes en respuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.
 - Estado de ánimo negativo
 - Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
 - Síntomas disociativos
 - Sentido de la realidad alterado del entorno o de uno mismo (p. ej., verse uno mismo desde la perspectiva de otro, estar pasmado, lentitud del tiempo).
 - Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
 - Síntomas de evitación
 - Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
 - Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
 - Síntomas de alerta

- Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
 - Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 - Hipervigilancia.
 - Problemas con la concentración.
 - Respuesta de sobresalto exagerada.
- c.** La duración del trastorno (síntomas del Criterio B) es de tres días a un mes después de la exposición al trauma.
- d.** La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- e.** La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica (p. ej., traumatismo cerebral leve) y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve.

Para medir el impacto en la salud mental por diferentes estresores que puedan afectar a las personas tenemos diferentes escalas o test, uno de ellas es el DASS 21 que se menciona a continuación:

Escala de depresión, ansiedad y estrés DASS–21

La escala DASS-21 (Depresión, ansiedad y estrés) fue elaborada con el objetivo de evaluar estados emocionales relacionados a estrés, ansiedad y depresión, las cuales se relacionan entre sí. Su composición es 21 ítems con respuestas tipo Likert. Está conformada por 3 factores: Estrés (dificultad para relajarse, irritabilidad e impaciencia) Ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18; Ansiedad (síntomas subjetivos y somáticos de miedo, activación automática, ansiedad situacional y experiencia subjetiva de afecto ansioso) ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20 y Depresión (disforia, falta de sentido, auto depreciación, falta de interés, anhedonia e inercia) ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21. Las opciones de respuesta disponibles para responder son: 0: no me ha ocurrido; 1: me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; y 3: me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo (34) (35).

Originalmente estaba conformada por un total de 42 ítems, sin embargo, fue modificada hasta la versión actual previamente descrita siendo mucho más concreta y eficaz, adicionalmente

tiene adaptaciones al idioma español validada en población latina hecha por Daza et al. (2002) y otro estudio en universitarios españoles hecho por Bados y et al. (2005). Para la validación se realizó un estudio en 2012 en el que utilizó una muestra de estudiantes universitarios y el análisis reveló tres factores correlacionados que presentan una alta proporción de la varianza (41,3%). Además, se ha encontrado que la consistencia interna, alfa de Cronbach de las escalas de depresión, ansiedad y estrés es de 91, 84 y 90, respectivamente, en este estudio también se administró el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), encontrándose que el BAI y la escala de ansiedad del DASS están muy correlacionados con un coeficiente de Pearson de 0,81, así como también el BDI y la escala de depresión de DASS con coeficiente de 0.74 (36).

Aún no existe una adaptación para Ecuador, pero fue adaptado en Chile, para ello se hicieron ciertas modificaciones que permiten ajustar mejor la escala al contexto social y cultural del país, sus propiedades psicométricas fueron evaluadas en adolescentes y estudiantes universitarios. Este estudio se llevó a cabo por Salgado-Madrid et al. (2013) en 484 universitarios chilenos. Así se comprobó que posee un alto grado de confiabilidad con valores alfa de 0.87 para Depresión, entre 0.72 para Ansiedad y 0.82 para Estrés (36).

Capítulo III

3.1 Objetivos de la investigación

3.1.1 Objetivo general

Determinar el impacto psicológico en el personal administrativo y docente de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca en tiempos de pandemia por COVID-19 en el año 2022.

3.1.2 Objetivos específicos

- Describir las variables sociodemográficas del personal administrativo y docente de la Facultad de Ciencias Médicas.
- Determinar el impacto psicológico mediante los niveles de depresión, ansiedad y estrés.
- Establecer la relación entre las variables demográficas y el impacto psicológico mediante los niveles de depresión, ansiedad y estrés.

Capítulo IV

4.1 Diseño de estudio

La presente investigación se basa en un enfoque cuantitativo de diseño no experimental de tipo descriptivo.

4.2 Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, ubicada en la Av. Los Arupos y Av. 12 de abril; en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay.

4.3 Universo y muestra

4.3.1 Universo de estudio

El universo está conformado por el personal administrativo, docentes que realizan funciones administrativas y conserjes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y fueron parte del confinamiento decretado por la pandemia de COVID -19. El número de funcionarios es de 82 personas.

4.3.2 Muestra

Docentes y personal administrativo que, cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión de la investigación, decidan participar de manera libre y voluntaria en la investigación.

4.4 Criterios de selección

4.4.1 Criterios de inclusión

- Personal administrativo y docente de la Facultad de Ciencias Médicas que se encuentren laborando en la institución universitaria y que acepten participar mediante la firma del consentimiento informado.
- Personal administrativo y docentes que durante la etapa de pandemia continuó trabajando en la institución

4.4.2 Criterios de exclusión

- Personal administrativo y docentes que una vez hayan aceptado, ya no deseen continuar con la investigación.
- Personal administrativo y docentes que tengan antecedentes de ansiedad, depresión o estrés.

4.5 Variables

4.5.1 Variables

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Nivel de estudios
- Área de servicio
- Antecedente laboral
- Año desde el que labora en la Facultad de Ciencias Médicas
- Antecedentes personales de enfermedades orgánicas y mentales
- Depresión
- Ansiedad
- Estrés

4.5.2 Operacionalización de las variables

(Anexo #1)

4.6 Métodos, técnicas e instrumentos

4.6.1 Método

Observacional

4.6.2 Técnica

Aplicación de la Escala DASS-21 y encuesta estructurada para los datos sociodemográficos.

4.6.3 Instrumento

Para recolectar los datos se facilitó un cuestionario impreso, el cual fue entregado personalmente a los participantes potenciales. Se colocó y socializó el consentimiento informado en un inicio, para que los participantes decidan de manera voluntaria verter información necesaria para el estudio. La encuesta consta de dos partes: ficha sociodemográfica y la escala de depresión, ansiedad y estrés: DASS – 21. (Ver Anexo #4). Se consideró dentro de la investigación el total de cuestionarios completados durante el mes de julio 2022.

La escala DASS-21 comprende tres subescalas de: depresión, ansiedad y estrés que forman parte de un solo cuestionario. El resultado de cada subescala se suma y se multiplica por dos para el análisis. Dentro de la subescala de depresión tenemos: normal (0–9), leve (10–12), moderado (13–20), severa (21–27) y extremadamente severo (28–42). Dentro de la subescala de ansiedad tenemos: normal (0–6), leve (7–9), moderada (10–14), severa (15–19) y extremadamente severa (20–42). En cuanto a la subescala de estrés tenemos: normal (0-10), estrés leve (11-18), moderado (19-26), severo (27-34) y extremadamente severo (35-42) (32).

4.7 Control de calidad de la información

La supervisión durante el proceso fue por parte del director: Dr. Ismael Morocho, docente de la Universidad de Cuenca.

4.8 Plan de tabulación y análisis

Después de la obtención de información, se creó una base de datos estadísticos y se procedió a su análisis mediante el programa IBM SPSS V20, además del uso de Microsoft Excel V 2015 para la presentación de las variables sociodemográficas y de estrés, ansiedad y depresión en forma de tablas de frecuencias y porcentajes para evidenciar la presencia de las patologías en estudio. Además, para obtener el análisis descriptivo de las variables cuantitativas, se efectuaron las pruebas estadísticas de moda, mediana, media y desviación estándar. Además, se utilizó la prueba de Kolmogorov – Smirnov para conocer la normalidad de la población y usar pruebas paramétricas o no paramétricas para asociar las variables sociodemográficas con las puntuaciones de estrés, ansiedad y depresión.

4.9 Consideraciones éticas

La investigación se desarrolló acorde a los reglamentos y principios que rigen las normas de los derechos humanos, respetando los aspectos bioéticos. La participación en el estudio no generó riesgos o repercusiones en el ámbito laboral, además se garantizó la confidencialidad, ya que los nombres de las personas participantes no fueron expuestos de ninguna manera. Los profesionales que fueron parte del equipo de investigadores, no tuvieron conflicto de intereses externos más que el aporte a la comunidad científica. Además, las personas tenían el derecho de decidir participar o no en el estudio. Por otra parte, se apoyó el principio de no maleficencia, entendiendo que el interés primordial es el enriquecimiento científico – académico. La investigación no generó beneficios directos o inmediatos, sin embargo, el aporte a la academia permitió conocer más sobre la salud mental y la pandemia mundial por COVID – 19.

Para cumplir con lo antes mencionado se tomaron en cuenta las siguientes acciones:

- Aplicación de un consentimiento informado donde se dio a conocer a los participantes sobre el estudio y se les solicitó su participación voluntaria mediante su firma. El mismo fue socializado a cada una de las personas que pertenecían al personal administrativo y docentes con cargo administrativo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. (Anexo 2)
- Para mantener la confidencialidad y el anonimato de los participantes se les asignó un código numérico a cada uno de ellos.
- En casos de alteraciones emocionales dentro del estudio, se notificó y guió para atención psicológica.

Capítulo V

5.1 Resultados

Tras haber recopilado los datos referentes a la población de estudio y haberlos sistematizado meticulosamente, se logró plasmar los resultados obtenidos en tablas de frecuencia con sus respectivos porcentajes, con el fin de analizarlos de manera estructurada.

CARACTERÍSTICAS DE LOS/LAS PARTICIPANTES

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes

VARIABLES		NÚMERO	PORCENTAJE
Sexo	Masculino	27	50%
	Femenino	27	50%
Edad	Menores 30 años	9	16.7%
	30-39 años	23	42.6%
	40-49 años	14	25.9%
	Mayores 49 años	8	14.8%
Estado Civil	Soltero	17	31.5%
	Casado	31	54.4%
	Viudo	2	3.7%
	Divorciado	4	7.4%
Instrucción	Bachillerato	18	33.3%
	Pregrado	21	38.9%
	Posgrado	13	24.1%
	Doctorado	2	3,7%
Área De Servicio	Analista	18	33.3%
	Asistente	24	44.4%

	Conserje	12	22.2%
Antecedente Laboral	Si	25	46.3%
	No	29	53.7%
Antecedente Personal De Enfermedad Orgánica	Diabetes	4	7.4%
	HTA	7	13%
	AR	2	3.7%
	Otros	1	1.9%
	Ninguno	40	74.1%
Antecedente Personal De Enfermedad Mental	Depresión	5	9.3%
	Estrés	10	18,5%
	Trastornos alimenticios	1	1,9%
	Insomnio	1	1.9%
	Ninguno	37	68,5%
Depresión	Normal	37	68.5%
	Leve	13	24.1%
	Moderado	4	7.4%
Ansiedad	Normal	33	61.1%
	Leve	16	29.6%
	Moderado	5	9.3%
Estrés	Normal	36	66.7%
	Leve	13	24.1%
	Moderado	5	9.3%

Fuente: Base de Datos – **Elaboración:** Ariana Quezada, Vanesa Marchan.

$$* \bar{X} 38,52,1 \pm 9,396$$

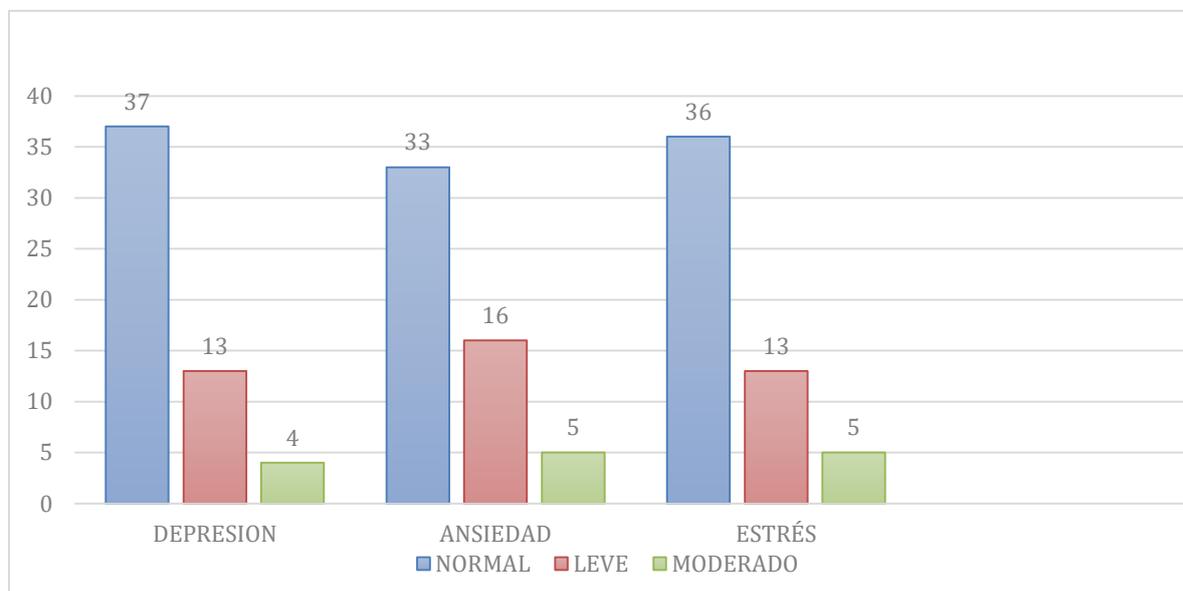
En la investigación participaron 54 personas con cargo administrativo de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, quienes fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio, cumpliendo con los criterios de investigación. Dentro de las cuales el 50%

(n=27) son hombres y 50% (n=27) son mujeres, el estado civil predominante es casado con un 54,4% (n=31) seguido de soltero del 31,5% (n=17), divorciado 7,4% (n=4) y viudo 3,7% (n=2). El nivel de instrucción de los participantes ocupa pregrado un 38,9% (n=21), bachillerato 33,3%(n=18), postgrado 24,1%(n=13), doctorado con un 3,7% (n=2), se reunió al personal dependiendo del área de servicio al que pertenecen dando como resultado analistas 33,3% (n=18), asistentes 44.4% (n=24) y conserjes 22.2% (n=12). Además, se tomó en cuenta si durante la pandemia continuaron trabajando para la universidad de los cuales, un 53,7% (n=29) no prestaron sus servicios, y 46.3 (n=25) si trabajaron de forma semipresencial. Se valoró si tenían alguna enfermedad orgánica previa dando como resultado que la mayoría de personas con un 74,1% (n=40) se encuentran sanas y el 25,9% (n=14) cuentan con antecedente de enfermedad orgánica. Por último, valoramos si las personas presentaban, previo a la pandemia por COVID 19, alguna enfermedad mental de las citadas dando como resultado con 18,5%(n=10) estrés, 9.3% (n=5) depresión, 3,8 (n=2) trastornos alimenticios e insomnio y el 68,5% (n=37) restante con ninguna enfermedad mental.

En el estudio se hace referencia a tres principales enfermedades mentales: depresión, ansiedad y estrés, siendo valoradas por el estado que se presenta en leve moderado y grave según la escala de Dass 21, dando como resultado: Depresión, normal 68,5% (n=37), leve 24,2% (n=13), moderado 7,4% (n=4), Ansiedad, normal 61,1% (n=33), leve 29.6% (n=16), moderado 9.3% (n=5), Estrés, normal 66,7% (n=36), leve 24.1% (n=13), moderado 9.3% (n=5).

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y DOCENTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19 EN EL AÑO 2022

Ilustración 1. Prevalencia de depresión, ansiedad y estrés



Fuente: Base de Datos – **Elaboración:** Ariana Quezada, Vanesa Marchan.

En el gráfico se puede apreciar que la enfermedad con más prevalencia en el personal administrativo y docentes con cargo administrativo de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, es la ansiedad con 29,6%, seguida de depresión 24.1% y estrés con 24.1% en grado leve, y de forma moderada Ansiedad 9.3%, Depresión 7.4%, Estrés 5.3%, los demás participantes 68,5% según la escala DASS 21 están en categoría normal.

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y DOCENTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19 EN EL AÑO 2022

Tabla 2. Prevalencia de depresión y factores asociados

VARIABLES		DEPRESIÓN		
		NORMAL	LEVE	MODERADO
Sexo	Masculino	20 (74,1%)	4 (14,8%)	3 (11,1%)
	Femenino	17 (63,0%)	9 (33,3%)	1 (3,7%)
Edad	Menores de 30 años	7 (70,4%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)
	30 a 39 años	13 (56,5%)	9 (39,1%)	1 (4,3%)
	40 a 49 años	12 (85,7%)	1 (7,1%)	1 (7,1%)
	Mayores a 49 años	5 (62,5%)	2 (25,0%)	1 (12,5%)
Estado civil	Soltero	11 (64,7%)	4 (23,5%)	2 (11,8%)
	Casado	22 (71,0%)	8 (25,8%)	1 (3,2%)
	Viudo	1 (50,0%)	1 (,0%)	0 (0,0%)
	Divorciado	3 (75,0%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)
Instrucción	Bachillerato	10 (55,6%)	6 (33,3%)	2 (11,1%)
	Pregrado	15 (71,4%)	5 (23,8%)	1 (4,8%)
	Posgrado	10 (76,9%)	2 (15,4%)	1 (7,7%)
	Doctorado	2 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

Área de Servicio	Analista	15 (83,3%)	3 (16,7%)	0 (0,0%)
	Asistente	16 (66,7%)	6 (25,0%)	2 (8,3%)
	Conserje	6 (50,0%)	4 (33,3%)	2 (16,7%)
Antecedente laboral	Si	14 (56,0%)	9 (36,0%)	2 (8,0%)
	No	23 (79,3%)	4 (13,8%)	2 (6,9%)
Antecedente de enfermedad orgánica	Diabetes	3 (75,0%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)
	HTA	4 (57,1%)	3 (42,9%)	0 (0,0%)
	AR	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)
	Otros	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)
	Ninguno	29 (72,5%)	8 (20,0%)	3 (7,5%)
Antecedente de enfermedad mental	Depresión	1 (20,0%)	4 (80,0%)	0 (0,0%)
	Estrés	7 (70,0%)	2 (20,0%)	1 (10,0%)
	Trastornos alimenticios	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)
	Insomnio	0 (0,0%)	1 (100,0%)	0 (0,0%)
	Ninguno	29 (78,4%)	6 (16,2%)	2 (5,4%)

Fuente: Base de Datos – Elaboración: Ariana Quezada, Vanesa Marchan.

* \bar{X} 38,52,1 \pm 9,396

En la población de estudio se encontró una mayor predisposición de depresión leve y moderada con un 37% en el sexo femenino, con respecto a la edad se valora que entre 30-39 años es en donde mayor prevalencia tiene con un 43.4%, el nivel de instrucción en bachillerato se presenta en 44.4% a diferencia en las personas con doctorado con un 0%, el área de servicio con más casos es los conserjes con depresión leve 33.3% y depresión moderada 16.7. Además, se observa que los encuestados sin antecedentes de enfermedad

orgánica desarrollaron depresión leve el 20% y moderada el 7,5%, a diferencia de las personas con antecedentes como diabetes 25% e HTA 42.9% que únicamente presentan depresión leve.

Al final de la tabla se valora si las personas tienen antecedente de alguna enfermedad mental, sin antecedentes el 78% se mantiene dentro de lo normal, pero el 16.2% desarrolló depresión leve y el 5.4% desarrolló depresión moderada. Así mismo, personas con depresión previa un 20% se encuentran dentro de lo normal, pero el 80% desarrollo depresión leve. Por último, personas con antecedente de estrés un 70% se encuentra normal, a comparación personas con antecedente de trastornos alimenticios que se desarrolló depresión moderada en el 100% y con antecedente de insomnio desarrollo depresión leve el 100%.

PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y DOCENTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19 EN EL AÑO 2022

Tabla 3. Prevalencia de ansiedad y factores asociados

VARIABLES		ANSIEDAD		
		NORMAL	LEVE	MODERADO
Sexo	Masculino	17 (63,0%)	6 (22,2%)	4 (14,8%)
	Femenino	16 (59,3%)	10 (37,0%)	1 (3,7%)
Edad	Menores de 30 años	7 (77,8%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)
	30 a 39 años	12 (52,2%)	10 (43,5%)	1 (4,3%)
	40 a 49 años	10 (71,4%)	2 (14,3%)	2 (14,3%)
	Mayores a 49 años	4 (50,0%)	3 (37,5%)	1 (12,5%)
Estado civil	Soltero	11 (64,7%)	4 (23,5%)	2 (11,8%)

	Casado	19 (61,3%)	10 (32,3%)	2 (6,5%)
	Viudo	0 (0,0%)	2 (100,0%)	0 (0,0%)
	Divorciado	3 (75,0%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)
Instrucción	Bachillerato	8 (44,4%)	7 (38,9%)	3 (16,7%)
	Pregrado	15 (71,4%)	5 (23,8%)	1 (4,8%)
	Posgrado	8 (61,5%)	4 (30,8%)	1 (7,7%)
	Doctorado	2 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Área de Servicio	Analista	13 (72,2%)	4 (22,2%)	1 (5,6%)
	Asistente	14 (58,3%)	8 (33,3%)	2 (8,3%)
	Conserje	6 (50,0%)	4 (33,3%)	2 (16,7%)
Antecedente laboral	Si	11 (44,0%)	11 (44,0%)	3 (12,0%)
	No	22 (75,9%)	5 (17,2%)	2 (6,9%)
Antecedente de enfermedad orgánica	Diabetes	3 (75,0%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)
	HTA	4 (57,1%)	3 (42,9%)	0 (0,0%)
	AR	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)
	Otros	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)
	Ninguno	25 (62,5%)	11 (27,5%)	4 (10,0%)
Antecedente de enfermedad mental	Depresión	1 (20,0%)	4 (80,0%)	0 (0,0%)
	Estrés	4 (40,0%)	4 (40,0%)	2 (20,0%)
	Trastornos alimenticios	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)

	Insomnio	0 (0,0%)	1 (100,0%)	0 (0,0%)
	Ninguno	28 (75,7%)	7 (18,9%)	2 (5,4%)

Fuente: Base de Datos – **Elaboración:** Ariana Quezada, Vanesa Marchan.

$$*\bar{X} 38,52,1 \pm 9,396$$

En la población de estudio se encontró una prevalencia de ansiedad leve del 37% en mujeres y del 22.2% en hombres, a diferencia de una mayor prevalencia de ansiedad moderada del 14.8% en hombre y del 3.7% en mujeres. Para determinar la prevalencia de esta patología según la edad, se clasificó dicha variable por rangos, evidenciando así que los participantes de 30 a 39 años presentaron ansiedad leve del 43.5%, en cambio los participantes de 40 a 49 años un 14.3% presentaron ansiedad moderada. De acuerdo al estado civil de los participantes, se observó que existe mayor prevalencia de ansiedad leve del 100% en personas viudas y ansiedad moderada del 25% en personas divorciadas. En cuanto al nivel de instrucción, los participantes con bachillerato presentaron mayor ansiedad leve del 38.9% así como mayor ansiedad moderada 16.7%. Además, dentro de los participantes que pertenecen al área de servicio de conserje y asistente se evidencio la misma prevalencia de ansiedad leve del 33.3%, a diferencia de la prevalencia de ansiedad moderada que se presentó mayormente en el área de servicio de conserje del 16.7%.

Dentro del estudio se tomó como variable el antecedente de haber brindado servicio profesional de forma presencial durante el confinamiento, de los cuales se observó mayor prevalencia de ansiedad leve del 44% y ansiedad moderada del 12% en los participantes que sí prestaron sus servicios. Además, los participantes con antecedente de artritis reumatoide presentaron ansiedad leve del 50%, mientras que participantes con otras enfermedades orgánicas presentaron ansiedad moderada del 100%. Por último, se encontró que los participantes con antecedente de enfermedad mental como insomnio presentaron ansiedad leve del 100%, a comparación de los participantes con antecedente de trastornos alimenticios que presentaron ansiedad moderada del 100%.

PREVALENCIA DE ESTRÉS Y FACTORES ASOCIADOS EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y DOCENTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19 EN EL AÑO 2022

Tabla 4. Prevalencia de estrés y factores asociados

VARIABLES		ESTRÉS		
		NORMAL	LEVE	MODERADO
Sexo	Masculino	19 (70,4%)	4 (14,8%)	4 (14,8%)
	Femenino	17 (63,0%)	9 (33,3%)	1 (3,7%)
Edad	Menores de 30 años	7 (77,8%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)
	30 a 39 años	13 (56,5%)	9 (39,1%)	1 (4,3%)
	40 a 49 años	11 (78,6%)	1 (7,1%)	2 (14,3%)
	Mayores a 49 años	5 (62,5%)	2 (25,0%)	1 (12,5%)
Estado civil	Soltero	11 (64,7%)	4 (23,5%)	2 (11,8%)
	Casado	22 (71,0%)	8 (25,8%)	1 (3,2%)
	Viudo	0 (0,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)
	Divorciado	3 (75,0%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)
Instrucción	Bachillerato	10 (55,6%)	6 (33,3%)	2 (11,1%)
	Pregrado	15 (71,4%)	5 (23,8%)	1 (4,8%)
	Posgrado	9 (69,2%)	2 (15,4%)	2 (15,4%)
	Doctorado	2 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

Área de Servicio	Analista	15 (83,3%)	3 (16,7%)	0 (0,0%)
	Asistente	15 (62,5%)	6 (25,0%)	3 (12,5%)
	Conserje	6 (50,0%)	4 (33,3%)	2 (16,7%)
Antecedente laboral	Si	14 (56,0%)	9 (36,0%)	2 (8,0%)
	No	22 (75,9%)	4 (13,8%)	3 (10,3%)
Antecedente de enfermedad orgánica	Diabetes	3 (75,0%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)
	HTA	4 (57,1%)	3 (42,9%)	0 (0,0%)
	AR	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)
	Otros	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)
	Ninguno	28 (70,0%)	8 (20,0%)	4 (10,0%)
Antecedente de enfermedad mental	Depresión	1 (20,0%)	4 (80,0%)	0 (0,0%)
	Estrés	7 (70,0%)	2 (20,0%)	1 (10,0%)
	Trastornos alimenticios	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)
	Insomnio	0 (0,0%)	1 (100,0%)	0 (0,0%)
	Ninguno	28 (75,7%)	6 (16,2%)	3 (8,1%)

Fuente: Base de Datos – Elaboración: Ariana Quezada, Vanesa Marchan.

$$*X \ 38,52,1 \pm 9,396$$

La prevalencia de estrés leve según la variable sexo, en mujeres representa el 33.3% y en hombres del 14.8%, a diferencia de estrés moderado que se presenta mayormente en hombres del 14.8% y en mujeres del 3.7%. Dentro de los participantes del estudio se identificó que las edades entre 30 a 39 años presentaron un 39.1% de estrés leve, sin embargo, la presencia de estrés moderado predominó entre las edades de 40 a 49 años con un 14.3%. De acuerdo al estado civil, se observó que existe mayor prevalencia tanto de estrés leve como

moderado del 50% en personas viudas. En cuanto al nivel de instrucción, los participantes con bachillerato presentaron estrés leve del 33.3%, a diferencia de mayor evidencia de estrés moderado en participantes con posgrado del 15.4%. Los participantes que pertenecen al área de servicio de conserje presentaron mayor prevalencia tanto de estrés leve como de moderado en un 33.3% y 16.7% respectivamente.

En cuanto a los participantes que brindaron servicio profesional de forma presencial durante el confinamiento, se observó mayor prevalencia de estrés leve del 36%, mientras que los participantes que no brindaron servicio con un 10.3% de estrés moderado. Los participantes con antecedente de artritis reumatoide presentaron estrés leve del 50%, mientras que participantes con otras enfermedades orgánicas presentaron estrés moderado del 100%. Finalmente, se encontró que los participantes con antecedente de enfermedad mental como insomnio presentaron estrés leve del 100%, a comparación de los participantes con antecedente de trastornos alimenticios que presentaron estrés moderado del 100%.

Capítulo VI

6.1 Discusión

Existe un antes y después de la pandemia por COVID-19, que ha dejado grandes cambios en las personas, desde usar una mascarilla hasta pasar por diferentes modificaciones en su estilo de vida, los primeros meses de la enfermedad no se tenía mayor conocimiento de prevención ni tratamiento, por lo que se optó por el confinamiento completo y el teletrabajo en donde las personas se vieron afectadas de diferente manera: económica, social, académica y psicológica, dejando vestigios hasta la actualidad.

Entre este grupo de personas afectadas se encontraba el personal administrativo y los docentes con cargo administrativo de la facultad de Ciencias Médicas, que a pesar de no tener un contacto directo con personas enfermas, se encontraban expuestas a los cambios que surgieron durante la pandemia, iniciando con el confinamiento sin tiempo determinado al que se suma el teletrabajo, un método completamente diferente para todo el personal que inició desde cero y buscando avanzar lo más pronto posible para no detener la parte académica que va de la mano de lo administrativo, motivo por el cual la importancia en nuestra investigación de valorar cómo afecta psicológicamente al personal en estudio.

La muestra del presente estudio estuvo conformada por 54 participantes integrados por el personal administrativo y docentes con cargo administrativo de la facultad de Ciencias Médicas, en el cual el 50% eran hombres y el 50% mujeres, cuya media de edad fue de 38 ± 2 años. Dentro de nuestra investigación se determinó una prevalencia de ansiedad del 29,6%, depresión del 24.1% y estrés del 24.1% en grado leve, y de forma moderada ansiedad del 9.3%, depresión del 7.4%, estrés del 5.3% en el personal administrativo y docentes con cargo administrativo de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca 2022, cifras menores a un estudio realizado en la ciudad de China con la escala DASS-21 durante el confinamiento, que reportó 16.5% de depresión moderada, 28.8% de ansiedad moderada grave y 8.21% de estrés moderado grave.(9)

En cuanto a los factores asociados evidenciados en nuestros resultados, destacaron que el ser mujer es un factor de riesgo para desarrollar depresión, ansiedad y estrés, de igual manera que en el estudio en la ciudad de China en donde la prevalencia aumenta de manera significativa en mujeres a comparación de los hombres. Por otro lado, en la ciudad de Loja, cuando se aplica la escala DASS-21 al personal de manufactura y a los estudiantes de la

institución “La dolorosa”, se obtiene que el evaluable mantiene un nivel leve en las variables procesadas, concluyendo que tienen un carácter adaptativo a la situación catalogada como desfavorable (10), a diferencia de nuestro estudio en donde no valoramos estudiantes ni personas menores de 24 años por lo que existen cambios significativos en el nivel de adaptación a factores externos dando como resultado que si existen niveles moderados y en varios casos el empeoramiento de enfermedades mentales ya existentes.

En Venezuela, en un estudio en el 2020 con 151 docentes evaluados por medio de la escala DASS-21, concluye como resultado que el 30% de la muestra se encuentran en el rango de depresión severa y un 40% en extremadamente severa, en el caso de ansiedad, el 40% se ubica en extremadamente severa, los niveles de estrés el 30% se encuentran en el rango de severo y el 40% en extremadamente severo, índices presentados a consecuencia del confinamiento por COVID-19 (12), se pone especial énfasis en la fecha realizada de este estudio tomando en cuenta que el 2020 fue el año más afectado por la pandemia, por las altas tasas de morbilidad junto con los cambios que se estaban implementando a la vida diaria, lo que hace que los resultados muestran rangos de depresión severa y mucho más elevado con respecto a nuestro estudio que únicamente se presentan casos de depresión ansiedad y estrés de forma leve y moderada.

El mismo método (DASS-21) fue empleado en la Comunidad Autónoma Vasca en una población de 184 hombres y 792 mujeres (976), la cual concluye que los niveles de ansiedad, depresión y estrés mantiene un índice de 14.7% mientras que 85.1% de la muestra no refirió ninguna alteración (14). Valores similares con este estudio, en donde la mayor parte de la población se mantiene en niveles normales y entre un 35% aproximadamente desarrolla enfermedades mentales post confinamiento, pero debemos tomar en cuenta que es una muestra mucho más grande por lo que se dan variaciones en los resultados finales con respecto a los porcentajes a la vez que no evalúan el grado de la enfermedad existente.

Todos los estudios antes mencionados, tienen en común la preocupación y búsqueda de soluciones por parte de sus autores para poder conocer el impacto psicológico y las repercusiones que la pandemia por COVID-19 ha generado en la salud mental de la población en general. Sin embargo, existe una variante que debemos tomar en cuenta en nuestro estudio y es el tiempo transcurrido desde la implementación del confinamiento hasta la actualidad, que son dos años aproximadamente en donde hubo un sin número de cambios entre ellos la disminución de los contagios y, por ende, el miedo a la enfermedad, el aprendizaje de plataformas virtuales y en cierta parte la metodología virtual, hechos que

podieron haber creado efecto en los resultados de nuestro estudio. A comparación con los datos citados previamente, los cuales fueron estudiados durante el 2020, cuando la pandemia estaba en su máximo auge y en donde las tasas de morbimortalidad eran mayores, explicarían por qué los niveles de alteración psicológica en sus muestras eran significativamente superiores a los reportados en nuestro estudio.

Por último es importante considerar que la muestra de este estudio estuvo conformada por personas en edad adulta que tienen muchos factores previos como son las enfermedades orgánicas y mentales quienes podrían generar mecanismos psicológicos variables por estos antecedentes, tales como la percepción de un aumento de las situaciones de riesgo como en este caso la pandemia y el confinamiento, dificultad para adaptarse a nuevos métodos de trabajo o la ilusión de control, a lo que se debe añadir que la depresión, ansiedad y estrés pueden incrementarse, por lo que les confiere un perfil psicológico menos flexible a las situaciones adversas. Así mismo, es probable que los participantes tenían mayores preocupaciones por el ámbito laboral y a la vez familiar, la inseguridad económica como física lo que aumenta el nivel de afectación ante nuevos factores de riesgo.

Capítulo VII

6.1 Conclusiones

- En la población hay mayor predisposición de depresión leve y moderada en el sexo femenino, con respecto a la edad entre 30-39 años es en donde mayor dominante tiene, el área de servicio con más casos son los conserjes con depresión leve y moderada. Además, se observa que la variable antecedente de enfermedad orgánica no influye en los resultados ya que se presenta de igual forma, a diferencia de los antecedentes por enfermedad mental en donde se puede observar que hay una mayor prevalencia de depresión ansiedad y estrés.
- Se establece el nivel de impacto llegando a la conclusión que la enfermedad con más prevalencia en el personal en estudio en grado leve es la ansiedad seguida de depresión y estrés en el orden planteado y de forma moderada Ansiedad, Depresión, Estrés en este orden, los demás participantes siendo la mayoría de la muestra, están en categoría normal, así se observa que la mayoría de personas que desarrollaron una enfermedad mental post confinamiento se encuentran en grado leve.
- Se encontró una mayor predisposición en grado leve en el sexo femenino, presentándose de forma moderada con más recurrencia en el sexo masculino; con respecto a la edad se valora que entre 30-39 años es en donde mayor prevalencia tiene, en el nivel de instrucción en bachillerato la depresión y ansiedad moderada son más notorias a diferencia de las personas con doctorado que están dentro de los parámetros normales, el área de servicio con más casos de forma moderada son los conserjes. Además, se observa que los encuestados con y sin antecedentes de enfermedad orgánica desarrollan por igual características de las enfermedades planteadas de forma leve. Se valora el antecedente de enfermedad mental, en donde las personas que no tenían el mismo desarrollan depresión ansiedad y estrés de forma leve a diferencia que las personas ya con antecedentes, los cuales incrementan la enfermedad y llegan moderada.

7.2 Recomendaciones

- Con los resultados obtenidos es necesario considerar la implementación de promoción para la salud mental en la Universidad de Cuenca tomando en cuenta también el área administrativa.
- Hacer un seguimiento oportuno por parte de psicología y psiquiatría a las personas con enfermedades mentales previas para no dejar que progresen por factores externos como ya ocurrió durante el confinamiento por COVID 19.
- Tomar esta investigación como punto de corte para profundizar sobre la salud mental sin excluir al área administrativa que muchas veces está aislada de la comunidad de la Universidad de Cuenca.
- Derivar los casos más avanzados de enfermedades mentales para ser tratados por especialistas oportunamente, sin dejar que estas avancen a estadios moderados o graves

Referencias

1. Herrera ALG, Tápanes EM, Abreu JM, Cárdenas VAM, Cartaya MM. Pesquisa activa de pacientes sintomáticos respiratorios, esencia de la prevención de la COVID 19. Revista Médica Electrónica. 30 de abril de 2020;42(2):1-4.
2. Balluerka Lasa MN, Gómez Benito J, Hidalgo Montesinos MD, Gorostiaga Manterola MA, Espada Sánchez JP, Padilla García JL, et al. Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación. 2020 [citado 20 de enero de 2022]; Disponible en: <https://addi.ehu.es/handle/10810/45924>.
3. “No hay salud sin salud mental” - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 20 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>.
4. Sánchez Boris IM, Sánchez Boris IM. Impacto psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes. MEDISAN. febrero de 2021;25(1):23-41.
5. Criollo Zambrano JA. El teletrabajo y su incidencia en el desempeño laboral del personal administrativo de la Empresa Grupo Sur capacitación y consultoría. 1 de noviembre de 2020 [citado 20 de enero de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec:8443/jspui/handle/123456789/31866>.
6. Cisneros Bautista S. Síndrome de Burnout y trabajo remoto del personal administrativo en tiempos de coronavirus, en la UGEL Cangallo, 2020. Repositorio Institucional - UCV [Internet]. 2020 [citado 20 de enero de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/57439>.
7. Covid L. El actuar en relación con la salud mental. Naciones Unidas [Internet]. 13 de mayo de 2022 [citado 20 de enero de 2022]; Disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_covid_and_mental_health_spanish.pdf.
8. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 24 de septiembre de 2020;37(2):327-34.
9. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. Int J Environ Res Public Health. 6 de marzo de 2020;17(5):1729.
10. Cabezas-Heredia E, Herrera-Chávez R, Ricaurte-Ortiz P, Yahuarshungo CN.

- Depresión, ansiedad, estrés en estudiantes y docentes: Análisis a partir del Covid 19. Revista Venezolana de Gerencia. 28 de abril de 2021;26(94):603-22.
11. Vaca D, Mayorga D. ESTADOS EMOCIONALES Y SU RELACIÓN CON EL INSOMNIO EN EL PERSONAL DE SALUD DURANTE PANDEMIA. Enferm investig. 3 de enero de 2021;6(1):20.
 12. Aldana-Zavala JJ, Rodríguez-Partidas NJ. Depresión, ansiedad y estrés por COVID - 19 en actores educativos. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida. 1 de julio de 2020;4(8):6-23.
 13. Miranda Vigo AP, Yopla Huatay M. Nivel de estrés en el personal de salud durante la pandemia del COVID-19 en el hospital essalud - Cajamarca 2021. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo [Internet]. 13 de diciembre de 2021 [citado 20 de enero de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/2017>.
 14. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. Cad Saúde Pública [Internet]. 30 de abril de 2020 [citado 20 de enero de 2022];36. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/csp/a/bnNQf4rdcMNpPjgfnpWPQzr/>
 15. Du J, Mayer G, Hummel S, Oetjen N, Gronewold N, Zafar A, et al. Mental Health Burden in Different Professions During the Final Stage of the COVID-19 Lockdown in China: Cross-sectional Survey Study. J Med Internet Res. 2 de diciembre de 2020;22(12): 24-40.
 16. Quiranza Montalvo JC. Estrés laboral durante la COVID-19: a propósito de una revisión sistemática. marzo de 2021 [citado 20 de enero de 2022]; Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/4182>.
 17. Sandín B, Valiente RM, García-Escalera J, Chorot P. Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 1 de septiembre de 2020;25(1):1-22.
 18. American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.
 19. Teruel BM. El rol de los genes en la depresión: una mirada al presente y futuro en el campo de las investigaciones genéticas. Rev Cub Gen. 30 de abril de 2015;9(1):5-7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64754>.
 20. Morales Fuhrmann C. La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. Revista Cubana de Salud Pública. junio de 2017;43(2): 6-8.

21. Montenegro Bolaños BF, Yumiseva Marín SG. “Aplicación de la escala dass-21 para valorar depresión, ansiedad y estrés en los profesionales de salud del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en los meses de julio-agosto del 2016”. 2016 [citado 20 de enero de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/13926>.
22. Pérez-Padilla, Víctor Manuel Cervantes-Ramírez, Nayeli Alejandra Hijuelos-García, Juan Carlos Pineda-Cortés, Humberto Salgado-Burgos. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor [Internet]. 2017 [citado 20 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio172c.pdf>
23. Restrepo-Arango M, Sánchez-Díaz E, Vélez-Peláez MC, Marín-Cárdenas JS, Martínez-Sánchez LM, Gallego-González D. Trastorno depresivo mayor: una mirada genética. *Diversitas perspectiv psicol.* 2017; 79-94.
24. Torterolo P, Scorza C, Lagos P, Urbanavicius J, Benedetto L, Pascovich C, et al. Melanin-Concentrating Hormone (MCH): Role in REM Sleep and Depression. *Frontiers in Neuroscience* [Internet]. 2015 [citado 20 de enero de 2022];9. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fnins.2015.00475>.
25. Pereira-Sanchez V, Adiukwu F, El Hayek S, Bytyçi DG, Gonzalez-Diaz JM, Kundadak GK, et al. COVID-19 effect on mental health: patients and workforce. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 [Citado 20 de enero de 2022];7(6):29–30. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S221503662030153X>.
26. Álvarez AM, Álvarez GC, Atienza MG, Basanta MR, Goicoechea CA, González GA, et al. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Minist Sanidad, Serv Soc e Igual [Internet]. 2018;337. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf
27. Ministerio de Salud Pública - MSP. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos [Internet]. Ministerio de Salud Pública - MSP. 2017. 1–129. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/11/gpc_episodio_depresivo_adultos.pdf
28. Baldwin A, Hjelde N, Goumalatsou C, Myers G. *Oxford Handbook of Clinical Specialties* [Internet]. Oxford University Press; [citado 20 de enero de 2022]. Disponible en: <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780198719021.001.0001/med-9780198719021>.
29. Méndez Cintrón CA. Prevalencia de estrés, depresión y ansiedad en personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier febrero-julio 2016. Trabajo de grado [Internet]. 2016 [citado 20 de enero de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/905>.

30. American Psychiatric Association. What Are Anxiety Disorders? [Internet]. 2017 [Citada 20 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>.
31. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de American Psychiatric Association | Editorial Médica Panamericana [Internet]. [cited 2022 Dec 4]. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/es/libro/dsm-5-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales-incluye-version-digital>
32. Manual de bases biológicas del comportamiento humano. 2011 [cited 2022 Dec 4]; Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/21091>
33. Duval F, González F, Rabia H. Neurobiología del estrés. Revista chilena de neuro-psiquiatría [Internet]. 2010 [cited 2022 Dec 4];48(4):307–18. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-92272010000500006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
34. Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos - ScienceDirect [Internet]. [citado 20 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471916300539>.
35. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. Psychological Assessment. 1998; 10(2): 76-81.
36. Resumen Dass-21 test - 1. Ficha Técnica Nombre: Escala de Depresión, Ansiedad y estrés (dass, por [Internet]. Studocu. [citado 2022 ene 24]. Disponible en: <https://www.studocu.com/ec/document/universidad-nacional-de-loja/peritaje-psicologico/resumen-dass-21-test/21641169>

Anexos

Anexo A. Operacionalización de las variables

VARIABLE	CONCEPTO OPERATIVO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Sexo	Rasgos fenotípicos que determinan la condición orgánica del individuo.	Biológica	Fenotipo	Nominal 1. Hombre 2. Mujer
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento expresado en años cumplidos.	Cronológica	Años cumplidos	Continua Edad en números
Estado civil	Condición de una persona, dependiendo del estado asentado en el registro civil en función a si tiene o no pareja.	Condición civil	Respuesta del encuestado	Nominal 1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre
Instrucción	Título académico obtenido.	Académico	Respuesta del encuestado	Nominal 1. Bachillerato 2. Superior 3. Posgrado 4. Doctorado
Área de servicio	Lugar donde ejerce su trabajo. Dependiendo de sus capacidades educativas	Laboral	Respuesta del encuestado	Nominal 1. Analista 2. Asistente 3. Conserje
Antecedente laboral	Afirmación sobre si prestaba servicios profesionales a la institución de educación superior en el año 2020-2021.	Laboral	Respuesta del encuestado	Nominal: 1. Si 2. No

Antecedentes personales de enfermedades orgánicas	Antecedentes personales de patologías previas.	Biológica	Respuesta del encuestado	Nominal 1. Diabetes 2. HTA 3. Artritis R 4. Otros 5. Ninguno
Antecedentes personales de enfermedades como depresión, ansiedad, estrés u otras enfermedades mentales	Antecedentes personales de patologías previas.	Biológica	Respuesta del encuestado	Nominal 1. Depresión 2. Ansiedad 3. Estrés 4. Trastornos alimenticios 5. Insomnio 6. Esquizofrenia 7. Otros 8. Ninguno
Depresión	Trastorno emocional caracterizado por la pérdida de la felicidad y desánimo, que conlleva a un malestar interior y dificultando la interacción con el entorno	Psíquica	Formulario DASS 21, ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21	1. Normal 2. Leve 3. Moderado 4. Severo 5. Extremadamente severo 1 = 0-9 puntos 2 = 10-12 puntos 3 = 13-20 puntos 4 = 21-27 puntos 5 = 28 o más puntos
Ansiedad	Trastorno emocional donde la persona experimenta conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación	Psíquica	Formulario DASS 21, ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20	1. Normal 2. Leve 3. Moderado 4. Severo 5. Extremadamente severo 1 = 0-6 puntos

				2 = 7-9 puntos 3 = 10-14 puntos 4 = 15-19 puntos 5 = 20-42 puntos
Estrés	Estado de cansancio mental provocado por la exigencia del rendimiento muy superior al normal	Psíquica	Formulario DASS 21, ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18	1. Normal 2. Leve 3. Moderado 4. Severo 5. Extremadamente severo 1 = 0-10 puntos 2 = 11-18 puntos 3 = 19-26 puntos 4 = 27-34 puntos 5 = 35-42 puntos

Anexo B. Consentimiento informado

Título de la investigación: Impacto psicológico en personal administrativo y docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca en tiempos de pandemia por COVID-19 2020-2021.

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Ariana Sofia Quezada Granda	070446959 2	Universidad de Cuenca
Investigador Principal	Vanesa Alejandra Marchan Morales	160515095 2	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio de investigación sobre Impacto psicológico en personal administrativo y docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca en tiempos de pandemia por COVID-19 2020-2021. En este documento llamado "consentimiento informado" explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explican los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

El COVID-19 es definido como una infección del síndrome respiratorio agudo severo o grave 2 (SARS-CoV-2), conocida desde el año 2019 como una enfermedad de rápida expansión y con un índice de morbilidad y mortalidad alto, es por ello, que en año 2020 se declara medidas de confinamiento para la población, las mismas que generan consecuencias negativas para la salud mental como depresión, ansiedad o estrés. Por tal motivo, nuestro propósito es conocer la situación actual frente a esta problemática. Solicitamos su participación debido a que nuestra investigación se enfoca en personal

administrativo y docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

Objetivo del estudio

Mediante el presente estudio vamos a determinar el impacto psicológico en personal administrativo y docentes de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca en tiempos de pandemia por COVID-19 en el año 2022, para lo que emplearemos una escala DASS 21, que evalúa la presencia e intensidad de depresión, ansiedad y estrés.

Descripción de los procedimientos

En un inicio se presentará el consentimiento informado para su respectiva revisión. En caso de que decida participar, será necesario que firme el mismo como muestra de su autorización para hacer uso de la información para fines académicos. Posterior a ello, se le entregará una ficha de recolección de datos socio demográficos y posterior a ello, el cuestionario DASS – 21 para valorar la frecuencia de estrés, ansiedad y depresión. Todas las preguntas cuentan con casilleros para responder, en algunos casos la respuesta puede ser mediante una X o mediante escritura. Tenga en cuenta que todas sus respuestas permanecerán anónimas. No existe un tiempo mínimo o máximo para completar las preguntas. El estudio incluirá todos los cuestionarios llenados por participantes voluntarios.

Riesgos y beneficios

Las preguntas han sido formuladas con la intención de que usted no se sienta incómodo u ofendido. No existen riesgos físicos para docentes, personal administrativo y los investigadores, pues se cumplirá con todas las medidas de bioseguridad planteadas en la pandemia por COVID-19. Los datos que se obtendrán de este estudio son de tipo confidencial, anónimo y de acceso solo para las investigadoras; no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Es posible que este estudio no traiga beneficios directos a usted. Pero al final de esta investigación, la información generada, puede ayudar a crear medidas que mejoren la salud psicológica del personal.

Otras opciones si no participa en el estudio

La decisión de participar o no en el estudio no tendrá repercusiones en el ámbito laboral, además se garantiza la confidencialidad. Su participación es absolutamente voluntaria por lo que retirarse del cuestionario en cualquier momento no implica ningún problema.

Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 7) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 8) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 9) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 10) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 11) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0986221376 que pertenece a (*Ariana Sofía Quezada Granda*) o envíe un correo electrónico a (*ariana.quezada98@ucuenca.edu.ec*)

Consentimiento informado (*Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieren el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito*)

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

_____ Nombres completos del/a participante	_____ Firma del/a participante	_____ Fecha
_____ Nombres completos del testigo (<i>si aplica</i>)	_____ Firma del testigo	_____ Fecha
_____ Nombres completos del/a investigador/a	_____ Firma del/a investigador/a	_____ Fecha

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

ANEXO C. Ficha sociodemográfica

Estimado/a miembro de la comunidad universitaria, la presente encuesta se orienta a determinar el impacto psicológico en personal administrativo y docentes de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca en tiempos de pandemia por COVID-19 en el 2020-2021. Por lo cual, marque con una (X) la opción seleccionada.

1. Seleccione su sexo.
Masculino () Femenino ()
2. ¿Qué edad tiene? (años): _____
3. Su Estado Civil:
Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Unión libre ()
4. Nivel de formación académica culminada en la actualidad
Bachillerato () Superior () Posgrado () Doctorado ()
5. ¿Usted ejerce cargos administrativos?
SI ()
NO ()
6. ¿En qué área de servicio trabaja?
_____ (Eje: analista de la carrera de medicina,
conserje)
7. ¿Usted durante el confinamiento prestó sus servicios profesionales presenciales en la Facultad de Ciencias Médicas?
SI ()
NO ()
8. ¿Usted ha sido diagnosticado de alguna de las siguientes enfermedades orgánicas antes de la pandemia por COVID-19?
 1. Diabetes
 2. HTA
 3. Artritis R
 4. Otros.....
 5. Ninguno
9. ¿Usted ha sido diagnosticado de alguna de las siguientes enfermedades previo a la pandemia por COVID-19?
 1. Ansiedad
 2. Depresión
 3. Estrés

4. Trastornos alimenticios
 5. Insomnio
 6. Esquizofrenia
 7. Otros
 8. Ninguno
10. ¿Si usted ya sufría de ansiedad, depresión o estrés, considera que la pandemia agravó?
- SI ()
- NO ()

Anexo D. Escala Dass-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque una X en el casillero perteneciente a un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación se aplica a usted. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido

1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo

2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo

3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

	0	1	2	3
1. Me costó mucho relajarme				
2. Me di cuenta que tenía la boca seca				
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo				
4. Se me hizo difícil respirar				
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer las cosas				
6. Reaccioné exageradamente en ciertas circunstancias				
7. Sentí que mis manos temblaban				
8. Sentí que tenía muchos nervios				
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo				
10. Sentí que no tenía nada porqué vivir				
11. Noté que me agitaba				
12. Se me hizo difícil terminar las cosas				
13. Me sentí triste y deprimido				
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo				

15. Sentí que estaba al punto de pánico				
16. No me pude entusiasmar por nada				
17. Sentí que valía muy poco como persona				
18. Sentí que estaba muy irritable				
19. Sentí que los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico				
20. Tuve miedo sin razón				
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido				