



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL**

**Facultad de Ingeniería en Mecánica y Ciencias de la  
Producción**

**“DISEÑO DE ESTRATEGIAS SOBRE LOS EFECTOS  
PSICOSOCIALES CAUSADOS POR EL CONFINAMIENTO POR  
SARS-COV-2 EN LA SALUD MENTAL OPERACIONAL EN UNA  
UNIDAD MILITAR”**

**PROYECTO DE TITULACIÓN**

**Previo a la obtención del Título de:**

**MAGÍSTER EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL**

**Presentado por:**

**OSWALDO MICHAEL ZHAMUNGUI BARAHONA**

**GUAYAQUIL – ECUADOR**

**Año: 2022**

## **AGRADECIMIENTO**

Infinitas gracias a mi Ejército Ecuatoriano y al cuerpo docente universitario por darme las facilidades y el conocimiento necesario para realizar estudios en beneficio de nuestra sociedad y especialmente a mi director de proyecto, el MSc. Kenny Escobar, que me guio para la realización de este proyecto.

## DEDICATORIA

Dedico este proyecto con todo mi corazón a Dios, mis hermanos y mi madre, tus bendiciones a lo largo de mi vida me protegen y me llevan por la senda del bien. Por eso te ofrendo mi trabajo en recompensa a tu amor y paciencia.

## TRIBUNAL DE TITULACIÓN

---

**Kenny Escobar S, MSc.  
DIRECTOR DE PROYECTO**

---

**Pedro Carrillo T, MSc.  
VOCAL**

## **DECLARACIÓN EXPRESA**

“La responsabilidad del contenido de este proyecto de titulación, me corresponde exclusivamente; y el patrimonio intelectual del mismo a la ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL”

---

Oswaldo Michael Zhamungui Barahona

## RESUMEN

La salud mental operacional es uno de los mecanismos importantes para el desarrollo eficiente de las operaciones militares, por lo que deben estar en condiciones idóneas para ejercer sus funciones; en la actualidad debido al cansancio, las experiencias traumáticas ocasionadas por la actividad militar y el confinamiento por COVID-19, ha provocado inestabilidad y estrés en el personal. Ante esta problemática mundial fue necesario investigar las repercusiones en el ámbito psicosocial causada por la pandemia cuyo objetivo es proponer estrategias de prevención sobre los efectos psicosociales causados por el COVID-19 en la salud mental operacional del personal militar. En concordancia con esta premisa se llevó a cabo la presente investigación con todo el personal militar en servicio activo del C.E.D.M.T (N = 211), que se empleó activamente durante la pandemia por COVID-19, quienes completaron los cuestionarios GHQ-12 y Ansiedad y Depresión de Goldberg.

Es así que en este estudio se ha considerado indagar de forma independiente sobre las repercusiones que tuvo la pandemia en la salud mental operacional, dando como resultado que aproximadamente un tercio de la población presentó cuadros de ansiedad, depresión y distrés psicológico, presentándose con mayor frecuencia en adultos jóvenes entre 25 a 29 años, sin diferencia estadística en su estado civil y dependencia de hijos; sin embargo, se halló una correlación significativa entre la depresión y la cantidad de actividades que realizaron durante la pandemia. Generalmente un 75 % de la población en estudio posee buena salud mental operacional, probablemente a que, durante el entrenamiento en las escuelas de formación militar, son expuestos a experiencias de gran exigencia psicológica, de tal manera que esto puede constituir un factor protector para prevenir efectos negativos en su salud mental, sin embargo, es necesario establecer procedimientos preventivos para el cuidado de la salud mental orientado al personal militar con riesgo psicosocial identificado en el presente estudio.

# ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	vi
ÍNDICE GENERAL.....	vii
ABREVIATURAS.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	ix
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Enunciado del problema.....	2
1.2 Formulación del problema.....	2
1.3 Objetivo general.....	2
1.4 Objetivos específicos .....	2
1.5 Justificación.....	2
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>4</b>
2.1 Marco conceptual.....	4
2.1.1. Salud mental operacional.....	4
2.1.2. Estrategias de prevención sobre efectos psicológicos.....	4
2.1.3. Gestión de riesgo en salud.....	4
2.2 Estado del arte.....	6
2.3 Marco legal.....	11
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>14</b>
3.1 Alcance.....	14
3.2 Hipótesis.....	14
3.3 Diseño de la investigación.....	14
3.4 Variables.....	14
3.4.1 Variable independiente.....	14
3.4.2 Variable dependiente.....	15
3.5 Selección y procesamiento de datos.....	15
3.6 Análisis de datos.....	16
3.6.1 Planteamiento de hipótesis.....	16
<b>CAPÍTULO 4</b>	
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>17</b>
4.1 Estrategias de prevención sobre los efectos psicosociales orientados al personal militar.....	21
4.1.1 Trastorno de ansiedad.....	22
4.1.2 Depresión.....	22
4.1.3 Distrés psicológico.....	23
<b>CAPÍTULO 5</b>	
<b>5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>26</b>
5.1 Conclusiones.....	26
5.2 Recomendaciones.....	26
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	

## ABREVIATURAS

CC.SS	Comunicación Social del Ejército
C.E.D.M.T	Comando de Educación y Doctrina Militar Terrestre
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades-10
COVID-19	Enfermedad por Coronavirus 2019
DGTHE	Dirección General de Talento Humano del Ejército
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
GHQ-12	General Health Questionnaire-12
HFM	Human Factors and Medicine
IASC	Inter-Agency Standing Committee
MHAT	Mental Health Advisory Team
OMS	Organización Mundial de la Salud
OTAN	Organización del Tratado del Atlántico Norte
PAHO	Pan American Health Organization
P.N	Policía Nacional
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TMA	Tratamiento Médico Ambulatorio
USM	Unidades de Salud Militar



## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1.1 Pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.....	34

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1	Datos sociodemográficos del personal del C.E.D.M.T.....27
Tabla 2	Prevalencia de ansiedad, depresión y distrés psicológico.....28
Tabla 3	Relación datos sociodemográficos vs ansiedad.....28
Tabla 4	Relación datos sociodemográficos vs depresión.....29
Tabla 5	Relación datos sociodemográficos vs distrés psicológico.....30
Tabla 6	Procedimientos preventivos para el cuidado de la salud mental para el personal militar con riesgo psicosocial.....35

# CAPÍTULO 1

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.1 Enunciado del problema

Al considerar a la población militar como una población cautiva, por parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, y a través del Comando Conjunto el 15 de mayo del 2020 mediante el *“Plan de respuesta frente a la emergencia sanitaria por COVID-19, fase de distanciamiento productivo”*; se emitió la disposición de materializar por cada fuerza Centros Temporales de Aislamiento Obligatorio; para que sean empleados para la atención del personal militar que labora en cada comando, como también en cada reparto militar, y se contemplen áreas de aislamiento para el personal que presente sintomatología o que haya estado en áreas de posible contagio, o cercanas a personas que dieron positivo en los exámenes de COVID-19, con la finalidad de evitar y mitigar la propagación del virus en las unidades militares.

Los efectos del confinamiento por COVID-19, y su influencia en la salud mental operacional del personal del Ejército, es de fundamental importancia por las repercusiones en el ámbito de la seguridad y defensa y sus consecuencias en la salud mental del combatiente. Con el propósito de analizar los efectos del confinamiento y la influencia en la salud operacional se planteó realizar un estudio de riesgo psicosocial en el C.E.D.M.T (Comando de Educación y Doctrina Militar Terrestre), como punto de partida para la presente investigación.

El desconocimiento de los principales efectos psicosociales por COVID-19, en el personal militar; la falta de estudios estadísticos sobre la morbilidad en el ámbito de salud mental producidos por pandemia y/o confinamiento son causas para que el personal militar no tenga un adecuado tratamiento especializado.

La evidencia de los efectos psicológicos causados por el confinamiento por COVID-19, conforme lo demuestra el estudio realizado por Durán (2021) en la salud mental de la población, señala la necesidad de crear estrategias preventivas emergentes, dada la alta posibilidad de nuevos brotes y nuevas pandemias mundiales.

El alcance de la investigación es proponer la creación de políticas y lineamientos dentro de la institución armada en el marco de la ley analizada y el proceso de transformación del Ejército, con la finalidad de la ampliación y la reorganización de los servicios de salud mental, mejorar la calidad de asistencia socio sanitaria en la esfera de la sanidad militar, así como la sensibilización en los diferentes niveles de mando sobre la problemática al visualizar y transparentar el verdadero perfil epidemiológico de patología mental en el Ejército.

Por los antecedentes descritos se ha planteado la problemática donde se evidencia la carencia de estrategias de prevención sobre los efectos psicosociales causados por el confinamiento por COVID-19, en la salud mental operacional del personal militar. La identificación de las principales enfermedades mentales en tiempo de pandemia del personal militar proporcionará elementos de análisis para proponer estrategias a través de políticas y lineamientos dentro de la Institución Armada en el marco legal vigente y el proceso de transformación del Ejército.

## 1.2 Formulación del problema

¿Cómo incide la implementación de estrategias de prevención sobre los efectos psicosociales causados por el COVID-19, en la salud mental operacional del personal militar?

## 1.3 Objetivo general

Proponer estrategias de prevención sobre los efectos psicosociales causados por el COVID-19, en la salud mental operacional del personal militar.

## 1.4 Objetivos específicos

- Identificar la morbilidad causada en el ámbito de salud mental por el confinamiento por COVID-19, a través de encuestas validadas.
- Analizar la relación existente entre los resultados de las encuestas GHQ-12 y la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.
- Establecer los procedimientos preventivos para el cuidado de la salud mental para el personal militar con riesgo psicosocial.

## 1.5 Justificación

La salud mental operacional es uno de los componentes fundamentales para el funcionamiento adecuado de las operaciones militares, ante las experiencias traumáticas, el cansancio, el desgaste inherente a las operaciones militares, los efectos del confinamiento por COVID-19, generan reacciones naturales ante el estrés (Hernandez, 2009).

El interés profesional de la presente investigación es analizar los factores de riesgo que inciden en la salud mental y los efectos psicológicos que presentan los miembros del Ejército por el confinamiento, con la finalidad de establecer los procedimientos preventivos para el cuidado de la salud mental para el personal militar con riesgo psicosocial. La literatura científica señala que las situaciones de emergencias y desastres tienen un impacto más elevado para la salud mental que para la salud física. No había razones para pensar que la pandemia por COVID-19 y la situación de estado de alarma fueran a impactar menos que epidemias anteriores. Por ello, la psicología militar debía aportar algunas de sus capacidades para reducir el impacto de la emergencia en la salud mental de una parte de la población (García, 2020).

El interés colectivo militar del confinamiento por coronavirus propone reflexionar sobre la fragilidad y reducida capacidad para adaptarse a situaciones imprevistas del combatiente, según lo demuestra un estudio llevado a cabo en miembros de fuerzas armadas canadienses donde se encontró una elevada prevalencia de ansiedad, depresión y cambios autoevaluados en los niveles de salud y estrés desde que comenzó la pandemia, en general, el 14,3 % y el 14,5 % de la muestra dieron positivo para la depresión y la ansiedad, respectivamente. Un poco más de un tercio (36,3 %) reportó peor salud mental desde el comienzo de la pandemia, cerca de la mitad reportó peor salud física (46,9 %) y peores niveles de estrés (45,3 %) (Kerry, 2022), lo que conlleva a diseñar políticas y lineamientos dentro de la institución armada en el marco de la salud mental operacional.

Después de todo, un lugar de trabajo militar es un entorno único en el que el personal militar tiene experiencias que difieren de trabajos civiles, ya que los miembros del servicio se enfrentan a desafíos psicosociales creados por un entorno de trabajo intenso (Readmond, 2015), por lo que, el impacto colectivo del confinamiento por coronavirus se evidencia en el aumento de la demanda de atención en salud mental de consulta externa, hospitalización y teleasistencia del personal militar como de sus dependientes. El aumento de morbilidad en el área de salud mental es de repercusión operacional, al deshabilitar al personal militar con patología mental de realizar actividades operativas; por un tiempo aproximado de 6 meses a 1 año bajo una situación jurídica de “a disposición” muy preocupante para la institución y para el paciente.

El estudio planteado de impacto psicológico por COVID-19, y/o confinamiento, se realizó en el personal militar perteneciente al C.E.D.M.T, enfocándose sobre posible patología mental del personal militar a través de cuestionarios estandarizados y validados. Se realizó de manera confidencial con la autorización del señor Comandante, posteriormente se diseñó estrategias individuales de autocuidado del personal militar y proponer que a través del ente respectivo se plantee lineamientos estratégicos preventivos a través de las propuestas analizadas en el presente trabajo de investigación.

# CAPÍTULO 2

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Marco conceptual

#### 2.1.1. Salud mental operacional

La salud mental operacional es uno de los componentes esenciales para el funcionamiento apropiado de las operaciones militares, ante las experiencias traumáticas, el cansancio, el desgaste inherente a las operaciones militares, se generan reacciones naturales ante el estrés. Los individuos con adiestramiento y preparación militar tienen mayor capacidad de adaptación para salir avante ante la situación estresante desde el punto de salud mental (Hernandez, 2009).

Actualmente se desconoce hasta qué punto este estrés se refleja en síntomas de salud mental. Abordar esta brecha es vital en el proceso de nuestra capacidad para identificar a las personas en riesgo de desarrollar psicopatología durante la carrera militar, y para informar el desarrollo de los primeros entrenamientos de resiliencia y en qué momentos para promover factores protectores de la salud mental (Dell, 2022).

La salud mental operacional se enfoca también en el compromiso que cada individuo toma en el mantenimiento de su salud, haciendo énfasis en el trabajo de preparación y autocuidado del combatiente, para disminuir así los efectos de las distintas operaciones militares pueda tener en su salud (Hernandez, 2009).

#### 2.1.2. Estrategias de prevención sobre efectos psicológicos

Se entiende para la presente investigación como el conjunto integrado de procesos y procedimientos encaminados a controlar o prevenir el riesgo de ocurrencia de un desenlace negativo en salud mental bajo un proceso de gestión de riesgo (Douall, 2014).

#### 2.1.3. Gestión de riesgo en salud

Para efectos de la estrategia se entenderá la gestión del riesgo en salud mental como: “El conjunto integrado e integral de procesos y procedimientos encaminados a controlar o reducir el riesgo de un desenlace negativo en salud mental” (Douall, 2014).

Esta definición requiere algunas precisiones

- Cuando se habla de “riesgo de ocurrencia” nos referimos a un riesgo de consecuencia, es decir a la aparición de un desenlace negativo, generalmente anticipado.
- Cuando se habla de la ocurrencia de un desenlace negativo en salud mental, se refiere a la aparición de una enfermedad (morbilidad), o de una muerte (mortalidad) o de secuelas, deficiencias o daños (discapacidad).
- El desenlace negativo es generalmente anticipado, señalamos el hecho de que, para efectos de la gestión del riesgo, la enunciación de dichos desenlaces potenciales

constituye la reseña para el análisis del riesgo y para el avance de las acciones de reducción, control y anticipación.

- Cuando se habla de gestión del riesgo de desenlaces negativos en salud mental, se habla de desenlaces en salud mental evitables (Douall, 2014).

La gestión del riesgo se soporta en la actitud proactiva de las organizaciones sanitarias. Se procurará identificar y analizar problemas de seguridad del paciente y sus causas para desarrollar estrategias que los prevengan o reduzcan su impacto. Se debe concertar esta actitud preventiva proactiva con una capacidad de aprendizaje reactiva (Peña, 2012).

La estrategia de gestión del riesgo en salud mental es una herramienta ordenada para planear de manera integral e integrada las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud. Es útil para implantar la mejor intervención en salud mental frente al riesgo de cada uno de los usuarios del sistema de salud y también para organizar las acciones a tomar, solucionando las necesidades en materia de salud mental de un grupo poblacional en un territorio (Douall, 2014).

En estas intervenciones y sus aplicaciones con un enfoque, bien individual u organizacional, resulta significativo el manejo de la comunicación, el apoyo social y el desarrollo de capacidades personales, actitudes y emociones positivas. La gestión del riesgo en salud mental es local e interactiva cuyo principal enfoque es resolver las prioridades de los territorios. La gestión del riesgo se apunala en una visión sistémica de los diferentes componentes que configurar en riesgo en salud mental (Cardoso, 2021).

El riesgo de un desenlace perjudicial en salud mental es el producto o resultado de la interacción entre una amenaza definida y un individuo vulnerable. La amenaza es función de la interacción entre la exposición a un factor o conjunto de factores o variables que tienen un resultado nocivo sobre un individuo vulnerable y factores del contexto o del entorno que amplían la amenaza (el efecto nocivo) o bien la exhibición a esta y que además pueden reducir la probabilidad de respuesta frente al riesgo. La amenaza constituye el peligro de que un elemento o conjunto de elementos se presente con una magnitud, intensidad o acumulación suficiente por un tiempo suficiente para causar un desenlace negativo en un individuo vulnerable (Douall, 2014).

La vulnerabilidad del individuo por su parte es función de la interacción entre su susceptibilidad a una amenaza definida y su capacidad de respuesta frente a esta. La susceptibilidad representa la tendencia física y mental del individuo para ser afectado por una amenaza particular. La capacidad de respuesta por su parte hace referencia a la capacidad del individuo para anticipar, absorber, adaptarse, modificarse o recuperarse frente a una amenaza o sus posibles resoluciones, y también a la capacidad potencial de controlar o reducir por sí mismo la amenaza a la que está expuesto (Douall, 2014).

La gestión del riesgo en salud mental implica, desde este marco de referencia, desarrollar de manera sinérgica las siguientes estrategias:

- Disminuir las amenazas implica reducir la exposición o controlar la amenaza y controlar los factores del contexto o el entorno que la fomentan.
- Reducir la fragilidad corresponde a mitigar los factores de susceptibilidad, incrementar la capacidad de respuesta, y controlar los factores de contextos o del entorno que reducen la respuesta.

- Modificar la apreciación del riesgo con el reconocimiento y aprobación del riesgo en salud mental, promover mejores decisiones y cursos de acción en salud mental

La evaluación del riesgo debe enfocarse, más que en simplemente cuantificar dicha probabilidad, en examinar y analizar:

- a) Las particularidades del sujeto vulnerable (Individuo, familia, comunidad, grupo poblacional).
- b) El tipo y número de amenazas y sus causas: factores o eventos que potencialmente pueden causar daño.
- c) Sus efectos sobre el sujeto vulnerable en términos de un desenlace.
- d) Una referencia temporal: El riesgo, así como la vulnerabilidad de un método o la exposición a una amenaza son dinámicos, cambian significativamente con el tiempo. Lo que se diga del riesgo en salud mental tiene que hacer mención a una referencia temporal.
- e) Una medida de magnitud de exposición a la amenaza y de tiempo de exposición, así como de la existencia o no de un efecto acumulativo de la exposición y de un umbral de riesgo.
- f) Un contexto y entorno facilitadores o no de la expresión de dicho riesgo.

Valorar el riesgo supone experimentar posibles configuraciones causales de un acontecimiento. Involucra encontrar las variables o factores causales relevantes, sujetar en una configuración de causalidad y evaluar la probabilidad de que dicha configuración explique el desenlace. El marco de referencia que se presenta ocupa que el riesgo sobre un sistema (individuo, familia, comunidad) está completamente explicado en función de la vulnerabilidad, la amenaza y a percepción (Douall, 2014).

Por consiguiente, para la gestión del riesgo en salud mental continuamente se seleccionan como desenlaces negativos eventos o problemas derivados o secundarios (resultados secundarios) a un problema, trastorno o enfermedad mental ya existente; tales como:

- Mortalidad por Suicidio
- Discapacidad psicosocial
- Años de vida saludables perdidos por discapacidad.
- Criminalidad
- Fracaso escolar
- Fracaso laboral
- Lesiones de causa externa.
- Riñas

## **2.2. Estado del arte**

La salud mental es un estado íntegro que incluye aspectos como el bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y la habilidad para autorrealizarse intelectual y emocionalmente. También abarca aquellos mecanismos de afrontamiento al estrés que se vive en el día a día y la realización de los objetivos que



ayudan al bienestar personal. La salud mental está ligada con la salud física y social (OMS, 2018).

Los efectos físicos y mentales de la propagación del COVID-19 a nivel mundial es un fenómeno complejo por las múltiples facetas de la vida que está trastocando. Estudiar este fenómeno desde una perspectiva biológica, social y cultural es fundamental para entender su impacto en el ser humano y la comunidad, como también generar estrategias que permitan la toma de decisiones acertadas para prevenir las consecuencias más profundas que el confinamiento deje sobre la sociedad (Cardoso, 2021).

El Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias señala que la letalidad de la COVID-19, en comparación con otras enfermedades, incluso infecciones relacionadas con el coronavirus, no es tan elevada. Sin embargo, por su rápida propagación, los constantes cambios en el manejo y las investigaciones sobre el conocimiento de la enfermedad, la escasez de un tratamiento estandarizado para la atención de contagiados y la saturación de los sistemas de salud, la mayoría de países decidió establecer, como estrategias para frenar el contagio, medidas no farmacológicas, que están orientadas, en su mayoría, a las restricciones de la movilización de las personas, con el consecuente confinamiento y el cese de actividades económicas en las regiones afectadas (MSP, 2020).

Este tipo de medidas, aunque han ayudado a contener la propagación de la enfermedad por el distanciamiento social que comporta el confinamiento en los hogares, han traído efectos económicos y sociales que impactan la salud mental, un componente muy trascendental en la vida de una persona, ya que es básico para el desarrollo pleno de cualquier individuo.

Los factores que puede repercutir de manera negativa en el estado mental de las personas están relacionados con los siguientes:

- La duración del confinamiento o aislamiento en personas contagiadas, la misma que es directamente proporcional: entre más tiempo de cuarentena se mantenga, peor para el estado de salud mental de las personas.
- El temor a la infección, las personas tienen miedo al contagio por su bienestar físico y el de sus familiares, especialmente por aquellos que están dentro de los grupos vulnerables.
- La frustración vinculada con el detrimento de la rutina habitual.
- La carencia de relación social.
- La percepción de pérdida de control de la vida.
- La adquisición de suministros inadecuados (especialmente en los estratos sociales más bajos)
- La desinformación que muchas personas tienen respecto al contexto en el que viven y el desarrollo de la enfermedad, lo que puede repercutir de manera negativa en el estado mental de las personas.
- Las facetas mentales como: la satisfacción con la vida, la felicidad, los niveles de ansiedad y la misma salud física (Brooks, 2020).

Los comportamientos que promueven la salud, o aquellas actividades realizadas para mantener o mejorar la salud, pueden tener un impacto positivo en el bienestar en tiempos normales. Sin embargo, las medidas de salud pública tomadas para frenar la propagación del virus, incluidas las órdenes de quedarse en casa, las limitaciones en las reuniones sociales y el acceso restringido los recursos recreativos, puede haber afectado la capacidad o la motivación para participar en dichos comportamientos, con

los consiguientes impactos en la salud mental y física. Aunque gran parte de la investigación sobre las consecuencias individuales de la pandemia se ha centrado en sus efectos sobre la salud mental, se ha prestado menos atención a los comportamientos que promueven la salud, incluida la medida en que la pandemia y las medidas de salud pública asociadas han afectado la participación en conductas para promover o mantener la salud (Kerry, 2022).

De las investigaciones realizadas durante el último año se desprenden claramente que la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto sustancial en la salud mental, así como en la intervención en comportamientos que originan la salud. Sin embargo, se han realizado pocas investigaciones específicamente sobre la salud mental y los comportamientos de salud del personal militar en servicio activo durante la pandemia. Aunque los militares enfrentaron muchas de las mismas restricciones de salud pública que la población en general, incluidos los requisitos de distanciamiento físico, viajes restringidos, otros afrontaron el despliegue en operaciones, incluidas aquellas en apoyo de los centros de atención a largo plazo en varias partes del país donde se esperaba que desafiaron situaciones emocionalmente difíciles como levantamiento de cadáveres (Kerry, 2022).

Según estudios llevados a cabo en el Ejército Canadiense durante la pandemia en el 2021, se mostró la prevalencia de la ansiedad, la depresión y los cambios autoevaluados en los niveles de salud y estrés desde que comenzó la pandemia. En general, el 14,3 % y el 14,5 % de la muestra dieron positivo para la depresión y la ansiedad, respectivamente. Un poco más de un tercio (36,3 %) reportó peor salud mental desde el comienzo de la pandemia, y cerca de la mitad reportó peor salud física (46,9 %) y peores niveles de estrés (45,3 %) (Kerry, 2022).

Las organizaciones militares se enfrentan a varias situaciones, que poner a sus miembros a la vanguardia de presenciar eventos traumáticos, incluidas las operaciones de guerra, búsqueda y salvamento (SAR) por mar y tierra, operaciones de respuesta a crisis y rescates después de desastres naturales o provocados por el hombre. Además, tienen que soportar largos períodos de trabajo, largas distancias fuera de casa e incluso puede ser convocado para el servicio en sus días libres (Britt, 2018).

La exposición a experiencias perturbadoras, rutinas de trabajo impredecibles y falta de apoyo emocional profesional, a menudo conduce a aumento del estrés emocional. Facetas adicionales de las fuerzas armadas, incluyendo estoicismo y la supresión de la inestabilidad o debilidad emocional, han sido reconocidos como factores principales en la causa del trauma emocional. Si bien el trauma emocional puede no conducir necesariamente a una enfermedad mental diagnosticable, se ha identificado como un precursor potencial. Datos sobre la prevalencia de emociones traumáticas en el personal del ejército no está fácilmente disponible, a diferencia de eso en enfermedad mental relacionada con el trabajo, que se ha estimado en alrededor 27% (Kime, 2021).

Hay varios modelos que destacan los factores relevantes que influyen en la cohesión en las organizaciones de defensa y seguridad de los países. Entre ellos podemos nombrar: la proximidad física y temporal, el sentimiento de la pertenencia al grupo, la similitud en las actitudes, las experiencias de éxito, la amenaza compartida, el liderazgo y el adiestramiento, liderazgo, confianza, instrucción y adiestramiento realista y el tiempo/experiencia compartido dichos factores son los que favorecen el desempeño, la motivación para el combate, la efectividad, la dedicación, la retención de los componentes y la reducción del estrés (García C. , 2017).

Según (Gómez, 2012), al estudiar los factores protectores también hay que plantear la necesidad de identificar la salud mental operación los que la debilitan o atacan.

Destaca como más significativos:

- El factor humano, como elemento nuclear de la cohesión.
- La disciplina.
- Un sistema de recompensas justo y equitativo.
- La satisfacción de las necesidades básicas de protección, materiales y sociales.
- Un entorno afectivo y de compromiso moral entre lo componentes.
- El mantenimiento y desarrollo de una historia y tradiciones.
- Estabilidad en la composición.
- El mando, la ejemplaridad.
- Legitimidad de la acción.

La salud mental se define desde varias aristas, es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (Ley1616, 2013).

Las dos principales clasificaciones de trastornos y problemas mentales (CIE-10 y DSM-V) utilizan para la definición de cada uno de los diagnósticos una constelación particular de síntomas y signos que en función de cierta composición y cierto tiempo configuran un diagnóstico. Estos síntomas y signos se expresan en forma de comportamiento o en la interacción y son formas de expresión de lo mental en la vida cotidiana. Desde esta perspectiva, la enfermedad mental, aun cuando pueda configurarse como un cuadro clínico, no se identifica como paradójica a la salud, sino como otra forma de expresión de lo mental, con probabilidad de ocurrir en cualquier persona.

De acuerdo con la OPS (2012), se calcula que el 25% de las personas padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida. Los trastornos mentales y neurológicos representan el 14% de la carga mundial de enfermedades a nivel mundial y el 22% a nivel de América Latina y el Caribe. Más de 350 millones de personas de todas las edades sufre de depresión globalmente. En América Latina y el Caribe la padece 5% de la población adulta. Entre 60% y 65% de las personas que necesitan atención por depresión en América Latina y el Caribe no la reciben. Un millón de personas mueren cada año en el mundo por causa del suicidio; en las Américas alcanzan alrededor de 63.000. La depresión es el trastorno mental que más afecta a la población en el mundo. Entre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, la depresión es la más común (5%), seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), entre otros.

La mayoría de los estudios han mostrado una prevalencia similar en hombres y mujeres para los trastornos mentales en general, con excepción de la depresión, que es más común en mujeres, y el abuso de sustancias, que es más común en hombres. La depresión, los trastornos por consumo de alcohol y sustancias, las lesiones auto infligidas y los trastornos de ansiedad están entre las diez primeras causas generadoras de discapacidad. El suicidio y el intento de suicidio ocupan un lugar particular en el espectro de manifestaciones de patología mental. La depresión, los trastornos por consumo de alcohol y sustancias, las lesiones auto infligidas y los trastornos de ansiedad están entre las diez primeras causas generadoras de discapacidad.

Los trastornos depresivos a nivel regional, sitúa a la depresión como primera causa de discapacidad, con 7,8% de la discapacidad total y un intervalo entre 5,9% en Canadá y 9,4% en Paraguay. Se evidencia un patrón subregional de mayor discapacidad en América del Sur, tal como indica lo siguiente: 1) Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia son los cinco primeros países en la tabla clasificatoria de la discapacidad por depresión; y 2) una mayoría clara de países sudamericanos se encuentran en el nivel o por encima del nivel del país (7,7%) y del nivel global regional (7,8%). Los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más discapacitante en la mayoría de los países de la Región de las Américas. Existe un patrón subregional aún más tangible que con la depresión, con Brasil en primera posición (7,5%); todos los países sudamericanos, salvo uno, muestran una discapacidad por encima del promedio por países (4,7%) y del total regional (4,9%); y 8 de los 10 países principales en cuanto a la discapacidad pertenecen a esta subregión. América del Norte se encuentra en el otro extremo del espectro: Canadá muestra la menor discapacidad (3,4%), seguida de México (3,6%) y Estados Unidos (4,1%), también bastante por debajo del promedio y del total regional (PAHO, 2018).

El servicio militar es considerado como una carrera altamente estresante por las diferentes actividades que realizan enfrentándose a desafíos psicosociales creados por el ambiente de trabajo, el combate con el enemigo en las zonas fronterizas, patrullajes en el medio selvático que duran varios días, separación de las familias por periodos prolongados, son algunos de los escenarios que afronta el personal militar de forma permanente, sin embargo con la nueva pandemia provocada por el SARS-CoV-2, el escenario fue distinto al no percibir un enemigo físico, sin experiencia previa el personal militar se empleó de tal forma que brindó apoyo a otras instituciones del estado con mayor énfasis al Ministerio de Salud Pública y Policía Nacional, por lo que es de vital importancia mantener una buena condición de salud física y mental.

En la última década, la Unión Europea ha venido alertando sobre la emergencia de riesgos de naturaleza psicosocial en contextos laborales, centrando en este tipo de riesgos las estrategias comunitarias sobre salud y seguridad laboral, desde el año 2002.

En España, la VII Encuesta Nacional de Condiciones Trabajo (2011) apunta que los profesionales que trabajan en el ámbito de la Seguridad y Defensa (donde han sido incluidos los militares), son uno de los colectivos más expuestos a riesgos laborales, especialmente a los de naturaleza psicosocial. Estos datos no son diferentes a los obtenidos en otros ejércitos de nuestro entorno, lo que ha generado que la sección del Factores Humanos y Medicina (HFM) de la OTAN, creara los Equipos Asesores de Salud Mental (MHAT) para la investigación e intervención en esta problemática (Bardera, 2014).

Es así que en este estudio se ha considerado indagar de forma independiente sobre las repercusiones que tuvo la pandemia en la salud mental operacional, dando como resultado que aproximadamente un tercio de la población presentó cuadros de ansiedad, depresión y distrés psicológico, presentándose con mayor frecuencia en adultos jóvenes entre 25 a 29 años, sin diferencia estadística en su estado civil y dependencia de hijos; sin embargo, se halló una correlación significativa entre la depresión y la cantidad de actividades que realizaron durante la pandemia, no así con la ansiedad o el distrés psicológico.

Este dato nos orienta a la implementación de estrategias que permitan prevenir afectaciones a la salud mental ante posibles escenarios que puedan presentarse en un futuro ya que la enfermedad por COVID-19, no ha desaparecido, aún se mantienen pequeños brotes que pueden llevarnos a nuevos confinamientos como el ocurrido a

inicios del presente año desde el 17 al 23 de enero donde el país adoptó el Semáforo de Protección COVID-19 para enfrentar el brote de contagios debido a la pandemia ya que en la segunda semana de enero (del 09 al 15) hubo más de 42.000 casos positivos para COVID-19. Siendo el pico más alto desde el inicio de la pandemia, representando un 300% más en comparación con la semana anterior, debido a la circulación de la variante Ómicron y las aglomeraciones de navidad y año nuevo” (MSP, 2022).

### **2.3. Marco legal**

La Organización de las Naciones Unidas mediante un informe sobre políticas públicas debido al nuevo virus COVID-19, advirtió que la pandemia está poniendo de manifiesto la necesidad de implementar y/o fortalecer urgentemente los servicios de salud mental, es por ellos que de vital importancia el marco legal que ampara el accionar de la gestión en salud mental.

Según la Constitución de la República del Ecuador (2018) en su Artículo 3. Dispone que: es deber primordial del Estado garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos constitucionales y consagrados en los instrumentos internacionales.

Además, según su “Art. 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”

En su primer inciso del Artículo 47 reconoce a las personas con discapacidad el derecho a la atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas y procurará la equiparación de oportunidades para su integración social, además en el noveno inciso del mencionado Artículo 47, garantiza la atención psicológica gratuita para las personas con discapacidad.

De la misma forma en el Artículo 48 señala que el Estado debe adoptar las medidas necesarias que aseguren, en su primer inciso, la inclusión social de las personas con discapacidad, mediante planes y programas estatales y privados coordinados, que fomenten su participación política, social, cultural, educativa y económica; en su inciso cinco, el establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda, con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad, el fomento de su autonomía y la disminución de la dependencia; y en su inciso séptimo, la garantía del pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. La ley sancionará el abandono de estas personas, y los actos que incurran en cualquier forma de abuso, trato inhumano o degradante y discriminación por razón de la discapacidad.

La Ley Orgánica de Salud (2006) dispone: “Art 3 La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e

individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

El Art. 4. de la citada ley prescribe: “La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

Además, en su Art. 6 cita: “es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, entre otras, “(...) 34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud. (...)”;

El Art. 7 establece “Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud; b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República; c) Vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y libre de contaminación; d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos; e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna; f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis; g) Recibir, por parte del profesional de la salud responsable de su atención y facultado para prescribir, una receta que contenga obligatoriamente, en primer lugar, el nombre genérico del medicamento prescrito; h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública; i) Utilizar con oportunidad y eficacia, en las instancias competentes, las acciones para tramitar quejas y reclamos administrativos o judiciales que garanticen el cumplimiento de sus derechos; así como la reparación e indemnización oportuna por los daños y perjuicios causados, en aquellos casos que lo ameriten; j) Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos; k) Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y, ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida; y, l) No ser objeto de pruebas, ensayos clínicos, de laboratorio o investigaciones, sin su conocimiento y consentimiento previo por escrito; ni ser sometida a pruebas o exámenes diagnósticos, excepto cuando la ley expresamente lo determine o en caso de emergencia o urgencia en que peligre su vida”.

Asimismo, en el Art. 14 determina: “Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, implementarán planes y programas de salud mental, con base en la atención integral, privilegiando los grupos vulnerables, con enfoque familiar y comunitario, promoviendo la reinserción social de las personas con enfermedad mental”.

La Ley Orgánica de Discapacidades (2012) en su Artículo 19.- Derecho a la salud. El Estado garantizará a las personas con discapacidad el derecho a la salud y asegurará el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención especializada permanente y prioritaria, habilitación y recuperación funcional e integral de salud, en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, con enfoque de género, generacional e intercultural. La atención integral a la salud de las personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante será de responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, que la prestará a través la red pública integral de salud.

De la misma forma en su Artículo 20.- Subsistemas de promoción, prevención, habilitación y recuperación.- La autoridad sanitaria nacional dentro del Sistema Nacional de Salud, las autoridades nacionales educativa, ambiental, relaciones laborales y otras dentro del ámbito de sus competencias, establecerán e informarán de los planes, programas y estrategias de promoción, prevención, detección temprana e intervención oportuna de discapacidades, deficiencias o condiciones incapacitantes respecto de factores de riesgo en los distintos niveles de gobierno y planificación. La habilitación y recuperación son procesos que consisten en la prestación oportuna, efectiva, apropiada y con calidad de servicios de atención. Su propósito es la generación, recuperación, fortalecimiento de funciones, capacidades, habilidades y destrezas para lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. La autoridad sanitaria nacional establecerá los procedimientos de coordinación, atención y supervisión de las unidades de salud públicas y privadas a fin de que brinden servicios profesionales especializados de habilitación y recuperación. La autoridad sanitaria nacional proporcionará a las personas con discapacidad y a sus familiares, la información relativa a su tipo de discapacidad.

La Ley de Participación Ciudadana (2018) en su Art. 55.- Planificación participativa intersectorial. - Los espacios de coordinación interministerial promoverán la realización de diálogos periódicos de deliberación sobre políticas públicas intersectoriales para favorecer la participación de organizaciones sociales y ciudadanía especializada en una o varias de las temáticas.

# CAPÍTULO 3

## 3. METODOLOGÍA

### 3.1. Alcance

Este proyecto es inicialmente de carácter descriptivo, porque se soporta sobre revisiones bibliográficas en bases de datos, tales como: Elsevier, SciELO, PubMed, Science Direct y Scopus, bajo un proceso sistemático de indagación, recolección, organización, análisis e interpretación de información, sobre la salud mental operacional en el personal militar durante la pandemia a nivel global. Posteriormente toma las características de correlacional porque relaciona dos variables: la salud mental operacional y sus efectos psicosociales causados por el confinamiento obtenidos mediante la aplicación de encuestas validadas al personal militar en estudio (Hernández-Sampieri, 2014). Finalmente es de tipo explicativo porque con base a los resultados, propone estrategias de prevención sobre los efectos psicosociales causados por el COVID-19 en la salud mental operacional del personal militar.

### 3.2. Hipótesis

Las actividades de contención contra el COVID-19, realizadas durante la pandemia produjo efectos psicológicos negativos en la salud mental operacional del personal militar.

### 3.3. Diseño de la investigación

Para esta búsqueda se utilizaron como palabras clave: salud mental operacional, efectos psicológicos por COVID-19, estrategias de gestión de riesgo, confinamiento, personal militar.

Como resultado se identificaron 20 documentos de los cuales se revisó el resumen y las principales conclusiones para determinar si la temática abordada correspondía con descripción y/o análisis de los efectos del confinamiento por COVID-19 su influencia en la salud mental operacional y estrategias de prevención.

Resultaron seleccionados 10 documentos que cumplían con los criterios definidos. Estos documentos fueron leídos en toda su extensión y sus contenidos analizados, extrayéndose de ellos sus principales conceptos y categorías, los cuales fueron consolidados mediante fichas bibliográficas diseñadas. Finalmente, con los hallazgos de los documentos se procedió a estructurar el contenido de la investigación, partiendo de describir los principales efectos psicológicos por confinamiento por COVID-19, en el ámbito militar y las consecuencias de medidas de gestión de riesgo en salud mental.

### 3.4 Variables

#### 3.4.1. Variable independiente

##### **Estrategias de prevención:**

Conjunto integrado e integral de procesos y procedimientos encaminados a prevenir o controlar el riesgo de ocurrencia de un desenlace negativo en salud mental.



### **3.4.2. Variable dependiente**

#### **Salud mental operacional:**

Es la detección y atención oportuna al combatiente afectado psicológicamente y a la prestación de un servicio integral proporcionado con estándares de calidad, manteniendo una efectiva comunicación enmarcada en el respeto hacia los pacientes y sus familiares. Adicional se enfoca en la responsabilidad que cada individuo toma en el mantenimiento de su salud, haciendo énfasis en el trabajo de preparación del combatiente, para minimizar así los efectos que el combate pueda tener en su salud.

#### **Efectos psicosociales:**

Es el resultado, el fin, la conclusión, la consecuencia, lo que se deriva de una interacción entre el individuo y el entorno social que pueden incidir positiva o negativamente en la salud de los trabajadores.

### **3.5 Selección y procesamiento de datos**

Este estudio se realizó con toda la población de los miembros del C.E.D.M.T (N = 211) personal militar profesional en servicio activo, que se empleó activamente durante la pandemia por COVID-19, este personal completó las encuestas GHQ-12 y la de Ansiedad y Depresión de Goldberg.

La encuesta GHQ-12 tanto por su brevedad como por sus características psicométricas es considerado uno de los instrumentos de cribado validado más utilizado en todo el mundo (Hewitt, 2010). Esto se debe, principalmente, a su buen funcionamiento y reducida extensión, reportándose propiedades psicométricas adecuadas, mostrando validez y confiabilidad satisfactorias y presentando, además, una consistencia interna que va de un rango de 0,80 a 0,90 dependiendo del estudio. En cuanto a la correlación de cada uno de los ítems con los demás, se han observado valores de correlación superiores a 0,51 (Brabete, 2014).

Los instrumentos aplicables fueron dos encuestas: el General Health Questionnaire de 12 ítems, se utiliza para medir la salud mental. Esta escala consiste en 12 proposiciones que deben ser respondidas escogiendo una de las posibles respuestas planteadas al participante en escala tipo Likert (mejor que lo habitual, igual que lo habitual, menos que lo habitual, mucho menos que lo habitual o no, en absoluto, no más que lo habitual, bastante más que lo habitual, mucho más que lo habitual), con un valor de 0-1-2-3 por cada ítem. A mayor puntuación, mayor grado de sintomatología emocional. El GHQ-12 es una prueba de filtrado de salud mental. Puntuaciones de 12 o superiores indican la posibilidad de que la persona esté sufriendo un distrés psicológico. En tal caso, se recomendaría realizar una evaluación clínica pormenorizada. Es un cuestionario para evaluar salud autopercebida, es decir la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. Así los ítems 3, 4, 5, 9 y 12 comienzan preguntando "se ha sentido..." y el 7 "ha sido capaz de disfrutar". También este cuestionario pretende la evaluación de algunas de sus funciones intelectuales y fisiológicas, como es el caso de los ítems 1 y 2 y la autovaloración del individuo en el establecimiento y alcance de sus metas y propósitos en la vida (ítems 10 y 11) y del enfrentamiento a las dificultades (ítems 6 y 8).

La escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg, fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes: la depresión y ansiedad. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, apropiado para ser administrado en atención primaria. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez con una sensibilidad (81,3%), especificidad (81,8%) y su valor predictivo positivo (95,3), adecuados. La prueba consta de dos subescalas: una para la detección de la ansiedad y la otra para la detección de depresión. Ambas escalas tienen nueve preguntas, pero las últimas cinco preguntas de cada escala solo se formulan si hay respuestas positivas a las cuatro primeras preguntas, que son obligatorias (Gándara, 1997).

### **3.6 Análisis de datos**

Ambos instrumentos se complementaron con características socio-demográficas como: edad, género, estado civil, grado militar, hijos dependientes, actividades que realizó durante la pandemia; las encuestas se aplicaron mediante Google Forms, y cuyos datos fueron analizados en el programa estadístico IBM SPSS versión 22.

#### **3.6.1 Planteamiento de hipótesis**

##### **Criterio de decisión**

Se evalúa si las variables son independientes o no son independientes:

**Ho:** Las actividades de contención contra el COVID-19, realizadas durante la pandemia produjo efectos psicológicos negativos en la salud mental operacional del personal militar.

**Si el valor  $p \leq 0,05$ :** no se rechaza la Ho.

**Si el valor  $p > 0,05$ :** se rechaza la Ho.

La prueba estadística se realizó mediante Chi cuadrado o Khi cuadrado: prueba no paramétrica que nos permitió comprobar si existen diferencias significativas entre las frecuencias de los valores de una variable observadas en una muestra con unas frecuencias esperadas que se postulan como válidas para toda la población a través de una hipótesis (Eddington, 2015).

# CAPÍTULO 4

## 4. RESULTADOS

En la tabla 1 se muestran las características socio-demográficas, la mayor parte de la población eran hombres (99,5%), entre 25 y 29 años (40,8%) seguido de 30 y 34 años (21,8%), constituyendo más de la mitad de la población en estudio. En referencia al estado civil los casados/unión libre y los solteros/viudo/divorciado alcanzando un 55,5% y 44,5% respectivamente. Aproximadamente más de la mitad tenía hijos dependientes en casa (58,8%).

**Tabla 1**  
**Datos sociodemográficos del personal de C.E.D.M.T**

	Frecuencia	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	210	99,5
Femenino	1	0,5
<b>Grupo etario</b>		
Menor a 24 años	39	18,5
25-29 años	86	40,8
30-34 años	46	21,8
35-39 años	19	9,0
Mayores a 40 años	21	10,0
<b>Grado militar</b>		
Oficial	9	4,3
Tropa	202	95,7
<b>Estado civil</b>		
Casado/Unión Libre	117	55,5
Soltero/Viudo/Divorciado	94	44,5
<b>Hijos</b>		
No	87	41,2
Si	124	58,8
<b>Cantidad de actividades*</b>		
Una actividad realizada	118	55,9
Dos actividades realizadas	35	16,6
Tres actividades realizadas	28	13,3
Cuatro actividades realizadas	16	7,6
Cinco actividades realizadas	14	6,6

Fuente: Autor

\***Actividades:** Apoyo en el abastecimiento de artículos de primera necesidad, medicinas; Apoyo al M.S.P y P.N durante el estado de excepción (toque de queda); Participación en grupos de trabajo, mesas técnicas. (labores administrativas); Levantamiento de cadáveres por COVID-19; Patrullaje antidelinquencial con la P.N; Proceso de inmunización contra COVID-19; Controles en los corredores logísticos para mantener abastecimiento de alimentos.

En la tabla 2 se aprecia la prevalencia de ansiedad, depresión y distrés psicológico en el personal que participó activamente durante la pandemia, observándose que un 22,7% presenta ansiedad, similar valor alcanzó la depresión 22,3% y finalmente un bajo porcentaje manifiesta distrés psicológico con un 13,7%.

**Tabla 2**  
**Prevalencia de ansiedad, depresión, distrés psicológico**

	Frecuencia	%
<b>Ansiedad</b>		
No	163	77,3
Si	48	22,7
<b>Depresión</b>		
No	164	77,7
Si	47	22,3
<b>Distrés psicológico</b>		
No	182	86,3
Si	29	13,7

Fuente: Autor

En la tabla 3 se aprecian las características sociodemográficas de la población identificadas con cuadros de ansiedad cuya población es joven correspondiendo mayoritariamente entre 25 a 29 años (18,6%), generalmente con estado civil casado/unión libre con el 26,5% y en mayor porcentaje con hijos dependientes (25,8%); además durante la pandemia este personal cumplió diferentes actividades para contener los contagios, en mayor o menor medida teniendo que la mayor parte cumplió más tres actividades (35,7%). No existió una relación significativa entre la ansiedad y las características sociodemográficas.

**Tabla 3**  
**Relación datos sociodemográficos vs ansiedad**

	Ansiedad		Valor p
	No (%)	Si (%)	
<b>Sexo</b>			0,586
Masculino	162 (77,1)	48 (22,9)	
Femenino	1 (100)	-	
<b>Grupo etario</b>			0,200
Menor a 24 años	33 (84,6)	6 (15,4)	
25-29 años	70 (81,4)	16 (18,6)	
30-34 años	34 (73,9)	12 (26,1)	
35-39 años	13 (68,4)	6 (31,6)	
Mayores a 40 años	13 (61,9)	8 (38,1)	
<b>Grado militar</b>			0,969
Oficial	7 (77,8)	2 (22,2)	

Tropa	156 (77,2)	46 (22,8)	
<b>Estado civil</b>			0,147
Casado/Unión Libre	86 (73,5)	31 (26,5)	
Soltero/Viudo/Divorciado	77 (81,9)	17 (18,1)	
<b>Hijos</b>			0,206
No	71 (81,6)	16 (18,4)	
Si	92 (74,2)	32 (25,8)	
<b>Cantidad de actividades*</b>			0,065
Una actividad realizada	93 (78,8)	25 (21,2)	
Dos actividades realizadas	32 (91,4)	3 (8,6)	
Tres actividades realizadas	18 (64,3)	10 (35,7)	
Cuatro actividades realizadas	11 (68,8)	5 (31,3)	
Cinco actividades realizadas	9 (64,3)	5 (35,7)	

Fuente: Autor

**\*Actividades:** Apoyo en el abastecimiento de artículos de primera necesidad, medicinas; Apoyo al M.S.P y P.N durante el estado de excepción (toque de queda); Participación en grupos de trabajo, mesas técnicas. (labores administrativas); Levantamiento de cadáveres por COVID-19; Patrullaje antidelinquencial con la P.N; Proceso de inmunización contra COVID-19; Controles en los corredores logísticos para mantener abastecimiento de alimentos.

En la tabla 4 se aprecian las características sociodemográficas de la población identificadas con depresión cuya población corresponde mayoritariamente entre 30 a 34 años (28,3 %), generalmente en estado civil casado/unión libre con un 23,9 % y en mayor porcentaje con hijos dependientes (25 %); además durante la pandemia este personal cumplió diferentes actividades para contener los contagios, en mayor o menor medida teniendo que la mayor parte cumplieron más de tres actividades (42,9 %). Existe una relación significativa entre la cantidad de actividades que realizaron el personal militar durante la pandemia y la depresión obteniéndose un valor de  $p=0,023$ . Mientras que no existió una relación significativa con las demás variables.

**Tabla 4**  
**Relación datos sociodemográficos vs depresión**

	Depresión		Valor p
	No (%)	Si (%)	
<b>Sexo</b>			0,592
Masculino	163 (77,6)	47 (22,4)	
Femenino	1 (100)	-	
<b>Grupo etario</b>			0,347
Menor a 24 años	35 (89,7)	4 (10,3)	
25-29 años	66 (76,7)	20 (23,3)	
30-34 años	33 (71,7)	13 (28,3)	
35-39 años	14 (73,7)	5 (26,3)	
Mayores a 40 años	16 (76,2)	5 (23,8)	
<b>Grado militar</b>			0,997
Oficial	7 (77,8)	2 (22,2)	
Tropa	157 (77,7)	45 (22,3)	

<b>Estado civil</b>			0,519
Casado/Unión Libre	89 (76,1)	28 (23,9)	
Soltero/Viudo/Divorciado	75 (79,8)	19 (20,2)	
<b>Hijos</b>			0,256
No	71 (81,6)	16 (18,4)	
Si	93 (75,0)	31 (25,0)	
<b>Cantidad de actividades*</b>			<b>0,023</b>
Una actividad realizada	94 (79,7)	24 (20,3)	
Dos actividades realizadas	32 (91,4)	3 (8,6)	
Tres actividades realizadas	16 (57,1)	12 (42,9)	
Cuatro actividades realizadas	12 (75,0)	4 (25,0)	
Cinco actividades realizadas	10 (71,4)	4 (28,6)	

Fuente: Autor

\***Actividades:** Apoyo en el abastecimiento de artículos de primera necesidad, medicinas; Apoyo al M.S.P y P.N durante el estado de excepción (toque de queda); Participación en grupos de trabajo, mesas técnicas. (labores administrativas); Levantamiento de cadáveres por COVID-19; Patrullaje antidelinquencial con la P.N; Proceso de inmunización contra COVID-19; Controles en los corredores logísticos para mantener abastecimiento de alimentos.

En la tabla 5 se aprecian las características sociodemográficas de la población identificadas con algún grado de distrés psicológico cuya población corresponde mayoritariamente entre 35 a 39 años (15,8 %) seguido de menores de 24 años (15,4 %), generalmente tienen estado civil soltero/viudo/divorciado con un 17 % y característicamente el 16,1 % no tienen hijos dependientes; además durante la pandemia este personal cumplió diferentes actividades para contener los contagios, en mayor o menor medida teniendo que la mayor parte cumplieron más de tres actividades (42,9 %). Estadísticamente no existe una relación significativa con ninguna de las características sociodemográficas y el distrés psicológico.

**Tabla 5**  
**Relación datos sociodemográficos vs distrés psicológico**

	Distrés psicológico		Valor P
	No (%)	Si (%)	
<b>Sexo</b>			0,689
Masculino	181 (86,2)	29 (13,8)	
Femenino	1 (100)	-	
<b>Grupo etario</b>			0,961
Menor a 24 años	33 (84,6)	6 (15,4)	
25-29 años	75 (87,2)	11 (12,8)	
30-34 años	39 (84,8)	7 (15,2)	
35-39 años	16 (84,2)	3 (15,8)	
Mayores a 40 años	19 (90,5)	2 (9,5)	
<b>Grado militar</b>			0,815
Oficial	8 (88,9)	1 (11,1)	
Tropa	174 (86,1)	28 (13,9)	
<b>Estado civil</b>			0,215

Casado/Unión Libre	104 (88,9)	13 (11,1)
Soltero/Viudo/Divorciado	78 (83,0)	16 (17,0)
<b>Hijos</b>		0,407
No	73 (83,9)	14 (16,1)
Si	109 (87,9)	15 (12,1)
<b>Cantidad de actividades*</b>		0,835
Una actividad realizada	100 (84,7)	18 (15,3)
Dos actividades realizadas	31 (88,6)	4 (11,4)
Tres actividades realizadas	25 (89,3)	3 (10,7)
Cuatro actividades realizadas	13 (81,3)	3 (18,7)
Cinco actividades realizadas	13 (92,9)	1 (7,1)

Fuente: Autor

\***Actividades:** Apoyo en el abastecimiento de artículos de primera necesidad, medicinas; Apoyo al M.S.P y P.N durante el estado de excepción (toque de queda); Participación en grupos de trabajo, mesas técnicas. (labores administrativas); Levantamiento de cadáveres por COVID-19; Patrullaje antidelinquencial con la P.N; Proceso de inmunización contra COVID-19; Controles en los corredores logísticos para mantener abastecimiento de alimentos.

#### 4.1 Estrategias de prevención sobre los efectos psicosociales orientados al personal militar

En cualquier epidemia, es común que las personas se sientan estresadas y preocupadas. Las respuestas comunes de las personas afectadas (tanto en forma directa como indirecta) pueden incluir:

- Miedo a enfermarse y morir.
- Evitar acercarse a centros de salud por miedo a infectarse mientras reciben atención.
- Miedo a perder el sustento, no poder trabajar debido al aislamiento y a ser despedidas de su trabajo.
- Sentirse impotente al querer proteger a los seres queridos y miedo a perder a sus seres queridos debido al virus.
- Miedo a estar separadas de los seres queridos y cuidadores debido al régimen de cuarentena.
- Miedo a revivir la experiencia de una epidemia anterior.

Según estudios de la OPS (2009), en su guía práctica de salud mental en situaciones de desastre, detalla los trastornos psiquiátricos más frecuentes en las víctimas de los desastres, más que diagnósticos específicos, se refiere a grandes conjuntos de síntomas o síndromes que aparecen más frecuentemente en situaciones de eventos traumáticos como en el caso de la pandemia, estos son:

- Trastornos de ansiedad
- Crisis de pánico
- Depresión
- Trastornos orgánicos de causa predominantemente psíquica
- Trastorno de estrés postraumático
- Conductas violentas

Dentro del actual estudio se evidenció la presencia de tres trastornos muy frecuentes en el personal militar como son la ansiedad, depresión y distrés psicológico:

### 4.1.1 Trastorno de ansiedad

En pacientes identificados con este trastorno se debe realizar una evaluación de síntomas de sospecha (temor o preocupación excesivos, pensamiento o impulsos intrusivos y repetitivos, quejas somáticas inespecíficas) a través de anamnesis, exploración y pruebas. Posteriormente se realiza un abordaje integral del paciente con mensajes básicos en lenguaje sencillo y comprensible:

- Tranquilizar al paciente, utilizar un enfoque realista y práctico.
- Explicar presencia de síntomas somáticos y ausencia de implicaciones de riesgo vital.
- **Contención emocional:** habilidad para ejecutar sostén emocional y escucha activa, actitud empática, utilizar vías o canales diferentes al lenguaje verbal para transmitir la información.
- **Descargas emocionales:** escribir libremente los recuerdos de eventos traumáticos, reconocer temores, contarlos en un grupo posterior o al finalizar labores diarias en el lugar de trabajo.
- **Autocuidado:** descansar lo suficiente, comer con regularidad, realizar actividades que ayuden a relajarse y hacer ejercicio físico, por ejemplo, cantar, leer libros.

### 4.1.2 Depresión

Existen diversas formas de abordar la depresión. Al ser una condición multifactorial, el abordaje debe ser integral. Debido a que el tratamiento para la depresión solamente con fármacos no ha sido suficiente para los pacientes se ha intentado acompañar los medicamentos con diferentes terapias (Unikel, 2012).

Se debe pensar en depresión cuando se presentan las siguientes situaciones:

- **Psicoterapia de apoyo:** ofrecer un espacio de escucha y empatía para orientarlo acerca de cómo afrontar los eventos precipitantes de la crisis, investigar posibles soluciones y se ofrecen sugerencias o consejos para tranquilizar o ayudar en las decisiones al paciente.
- **Psicoterapia interpersonal:** identificar los síntomas depresivos y los factores precipitantes. Abordar las relaciones interpersonales actuales y se centra en el contexto social inmediato del paciente. Su racionalidad supone una causalidad biopsicosocial y una limitación en la capacidad de adaptación o manejo del estrés psicosocial o interpersonal.
- **Psicoterapia cognitivo - conductual:** identificar las creencias y las actitudes distorsionadas acerca del evento precipitante y de sí mismo. Buscar el origen de los síntomas en el entorno del paciente y la forma en que se ha enfrentado a estos. Dirigir la modificación de comportamientos y pensamientos. Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual (Garay, 2010).

### 4.1.3 Distrés psicológico

El estrés no se puede evitar porque es la respuesta de adaptación del cuerpo a cualquier demanda que se le haga. Por tanto, por sí mismo no es malo, en tanto facilita la disposición para enfrentarse a las demandas del medio y sobrevivir (Adams, 2000). Sin embargo, si persiste esta sensación, afecta la salud, el bienestar personal, laboral y social. El distrés, hace referencia a una respuesta negativa o exagerada de los factores



estresores ya sea en el plano biológico, físico o psicológico y no se puede consumir el exceso de energía desarrollado (Flores, 2007).

Existen tres maneras fundamentales de combatir profesionalmente el estrés psicológico:

- **Técnicas cognitivas:** Utilizadas para cambiar el pensamiento, modificar las evaluaciones erróneas o negativas respecto de las demandas o de los propios recursos del individuo para afrontarlas y facilitar una reestructuración de los esquemas cognitivos, modificación de pensamientos automáticos y pensamientos deformados.
- **Técnicas fisiológicas:** podemos aplicar técnicas de relajación física, técnicas de control de la respiración, técnicas de relajación mental.
- **Técnicas conductuales:** Mediante esta técnica se desarrolla la autoestima y se evita la reacción de estrés. Se trata de adiestrar al individuo para que consiga conducirse de una forma asertiva, que consiste en conseguir una mayor capacidad para expresar los sentimientos, deseos y necesidades de manera libre, clara e inequívoca ante los demás, y que esté dirigida al logro de los objetivos del individuo, entrenamiento en habilidades sociales, técnica de solución de problemas, modelamiento encubierto, técnicas de autocontrol.

En Europa se ha cifrado el coste total anual en torno a 20.000 millones euros por razones de absentismo o incapacidad temporal relacionadas con el estrés laboral. La economía mundial pierde cerca de US\$ 1 billón al año en productividad debido a la depresión y la ansiedad. Según la OMS las previsiones anteriores a la pandemia apuntaban que los trastornos mentales causarán pérdidas por valor de aproximadamente 16,1 billones de dólares en la economía mundial entre 2011 y 2031.

A través de la presente propuesta se aproxima a gestionar herramientas para manejar los efectos psicosociales en el personal militar y controlar sus efectos a nivel físico, cognitivo y comportamental, basados en los niveles de intervención propuestos por la IASC (Inter-Agency Standing Committee).

Estos niveles se alinean con un espectro de necesidades de salud mental y psicosociales y se representan en una pirámide de intervenciones (figura 1.1), que varían desde la integración de consideraciones sociales y culturales en los servicios básicos, hasta la prestación de servicios especializados para las personas con afecciones más graves (IASC, 2020).

Los principios fundamentales son: no dañar, promover los derechos humanos y la igualdad, emplear enfoques participativos, fortalecer los recursos y las capacidades existentes, adoptar intervenciones en múltiples niveles y trabajar con sistemas de apoyo integrados.



**Figura 1.1 Pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial**

Fuente: IASC

Tabla 6

## PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL PARA EL PERSONAL MILITAR CON RIESGO PSICOSOCIAL

**Diagnóstico:** Se ha identificado la prevalencia de ansiedad, depresión y distrés psicológico en el personal militar post-pandemia por COVID-19.

NIVELES DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
<b>1. Servicios básicos y seguridad</b>	Controlar la carga laboral que impliquen situaciones de impacto psicosocial	Matriz de control de actividades militares.	Oficial de personal de la unidad militar	Mensual
	Generar de una cultura de riesgo en salud mental	Redes sociales oficiales de la institución	Departamento de CC.SS del Ejército	Mensual
	Conformación de redes de apoyo en la atención primaria en salud	Sala de reuniones	Médico/ psicólogo de la USM.	Mensual
	Infografías de salud mental en informativos/ audio visuales en las USM	Salas de espera de las USM.	Departamento de CC.SS del Ejército/ Director de la USM	Diaria
<b>2. Apoyo familiar y comunitario</b>	Brindar las facilidades para mantener el núcleo familiar (vivienda, educación, servicios de salud)	Registro de la hoja de vida del sistema SIFTE	DGTH	Anual
	Intervenciones diferidas mediante guías psicoeducativas para reconocer los riesgos psicosociales	Escuelas, colegios, institutos de formación militar	Maestros/Médico/ psicólogo de la USM.	Semestral
<b>3. Apoyo no especializado</b>	Diagnóstico oportuno en población de alto riesgo	Tamizaje mediante aplicación de encuestas validadas	Médico/ psicólogo de la USM.	Cuatrimestral
	Descartar comorbilidad médica/ psiquiátrica	Historia clínica médica	Médico/ psicólogo de la USM.	A demanda
	Intervenciones presenciales	Valoración clínica por psicología	Psicólogo de la USM.	A demanda
	Intervenciones telefónicas	Teleconsultas	Psicólogo de la USM.	A demanda
<b>4. Servicios especializados de psicología y psiquiatría</b>	Promoción de la estrategia de gestión de riesgo en Salud Mental	Centro médico de TMA	Equipo multidisciplinario del TMA/ Departamento de CC.SS del Ejército	Semestral
	Psicoterapia en centro especializado	Ingreso a las instalaciones del TMA	Psicólogo clínico/psiquiatra	A demanda

Fuente: IASC

# CAPÍTULO 5

## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 Conclusiones

1. Se realizó el primer estudio que abordó los efectos psicosociales causados por la pandemia en la salud mental de personal militar, los resultados proporcionan información valiosa sobre la prevalencia de las dos patologías más frecuentes en el primer nivel de atención como lo es la ansiedad y la depresión mediante encuestas validadas se encontró prevalencias similares del 22,7 % y 22,3 % respectivamente. La prevalencia de distrés psicológico se obtuvo en menor porcentaje con un 13,7%.

2. Se obtuvo como resultado que existe una correlación estadísticamente significativa entre la cantidad de actividades realizadas durante la pandemia y la prevalencia de depresión  $p=0,023$ ; por lo tanto mientras más actividades realice el personal militar mayor será la prevalencia de depresión sin influir las demás características sociodemográficas; por el contrario, no se obtuvo una correlación significativa entre las características sociodemográficas y la prevalencia de ansiedad y distrés psicológico los valores de  $p$  fueron mayores a al margen de error establecido de la prueba del 0.05.

3. Aproximadamente un 75 % de la población en estudio posee buena salud mental operacional, probablemente a que, durante el entrenamiento en las escuelas de formación militar, son expuestos a experiencias de gran exigencia psicológica, de tal manera que esto puede constituir un factor protector para prevenir efectos negativos en su salud mental, sin embargo, es necesario establecer procedimientos preventivos para el cuidado de la salud mental para el personal militar con riesgo psicosocial identificado en el presente estudio.

### 5.2 Recomendaciones

1. Diseñar protocolos de prevención orientado al apoyo psicológico para todo el personal militar del ejército, según contexto de la pandemia como la telesalud, consejería virtual, infografías difundidas mediante el departamento de comunicación social del ejército con el fin de mejorar la salud mental operacional.

2. Se recomienda hacer seguimiento por equipo multidisciplinario (psicólogo, médico, psiquiatra) a la población identificada con alteraciones psicosociales con el objetivo de reestablecer su salud mental operacional.

3. Realizar más investigación enfocado al ámbito psicosocial en el personal militar que cumple tareas que requieren de alta exigencia psicológica, esto con la finalidad de obtener información útil para la implementación de programas preventivos en salud mental.

4. La vigilancia de la salud permanente y la óptima gestión de los riesgos psicosociales son las principales acciones preventivas en la vuelta a la “nueva normalidad”. La aplicación de instrumentos de evaluación sobre la salud mental operacional en el ámbito militar permitirá a las áreas de bienestar social, sanidad, tomar decisiones sobre la administración de recurso humano en las operaciones militares.

## BIBLIOGRAFÍA

- Adams. (2000). Un amigo de por vida: como vivir con él, como usarlo y vivir creativamente a consecuencia del estrés. *KIER*, 42.
- Bardera. (2014). Gestión de estrés en las Fuerzas Armadas. *Revista del Instituto Español de Estudios Estratégicos (IEEE)*, 24.
- Brabete. (2014). El cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12): estudio de traducción y adaptación de la versión rumana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y evaluación.*, 11-29.
- Britt. (2018). Trastornos mentales comunes entre el personal de aviación del ejército de EE. UU.: Prevalencia y regreso al servicio. *Journal of Clinical Psychology*, 11.
- Brooks. (2020). El impacto psicológico de la cuarentena y como reducirlo: revisión rápida de la evidencia. . *The Lancet*, 395.
- Cardoso, R. (2021). Gestión de factores psicosociales y salud mental: retos y oportunidades para la mejora organizacional. *Business Review*, 4.
- Constitución de la República del Ecuador. (2018). Quito, Pichincha, Ecuador.
- Dell, L. (2022). Salud mental durante los primeros años en el ejército. *CAMBRIDGE*, 11.
- Douall. (2014). Estrategias de Gestión del riesgo asociado a problemas, trastornos y eventos de salud mental. Bogotá: MINSALUD.
- Durán. (2021). Los efectos horizontales de la COVID-19, sobre el sistema constitucional: estudio sobre la primera oleada. Colección de Obras Colectivas, Fundación Manuel Gimenez Abad, 593-598.
- Eddington, D. (2015). *Statistics for linguists: a step by step Guide for Novices*. Newcastle upon Tyne, 23.
- Flores. (2007). Estrés laboral. Pachuca: UAEH.
- Gándara, D. I. (1997). Manejo de Depresión y Ansiedad en atención primaria. *Atención Primaria*, 389-94.
- García. (2005). Gestión práctica de riesgos laborales: integración y desarrollo de la gestión de la prevención, 18.
- García. (2020). La psicología militar en la prevención de salud mental durante la pandemia por SARS-Cov-2. EPUB, 118-125.
- García, C. (2017). Cohesión grupal y espíritu de cuerpo en las unidades de seguridad y defensa. *Revista de pensamiento estratégico y seguridad CISDE.*, 13.
- Gómez. (2012). Gestión del Control del Espacio Aéreo en las Fuerzas Terrestres. *REVISTA EJÉRCITO*, 24.
- Hernandez. (2009). Salud mental operacional. *Revista med*, 9-11.
- Hernández-Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGRAW-HILL / Interamericana editores.
- Hewitt. (2010). Screening and case finding for depression in offender populations: A systematic review of diagnostic properties. . *Journal Affective Disorders*, 78-82.

- Kerry, A. (2022). Bienestar de los miembros de las Fuerzas Armadas Canadienses drante la Pandemia de COVID-19: la influencia de los comportamientos de salud positivos. . Investigación, política y práctica., 113-121.
- Kime. (2021). Los problemas de salud mental representaron un tercio de las evacuaciones médicas militares de Oriente Medio en 2020. Military.com, 14.
- Ley de Participación Ciudadana. (2018). Registro Oficial Suplemento 22 de 09-sep.-2009.
- Ley Orgánica de Discapacidades. (2012). Suplemento -- Registro Oficial N° 796 -- Martes 25 de septiembre del 2012.
- Ley Orgánica de Salud. (2006). Registro Oficial Suplemento 423 de 22-dic.-2006.
- Ley1616. (2013). Ley de salud mental. BOGOTÁ: S/N.
- MSP. (8 de 8 de 2020). salud.gob.ec. Obtenido de [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/Consenso-Multidisciplinario-informado-en-la-evidencia-sobre-el-tratamiento-de-Covid-19-V9\\_11\\_08\\_2020\\_compressed.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/Consenso-Multidisciplinario-informado-en-la-evidencia-sobre-el-tratamiento-de-Covid-19-V9_11_08_2020_compressed.pdf)
- MSP. (2022). Quito: Ecuador activa semáforo de protección COVID-19.
- OMS. (30 de marzo de 2018). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OPS. (2009). Manuales y guías sobre desastres, 201.
- OPS. (2012). Día mundial de la salud mental: la depresion es el trastorno mental mas frecuente. OMS, 3.
- PAHO. (2018). La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas . OMS, 50.
- Peña, L. (2012). Seguridad del paciente y gestion de riesgos sanitarios en salud mental. Madrid: Junta de Extremadura.
- Readmond. (2015). Una breve introducción a la cultura del lugar de trabajo militar. Trabajo, 9-20.