

Universidad de Panamá
Vicerrectoría de Investigación y Postgrado (VIP)
Comité de Bioética de la Universidad de Panamá
(CBUP)

Programa de Maestría en Bioética, con énfasis en
Bioética Clínica y Social

**“Impacto de las medidas de confinamiento y
restricción de la movilidad por la COVID-19, años
2020 y 2021, en la salud mental de los
teletrabajadores de la república de Panamá”**

Tesis presentada como requisito para optar por el grado
de Maestro en Bioética, con énfasis en Bioética Clínica y
Social

Juan Villar Cogley

Cédula: 9-124-1991

Tutora:

Dra. María Eugenia Barnett de Antinori

Asesora:

Dra. Gabrielle Britton

Panamá, 2025

Índice:

Índice	Pág. 1
Índice de Tablas	2
Índice de Figuras	3
Resumen	4
Introducción	6
Capítulo I. Marco Teórico	10
A. Teletrabajo	11
B. Salud Mental	16
C. Antecedentes	18
D. Bases Teóricas	24
a. Teoría del Desbalance Trabajo -Vida de Greenhaus & Beutell.	24
b. Teoría del Apoyo Organizacional Percibido de Eisenberger et al.	25
c. Modelo Demanda-Control-Apoyo Social de Karasek & Theorell	27
d. Teoría de la Conservación de Recursos de Hobfoll	29
Capítulo II. Marco Metodológico	32
A. Objetivos	33
B. Hipótesis de trabajo	34
C. Diseño y tipo de investigación	34
D. Población, muestra y ámbito geográfico	34
E. Criterios de inclusión y exclusión	35
F. Instrumentos y técnicas de recolección de datos	36
a. Cuestionario sociodemográfico y de teletrabajo (CSyT)	36
b. Escala de depresión, ansiedad y estrés -21 (DASS-21)	37
c. Escala de resiliencia de Connor & Davidson (CD-RISC-25)	37
d. Escala Atenas de insomnio (EAI)	38
e. Escala multidimensional de apoyo social percibido (MPSS)	39
G. Procedimiento y fases	39
H. Procesos de obtención del consentimiento informado y reclutamiento	41
I. Variables	43
J. Gestión y almacenamiento de los datos	46
K. Análisis de los datos	47
L. Consideraciones éticas	47
M. Estrategia de divulgación de los resultados	51
N. Conflicto de intereses	51
Capítulo III. Presentación y discusión de los resultados	53
A. Limitaciones	95
Capítulo IV. Conclusiones y recomendaciones	96
Bibliografía	106
Anexos:	112
Anexo 1. Consentimiento Informado	113
Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos	116
Anexo 3. Algoritmo (Fases de la investigación)	142
Anexo 4. Anuncio para las redes sociales	143

Índice de Tablas:

Tabla 1. Datos sociodemográficos, por grupo etario (N= 103).	Pág. 61
Tabla 2. Datos de salud, por grupo etario (N= 103).	65
Tabla 3. Servicios disponibles en casa durante la pandemia, por grupo etario (N=103)	68
Tabla 4. Estrategias de distracción durante la pandemia, por grupo etario (N=103)	69
Tabla 5. Manejo de la información durante la pandemia, por grupo etario (N=103)	70
Tabla 6. Experiencias vividas durante la pandemia, por grupo etario (N=103)	75
Tabla 7. Datos sobre experiencia con el teletrabajo, por grupo etario (N=103)	78
Tabla 8. Respuestas a la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21); por grupo etario (N=103)	82
Tabla 9. Respuestas a la Escala de Resiliencia de Connor Davidson (CD-RISC-25), por grupo etario (N=103)	85
Tabla 10. Respuestas a la Escala Atenas de Insomnio (EAI), por grupo etario (N=103)	90
Tabla 11. Respuestas a la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MPSS), por grupo etario (N=103)	93

Índice de Figuras:

Figura 1. Promedio de edad y años de educación, por grupo etario.	Pág. 54
Figura 2. Sexo, por grupo etario	55
Figura 3. Niveles de complejidad ocupacional durante la pandemia por COVID-19, por grupo etario.	56
Figura 4. Tipo de contrato laboral durante la pandemia por COVID-19, por grupo etario.	57
Figura 5. Estado civil durante la pandemia por COVID-19, por grupo etario.	58
Figura 6. Ingreso mensual durante la pandemia por COVID-19, por grupo etario.	59
Figura 7. Situación de vivienda durante la pandemia por COVID-19, por grupo etario	60
Figura 8. Toma de medicamentos, durante la pandemia por COVID-19, por grupo etario.	63
Figura 9. Consumo de alcohol durante la pandemia por COVID-19, por grupo etario.	64
Figura 10. Servicios utilizados durante la pandemia por COVID-19, por grupo etario.	67
Figura 11. ¿Una persona cercana falleció por COVID-19?	73
Figura 12. Afectación de la Salud Mental durante la pandemia por COVID-19, por grupo etario.	74
Figura 13. Experiencia de convivencia familiar durante la pandemia por COVID-19, por grupo etario.	77
Figura 14. Respuestas a la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), por grupo etario.	81
Figura 15. Respuestas a la Escala de Resiliencia de Connor Davidson (CD-RISC-25), por grupo etario.	84
Figura 16. Respuestas a la Escala Atenas de Insomnio (EAI), por grupo etario.	88
Figura 17. Respuestas a la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MPSS), por grupo etario.	92

Resumen:

El objetivo general del estudio fue evaluar el impacto de las medidas de confinamiento y restricción de la movilidad por la pandemia del COVID-19, en la salud mental de los teletrabajadores. Los objetivos específicos se relacionaron con brindar información sobre la salud mental de los teletrabajadores, diagnosticar las situaciones que generan riesgos para la salud mental de los teletrabajadores y recomendar acciones que permitieran la aplicación planificada del teletrabajo y la promoción de la salud y bienestar, con beneficios para trabajadores y empleadores.

La metodología consistió en un diseño no experimental, retrospectivo y transversal de tipo cuantitativo. La población de muestra la constituyeron 103 participantes que hicieron teletrabajo por lo menos un mes durante la pandemia de la COVID-19, con una antigüedad mínima de seis meses en la empresa, divididos en dos grupos de comparación: menores de 44 años y de 45 años o más.

Los principales hallazgos indican que los adultos de mayor edad contaban con mejores capacidades y estrategias de afrontamiento a la situación. Una mayor proporción de los adultos jóvenes fueron quienes reportaron afectaciones de su salud y requirieron atención, lo cual puso en evidencia una menor preparación y mayor vulnerabilidad para enfrentar la situación.

Los dos grupos estudiados mostraron diferencias significativas en la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), principalmente los adultos jóvenes, quienes presentaron una puntuación media más alta en las subescalas de depresión y estrés, lo que sugiere un mayor malestar emocional general.

Los resultados obtenidos en la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC-25) muestran que el puntaje total de resiliencia fue significativamente superior en los adultos de mayor edad frente a adultos jóvenes, lo cual sugiere que contaban con mayores recursos personales, autoeficacia y seguridad en la toma de decisiones, y en la capacidad de enfrentar las adversidad e incertidumbre durante la pandemia por la COVID-19.

Los adultos jóvenes de la muestra mostraron una afectación mayor en la somnolencia y en funcionamiento físico y mental durante el día, en la Escala de Atenas de Insomnio (EAI)

Los grupos no mostraron diferencias estadísticamente significativas en los ítems individuales ni en las subescalas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MPSS). En general, ambos grupos etarios reportaron niveles altos de apoyo percibido de la familia, amigos y personas significativas.

Palabras claves: confinamiento, COVID-19, teletrabajo, salud mental.

Abstract:

The general objective of the study was to evaluate the impact of lockdown measures and mobility restrictions due to the COVID-19 pandemic on the mental health of teleworkers. The specific objectives were related to providing information on the mental health of teleworkers, diagnosing situations that pose risks to their mental health, and recommending actions that would allow for the planned implementation of teleworking and the promotion of health and well-being, with benefits for workers and employers.

The methodology consisted of a non-experimental, retrospective, cross-sectional quantitative design. The study sample consisted of 103 participants who teleworked for at least one month during the COVID-19 pandemic, with a minimum of six months' experience with the company, divided into two comparison groups: those under 44 years of age and those 45 years of age or older.

The main findings indicate that older adults had better coping skills and strategies to cope with the situation. A higher proportion of young adults reported health problems and required care, highlighting their lower preparedness and greater vulnerability to coping with the situation.

The two groups studied showed significant differences on the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21), particularly young adults, who had higher mean scores on the depression and stress subscales, suggesting greater overall emotional distress.

The results obtained on the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-25) show that the total resilience score was significantly higher in older adults compared to younger adults, suggesting they had greater personal resources, self-efficacy, and confidence in decision-making, and an ability to cope with adversity and uncertainty during the COVID-19 pandemic.

The young adults in the sample showed greater impairment in daytime sleepiness and physical and mental functioning on the Athens Insomnia Scale (AIS).

The groups showed no statistically significant differences on individual items or subscales of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MPSS). Overall, both age groups reported high levels of perceived support from family, friends, and significant others.

Keywords: lockdown, COVID-19, teleworking, mental health.

Introducción:

Las implicaciones y alcances del teletrabajo, incorporado de manera masiva y no planificada durante la pandemia de la COVID-19, me llevaron a realizar esta investigación que pretende responder la pregunta ¿Cuál es el impacto de las medidas de confinamiento y restricción por la COVID-19 en la salud mental de los teletrabajadores?

El SARS-CoV-2 es un coronavirus detectado en diciembre del año 2019 en la ciudad de Wuhan, perteneciente a la provincia de Hubei en la República Popular de China, que produce la enfermedad infecciosa denominada COVID-19. La Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió una alerta por la aparición del nuevo coronavirus, como un evento de salud pública internacional, y declaró la COVID-19 como pandemia en marzo del año 2020. Al inicio de la pandemia no existía ningún conocimiento sobre el virus. Gracias al aporte de la ciencia y la tecnología el virus logró ser aislado, secuenciado, se han desarrollado pruebas para su diagnóstico, se han definido protocolos de atención y han sido desarrolladas vacunas.

En Panamá se emitieron diversas Resoluciones y Decretos para hacerle frente a la crisis sanitaria y en cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005) y de las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como los protocolos, normas y guías epidemiológicas y de atención para la salud individual y colectiva. Como consecuencia, se decretó el estado de emergencia nacional y se adoptaron medidas de cuarentena (total y parcial), cercos sanitarios y toques de queda (totales o regionales) y restricción de la movilidad (horarios por días, género y número de cédula), con el propósito de cortar la transmisión del virus evitando los contactos cercanos. Las medidas provocaron la

suspensión de las jornadas laborales y la implementación de la modalidad del teletrabajo, que en algunos casos se mantiene hasta la fecha y es probable que se mantenga en el futuro; tanto de forma permanente o utilizando un modelo híbrido. Estas medidas adoptadas se levantaron gradualmente, conforme fue variando el comportamiento epidemiológico de la pandemia.

La introducción del teletrabajo en Panamá, como una alternativa para darle continuidad a la actividad laboral, sin contar con las infraestructuras requeridas, generó que las empresas exigieran a los colaboradores una disponibilidad más allá de los horarios regulares, que no le permitían separar sus actividades personales y familiares de sus responsabilidades laborales. La presión por estar siempre conectados y por el cumplimiento de sus tareas y con la productividad, aumentó para el teletrabajador y generó fatiga digital, ya que no siempre disponía de recursos tecnológicos ni espacios adecuados para laborar en casa. Las medidas de confinamiento y restricción de la movilidad, para prevenir la propagación del virus de la COVID-19, aunadas a la disminución de la interacción con sus compañeros y supervisores, pusieron en evidencia nuevas vulnerabilidades psicosociales en los teletrabajadores y generaron la aparición de síntomas de estrés, ansiedad y la afectación de su salud mental en general.

Los resultados de esta investigación permitieron identificar oportunidades de mejora para una gestión eficiente del teletrabajo y proponer procedimientos que permitan su aplicación planificada, con beneficios tanto para los trabajadores como para los empleadores, principalmente de promoción y protección de la salud mental de los teletrabajadores y contar con protocolos para un mejor manejo en situaciones similares que se presenten en el futuro.

Este informe está dividido en cuatro capítulos, en el Capítulo I. Marco Teórico, se incluyen las definiciones de los conceptos más relevantes, una revisión de la literatura, antecedentes e investigación reciente sobre el tema, tanto a nivel internacional como regional y nacional, con el propósito de ofrecer contexto y respaldo teórico y comprender mejor el problema, las principales bases teóricas y la definición de la teoría que respaldará la investigación. Todo esto, nos servirá como guía para el análisis de los resultados.

En el Capítulo II. Marco Metodológico, se detalla la justificación del estudio, los objetivos de la investigación, la hipótesis de trabajo, el diseño y tipo de la investigación, la población, muestra y ámbito geográfico, los criterios de inclusión y exclusión, los instrumentos de recolección de datos, el procedimiento y las fases del estudio, el proceso de obtención del consentimiento informado, las variables estudiadas, la gestión y el almacenamiento de los datos, el procedimiento de análisis de los datos, las consideraciones éticas, la estrategia de divulgación de los resultados, la declaración de conflicto de intereses y los resultados esperados.

En el Capítulo III. Presentación y Discusión de los Resultados, se incluyen las figuras y tablas con los resultados, seguido de una descripción narrativa en la que se analizan los resultados, tanto con valor estadístico significativo como otros que resulten de relevancia.

En el Capítulo IV. Conclusiones y Recomendaciones, se incluyen los principales hallazgos de la investigación y se discuten sus implicaciones. En las recomendaciones, se plantean sugerencias para futuras investigaciones y se proponen acciones para evitar o disminuir las principales dificultades o problemas encontrados en la investigación,

principalmente sugerencias de procedimientos y estrategias de promoción y protección de la salud mental de los teletrabajadores y de beneficio para los empleadores que pudieran ser aplicadas en futuras pandemias.

Capítulo I. Marco Teórico

A. Teletrabajo:

La Organización Internacional de Trabajo (OIT), define el teletrabajo como “una forma de trabajo que se realiza en una ubicación alejada de una oficina central o instalaciones de producción, separando así al trabajador del contacto personal con colegas, utilizando las nuevas tecnologías que facilitan la comunicación” (Castaño & Gómez, 2014). Esta definición fue reelaborada, como el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones – tal como teléfonos inteligentes, tabletas táctiles, ordenadores portátiles y ordenadores de sobremesa, para trabajar fuera de las instalaciones del empleador (OIT y Eurofound, 2019).

En la década de los setenta del siglo pasado, las empresas que contaban con los recursos de comunicación requeridos iniciaron la implementación de la modalidad de teletrabajo, con el propósito de disminuir los tiempos de traslado de los trabajadores, reducir costos fijos de operación, mejorar la eficiencia en las empresas y así hacerle frente a la crisis del petróleo. En el ámbito mundial, las tecnologías de la información y la comunicación han permitido que el teletrabajo se constituya en una fuente importante de generación de empleo, permitiendo a los trabajadores continuar laborando.

En España, en el año 2006, se aplicó el Plan Concilia en la administración pública, que incluía el teletrabajo como una de las medidas para lograr la conciliación de la vida laboral, familiar y así trabajar mejor. La empresa IBM pionera en esto, reportaba en el año 2009 que el 40% de sus 386,000 empleados en 173 países trabajaban remotamente. En el año 2010, el Congreso de Estados Unidos expidió la Ley Federal de mejora del Teletrabajo, que permitía acuerdos por escrito sobre la flexibilidad para trabajar desde un lugar autorizado, con la finalidad de regularlo, impulsarlo y permitir su continuidad.

En el año 2019, el 19% de los empleados de todo el mundo teletrabajaban y la cifra de los trabajadores del conocimiento que lo hacían era del 27% (Gartner, 2019). Se estima que en el segundo trimestre de 2020, durante la crisis de la COVID-19 en la que se mantenían vigentes las medidas de confinamiento, 23 millones de personas teletrabajaban en la región de América Latina, lo que representaba entre el 20 y 30 por ciento de los asalariados, comparado con año 2019 en que la cifra era del 3% (OIT, 2020) . Dentro de la Unión Europea, en el año 2021, entre el 10 % y el 30% de los colaboradores teletrabajaba, mientras que en Estados Unidos la cifra era del 20 % en Japón del 16% y en Argentina del 1.6 % (OIT, 2021).

Las proyecciones de los analistas estimaban que el 32 % de los trabajadores de todo el mundo teletrabajarían a finales del año 2021 y entre los trabajadores del conocimiento la cifra aumenta al 51 %. Las cifras varían en cada país, dependiendo de los recursos tecnológicos disponibles y de las disposiciones legales que regulan esta materia (Gartner, 2021).

Tanto en el contexto mundial como regional y nacional, antes del surgimiento de la pandemia del COVID-19, solo algunas empresas progresistas que disponían de los recursos necesarios implementaban la modalidad de teletrabajo, como un beneficio para sus colaboradores. La tendencia global mostraba que más del 50 % de las empresas planeaban reducir sus espacios físicos e implementar el teletrabajo para garantizar las medidas de distanciamiento social requeridas por la pandemia del COVID-19 y se dirigían a un modelo híbrido (S&P Global, 2021).

Antes de la Pandemia del COVID-19, en Panamá solo algunas organizaciones sedes de empresas multinacionales, dedicadas a los servicios y a las actividades profesionales, gerenciales, técnicas y administrativas, así como los centros de llamada aplicaban la modalidad de trabajo.

Se estimaba que el 70 % de los empleos en Panamá involucraban un componente presencial (ventas, artesanías, mano de obra no calificada y operadores de maquinarias) y que a octubre del año 2020 existían unos 78,000 teletrabajadores, 9 de cada 10 de ellos en el sector financiero, seguros, información, comunicaciones, industria y logística (R. Quevedo, 2020).

Los informes sobre América Latina y el Caribe indicaban que el porcentaje potencial de teletrabajo en Centroamérica variaba según la metodología de cálculo y las actividades económicas, Costa Rica entre el 16 % y el 33 %, Guatemala entre el 7% y el 14 %, Honduras del 7 % al 16 %, Nicaragua del 8% al 16 %, El Salvador del 8 % al 16 % y Panamá del 14 % al 26 % (OIT, 2020). Panamá se situaba en el cuarto lugar de los países de la región con acceso al teletrabajo, precedido por Uruguay, Brasil y Chile (CEPAL, 2020)

Cifras obtenidas en el Departamento de Estadísticas, de la Dirección General de Trabajo del MITRADEL indicaban que al 31 de diciembre de 2021 se mantenían registrados 5437 teletrabajadores (2517 por contrato y 2920 adendas). La cifra antes indicada pudiera representar un subregistro, en la opinión de fuentes consultadas en el MITRADEL, ya que muchas empresas no estaban registrando las adendas a los contratos, en las que debe establecerse la duración de la jornada laboral, la descripción

de las funciones del teletrabajador y las subvenciones por gastos de servicios públicos y otros detalles.

Las cifras se confirman en una investigación sobre la eficacia del teletrabajo durante la pandemia del COVID-19 en Panamá, que concluyó que antes de la pandemia del COVID-19, 46 empresas lo aplicaban, principalmente dedicadas a las telecomunicaciones y servicios (Dell Panamá, Sitel y PWC), lo cual revela que un 3 % del total de los trabajadores podían acceder al trabajo a distancia (Franceschi & Moreno, 2021).

Actualmente, el teletrabajo no se plantea como una solución a un problema ambiental o de transporte – que fue como se originó – sino que se está viendo como un yacimiento de empleo, como una oportunidad de colocación y, en la mayoría de los supuestos, como una medida para favorecer la conciliación de la vida personal, familiar y laboral de los trabajadores (Rodríguez-Piñero Royo, 2006).

El teletrabajo ha supuesto un cambio en la manera concebir el trabajo, ha aumentado la demanda de la disponibilidad y se han difuminado los límites entre la vida laboral y la privada. Los trabajadores se enfrentan a la presión de estar de manera continua conectados, responder de manera instantánea a los correos electrónicos y de cumplir con las tareas, pudiendo producir un aumento del estrés.

En Panamá, un mes antes de la declaración de la Pandemia del COVID-19, en febrero del año 2020, se estableció el teletrabajo mediante la Ley 126, como modalidad de relación de trabajo, que luego fue reglamentada mediante Decreto Ejecutivo No. 133 de 16 de septiembre de 2020. La Ley en referencia genera obligaciones tanto para el trabajador como para el empleador y exige que ambos acuerden, por escrito, la

prestación de las jornadas de trabajo en la modalidad de teletrabajo, tanto de forma parcial como completa y con carácter reversible, al inicio de la relación laboral o después de haberse iniciado la misma y aplica tanto a las relaciones laborales establecidas antes de su entrada en vigencia como a las futuras. Esta Ley fue puesta en ejecución por varias empresas como una forma de continuar laborando durante el período de restricción de la movilidad y confinamiento.

La implementación adecuada del teletrabajo implica el respeto de los derechos de los trabajadores y, en concreto, la protección de la seguridad y salud mediante la aplicación de medidas que eviten o minimicen los riesgos, tanto físicos como psicológicos.

Al analizar el futuro del trabajo, después de la pandemia del COVID 19, se vaticinaba un incremento de las tasas de teletrabajo y de trabajo híbrido, en una mayor proporción que antes de la aparición de la pandemia (OIT, 2020). Por esta razón, los gobiernos deberán elaborar, en conjunto con los sectores de trabajadores y empresarios, políticas públicas y estrategias de bioseguridad, aislamiento y distanciamiento físico, así como la implementación de medidas de restricción necesarias para hacerle frente a los incrementos de los niveles de contagio, debido a la aparición de nuevas cepas del virus que provoquen nuevas oleadas u otras pandemias que puedan surgir en el futuro.

La evidencia producida por diversas investigaciones sobre el tema muestra un impacto sobre aspectos de la salud mental de los teletrabajadores, entre ellos la seguridad, el bienestar, el estrés, la depresión, la fatiga, la modificación de hábitos, el desequilibrio en la relación entre el trabajo y la familia, y otros, relacionados directamente con el apoyo recibido de las empresas, así como con la organización y carga de trabajo.

B. Salud Mental:

La salud mental es un estado de equilibrio entre una persona y su entorno sociocultural, que le permite desarrollar actividades laborales, intelectuales y el logro de relaciones para alcanzar bienestar y calidad de vida. Es un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS).

En la actualidad, la salud mental no es considerada únicamente de forma dicotómica como salud o enfermedad, sino que incluye tanto el bienestar emocional como el psicológico y social (Keyes, 2025). Otros autores la vinculan con mejores niveles de resiliencia, mejores resultados de vida y relaciones y un menor riesgo de desarrollar trastornos mentales (Slade, 2010).

La salud mental incluye tanto factores biológicos, como psicológicos, sociales y ambientales. Es más que la ausencia de enfermedad mental y pretende un estado de bienestar personal, que permita enfrentar los desafíos y el estrés, desarrollar el potencial, trabajar y contribuir a la sociedad (Galderisi, et al, 2015)

La salud mental comprende condiciones que incluyen el deterioro del funcionamiento, un sufrimiento significativo, riesgos de autolesiones, así como trastornos mentales y discapacidades (OMS, 2022). La salud mental ofrece elementos para conocer el funcionamiento interno y externo de la persona, validar su desarrollo intelectual, espiritual y emocional y darle sentido de autopercepción positiva y buena salud física (Bhugra et al., 2013).

Alteraciones clínicamente significativas de la regulación emocional, los comportamientos, las funciones cognitivas, el deterioro de las áreas funcionales a nivel personal y social, así como las manifestaciones de angustias, son condiciones que indican un deterioro de la salud mental (OMS, 2022). Los trastornos mentales, neurológicos y el uso de sustancias, son las principales causas de morbilidades, discapacidades, lesiones y mortalidad en el continente americano. Luego de la pandemia por COVID-19, la salud mental empeoró, superando el promedio global del 45 % (OPS, 2021).

La salud mental se relaciona con la condición de bienestar general y la forma de pensar, sentir y comportarnos. Los riesgos que pudiera generar el teletrabajo están asociados a determinadas enfermedades relacionadas con la salud física y mental (Parcersia, 2020).

Varias enfermedades relacionadas al estrés frente al teletrabajo, como la fatiga mental, el tecnoestrés, los trastornos de ansiedad y depresión, las dificultades para la conciliación entre la vida laboral y familiar y los riesgos de aislamiento social, fueron identificadas por el Instituto de Seguridad Laboral de Chile (Gobierno de Chile, 2020).

Las investigaciones sobre salud mental desarrolladas en años recientes, han considerado como fundamento teórico los constructos de bienestar propuestos por Ryff, la autoaceptación, el propósito en la vida, el crecimiento personal, la autonomía, el dominio del entorno y las relaciones positivas con los demás (Ryff, 2014).

La salud mental no es únicamente un tema individual, también inciden en ella determinantes sociales, como la violencia, la pobreza, la discriminación y la desigualdad (Patel et al., 2018). Actualmente, la salud mental se considera un recurso

de gran valor, que permite a las personas un desarrollo de vida plena y significativa (Seligman, 2011).

La gestión en la salud del trabajador se ha convertido en un elemento de vital importancia en la organización, con el objetivo de mejorar la calidad y productividad del trabajo, y, por ende, la competitividad de las empresas que enfrentan un nuevo desafío en el que aparecen competidores más eficientes (Aguilar y Rentería, 2009).

La definición y comprensión de la salud mental ha evolucionado hacia una visión más holística y multidimensional, no solo a nivel individual, sino también a nivel social, lo cual nos debería llevar a reorientar la política de salud hacia la promoción del logro de un desarrollo más humano.

C. Antecedentes:

El teletrabajo, a pesar de sus beneficios, ha generado un impacto negativo en la salud mental de los empleados, particularmente en lo que respecta al aislamiento social y el estrés.

Una investigación sobre la influencia de la intensidad del teletrabajo en la salud de los empleados concluyó que las jornadas de teletrabajo mayores a ocho horas aumentan los riesgos de depresión, obesidad, abuso de alcohol, inactividad física y consumo de tabaco (Henke, Benevent, et al., 2016). De forma similar, un metaanálisis encontró incrementos en malestar mental (38.8 %), estrés (28.4 %), aislamiento (6.3 %), ansiedad (23 %), depresión (22.6 %), fatiga y problemas de sueño (Martínez et al., 2023). Estos hallazgos sugieren que el aislamiento social es un factor de riesgo psicosocial clave en el contexto del teletrabajo.

En un estudio sobre el impacto psicosocial del COVID-19 para trabajadores, concluyó que el trabajo en casa garantiza la continuidad de la operación de la empresa y mantiene a los trabajadores seguros, evitando así la exposición al virus en el transporte colectivo y reduciendo los riesgos de infección, pero produce aislamiento social y profesional (Shimazu et al. 2020). Asimismo, los resultados de otro estudio sobre la adaptación al teletrabajo inducido por la epidemia de la COVID-19, realizado en Francia, demostraron el impacto negativo de las variables propias de la crisis, el aislamiento profesional, el ambiente de teletrabajo, el aumento del trabajo y el estrés (Carrillo, Cachat-Roset et al. 2020).

El teletrabajo puede tener ventajas tanto para los empleadores como para los trabajadores, mejorando la productividad y el equilibrio entre la vida laboral y personal (Boumprisco et al. 2021). De igual modo, en un estudio que comparó los días de teletrabajo con el trabajo en oficina, se encontró que en los días de teletrabajo se produce menos estrés y conflicto entre el trabajo y el hogar y un mayor nivel de compromiso y rendimiento (Delanoije, 2020).

Al estudiar los vínculos entre las medidas en el lugar de trabajo implementadas en respuesta a la COVID-19, con la salud mental y el desempeño laboral de los empleados en Japón, se concluyó que estas disminuyeron el miedo y la preocupación de los encuestados e incrementaron su desempeño laboral, pero aumentaron la angustia psicológica (Sasaki y Kuroda, 2020). Por otra parte, con el propósito de obtener información actualizada sobre los posibles riesgos relacionados con el teletrabajo, se realizó una revisión sistemática de 23 publicaciones sobre salud mental y teletrabajo, en las bases de datos Google Academy, Dialnet Plus, PubMed y ResearchGate, entre los años 2013-2023; sus principales resultados revelan que, aunque ofrece beneficios

como flexibilidad y comodidad para el trabajador, también afecta al bienestar y la salud, tanto mental como física (Cunillera, 2023).

Para determinar si el teletrabajo estresa a los empleados, se desarrolló un estudio que concluyó que el teletrabajo se relaciona con menos felicidad y más estrés (Song y Gao, 2020). De igual modo, una revisión de 13 estudios europeos, demostró que el aislamiento, el trabajo familiar, la edad y ciertas profesiones, como la de los docentes, incrementaron sus niveles de estrés. Adicionalmente, relacionaron estas variables con una mayor creatividad y autoeficacia (Şentürk et al., 2024). Estas conclusiones resultan relevantes para los tomadores de decisiones, en la evaluación de los beneficios o perjuicios del teletrabajo.

Una revisión sistemática de 64 artículos (2020 -2023), con enfoque tipo PRISMA, concluyó que el trabajo desde casa tiene impactos duales, promueve autonomía y satisfacción, pero también aumenta ansiedad, estrés, insomnio, agotamiento emocional y conflictos trabajo-familia (Cruz et al., 2024). Otra comprobación, utilizando un protocolo PRISMA y VOSviewer para identificar las principales tendencias en un conjunto de 64 artículos, mostraron relaciones combinadas entre este nuevo tipo de trabajo y sus efectos en la salud de los trabajadores (Figueiredo et al., 2024).

Un análisis de los estudios sobre teletrabajadores concluyó que la relación salud/trabajo es compleja e implica optimizar los efectos del trabajo en casa, en beneficio de la salud de los trabajadores y recomendó implementar políticas de apoyo a la gestión de límites entre el trabajo y el hogar, la claridad de funciones, la carga de trabajo, los indicadores de desempeño, el soporte técnico, la facilitación de la creación de redes de compañeros de trabajo y la capacitación para gerentes (Oakman & Pariente, 2020).

Algunas investigaciones profundizaron el entendimiento de las dimensiones de riesgo psicosocial asociadas al teletrabajo, en medias jornadas o jornadas completas, durante la pandemia del COVID-19, las demandas y exigencias emocionales, la intensidad laboral y las relaciones sociales (Ivanova & Petrov, 2023). Otras analizaron la literatura publicada sobre el tema, entre diciembre del año 2021 y diciembre del año 2022, enfocados en los efectos en la salud física y mental del teletrabajador (Hernández et al., 2025).

En una revisión sistemática de 38 estudios se encontró un doble impacto, positivo y negativo, en las experiencias de los profesionales de la salud mental durante la pandemia por COVID-19 y un aumento de estrés (28 %), ansiedad (23 %), depresión (22 %), fatiga (16 %), irritabilidad (39 %) y baja calidad de sueño (56 %) (Lizano, et al., 2025). Un resultado similar se obtuvo en otro estudio que halló una asociación directa entre aumento del teletrabajo y síndrome de burnout emocional (Uppal, et al, 2025)

Al analizar de manera sistemática varios artículos sobre la calidad de vida y el estrés de los trabajadores remotos durante COVID-19, se encontraron posibles predictores (conflicto trabajo-familia o una condición de aislamiento social) asociados con la mejora o el empeoramiento de la calidad de vida y el estrés, así como la potenciación de la creatividad y la autoeficacia (Carraro et al., 2025). Mientras que otro estudio determinó que no había un consenso claro en cuanto a la asociación entre el trabajo desde casa y la salud mental o la productividad (Hall et al., 2023)

En la región latinoamericana, varios estudios han sido realizados sobre el tema.

La encuesta aplicada en el Colegio Tecnológico Médico del Perú, halló una fuerte relación entre teletrabajo, aumento de estrés percibido y deterioro de salud mental. Delgado et al. (2022). Igualmente, otro estudio cualitativo con mujeres que laboran en recursos humanos, identificó los factores psicosociales de riesgo y vulnerabilidad en teletrabajo (González et al. 2024).

La revisión de 39 artículos publicados sobre el tema, documentó que el 82 % ocasionaba consecuencias negativas y el 56 % encontró evidencias de afectación de la salud mental, específicamente ansiedad, estrés y aislamiento (Ramírez & Soto, 2024). Por otro lado, una revisión crítica de artículos publicados sobre teletrabajo y salud mental ocupacional, concluyó que el síndrome de desgaste profesional, los riesgos psicosociales y las condiciones laborales precarias durante la pandemia; tuvieron un efecto importante en la salud mental de los trabajadores (Pérez & Silva, 2024).

En Panamá existe un vacío de conocimiento sobre el impacto de las medidas de confinamiento y de restricciones de la movilidad durante la pandemia del COVID-19. Esta investigación pretende evaluar el impacto de estas medidas en la salud mental de los teletrabajadores, para ofrecer recomendaciones que nos permitan el logro del bienestar y la salud mental de los teletrabajadores, garantizándoles sus derechos a la desconexión y a lograr un balance entre el trabajo y su vida personal y familiar, privacidad y autonomía, entre otros, así como la eficiencia de la operación de las organizaciones.

En los últimos años, en Panamá, se han realizado varias investigaciones que han tenido como objetivo analizar las experiencias del teletrabajo durante la pandemia de COVID-19 en las empresas, como una opción para mantener la continuidad laboral.

Un estudio fue realizado con el objetivo de conocer la forma como las empresas panameñas se adaptaron a las medidas de bioseguridad y confinamiento, ajustando sus procesos administrativos, haciendo énfasis en la Ley del Teletrabajo y las adecuaciones realizadas por el Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral de Panamá (Tyler et al., 2021). Por otra parte, una investigación fue realizada para analizar la implementación del teletrabajo en el sector bancario del distrito de Panamá, encontrando que el 100% de los bancos encuestados adoptaron el teletrabajo, aunque solo el 58% proporcionó condiciones físicas adecuadas en el hogar de los empleados (Adames et al., 2022).

Una investigación exploró la experiencia de los empresarios y trabajadores en la adaptación al teletrabajo, concluyendo que hay una carencia de formación digital y tecnológica, tanto de los trabajadores como de las empresas, lo cual pone en evidencia la necesidad de invertir en la capacitación y desarrollo en estas áreas (Fernández, 2023). Además, en otra investigación se evaluaron los costos ocultos generados por los empleados, identificando diferencias significativas en los gastos según género, edad, área de trabajo, modalidad de teletrabajo, tiempo de trabajo, disponibilidad económica y tamaño de la empresa y concluyendo que las mujeres, los jóvenes y las pequeñas empresas enfrentaron mayores costos ocultos (Quirós y Barria, 2023).

Finalmente, en otra investigación que analizó las encuestas aplicadas a trabajadores en modalidad de teletrabajo durante el año 2021, encontró una participación mayoritaria de mujeres y una población predominantemente madura. Los trabajadores expresaron

mejoras en la calidad de vida y la productividad y señalaron problemas como la falta de condiciones adecuadas, incumplimientos normativos y dificultades en la comunicación (Bazán et al, 2024).

D. Bases Teóricas:

A continuación detallo las principales teorías que explican el efecto del teletrabajo sobre la salud y defino las razones que me llevaron a decidir cuál de estas fundamentará la investigación que desarrollo.

a. Teoría del Desbalance Trabajo-Vida de Greenhaus & Beutell (1985)

El planteamiento principal de esta teoría es que en la medida que las exigencias del trabajo afecten la vida personal, se generará un conflicto que puede ocasionar estrés, ansiedad y agotamiento.

El teletrabajo y las otras condiciones presentes durante la Pandemia de la COVID-19, eliminaron los límites entre la vida personal y familiar, afectando la salud mental, principalmente de la población más vulnerable, como las mujeres, menores y cuidadores.

Esta teoría hace énfasis en las confusiones, conflictos de roles y presiones que se generan al desempeñar simultáneamente responsabilidades como trabajadores, padres, hijos, parejas, etc. No obstante, ha evolucionado hacia visiones integradoras que resaltan las ventajas de la interacción positiva simultánea entre múltiples roles.

Estos autores plantean que las exigencias de las responsabilidades del trabajo y la familia son mutuamente incompatibles, es decir, que el desempeño de una impide ejecutar la otra, generando conflictos relacionados con el tiempo, la tensión o el estrés y con los comportamientos, que afectan la productividad y eficiencia.

De acuerdo con los autores, los conflictos del trabajador se originan por algunos factores como las intensas demandas laborales, los horarios inflexibles, la fatiga digital e hiperconectividad, la supervisión excesiva, la falta de autonomía y de apoyo social de los familiares y supervisores.

Esta teoría ha sido muy aplicada por la psicología organizacional, la sociología del trabajo, la gestión de recursos humanos y por la salud ocupacional. Ha sido utilizada para estudiar el equilibrio entre el trabajo y la vida personal y ha sido muy útil en el diseño de políticas públicas y manuales de procedimientos de trabajo, en la evaluación del bienestar y la satisfacción psicológica del trabajador, en estudios sobre género y roles familiares, en estudios de gestión y retención del talento humano en las organizaciones y recientemente en estudios sobre teletrabajo durante la pandemia de la COVID-19.

b. Teoría del Apoyo Organizacional Percibido de Eisenberger et al. (1986)

La Teoría del Apoyo Organizacional Percibido (POS, por su sigla en inglés) se fundamenta en la convicción que tiene el trabajador, sobre el grado en que la empresa en la que labora aprecia su experiencia y los aportes que hace y se interesa por su bienestar general.

Una empresa que valora las contribuciones de sus colaboradores se preocupa por la revisión permanente de sus procedimientos y políticas, procurar buenas relaciones entre los colaboradores y sus supervisores y de diseñar planes de beneficios ajustados a las necesidades específicas.

La premisa principal de esta teoría es que si el trabajador considera que la empresa en la que labora valora sus aportes y contribuciones y muestra preocupación por él, esto le genera mayor satisfacción y menor riesgo de estrés, lo cual influirá en su comportamiento y bienestar en general.

En este sentido, si el trabajador cuenta con un buen nivel de apoyo, que incluya disponer de los equipos y las herramientas requeridas, con reglas flexibles, reconocimientos, un trato justo y una buena comunicación con sus superiores, esto contribuirá a lograr una buena salud mental.

Son dos las bases conceptuales de la teoría del POS: el intercambio social y la reciprocidad. Partiendo de ellas, si un colaborador percibe que la empresa lo apoya se sentirá comprometido y obligado a devolverle comportamientos y actitudes favorables, tales como la eficiencia la lealtad.

Las evidencias empíricas obtenidas de la aplicación de la teoría del POS, en estudios de los tipos de liderazgo y salud ocupacional, confirman que procurar relaciones organizacionales sanas y positivas e implementar prácticas y gestiones de recursos humanos positivas ofrece beneficios tanto a los trabajadores como a la empresa.

El apoyo organizacional percibido actúa como un mitigador de las insatisfacciones y fuentes de estrés en el trabajador, que le genera bienestar psicológico, satisfacción y sentido de pertenencia.

La teoría del POS ha sido aplicada en el estudio de diversas situaciones en el ámbito laboral, entre las que se destacan, el estudios de clima y la cultura organizacional, el análisis de los niveles de satisfacción y compromiso, el desempeño, la productividad, la reducción de la rotación, el apoyo en la supervisión, el agotamiento emocional, el estrés laboral, la resiliencia, el manejo de las cargas laborales y recientemente a la medición del apoyo organizacional en las modalidades de teletrabajo e híbridas; ya que podría ser un elemento a evaluar en la predicción entre el compromiso del colaborador y su conexión emocional con la empresa, a pesar de la distancia física, y falta de contacto con su puesto de trabajo, compañeros y supervisores.

c. Modelo Demanda-Control-Apoyo Social de Karasek & Theorell (1990)

Este modelo plantea que el estrés laboral, la ansiedad, el agotamiento emocional y el desmejoramiento del bienestar general del colaborador son producto de la falta de balance entre las demandas laborales que enfrenta y el control tiene sobre sí mismo, afectado además por el nivel de apoyo social con el que cuenta.

Durante la pandemia por la COVID-19, los teletrabajadores tuvieron que hacer frente a situaciones altamente demandantes, como el exceso de tareas, la conectividad más allá de sus horarios regulares, la necesidad de reorganizar sus horarios, el aislamiento físico y en algunos casos a la falta de apoyo social.

El Modelo Demanda-Control-Apoyo Social (DC-S), que parte del modelo original Demanda-Control (1979), ha sido utilizado en múltiples estudios sobre estrés en el ambiente laboral y de salud ocupacional y plantea que el efecto del trabajo en la salud de los empleados de tres factores clave.

Las demandas laborales, que se relacionan con la carga de trabajo, las fechas límites y plazos de entrega de tareas, así como los esfuerzos cognitivos y presiones emocionales y psicológicas que le impone su puesto de trabajo y sus responsabilidades.

El control que tiene el trabajador sobre su trabajo, o sea, la autonomía o nivel de toma de decisiones, considerando sus competencias, habilidades y experiencia.

El apoyo social, específicamente el soporte emocional e instrumental que recibe de sus compañeros de trabajo y de sus jefes inmediatos.

Según el modelo DC-S, el estrés del trabajador será mayor cuando las demandas laborales sean altas y el control sea bajo, lo cual provocará una tensión alta. No obstante, cuando un colaborador cuente con control alto o un buen apoyo social, el estrés podrá disminuir. De esta manera, se produce una interacción entre los elementos, en la que el apoyo social modera o sirve de mediador entre las demandas y el control, logrando resiliencia y bienestar psicológico en el colaborador.

El modelo DC-S ha sido aplicado en investigaciones en salud ocupacional, psicología del trabajo y gestión de recursos humanos, específicamente en evaluación de riesgos psicosociales en ambientes laborales tóxicos, en el rediseño de puestos de trabajo, en el logro del incremento de la autonomía de los colaboradores, en la obtención de mejoras en el clima laboral, la reducción del ausentismo y el burnout, el diseño de políticas de

prevención de salud laboral de disminución del estrés y en la promoción del bienestar y salud mental, así como en estudios de salud pública sobre desigualdades sociales, relacionadas con condiciones laborales difíciles en trabajos manuales y de mínima calificación. Recientemente, ha sido aplicado para evaluar los efectos del teletrabajo sobre la salud mental del trabajador, debido a las condiciones de aislamiento y niveles mínimos de control y supervisión.

Este enfoque es efectivo en el diagnóstico de situaciones laborales difíciles y adversas y para la planificación de entornos de trabajos con bienestar, sostenibles, saludables, equitativos y con un enfoque integral y preventivo.

d. Teoría de la Conservación de Recursos de Hobfoll (2001)

Esta teoría tiene como uno de sus postulados principales el hecho de que las personas (teletrabajadores), tienen entre sus motivaciones u objetivos obtener, conservar y proteger sus recursos: el tiempo, la energía, las relaciones, la salud y que perderlos genera estrés. Otro de los postulados de esta teoría, presente durante la experiencia de teletrabajo durante la pandemia de la COVID-19, es que al no lograr una separación entre la vida personal y laboral se puede generar una pérdida de recursos personales tales como el descanso, las relaciones entre compañeros y familiares y el disfrute del tiempo libre, lo cual afecta la salud mental.

Esta teoría se fundamenta en que el estrés y la ansiedad se producen por la amenaza de la pérdida o falta de recursos, como las rutinas, los contactos sociales, un espacio físico adecuado de trabajo, recursos tecnológicos adecuados y acceso a Internet.

Esta es la teoría que sirve de fundamento a la presente investigación, ya que toma en cuenta varios factores que estuvieron presentes como causas que impactaron la salud mental de los teletrabajadores durante la pandemia de COVID-19, mencionados también en varias de los estudios considerados como antecedentes, ya que considera el contexto y la situación de incertidumbre que se generó, producto de situaciones desconocidas e inesperadas, con una duración prolongada y sin fecha definida de terminación, en la que prevalecía el temor al contagio, a la pérdida del empleo y a las reducciones de salarios e incumplimiento de compromisos financieros, así como a las sanciones por el incumplimiento de las medidas de confinamiento y restricción de la movilidad.

Otra de las razones que justifica que esta sea la teoría que da sustento a nuestra investigación, es que considera, además de los factores relacionados con el trabajo, los recursos personales, sociales, familiares, emocionales y materiales. Considera las condiciones particulares que se dieron en el teletrabajo durante la pandemia de la COVID-19, afectando la salud mental, tales como la necesidad de apoyo de sus familiares, compañeros de trabajo y supervisores, así como el uso del tiempo, la higiene del sueño y la privacidad.

Esta teoría se adecúa a la pregunta de investigación y a los objetivos es esta investigación, ya que plantea que los efectos sobre la salud mental de un teletrabajador son producto de la acumulación de los efectos negativos, es decir, que la pérdida de recursos generan un ciclo negativo, tal como sucedió en la pandemia de la COVID-19, caracterizada por aislamiento, fatiga digital, hiperconexión, depresión, estrés, ansiedad; sobrecarga de trabajo por límites y horarios no definidos, menos tiempo para descansar,

dormir y compartir con la familia, menos motivación y más posibilidades de cometer errores o ser menos productivos.

Las otras teorías planteadas, se concentran solo en el equilibrio demanda/control, sin considerar la pérdida de recursos personales, no integran otros contextos en el fenómeno de estudio y lo explican solo de forma parcial, considerando únicamente los síntomas y no las múltiples causas que estuvieron presentes durante la pandemia por la COVID-19.

Capítulo II. Marco Metodológico

La metodología de esta investigación incluye el desarrollo de varias etapas, desde la convocatoria de los participantes, a través de las redes sociales, hasta la aplicación de cinco instrumentos de recolección de datos que permitieron lograr los objetivos planteados, así como las conclusiones y recomendaciones.

A. Objetivos:

- **Objetivo General:** Evaluar el impacto de las medidas de confinamiento y restricción de la movilidad por la pandemia del COVID-19, años 2020-2021, en la salud mental de los teletrabajadores.
 - **Objetivo Específico 1.** Determinar las características sociodemográficas de los teletrabajadores participantes en este estudio.
 - **Objetivo Específico 2.** Interpretar información sobre la salud mental de los teletrabajadores, durante el período de confinamiento y de vigencia de las medidas de restricción de la movilidad, por la pandemia del COVID-19.
 - **Objetivo Específico 3.** Valorar las situaciones que generan riesgos para la salud mental de los teletrabajadores.
 - **Objetivo Específico 4.** Recomendar acciones que permitan la aplicación planificada del teletrabajo y la promoción de la salud y bienestar, con beneficios para trabajadores y empleadores.

B. Hipótesis de Trabajo:

- Hipótesis nula: Las medidas de confinamiento y restricción de la movilidad no produjeron un impacto en la salud mental de los teletrabajadores.
- Hipótesis alternativa: Las medidas de confinamiento y restricción de la movilidad produjeron un impacto negativo en la salud mental de los teletrabajadores.

C. Diseño y Tipo de Investigación:

- **Diseño y Tipo de investigación:**
 - Diseño no experimental, retrospectivo y transversal.
 - Tipo cuantitativa.

D. Población, Muestra y Ámbito Geográfico:

- a. Población/Universo:** Según datos de la II Encuesta – Impacto del Coronavirus en Panamá, realizada por la Cámara de Comercio Industrias y Agricultura de Panamá, al mes de abril del año 2020, 37 % de los empleos del sector privado se realizaban por teletrabajo.

Según las cifras del Departamento de Estadísticas, de la Dirección General de Trabajo del Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral, al 31 de diciembre de 2021, se mantenían registrados a 5437 teletrabajadores (2517 por contrato y 2920 con adendas en sus contratos de trabajo).

- b. Muestra:** 103 teletrabajadores del sector privado, divididos en dos grupos, adultos jóvenes (18-44 años) y adultos de mayor edad (45-70 años). La muestra es de tipo no probabilística, intencional y por conveniencia.
- c. Ámbito geográfico:** Nacional (Panamá)

E. Criterios de Inclusión y Exclusión:

a. Criterios de inclusión:

- i. Ser teletrabajador del sector privado y mayor de edad.
- ii. Contar con más de seis meses de trabajo en la empresa.
- iii. Haber realizado por lo menos un mes de teletrabajo, durante la vigencia de las medidas de confinamiento y restricción de la movilidad por la Pandemia de la COVID-19.
- iv. Otorgar consentimiento para participar del estudio.
- v. Estar dispuesto a responder varios instrumentos en línea, en un tiempo aproximado entre 30 y 60 minutos.

b. Criterios de exclusión:

- i. Ser teletrabajador del sector oficial.
- ii. Tener limitación auditiva, visual o del lenguaje, que le impida responder los instrumentos de recolección de datos.

F. Instrumentos y Técnica de Recolección de Datos: Los instrumentos que se utilizaron para obtener los datos de la muestra son de acceso abierto y se describen a continuación:

- a. Cuestionario Sociodemográfico y de Teletrabajo (CSyT):** contiene 70 preguntas, al final le informa al participante la forma en la que puede tener acceso a servicios de atención o soporte psicológico y en caso de requerirlos incluye un enlace a los resultados generales de la investigación. La encuesta sociodemográfica fue adaptada del estudio “La respuesta psicosocial a la pandemia del COVID-19 en Panamá” (Oviedo et al., 2022) y las preguntas sobre el teletrabajo fueron elaboradas por el investigador. Para validar las preguntas sobre teletrabajo y así garantizar la confiabilidad y robustez metodológica en la medición de las variables, se realizó una validación utilizando el método de juicio de tres académicos expertos, especialistas en metodología de la investigación, quienes evaluaron de forma independiente el contenido, la coherencia y la claridad de las preguntas, así como su relevancia para el logro de los objetivos, utilizando una escala de valoración de 1 a 4 y haciendo comentarios cualitativos. Posteriormente, se analizaron los resultados de manera colectiva y se calculó un índice de validez de contenido, que cuantificó el grado de acuerdo entre los jueces. Luego de este análisis, se identificaron las preguntas que necesitaban ser modificadas o eliminadas, para obtener la versión final.

- b. Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés – 21(DASS-21):** La DASS-21 es una versión abreviada de la escala original DASS-42, utilizada en contextos clínicos e investigaciones, para medir los síntomas emocionales. Consta de 21 ítems que se califican con una escala tipo Likert de 4 puntos (de 0 = "nada aplicable a mí" a 3 = "muy aplicable a mí"), distribuidos en tres subescalas, depresión, ansiedad y estrés, de siete ítems cada uno. Evalúa disforia, desesperanza, devaluación de la vida, falta de interés, activación fisiológica autónoma, miedo, respuesta exagerada, sensación de pánico, dificultad para relajarse, tensión nerviosa e irritabilidad, entre otros síntomas (Lavibond & Lavibond, 1995). La versión en español, validada en España y Chile, encontró una validez convergente y divergente satisfactoria y mediante un análisis factorial confirmatorio se observó un buen ajuste para un modelo de tres factores correlacionados de depresión, ansiedad y estrés (Antúnez & Vinet, 2012; Bados et al., 2005).
- c. Escala de Resiliencia de Connor Davidson (CD-RISC-25):** contiene 25 ítems medidos con una escala Likert de cinco puntos, desde cero (nunca) hasta cuatro (casi siempre). Debido a las propiedades psicométricas y la estructura factorial de la versión en español, esta escala ha sido utilizada para medir el impacto psicológico de la pandemia del COVID-19 en varios países de Latinoamérica. En el caso de Colombia (Guarnizo G. et al. 2019), encontraron que todos los ítems mostraron una buena discriminación, con correlaciones ítem-total que van desde 0,29 (Ítem 14) a 0,75 (Ítem 25). El alfa de Cronbach fue de

0,88 IC [0,86, 0,90]. Mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio se encontró una estructura unidimensional y unifactorial con muy buen ajuste. La prueba muestra una invariancia factorial en función del sexo y presenta propiedades psicométricas apropiadas para estimar de manera válida y confiable los niveles de resiliencia.

d. Escala Atenas de Insomnio (EAI): elaborada con los criterios diagnósticos para el insomnio no orgánico de la clasificación internacional de enfermedades, contiene ocho reactivos medidos con una escala tipo Likert desde cero hasta tres. Los cuatro primeros reactivos hacen una medición cuantitativa, el quinto explora la calidad del dormir y los tres últimos el impacto diurno. El estudio de validación de la traducción de esta escala al idioma español, realizado en México, encontró un alto grado de homogeneidad interna y obtuvo un alfa de Cronbach de 0,90 para toda la muestra, de 0,77 para los sujetos control y de 0,88 y 0,93 para los pacientes psiquiátricos hospitalizados y ambulatorios, respectivamente. Los coeficientes de consecuencias entre el valor de cada reactivo y la puntuación total en la escala fueron de moderados a altos. En el análisis factorial, los reactivos de la EAI surgieron como un solo componente con un porcentaje de la varianza explicada de 59,2% y coeficientes de correlación entre los reactivos de 0,38 a 0,75 (Nenclares y Jiménez, 2005)

- e. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MPSS):** ha mostrado ser adecuada para el diseño de estrategias de intervención sobre redes sociales de apoyo en diferentes poblaciones. Contiene 12 frases que evalúan la percepción del apoyo recibido en tres factores: familiares, amigos y personas relevantes, utilizando una escala tipo Likert desde uno (totalmente en desacuerdo) hasta siete (totalmente de acuerdo). Los indicadores psicométricos de esta escala adaptada al castellano, en población con trastorno mental grave, muestran una consistencia interna (alfa de Cronbach) en la escala total: $\alpha = 0,916$ y en las subescalas amigos: $\alpha = 0,829$, familia: $\alpha = 0,917$ y personas relevantes: $\alpha = 0,94$. La validez de constructo, realizada mediante un análisis factorial (rotación varimax) reveló tres factores que explican el 78 % de la varianza (Amigos 53 %, Familia 16 %, Personas relevantes 9 %). La validez convergente y discriminante, utilizando correlaciones bivariadas de Pearson entre dimensiones de la EMAS y la puntuación total del cuestionario DUKE, mostró valores en familia: $r = 0,635$, amigos: $r = 0,714$, personas relevantes: $r = 0,464$ y un EMAS total: $r = 0,736$, todas significativas con $p < 0,001$ (Rueda et. al, 2017).

G. Procedimiento y Fases:

- a. Elaboración del marco teórico.** Para obtener un soporte de la evidencia científica sobre el tema se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos nacionales e internacionales, seleccionando artículos científicos revisados por pares y publicados en revistas indexadas, sobre el impacto

del COVID-19 en la salud mental de los teletrabajadores, en los últimos años.

- b.** Registro de la investigación en la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado de la Universidad de Panamá (VIP-UP).
- c.** Solicitud de revisión y aval del protocolo de investigación al Comité Nacional de Bioética de la Investigación (CNBI).
- d.** Aplicación de los instrumentos de recolección de datos, que se enviaron en un enlace para ser autocompletados, a través de las redes sociales.
- e.** Recopilación de los datos utilizando un formulario de Google anónimo que se respondía en línea, por lo cual no podíamos conectar las respuestas con la identidad de los participantes, garantizando así la privacidad del participante y la confidencialidad de los datos. Responder el formulario tomaba en promedio menos de una hora. Si se completaba el formulario con una cuenta de Google, el progreso se guardaba automáticamente como borrador durante 30 días. Esto significa que, si no podía terminarse o se cambiaba de dispositivo, no era necesario volver a empezar la próxima vez que se abría el archivo. El participante debía contar con data para poder responder. Si no se tenía conexión a Internet, el guardado automático no funciona.
- f.** Análisis de los datos y elaboración del informe.
- g.** Presentación de los resultados.

H. Procesos de Obtención del Consentimiento Informado y Reclutamiento:

- a. El anuncio o invitación para participar en el estudio, que incluía información sobre el objetivo, criterios de inclusión y datos de contacto del investigador (correo electrónico creado especialmente para el estudio y teléfono con la aplicación WhatsApp), fue aprobado por el Comité Nacional de Bioética y difundido a través de las redes sociales (Facebook, Twitter e Instagram). Las redes sociales que se utilizaron para publicar el anuncio fueron creadas por el investigador, con el propósito de ser utilizadas exclusivamente para este estudio.
- b. Al ser recibido el anuncio, los participantes interesados que deseaban obtener más información podían ponerse en contacto con el investigador a través del WhatsApp (6925XXXX) o correo electrónico (www.teletrabajoysalud@gmail.com) y luego recibían el enlace que contenía el consentimiento informado, los criterios de inclusión y los instrumentos de recolección de datos.
- c. Al recibir el vínculo y abrirlo, el participante visualizaba una pantalla que contenía el consentimiento informado. Si no aceptaba participar, se le agradecía por su tiempo y recibía un mensaje de finalización del contacto y despedida. Si aceptaba participar, se desplegaba la pantalla siguiente con los criterios de inclusión y exclusión.
- d. Si no cumplía con los criterios de inclusión del estudio, no se tenía acceso a los instrumentos de recolección de datos. Si el participante cumplía todos los criterios de inclusión tenía acceso a los instrumentos de recolección de datos.

- e. Los que reciban el anuncio, estaban interesados en participar, cumplían con los criterios de inclusión y no requerían hacer ninguna pregunta; podían tener acceso directo al enlace que contenía el consentimiento informado, los criterios de inclusión y los instrumentos de recolección de datos; escaneando un código de respuesta rápida o QR, incluido en el anuncio de invitación enviado a través de las redes sociales.
- f. En el caso de que se requiriera atención o soporte psicológico, el participante disponía del teléfono de contacto y sitio web de la Clínica Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá, en la última pregunta del Cuestionario Sociodemográfico y de Teletrabajo (CSyT).

I. Variables:

Nombre	Definición Operacional	Tipo	Medición
Medidas de confinamiento y restricción de la movilidad, por la pandemia del COVID 19.	Restricciones de horarios de salida (por día, sexo y cédula), toques de queda y cercos sanitarios; como medidas de contención para mitigar la propagación de la COVID, según el comportamiento epidemiológico.	- Independiente. - Cualitativa.	CSyT
Salud mental de los teletrabajadores.	Condición de bienestar emocional, psicológico y social de los teletrabajadores, que afecta su forma de pensar, sentir y comportarse; así como sus relaciones y decisiones.	- Dependiente. - Cuantitativa. - Continua.	- CSyT - DASS-21 - CD-RISC - EAI - EMAS
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y la mujer	- Cualitativa. - Dicotómica.	CSyT

○ Edad	○ Años cumplidos desde el nacimiento	○ Cuantitativa. ○ Continua.	○ CSyT
○ Nacionalidad	○ País de nacimiento o adopción	○ Cualitativa. ○ Politómica.	○ CSyT
○ Estado Civil	○ Condición de estar o no conviviendo con pareja	○ Cualitativa. ○ Categórica.	○ CSyT
○ Ocupación	○ Actividad profesional desarrollada	○ Cualitativa. ○ Categórica.	○ CSyT
○ Trabajo híbrido	○ Jornadas mixtas (presenciales y de teletrabajo)	○ Cualitativa. ○ Dicotómica.	○ CSyT
○ Tipo de empresa en la que labora	○ Empresa privada u otra denominación	○ Cualitativa. ○ Dicotómica.	○ CSyT
○ Nivel académico	○ Mayor nivel de formación académica obtenida	○ Cuantitativa. ○ Ordinal.	○ CSyT
○ Tiempo de servicio	○ Meses o años de trabajar en la empresa	○ Cuantitativa. ○ Discreta.	○ CSyT
○ Apoyo del empleador durante el teletrabajo	○ Recursos (psicológicos, financieros, materiales) ofrecidos por el empleador	○ Cualitativa.	○ CSyT ○ EMAS

○ Depresión	○ Enfermedad del estado de ánimo que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. .	○ Cualitativa.	○ CSyT ○ DASS-21 ○ CD-RISC
○ Balance entre el trabajo y vida personal	○ Equilibrio entre la duración de la jornada de teletrabajo y las actividades personales y familiares.	○ Cualitativa.	○ CSyT ○ DASS-21 ○ CD-RISC
○ Ansiedad	○ Estado emocional displacentero cuyas causas resultan menos claras; a menudo se acompaña de alteraciones fisiológicas y de comportamientos similares a los causados por el miedo (OMS)	○ Cuantitativa ○ Continua.	○ CSyT ○ DASS-21 ○ CD-RISC ○ EAI ○ EMAS
○ Estrés	○ Respuesta o reacción fisiológica del organismo, ante una demanda.	○ Cualitativa.	○ CSyT ○ DASS-21 ○ CD-RISC ○ EAI ○ EMAS

○ Resiliencia	○ Capacidad de superación frente a la adversidad.	○ Cualitativa.	○ CSyT ○ CD-RISC
○ Insomnio	○ Trastorno del sueño que causa dificultad para conciliar el sueño o mantenerlo.	○ Cualitativa.	○ CSyT ○ EAI
○ Acceso a los servicios de salud mental	○ Posibilidad de obtener atención psicológica o médica (sí o no)	○ Cuantitativa.	○ CSyT ○ EMAS

J. Gestión y Almacenamiento de Datos:

- a. La recopilación de los datos se manejó con la plataforma Google Forms y se protegió con una contraseña de acceso. Los datos serán almacenados por cinco años (tal como lo dispone la Ley 84 de 14 de mayo de 2019, que regula y promueve la investigación para la salud y promueve su rectoría y gobernanza) en un disco duro externo, al cual sólo tendrá acceso el investigador; garantizando así el anonimato de los participantes y la privacidad y confidencialidad de los datos.
- b. Una vez concluido el estudio de campo, se eliminó la versión de Google Forms y se mantendrá exclusivamente en el disco duro externo.

K. Análisis de los datos:

Los datos obtenidos fueron analizados utilizando el programa IBM SPSS Statistics v27. Se elaboraron tablas y figuras de las variables estudiadas, así de como de las relaciones o cruces entre ellas; que fueron analizadas e interpretadas.

La muestra fue dividida en dos grupos etarios: adultos jóvenes (18-44 años) y adultos de mayor edad (45-70 años).

Los análisis estadísticos descriptivos se expresaron en la media (desviación estándar) y frecuencias (porcentajes), también se utilizaron análisis multivariantes para hacer comparaciones y explorar diferencias significativas entre los grupos.

La descripción de variables categóricas se llevó a cabo mediante la prueba de χ^2 (chi-cuadrado), mientras que las variables numéricas o continuas fueron analizadas mediante ANOVA.

En todos los casos, los valores obtenidos en los análisis ANOVA y χ^2 fueron ≤ 0.05 , indicando significancia estadística.

L. Consideraciones Éticas:

Este es un estudio de riesgo mínimo, donde el mayor riesgo era la pérdida de la confidencialidad. No obstante, por el diseño del estudio, esto fue minimizando mediante un proceso en el que se anonimizaron y

codificaron los instrumentos de recolección de datos y del mecanismo mediante el cual se dio acceso a ellos, previa aceptación de la participación en un consentimiento informado. Si el participante indicaba que no acepta, aparecía una pantalla en la que se le agradecía por su tiempo. Si aceptaba participar y cumplía con los criterios de inclusión, se continuaba a una pantalla que mostraba los instrumentos de recolección de datos.

La participación del sujeto duraba mientras contestaba las preguntas. Si el participante decidía dejar de responder las preguntas, se consideraba que había suspendido su participación y las respuestas recibidas hasta ese momento se consideraban como parte del estudio, sin ninguna consecuencia.

El enlace que contenía los instrumentos de recolección de datos se diseñó de manera tal, que aquellos participantes que no concluían y dejaban de responder los instrumentos, podían continuar haciéndolo en otro momento.

En el caso de ser identificada una situación que requería la atención psicológica de algún participante, o que sea fuera solicitada por éste, se refería para que recibiera atención en la Clínica Psicológica de la Universidad de Panamá. Para ello, al final de las encuestas, aparecía la información del número de contacto y sitio web para referirlo a la ayuda psicológica (teléfono 5237471, <https://facpsicologia.up.ac.pa/servicios>).

El valor social de esta investigación se relaciona con la relevancia de la información que se obtendrá, para comprender el problema de estudio y brindar insumos para la elaboración de políticas públicas de salud y reglamentaciones en las empresas, que eviten problemas de salud mental en los teletrabajadores en el futuro.

Se cumplieron todos los requisitos y principios de la bioética exigidos a una investigación con seres humanos, para proteger sus derechos y bienestar (valor social, validez científica, selección equitativa de la muestra, proporción favorable riesgos/beneficios, consentimiento informado, privacidad y confidencialidad, etc.), establecidos en el Reglamento de Investigaciones de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado de la Universidad de Panamá, las Pautas **CIOMS**, la Guía de Buenas Prácticas Clínicas y de Investigación Social, la Declaración de Helsinki, la Ley 84 de 2019 y se sometió a la revisión y aprobación del Comité Nacional de Bioética de Investigación (CNBI).

El anuncio de invitación, el consentimiento informado y el enlace que contiene los instrumentos de recolección de datos, se sometieron como documentos anexos al protocolo de la investigación, para la revisión y aprobación del Comité Nacional de Bioética de la Investigación (CNBI)

Todos los instrumentos de recolección de datos eran anónimos y no se almacenaron las direcciones de correos electrónicos u otros datos que

podieran identificar a los participantes. Se atendió lo dispuesto en la Ley 81 de marzo de 2019, sobre protección de datos personales.

Se garantizó la privacidad de los participantes y la confidencialidad de los datos, en la divulgación y publicación de los resultados. No se ofrecieron compensaciones ni indemnizaciones a los participantes.

Con el propósito de mantener la validez científica de la investigación y minimizar la posibilidad de que el título exacto del estudio produjera un sesgo en los participantes y que sus respuestas de alguna forma pudieran verse alteradas, por el tipo de preguntas que se hizo sobre la salud mental, el teletrabajo y sobre el consumo de tabaco, alcohol, así como los niveles de estrés y ansiedad; se solicitó al Comité Nacional de Bioética una modificación del proceso de obtención del consentimiento informado, ocultando parcialmente la información del título del estudio, para que apareciera de la siguiente forma: “Impacto de las medidas de confinamiento y restricción de la movilidad por la COVID- 19, en la salud de los Teletrabajadores”. Esta petición se hizo tomando en cuenta que la definición de salud de la Organización Mundial de la salud incluye el concepto de bienestar mental cuando la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; además de lo expresado en la Pauta 10 de la CIOMS.

Los datos y resultados del estudio estarán a la disposición del CNBI, en el caso de requerirlos.

M. Estrategia de Divulgación de los Resultados:

- a. Se presentará un informe del estudio, como etapa final de la Maestría en Bioética, con énfasis en Bioética Clínica y Social de la Universidad de Panamá. Adicionalmente, se hará entrega de un resumen ejecutivo de los resultados generales a la presidencia de la Cámara de Comercio, Industrias y Agricultura de Panamá (CCIAP), al Instituto Panameño de Estudios Laborales (IPEL) del Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral (MITRADEL), al Ministerio de Salud (MINSAL), a la Asociación Nacional de Recursos Humanos de Panamá (ANREH) y al Consejo Nacional de Trabajadores Organizados (CONATO).
- b. Se redactará un artículo científico sobre los resultados de la investigación, que será publicado en una de las revistas indexadas de la Universidad de Panamá.
- c. Se presentarán los resultados del estudio en el Congreso Científico Nacional de la Universidad de Panamá.
- d. Al concluir el estudio, los participantes tendrán acceso a los resultados en la siguiente dirección:
<https://drive.google.com/drive/folders/1JwVsU-yZmxikbN1Q1L5AdPJMjrcg2Zp5?usp=sharing>

N. Conflicto de Intereses:

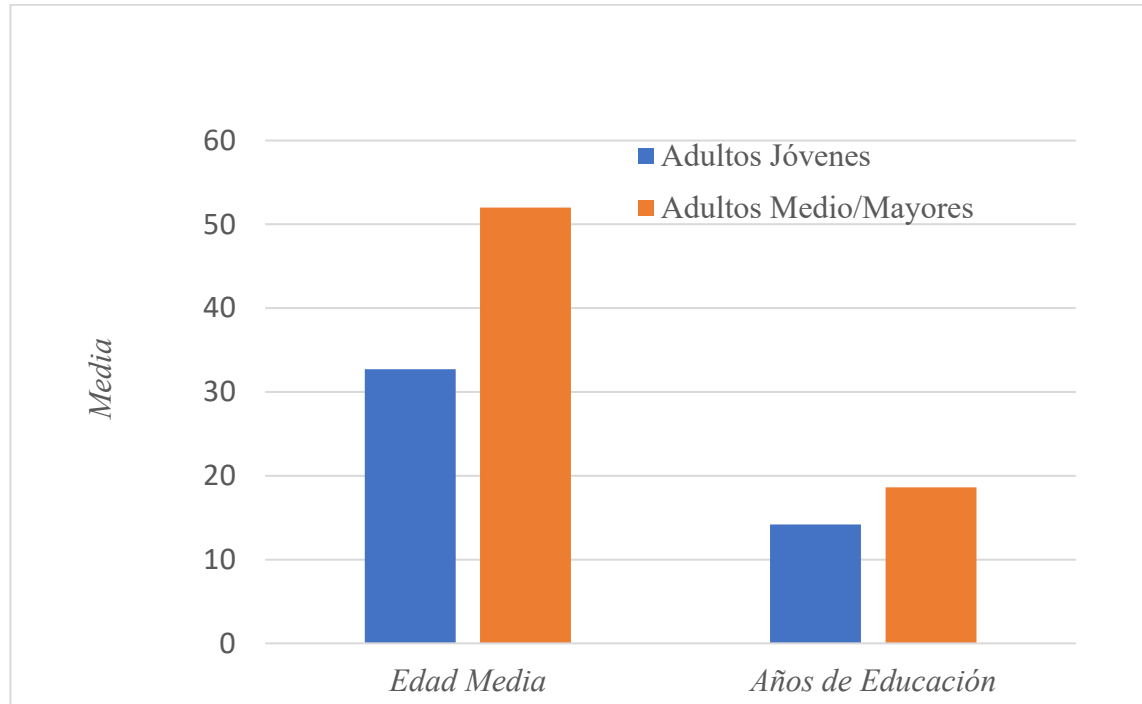
- a. El investigador declara que no posee conflictos de intereses personales, financieros, políticos, ni de ningún otro tipo; para la ejecución de este estudio. Se trata de una investigación de carácter académico, que se

ejecutó de manera objetiva, imparcial y en estricto apego a lo plasmado en el protocolo aprobado por el Comité Nacional de Bioética.

Capítulo III. Presentación y discusión de los resultados

Figura 1

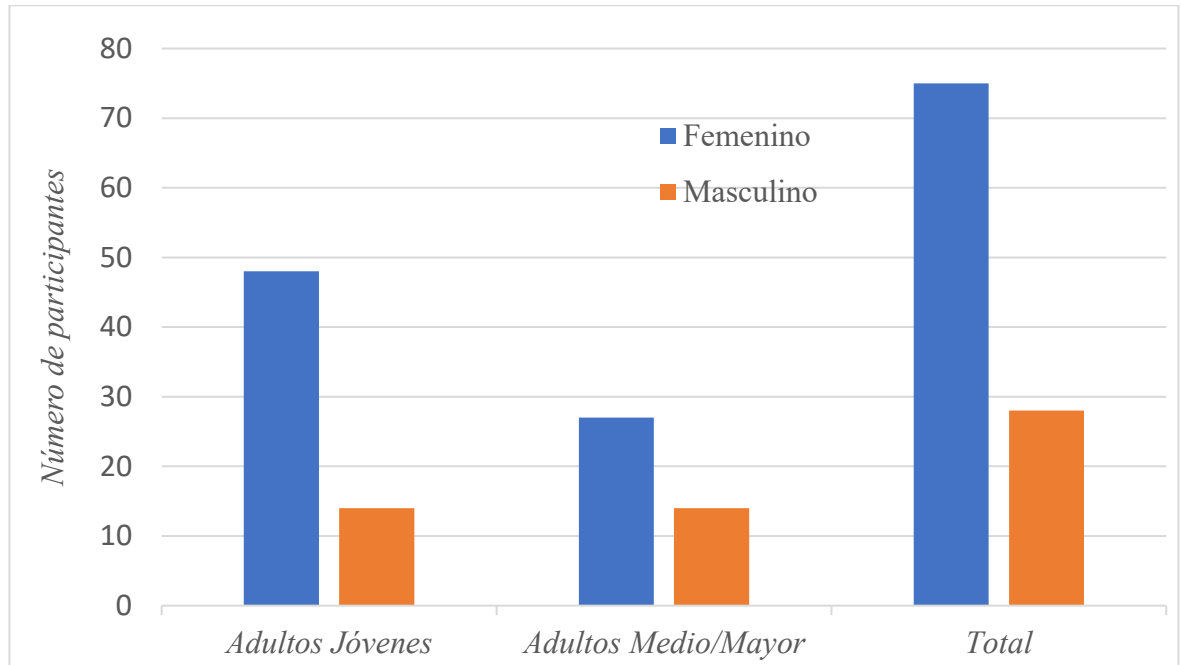
Promedio de Edad (años) y Educación (años de estudio), por grupo etario



Nota: adulto joven ≤ 44 años, adulto medio y mayor: ≥ 45 años

Comparando los adultos jóvenes ($n=62$) y los adultos de mayor edad ($n=41$), la media de edad fue de 32.7 años en los adultos jóvenes y de 52.0 años en los adultos de mayor edad.

Se observaron diferencias en los años de educación, siendo mayor la media en los adultos de mayor edad ($M=18.6$, $DE=5.9$) en comparación con los adultos más jóvenes ($M=14.2$, $DE=6.7$), lo cual resultó ser estadísticamente significativo ($p=.001$). Estos resultados son esperados ya que, a mayor edad, hay mayores oportunidades para tener mayor nivel de educación.

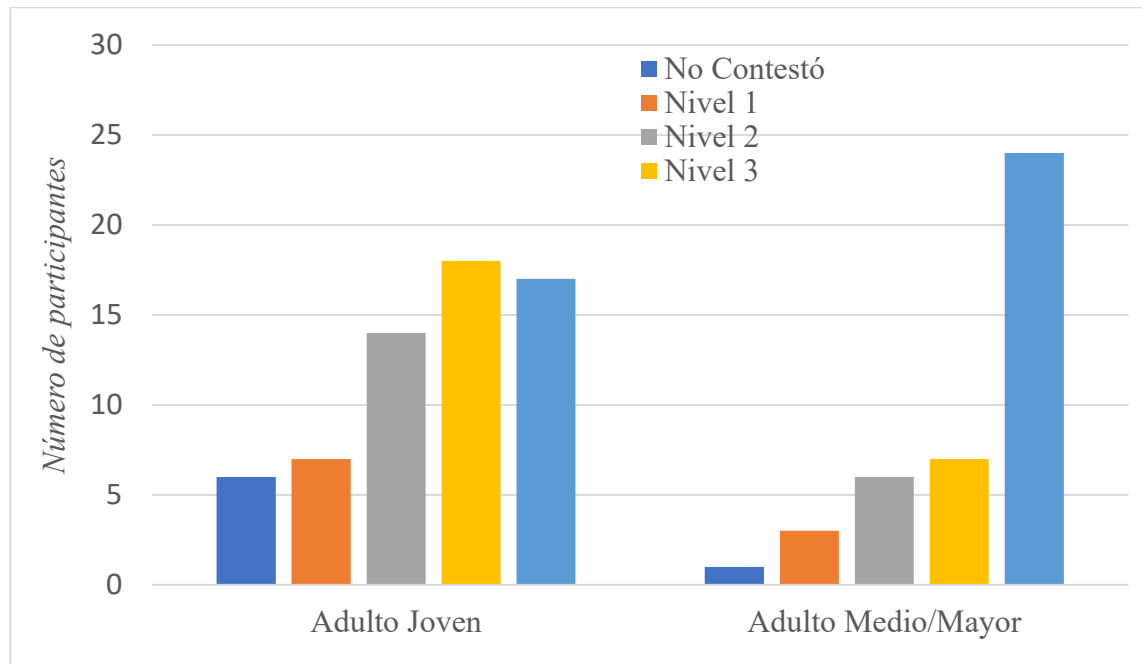
Figura 2*Sexo, por grupo etario*

La muestra total de 103, incluyó a 75 participantes de sexo femenino y 28 del masculino.

En el segmento de adultos jóvenes, la muestra incluyó a 48 del sexo femenino y 14 del masculino. La submuestra de adultos medio/mayores incluía a 27 participantes del sexo femenino y 14 del masculino.

Figura 3

Niveles de Complejidad Ocupacional durante la Pandemia por COVID-19, por grupo etario

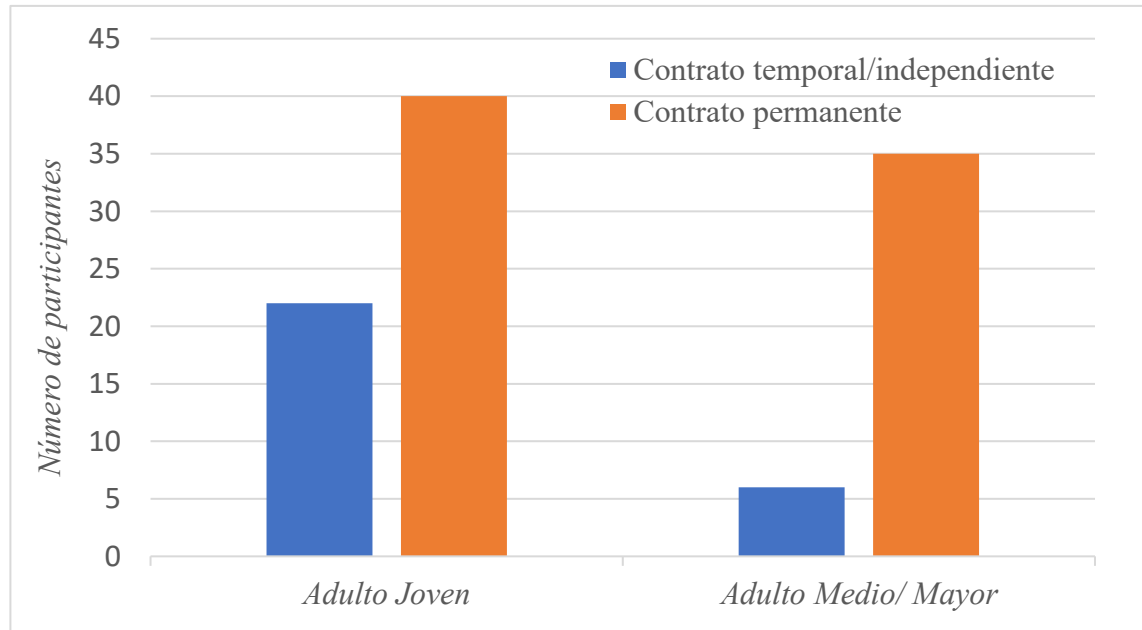


Nota: Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (OIT, ILOSTAT, 2012)

La variable de complejidad ocupacional arrojó diferencias significativas ($p=.032$), para los adultos jóvenes se observaron distribuciones en los niveles de ocupación, mientras que en los adultos de mayor edad predominó el *nivel 4* (58.5%), lo que sugiere una mayor concentración en ocupaciones de mayor complejidad en este grupo. Estos hallazgos están alineados con la literatura existente, ya que, a mayor cantidad de años laborados, mejores serán las posibilidades de ascender laboralmente.

Figura 2

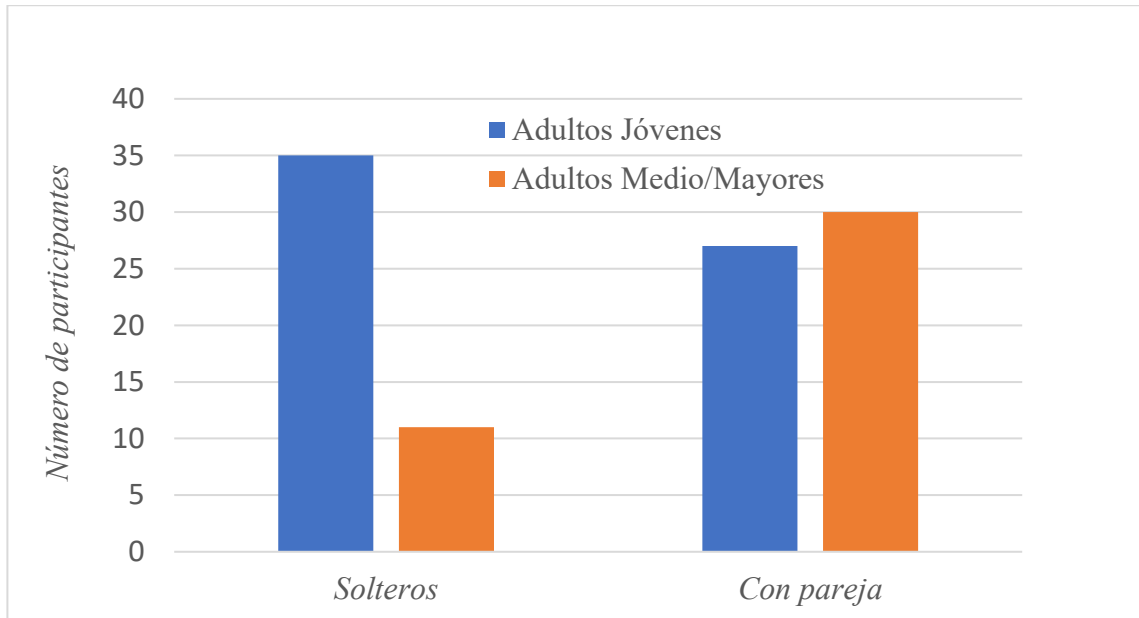
Tipo de Contrato Laboral durante la Pandemia por COVID-19, por grupo etario



En cuanto a la situación laboral, los adultos de mayor edad reportaron en mayor proporción un estatus de contratación permanente (85.4%) en comparación con los adultos jóvenes (64.5%), la diferencia fue significativa ($p=.020$).

Figura 5

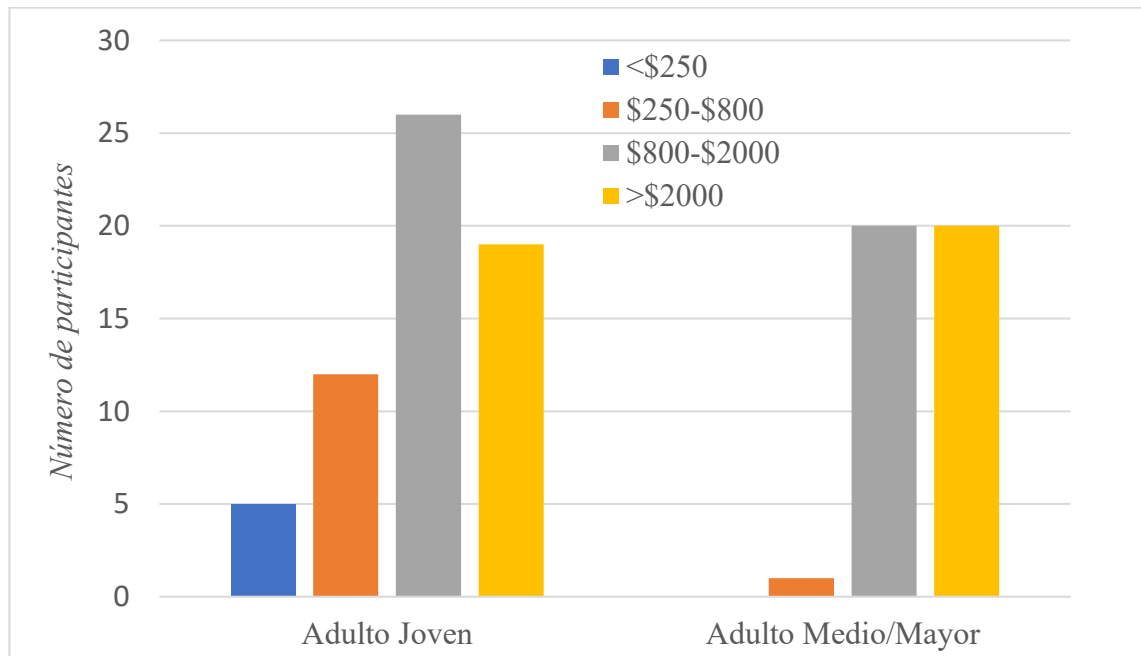
Estado civil durante la Pandemia por COVID-19, por grupo etario



En términos del estado civil, los adultos jóvenes presentaron una mayor proporción de personas solteras (56.5%), mientras que en los adultos de mayor edad predominó el estado con pareja (73.2%), con una diferencia significativa entre los grupos ($p=.003$).

Figura 6

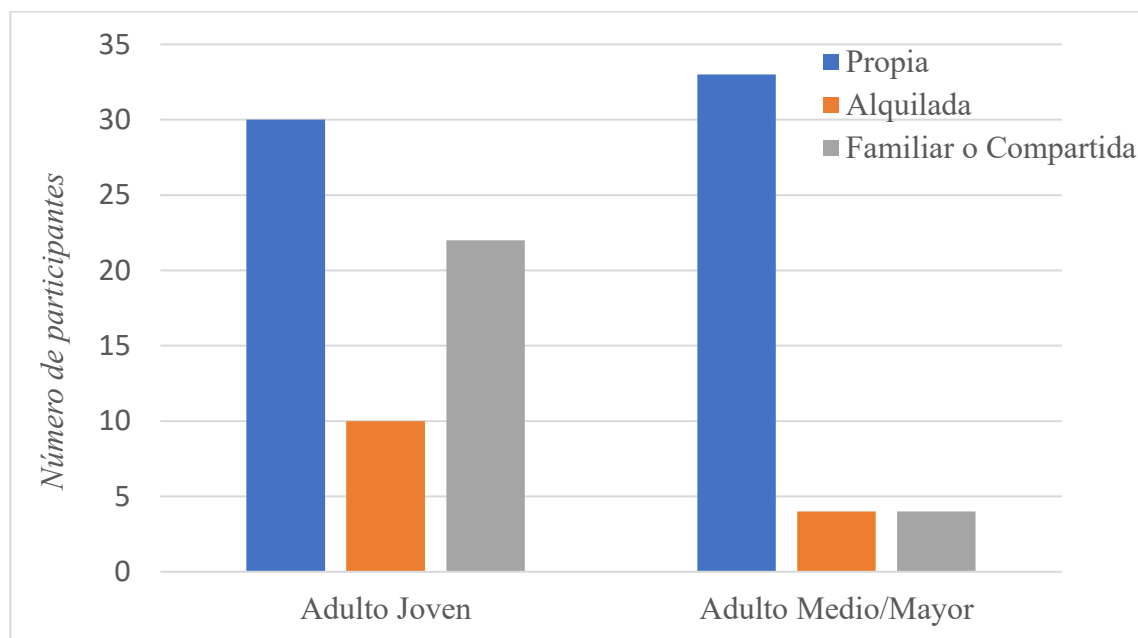
Ingreso Mensual durante la Pandemia por COVID-19, por grupo etario



Se vieron diferencias significativas para la variable de nivel de ingreso mensual ($p=.010$). En el grupo de adultos jóvenes, se observó una mayor concentración en el ingreso medio (B/.800.00 – B/. 2000.00), mientras que en los adultos de mayor edad se encontró una proporción significativamente mayor de personas con ingresos iguales o superiores a B/. 2000.00 (48.8%). Ningún adulto mayor reportó ingresos menores a B/.250.00.

Figura 7

Situación de Vivienda durante la Pandemia por COVID-19, por grupo etario



Se hallaron diferencias significativas en el tipo de vivienda ($p=.003$), siendo más frecuente la vivienda propia en los adultos de mayor edad (80.5%), mientras que entre los adultos jóvenes hubo mayor representación de viviendas compartidas o familiares (35.5%).

Tabla 1

Datos Sociodemográficos, por grupo etario (N= 103)

Variable	Adultos Jóvenes (n=62) M (DE) / n(%)	Adultos Mayores (n=41) M (DE) / n(%)	p
Edad	32.7 (8.1)	52.0 (6.4)	.000*
Sexo femenino	48 (77.4%)	27 (65.9%)	
Sexo masculino	14 (22.6%)	14 (34.1%)	
Años de Educación	14.2 (6.7)	18.6 (5.9)	.001*
Complejidad ocupacional			.032*
Nivel 1	7 (11.3%)	3 (7.3%)	
Nivel 2	14 (22.6%)	6 (14.6%)	
Nivel 3	18 (29.0%)	7 (17.1%)	
Nivel 4	17 (27.5%)	24 (58.5%)	
No respondió	6 (9.7%)	1 (2.4%)	
Situación Laboral			.020*
Contrato permanente	40 (64.5%)	35 (85.4%)	
Contratación Temporal / Independiente	22 (35.5%)	6 (14.6%)	
Estado civil			.003*
Soltero	35 (56.5%)	11 (26.8%)	
Con pareja	27 (43.5%)	30 (73.2%)	
Ingreso mensual			.010*
≤ 250	5 (8.1%)	0 (0.0%)	
250-800	12 (19.4%)	1 (2.4%)	
800-2000	26 (41.9%)	20 (48.8%)	
≥2000	19 (30.6%)	20 (48.8%)	
Fuente de ingreso			.412
Familia/Pareja	9 (14.5%)	3 (7.3%)	
Sueldo propio	43 (69.4%)	33 (80.5%)	
Mixto	10 (16.1%)	5 (12.2%)	
Tipo de vivienda			.003*
Propia	30 (48.4%)	33 (80.5%)	
Alquilada	10 (16.1%)	4 (9.8%)	
Familiar/Compartida	22 (35.5%)	4 (9.8%)	
Cohabitación			.365
Solo	2 (3.2%)	3 (7.3%)	
Una persona	16 (25.8%)	14 (34.1%)	
Más de una persona	44 (71.0%)	24 (58.5%)	

Nota: El valor $p < 0.05$ indica diferencias estadísticamente significativas.

Fuente: de elaboración propia

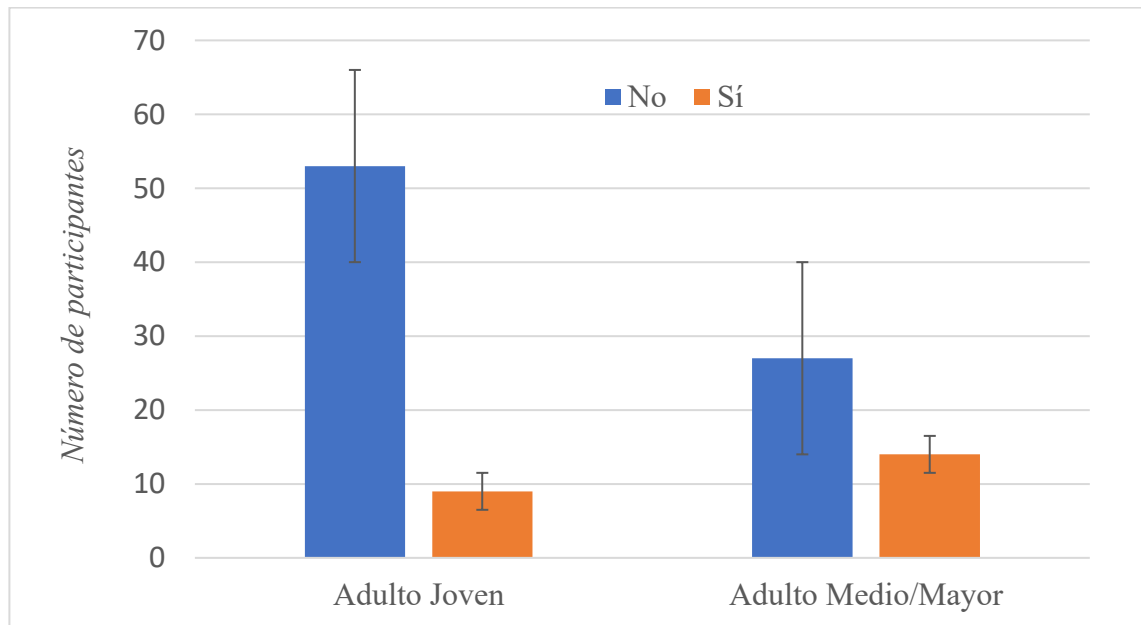
En la Tabla 1 se muestran los principales datos sociodemográficos de la muestra estudiada,

En cuanto a las variables sin significancia estadística, el sexo femenino fue más prevalente en ambos grupos (77.4% en jóvenes y 65.9% en mayores; $p = .197$). La fuente de ingreso principal fue el sueldo propio para la mayoría en ambos grupos (69.4% en jóvenes y 80.5% en mayores; $p = .412$).

Finalmente, la cohabitación no mostró diferencias significativas, aunque la mayoría de los participantes convivía con más de una persona en ambos grupos durante la pandemia por COVID-19.

Figura 8

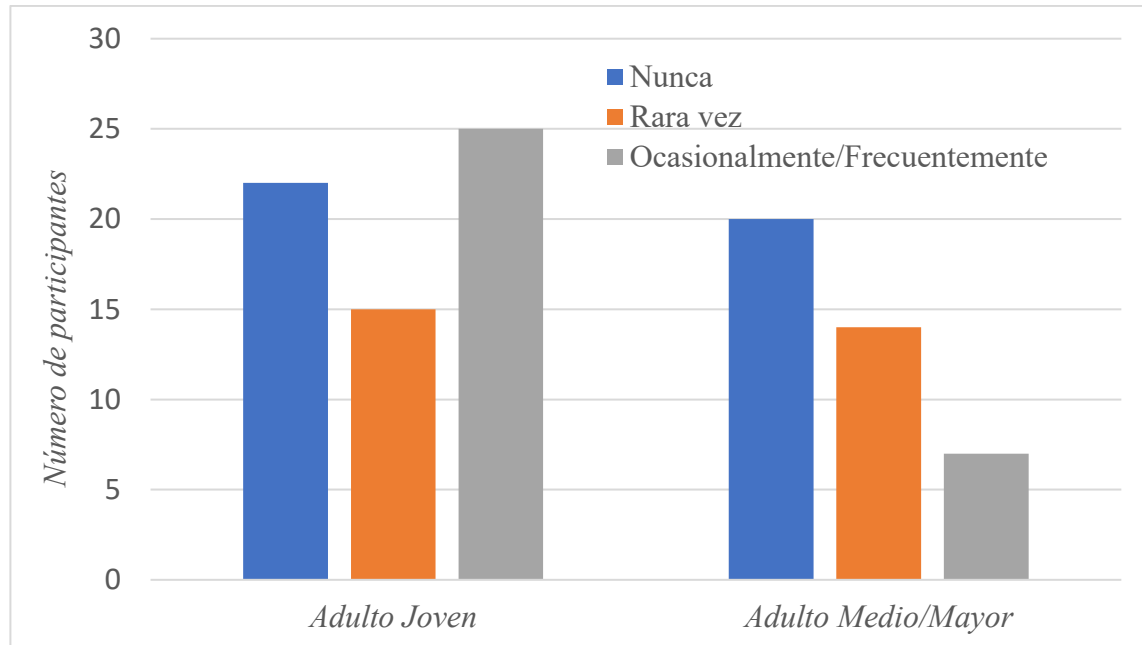
Toma de Medicamentos durante la Pandemia por COVID-19, por grupo etario



El uso de medicamentos fue significativamente mayor en los adultos de mayor edad (34.1%) en comparación con los jóvenes (14.5%), con un valor p de .019, lo que podría estar relacionado con la mayor prevalencia de enfermedades crónicas en este grupo. Estos resultados son de esperar ya que la edad está correlacionada positivamente con la cantidad de enfermedades crónicas y la ingesta de medicamentos.

Figura 9

Consumo de Alcohol durante la Pandemia por COVID-19, por grupo etario



En cuanto al consumo de alcohol, se identificó una diferencia significativa ($p=.044$), donde los adultos jóvenes reportaron un consumo frecuente en un 40.3%, mientras que en adultos de mayor edad esta frecuencia fue menor (17.1%).

Tabla 2

Datos de Salud, por grupo etario (N= 103)

Variable	Adultos Jóvenes (n=62) M (DE) / n(%)	Adultos Mayores (n=41) M (DE) / n(%)	p
Enfermedad crónica	6 (9.7%)	11 (26.8%)	.022*
Enfermedad psicológica previa	2 (3.2%)	1 (2.4%)	.816
Requirió atención psicológica previa	12 (19.4%)	3 (7.3%)	.090
Requirió atención psicológica durante	10 (16.1%)	2 (4.9%)	.081
Requiere atención psicológica actualmente	10 (16.1%)	3 (7.3%)	.187
Toma de medicamentos	9 (14.5%)	14 (34.1%)	.019*
Tabaquismo	5 (8.1%)	3 (7.3%)	.890
Consumo de alcohol			.044*
Nunca	22 (35.5%)	20 (48.8%)	
Rara vez	15 (24.2%)	14 (34.1%)	
Frecuentemente	25 (40.3%)	7 (17.1%)	
Actividad física previa pandemia			.274
Nunca	6 (9.7%)	3 (7.3%)	
Ocasionalmente	15 (24.2%)	16 (39.0%)	
Frecuentemente	41 (66.1%)	22 (53.7%)	
Actividad física durante pandemia			.510
Dejó de hacer ejercicio	8 (12.9%)	3 (7.3%)	
Menos frecuente	30 (48.4%)	24 (58.5%)	
Menor intensidad/tiempo	24 (38.7%)	14 (34.1%)	

Nota: El valor $p < 0.05$ indica diferencias estadísticamente significativas.

Fuente: de elaboración propia

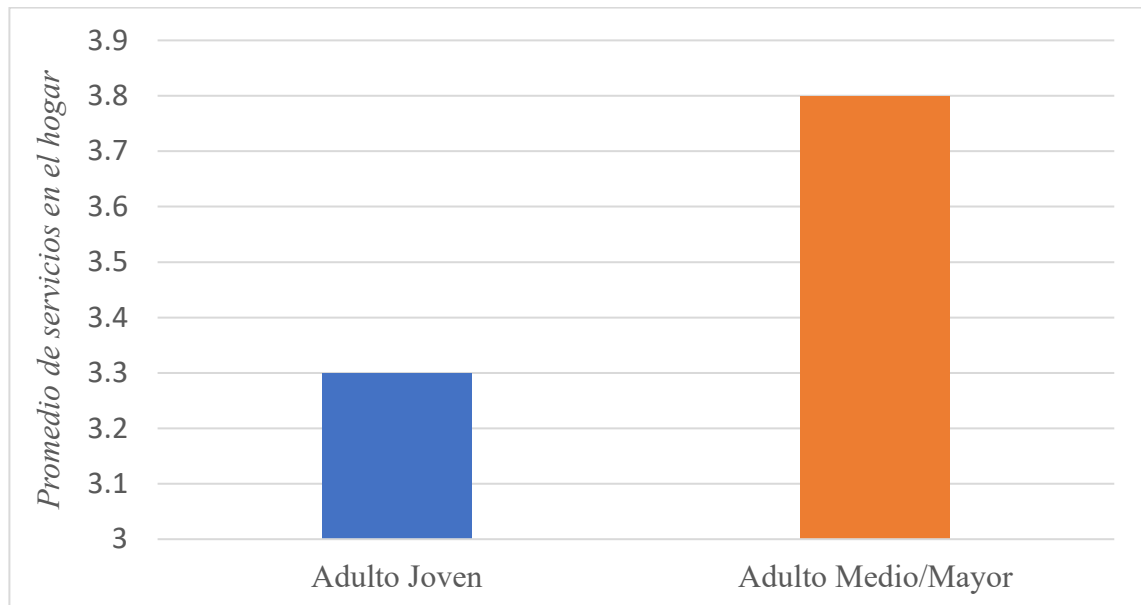
Los datos relacionados con la salud de los participantes, comparando adultos jóvenes y adultos de mayor edad, se pueden observar en la Tabla 2. Los análisis de Chi² arrojaron una diferencia significativa en la presencia de enfermedades crónicas, reportadas por el 26.8% de los adultos de mayor edad frente al 9.7% de los adultos jóvenes ($p=.022$), lo cual indica una mayor carga de enfermedades preexistente en el grupo etario mayor.

Por otro lado, aunque no se hallaron diferencias significativas en las variables relacionadas con la atención de salud mental, se observaron algunas tendencias que pueden ser interesantes de manera cualitativa. La proporción de adultos jóvenes que requirió atención psicológica previa fue de 19.4%, frente a 7.3% en adultos mayores ($p = .090$). Una tendencia similar se observó en la atención psicológica durante la pandemia, con un 16.1% en jóvenes y un 4.9% en mayores ($p = .081$), lo cual sugiere una mayor búsqueda de apoyo emocional en el grupo más joven durante el período de confinamiento y restricción de la movilidad.

No se observaron diferencias significativas en el diagnóstico de enfermedades psicológicas previas, tabaquismo, ni en la frecuencia e intensidad de actividad física antes o durante la pandemia, aunque se mantuvo una proporción alta de actividad física frecuente en ambos grupos etarios antes del confinamiento.

Figura 10

Servicios utilizados durante la Pandemia por COVID-19, por grupo etario



El total de servicios disponibles en casa fue significativamente mayor en el grupo de adultos de mayor edad, con una media de 3.8 servicios ($DE=0.7$), mientras que el grupo de los adultos más jóvenes fue de una media de 3.3 ($DE=1.1$, $p=.018$). Esto sugiere una mayor infraestructura tecnológica en los hogares de los participantes de mayor edad, posiblemente asociada a una mayor estabilidad económica familiar.

Tabla 3***Servicios Disponibles en Casa durante la Pandemia, por grupo etario (N= 103)***

Variable	Adultos Jóvenes (n=62) M (DE) / n(%)	Adultos Mayores (n=41) M (DE) / n(%)	<i>p</i>
Servicio de cable	48 (77.4%)	40 (97.6%)	.005*
Servicio de telefonía	52 (83.9%)	38 (92.7%)	.187
Servicio de Internet	53 (85.5%)	39 (95.1%)	.121
Servicio de computadora	53 (85.5%)	39 (95.1%)	.121
Total de servicios disponibles	3.3 (1.1)	3.8 (0.7)	.018*

Nota: El valor $p < 0.05$ indica diferencias estadísticamente significativas.

Fuente: de elaboración propia

La Tabla 3 muestran la disponibilidad de servicios básicos de comunicación y tecnología en los hogares durante la pandemia. Se observó que los adultos de mayor edad contaban con mayor acceso al servicio de cable (97.6%) en comparación con los adultos jóvenes (77.4%), diferencia que resultó estadísticamente significativa ($p=.005$).

Aunque no fueron significativas, se observaron mayores porcentajes en los adultos de mayor edad respecto al acceso a telefonía, internet y computadora, lo que indica que ambos grupos usan la tecnología de comunicación; posiblemente asociado a que al tener mayor edad tienen mejores condiciones económicas para financiar dispositivos y servicios de tecnología.

Tabla 4***Estrategias de Distracción durante la Pandemia, por grupo etario (N= 103)***

Variable	Adultos Jóvenes (n=62) M (DE) / n(%)	Adultos Mayores (n=41) M (DE) / n(%)	<i>p</i>
Entretenimiento Digital	55 (88.7%)	39 (95.1%)	.259
Recreativos	33 (53.2%)	25 (61.0%)	.438
Hacer quehaceres domésticos	37 (59.7%)	24 (58.5%)	.908
Actividades Sociales/Espirituales	4 (6.5%)	3 (7.3%)	.864
Deporte	4 (6.5%)	2 (4.9%)	.739
Enfoque en carrera	3 (4.8%)	1 (2.4%)	.537
Total de estrategias de distracción	2.2 (1.0)	2.3 (1.0)	.632

Nota: El valor $p < 0.05$ indica diferencias estadísticamente significativas.

Fuente: de elaboración propia

En la Tabla 4 se describen las estrategias para distraerse, que fueron utilizadas durante la pandemia. En los análisis por χ^2 no se identificaron grandes diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos etarios estudiados. Ambos grupos reportaron utilizar en promedio dos estrategias de distracción (adultos jóvenes $M=2.2$, $DE=1.0$; adultos de mayor edad $M=2.3$, $DE=1.0$; $p=.632$).

Aunque no son significativas, se destacan altos niveles de uso del entretenimiento digital en ambos grupos, con 88.7% en adultos jóvenes y 95.1% en adultos de mayor edad. Este hallazgo sugiere un patrón compartido de afrontamiento basado en el uso de tecnologías digitales, independientemente del grupo etario.

Las actividades más comunes en ambos grupos fueron el entretenimiento digital, los quehaceres domésticos y las actividades recreativas. Otras estrategias como el deporte, las actividades espirituales o el enfoque en la carrera fueron poco frecuentes en ambos grupos y no mostraron diferencias relevantes.

Tabla 5

Manejo de la Información durante la Pandemia, por grupo etario (N= 103)

Variable	Adultos Jóvenes (n=62) M (DE) / n(%)	Adultos Mayores (n=41) M (DE) / n(%)	p
Frecuencia con la cual obtenía información			.535
Rara vez	3 (4.8%)	2 (4.9%)	
Ocasionalmente	50 (80.6%)	36 (87.8%)	
Frecuentemente	9 (14.5%)	3 (7.3%)	
Tipos de vías de información			
Noticieros	54 (87.1%)	36 (87.8%)	.916
Redes Sociales	47 (75.8%)	29 (70.7%)	.566
Periódico	0 (0.0%)	3 (7.3%)	.031*
Radio	8 (12.9%)	3 (7.3%)	.369
Total de vías de información	1.8 (0.7)	1.7 (0.6)	.846
Uso de medidas de bioseguridad	2.3 (0.9)	2.4 (0.8)	.517
Mascarilla/Cubrebocas	49 (79.0%)	35 (85.4%)	.651
Higiene personal	43 (69.4%)	30 (73.2%)	.904
Distanciamiento social	36 (58.1%)	25 (61.0%)	.954
Restricción de movilidad	7 (11.3%)	4 (9.8%)	.970
Cumplía con las medidas de bioseguridad			.808
Rara vez	5 (8.1%)	2 (4.9%)	
Ocasionalmente	17 (27.4%)	11 (26.8%)	
Frecuentemente	40 (64.5%)	28 (68.3%)	
Razones para cumplir medidas de bioseguridad	1.9 (0.6)	1.7 (0.7)	.164
Cumplía por salud propia	54 (87.1%)	36 (87.8%)	.916
Cumplía por la salud de otros	51 (82.3%)	28 (68.3%)	.101
Cumplía por obligación	6 (9.7%)	5 (12.2%)	.686
Cumplía para evitar multas/ir a prisión	8 (12.9%)	2 (4.9%)	.178

Nota: El valor $p < 0.05$ indica diferencias estadísticamente significativas.

Fuente: de elaboración propia

Los datos recopilados sobre las fuentes de información utilizadas y el cumplimiento de medidas de bioseguridad durante la pandemia se resumen en la Tabla 5.

Se encontró una diferencia significativa en el uso del periódico como vía de información, reportado únicamente por adultos de mayor edad (7.3%), mientras que ningún adulto joven lo mencionó como fuente ($p=.031$). Esta diferencia es esperada, ya que podría estar relacionada con preferencias generacionales en el acceso a medios informativos. No se identificaron diferencias significativas en otras fuentes de información ni en la frecuencia de la obtención de noticias.

Se observaron tendencias no significativas, pero interesantes, en algunas razones para cumplir con medidas de bioseguridad. El cumplimiento por la salud de otros fue más reportado por adultos jóvenes (82.3%) que por adultos de mayor edad (68.3%, $p=.101$). De esta misma manera, el cumplir con las medidas para evitar sanciones legales fue mencionado por un 12.9% de los adultos jóvenes, mientras que un 4.9% de los adultos de mayor edad lo mencionó ($p=.178$).

En cuanto a las medidas de bioseguridad, ambos grupos reportaron un cumplimiento frecuente, lo cual se justifica y era de esperarse, teniendo en cuenta el contexto y las medidas de prevención adoptadas en Panamá. No se observaron diferencias significativas en la frecuencia de uso de mascarilla, higiene personal, distanciamiento social ni restricción de movilidad.

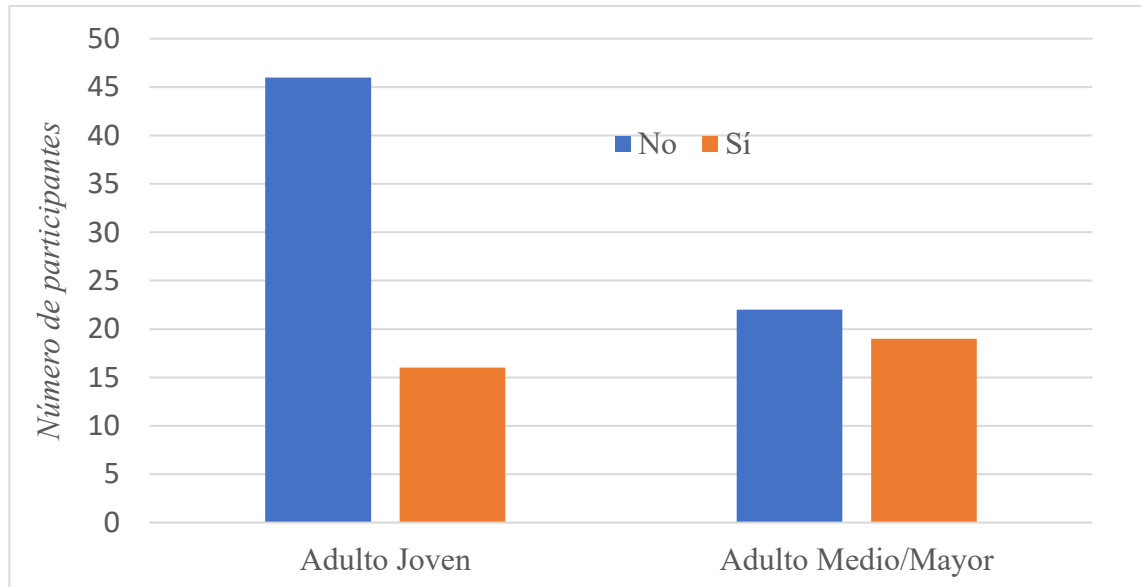
El nivel de cumplimiento y las razones para seguir las medidas (como proteger la salud propia o la de otros) fueron similares entre grupos, aunque se observa una tendencia no significativa en el cumplimiento por la salud de otros (82.3% en jóvenes mientras que

un 68.3% en los de mayor edad; $p = .101$) y en el cumplimiento por evitar sanciones legales (12.9% en jóvenes y un 4.9% en los de mayor edad; $p = .178$).

Estos hallazgos son esperados ya que Panamá tomó medidas enérgicas durante la pandemia e implementó propagandas de información en todos los medios para evitar la propagación del SARS-CoV-2.

Figura 11

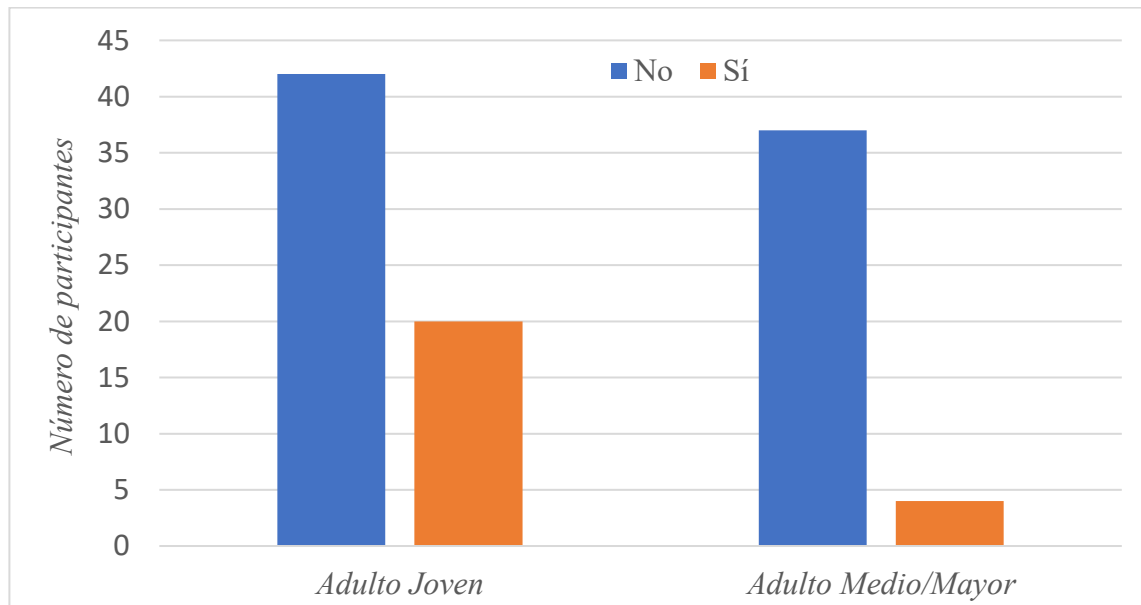
¿Una persona cercana falleció por COVID-19?



Se encontró que una mayor proporción de adultos de mayor edad reportó la muerte de personas cercanas debido a la enfermedad (46.3%), en comparación con los adultos jóvenes (25.8%), diferencia que fue estadísticamente significativa ($p=.031$). Esta mayor exposición a la pérdida podría estar relacionada con la edad de sus redes sociales de contacto o familiares, lo cual era de esperar.

Figura 12

Afectación de la Salud Mental durante la Pandemia por COVID-19, por grupo etario



Los adultos jóvenes informaron una mayor afectación en su salud mental durante la pandemia, con un 32.3% que reportó este impacto, en comparación con el 9.8% de los adultos de mayor edad, diferencia significativa ($p=.008$), lo cual sugiere una mayor vulnerabilidad emocional en los jóvenes.

Tabla 6

Experiencias vividas durante la Pandemia, por grupo etario (N= 103)

Variable	Adultos Jóvenes (n=62) M (DE) / n(%)	Adultos Mayores (n=41) M (DE) / n(%)	p
Se consideraba en riesgo de contagio	10 (16.1%)	6 (14.6%)	.302
Tuvo infección por COVID-19	13 (21.0%)	3 (7.3%)	.069
Familiares se infectaron por COVID-19	34 (59.6%)	21 (60.0%)	.973
Amigos se infectaron por COVID-19	54 (87.1%)	33 (80.5%)	.557
Personas cercanas fallecieron por COVID-19	16 (25.8%)	19 (46.3%)	.031*
Falta de compañía durante la pandemia			.312
Rara vez	28 (45.2%)	22 (53.7%)	
Ocasionalmente	17 (27.4%)	13 (31.7%)	
Frecuentemente	17 (27.4%)	6 (14.6%)	
Aislamiento emocional			.614
Rara vez	29 (46.8%)	23 (56.1 %)	
Ocasionalmente	13 (21.0%)	8 (19.5%)	
Frecuentemente	20 (32.3%)	10 (24.4%)	
Afectación de la pandemia sobre su vida			
Economía	28 (45.2%)	20 (48.8%)	.719
Laboral	11 (17.7%)	9 (22.0%)	.597
Salud mental	20 (32.3%)	4 (9.8%)	.008*
Salud general	15 (24.2%)	11 (26.8%)	.763
Recreación	23 (37.1%)	19 (46.3%)	.350
Relaciones sociales	18 (29.0%)	13 (31.7%)	.772
Relaciones familiares	8 (12.9%)	10 (24.4%)	.133
Total de áreas afectadas durante la pandemia	1.9 (1.4)	2.1 (1.4)	.691

Nota: El valor $p < 0.05$ indica diferencias estadísticamente significativas.

Fuente: de elaboración propia

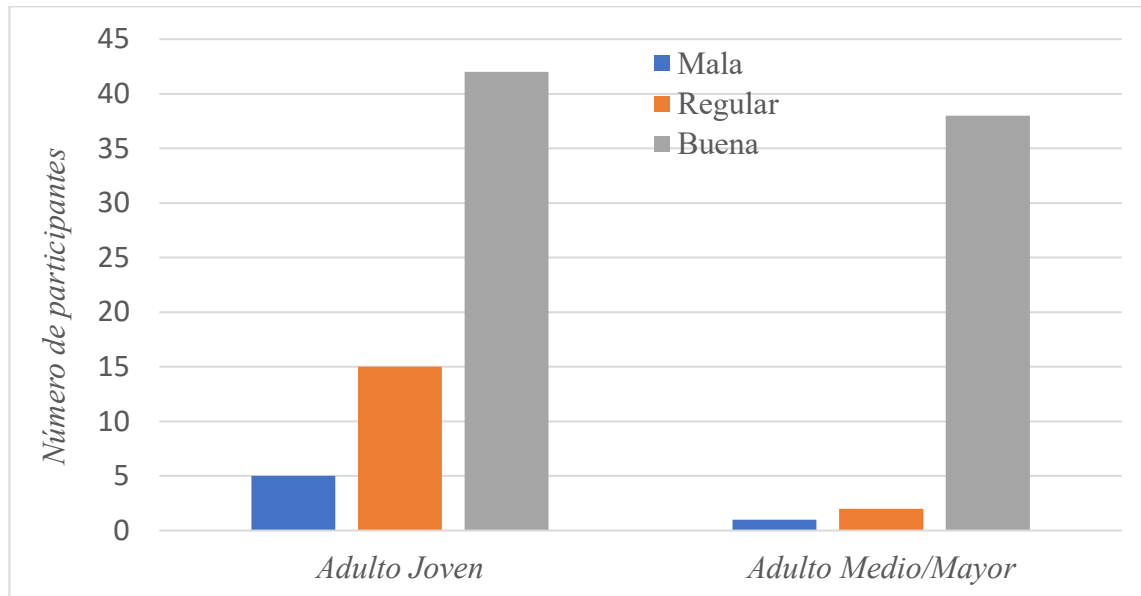
En la Tabla 6 están descritas las experiencias personales y sociales relacionadas con la pandemia de COVID-19.

Se observó una tendencia en la frecuencia de infección por COVID-19, siendo mayor entre los adultos jóvenes (21.0%) que entre los adultos de mayor edad (7.3%), aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística ($p=.069$). Este hallazgo es interesante de forma cualitativa, ya que como previamente se ha mencionado, Panamá adoptó muchas medidas de prevención y cuidado para proteger la salud de las personas que se consideraban en riesgo, principalmente los adultos mayores y las personas inmunosuprimidas.

En cuanto a la percepción de riesgo, el contagio de familiares y amigos, la percepción de afectación en otras áreas como economía, salud general, recreación o relaciones familiares y sociales, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Esto sugiere que ambos grupos etarios afrontaron de manera muy parecida los niveles de aislamiento emocional y falta de compañía a lo largo del confinamiento y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad.

Figura 13

Experiencia de Convivencia Familiar durante la Pandemia por COVID-19, por grupo etario



Se observó una diferencia significativa en la percepción de la convivencia familiar, siendo reportada como “buena” por el 92.7% de los adultos de mayor edad, en comparación al 67.7% de los adultos jóvenes ($p=.012$). Esta diferencia sugiere un contexto más favorable en la relación familiar durante el teletrabajo entre los adultos de mayor edad y que los más jóvenes podrían experimentar problemas de convivencia y roces con sus familiares.

Tabla 7
Datos sobre Experiencias con el Teletrabajo, por grupo etario (N= 103)

Variable	Adultos Jóvenes (n=62) M (DE) / n(%)	Adultos Mayores (n=41) M (DE) / n(%)	p
Horas dedicadas al teletrabajo			.833
≤8 horas al día	27 (43.5%)	16 (39.0%)	
8-12 horas al día	28 (45.2%)	21 (51.2%)	
≥ 12 horas al día	7 (11.3%)	4 (9.8%)	
Días a la semana dedicadas al teletrabajo			.125
1-2 días	16 (25.8%)	5 (12.2%)	
3-5 días	30 (48.4%)	19 (46.3%)	
≥ 5 días	16 (25.8%)	17 (41.5%)	
Empresa contribuyó con gastos	14 (22.6%)	11 (26.8%)	.623
Incremento de gastos en luz e internet le generaron ansiedad			.565
No	30 (48.4%)	19 (46.3%)	
Ocasionalmente	14 (22.6%)	14 (34.1%)	
Frecuentemente	18 (29.0%)	8 (19.5%)	
Comunicación con equipo de trabajo			.186
Mala	6 (9.7%)	1 (2.4%)	
Regular	17 (27.4%)	8 (19.5%)	
Buena	39 (62.9%)	32 (78.0%)	
Supervisión del jefe			.185
Mala	7 (11.3%)	1 (2.4%)	
Regular	18 (29.0%)	10 (24.4%)	
Buena	37 (59.7%)	30 (73.2%)	
Plazos y fechas le afectaron emocionalmente	28 (45.2%)	22 (53.7%)	.398
Empresa proporcionó equipo y recursos	28 (45.2%)	20 (48.8%)	.719
Tenía un espacio exclusivo para trabajar	40 (64.5%)	33 (80.5%)	.081
Convivencia familiar			.012*
Mala	5 (8.1%)	1 (2.4%)	
Regular	15 (24.2%)	2 (4.8%)	
Buena	42 (67.7%)	38 (92.7%)	
Empresa proporciono apoyo psicológico	11 (17.7%)	7 (17.1%)	.930
Logró tener un balance de trabajo y vida personal			.078
Rara vez	11 (17.7 %)	2 (4.9%)	
Ocasionalmente	19 (30.6%)	10 (24.4%)	
Frecuentemente	32 (51.6%)	29 (70.7%)	
Cansancio, ansiedad o estrés			.268
Rara vez	20 (32.3%)	9 (22.0%)	
Ocasionalmente	18 (29.0%)	18 (43.9%)	
Frecuentemente	24 (38.7%)	14 (34.1%)	
Distribución equitativa de las tareas del hogar	49 (79.0%)	33 (80.5%)	.858

Nota: El valor $p < 0.05$ indica diferencias estadísticamente significativas.

Fuente: de elaboración propia

Los datos sobre las experiencias de los participantes con el teletrabajo durante la pandemia se describen en la Tabla 7.

Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, se identificaron algunas tendencias que cualitativamente pueden ser interesantes. Una mayor proporción de adultos de mayor edad manifestó haber logrado con mayor frecuencia un balance entre el trabajo y la vida personal (70.7%), en comparación con los adultos jóvenes (51.6%; $p=.078$).

Se observó una diferencia en la disponibilidad de un espacio exclusivo para trabajar, reportado por el 80.5% de los adultos de mayor edad y el 64.5% de los adultos jóvenes ($p=.081$). Estos datos podrían sugerir una mayor adecuación del entorno laboral doméstico entre los participantes de mayor edad. La mayoría de los participantes, en ambos grupos etarios, reportaron dedicar entre 8 y 12 horas al día al teletrabajo (45.2% de los más jóvenes, y un 51.2% de los más mayores) y entre 3 a 5 días por semana (48.4% de los más jóvenes, y un 46.3% de los de más edad).

En cuanto al apoyo por parte de la empresa, solo una minoría recibió contribución económica o recursos tecnológicos (22.6% de los más jóvenes, y un 34.1% de los de más edad). Las experiencias de ansiedad asociadas al incremento en gastos de luz e internet fueron reportadas por aproximadamente la mitad de los participantes en ambos grupos, sin diferencias relevantes ($p=.565$).

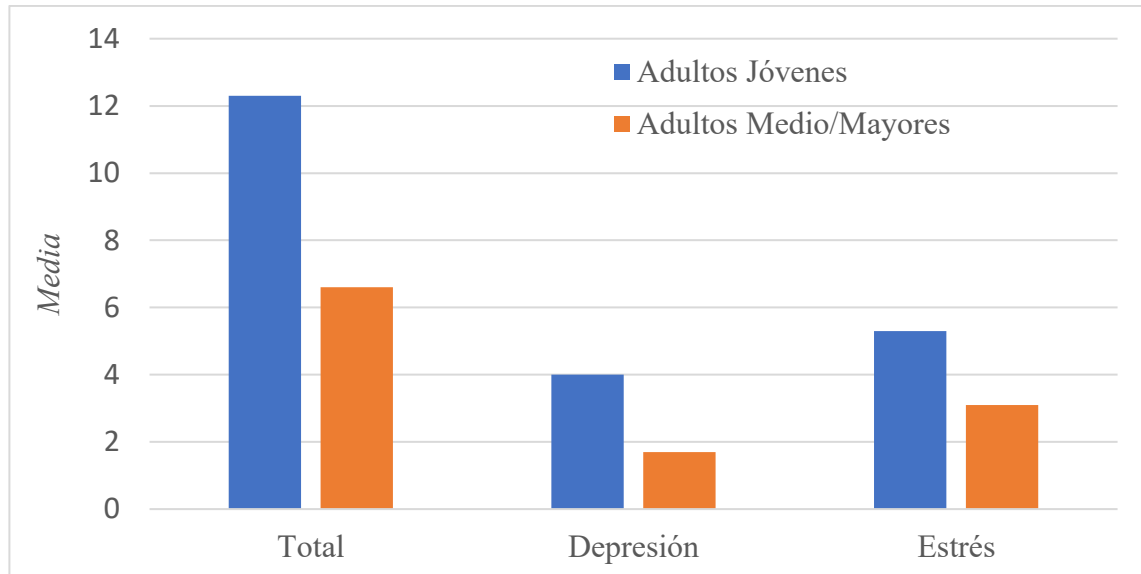
La calidad de la comunicación con el equipo de trabajo (62.9% de los más jóvenes, 78.0% de los de más edad; $p=.186$) y la supervisión del jefe (59.7% de los más jóvenes,

73.2% de los de mayor edad; $p=.185$) fueron valoradas como “buenas” por la mayoría, especialmente en el grupo de adultos de mayor edad.

Se observó una distribución equitativa de las tareas del hogar en ambos grupos ($p=.858$), así como niveles similares de cansancio, ansiedad y estrés vinculados al trabajo remoto ($p=.268$).

Figura 14

Respuestas a la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), por grupo etario



El total de la escala DASS-21 fue significativamente mayor en el grupo joven ($M=12.3$, $DE=12.5$) frente al grupo de mayor edad ($M=6.6$, $DE=7.2$; $p=.010$), lo que sugiere un mayor malestar emocional general en los participantes más jóvenes.

Se observaron diferencias significativas entre los grupos, en la subescala de depresión y estrés. Los adultos jóvenes presentaron una puntuación media más alta en depresión ($M=4.0$, $DE=4.6$) frente a los adultos de mayor edad ($M=1.7$, $DE=2.3$), con una diferencia significativa ($p=.003$). Asimismo, se reportaron mayores niveles de estrés en los adultos jóvenes ($M=5.3$, $DE=5.1$) en comparación con los de más edad ($M=3.1$, $DE=2.9$; $p=.013$).

Tabla 8

Respuestas a la Escala de Depresión, Ansiedad, y Estrés (DASS-21); por grupo etario (N= 103)

Variable	Adultos Jóvenes (n=62) M (DE) / n(%)	Adultos Mayores (n=41) M (DE) / n(%)	p
Me ha costado mucho descargar la tensión.	0.8 (0.9)	0.6 (0.7)	.097
Me di cuenta que tenía la boca seca.	0.3 (0.7)	0.2 (0.4)	.214
No podía sentir ningún sentimiento positivo.	0.5 (0.8)	0.2 (0.5)	.043*
Se me hizo difícil respirar.	0.3 (0.6)	0.1 (0.3)	.037*
Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas.	0.7 (0.8)	0.4 (0.6)	.053
Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones.	0.7 (0.9)	0.4 (0.5)	.062
Sentí que mis manos temblaban.	0.2 (0.5)	0.1 (0.3)	.180
He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía.	0.7 (1.0)	0.2 (0.4)	.002*
Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo.	0.4 (0.8)	0.4 (0.7)	.808
He sentido que no había nada que me ilusionara.	0.7 (0.9)	0.2 (0.5)	.003*
Me he sentido inquieto.	0.9 (0.9)	0.6 (0.6)	.039*
Se me hizo difícil relajarme.	0.9 (0.9)	0.6 (0.7)	.107
Me sentí triste y deprimido.	0.9 (0.9)	0.5 (0.5)	.004*
No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo.	0.5 (0.8)	0.3 (0.5)	.134
Sentí que estaba al punto de pánico.	0.4 (0.7)	0.3 (0.5)	.168
No me pude entusiasmar por nada.	0.5 (0.7)	0.2 (0.5)	.025*
Sentí que valía muy poco como persona.	0.4 (0.8)	0.1 (0.3)	.035*
He tendido a sentirme enfadado con facilidad.	0.8 (0.9)	0.5 (0.6)	.068
Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.	0.6 (0.9)	0.3 (0.6)	.108
Tuve miedo sin razón.	0.6 (0.8)	0.5 (0.6)	.389
Sentí que la vida no tenía ningún sentido.	0.3 (0.7)	0.1 (0.3)	.061
Total DASS Depresión	4.0 (4.6)	1.7 (2.3)	.003*
Total DASS Ansiedad	3.0 (3.8)	1.8 (2.6)	.106
Total DASS Estrés	5.3 (5.1)	3.1 (2.9)	.013*
Total DASS-21	12.3 (12.5)	6.6 (7.2)	.010*

Nota: El valor $p < 0.05$ indica diferencias estadísticamente significativas.

Fuente: de elaboración propia

En la Tabla 8 se describen los niveles de sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés durante la pandemia, evaluados mediante la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21).

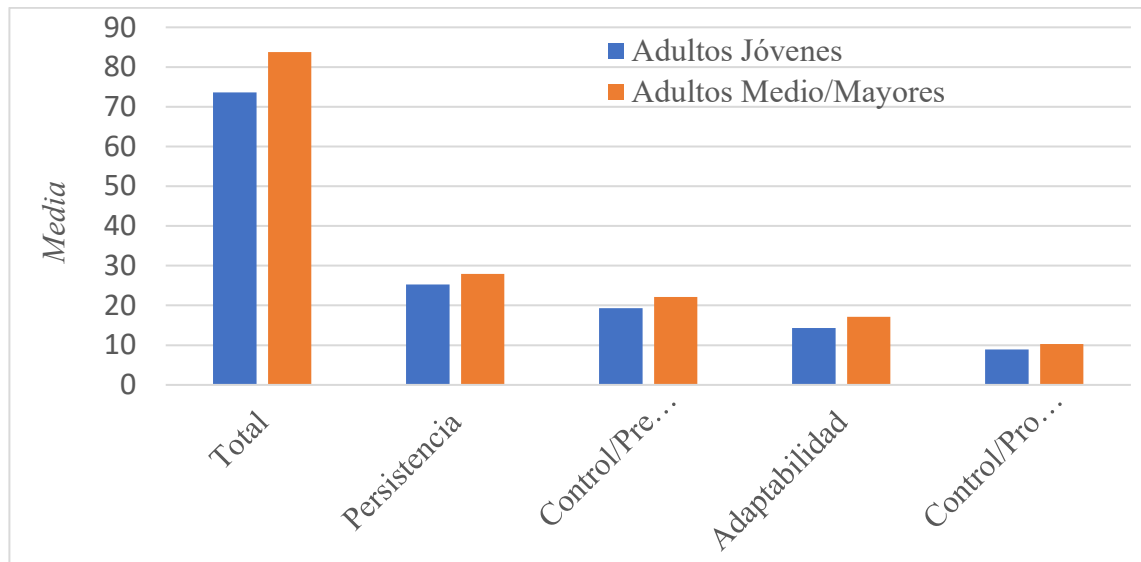
A nivel de los ítems individuales, los adultos jóvenes reportaron con mayor frecuencia dificultades para experimentar sentimientos positivos ($p=.043$), sensación de dificultad para respirar ($p=.037$), falta de entusiasmo ($p=.003$) y la percepción de estar gastando una gran cantidad de energía ($p=.002$). También se observaron diferencias significativas en el sentimiento de poco valor personal ($p=.035$) y en la sensación de inquietud ($p=.039$).

Además, se identificó una diferencia en el ítem “me sentí triste y deprimido”, con puntuaciones más altas en los adultos jóvenes ($p=.004$). Si bien algunos otros ítems no llegaron a ser estadísticamente significativos, como “dificultad para iniciar actividades” ($p=.053$) o “sentimiento de estar al borde del pánico” ($p=.061$), mostraron tendencias relevantes que refuerzan el perfil emocional más comprometido del grupo joven de la muestra estudiada.

Por otro lado, las diferencias en la subescala de ansiedad no fueron significativas ($M = 3.0$ en jóvenes vs. $M = 1.8$ en los de mayor edad; $p = .106$). Tampoco hubo diferencias en síntomas como sequedad bucal ($p=.214$), temblores ($p=.180$), palpitaciones ($p=.108$), pánico ($p=.168$) o miedo sin razón ($p=.389$). Ambos grupos etarios mostraron puntuaciones bajas en estos síntomas fisiológicos.

Figura 15

Respuestas a la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC-25), por grupo etario



El puntaje total de resiliencia fue significativamente superior en adultos de mayor edad ($M=83.8$, $DE=13.2$) frente a adultos jóvenes ($M=73.6$, $DE=17.8$; $p=.002$).

Respecto a las subescalas, se observaron diferencias significativas en las dimensiones de persistencia ($p=.013$), control bajo presión ($p=.007$), adaptabilidad y redes de apoyo ($p=.001$), y control y propósito vital ($p=.007$).

Tabla 9

Respuestas a la Escala de Resiliencia de Connor Davidson (CD-RISC-25), por grupo etario (N= 103)

Variable	Adultos Jóvenes (n=62) M (DE) / n(%)	Adultos Mayores (n=41) M (DE) / n(%)	p
Soy capaz de adaptarme cuando surgen cambios.	3.1 (0.9)	3.6 (0.6)	.004*
Tengo al menos una relación íntima y segura que me ayuda cuando estoy estresado (a).	2.2 (1.6)	2.8 (1.4)	.069
Cuando no hay soluciones claras a mis problemas, a veces la suerte o Dios puede ayudarme.	2.7 (1.4)	3.0 (1.4)	.234
Puedo enfrentarme a cualquier cosa.	3.0 (1.2)	3.5 (0.7)	.006*
Los éxitos del pasado me dan confianza para enfrentarme a nuevos desafíos y dificultades.	3.0 (1.1)	3.6 (0.6)	.001*
Cuando me enfrento a los problemas intento ver su lado gracioso.	2.6 (1.1)	3.2 (0.9)	.010*
Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte.	3.2 (0.9)	3.5 (0.7)	.194
Tengo tendencia a recuperarme pronto luego de enfermedades, heridas u otras dificultades.	3.0 (1.0)	3.6 (0.7)	.002*
Buenas o malas, creo que la mayoría de las cosas ocurren por alguna razón.	3.0 (1.3)	3.4 (0.9)	.144
Siempre me esfuerzo sin importar cuál pueda ser el resultado.	3.3 (0.9)	3.5 (0.7)	.303
Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos.	3.2 (1.0)	3.6 (0.6)	.020*
No me doy por vencido (a), aunque las cosas parezcan no tener solución.	3.2 (1.1)	3.6 (0.7)	.041*
Durante los momentos de estrés o crisis, sé dónde puedo buscar ayuda.	2.9 (1.2)	3.3 (0.9)	.056
Bajo presión, me mantengo enfocado/a y pienso claramente.	2.9 (1.0)	3.5 (0.7)	.002*
Prefiero intentar solucionar las cosas por mí mismo, a dejar que otros decidan por mí.	2.8 (1.1)	3.5 (0.9)	.004*
No me desanimo fácilmente ante el fracaso.	2.6 (1.3)	3.1 (1.2)	.069
Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los desafíos y dificultades vitales.	3.2 (0.9)	3.6 (0.6)	.024*
Si es necesario, puedo tomar decisiones difíciles que podrían afectar a otras personas.	2.4 (1.2)	2.7 (1.3)	.239
Soy capaz de manejar sentimientos desagradables o dolorosos: Ej. Tristeza, temor y enfado.	2.9 (1.0)	3.3 (0.8)	.023*
Al enfrentarse a los problemas a veces hay que actuar intuitivamente (sin saber por qué).	2.4 (1.6)	2.4 (1.2)	.775
Tengo un fuerte sentido de propósito en la vida.	3.3 (0.8)	3.6 (0.7)	.070
Me siento en control de mi vida.	2.8 (0.9)	3.4 (0.7)	.002*
Me gustan los desafíos.	2.8 (0.8)	3.3 (0.9)	.016*

Tabla 9 (Continuación)

Respuestas a la Escala de Resiliencia de Connor Davidson (CD-RISC-25), por grupo etario (N= 103)

Variable	Adultos Jóvenes (n=62) M (DE) / n(%)	Adultos Mayores (n=41) M (DE) / n(%)	p
Trabajo para alcanzar mis objetivos, sin importar las dificultades en el camino.	3.3 (0.7)	3.5 (0.5)	.205
Estoy orgulloso (a) de mis logros.	3.5 (0.8)	3.7 (0.6)	.261
Total Persistencia	25.3 (5.5)	27.9 (4.5)	.013*
Total Control Bajo Presión	19.3 (5.4)	22.1 (4.4)	.007*
Total Adaptabilidad y redes de apoyo	14.3 (4.6)	17.1 (2.9)	.001*
Total Control y Propósito	8.9 (2.5)	10.3 (1.9)	.007*
Total Espiritualidad	5.7 (2.4)	6.4 (2.0)	.145
Total CD-RISC-25	73.6 (17.8)	83.8 (13.2)	.002*

Nota: El valor $p < 0.05$ indica diferencias estadísticamente significativas.

Fuente: de elaboración propia

En la Tabla 9 se presentan los resultados obtenidos en la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (*CD-RISC-25*).

Encontramos diferencias significativas en múltiples dimensiones de la resiliencia, con mayores puntuaciones en los adultos de mayor edad. A nivel de los ítems individuales de la escala, los adultos de mayor edad obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en su capacidad para adaptarse a los cambios ($p=.004$), enfrentarse a cualquier cosa ($p=.006$) y apoyarse en los logros pasados para afrontar nuevas dificultades ($p=.001$).

También destacaron, en los adultos de mayor edad, el uso del humor como estrategia de afrontamiento ($p=.010$), en la recuperación tras enfermedades o dificultades ($p=.002$), en la confianza para alcanzar objetivos pese a obstáculos ($p=.020$) y en la persistencia ante situaciones complejas ($p=.041$).

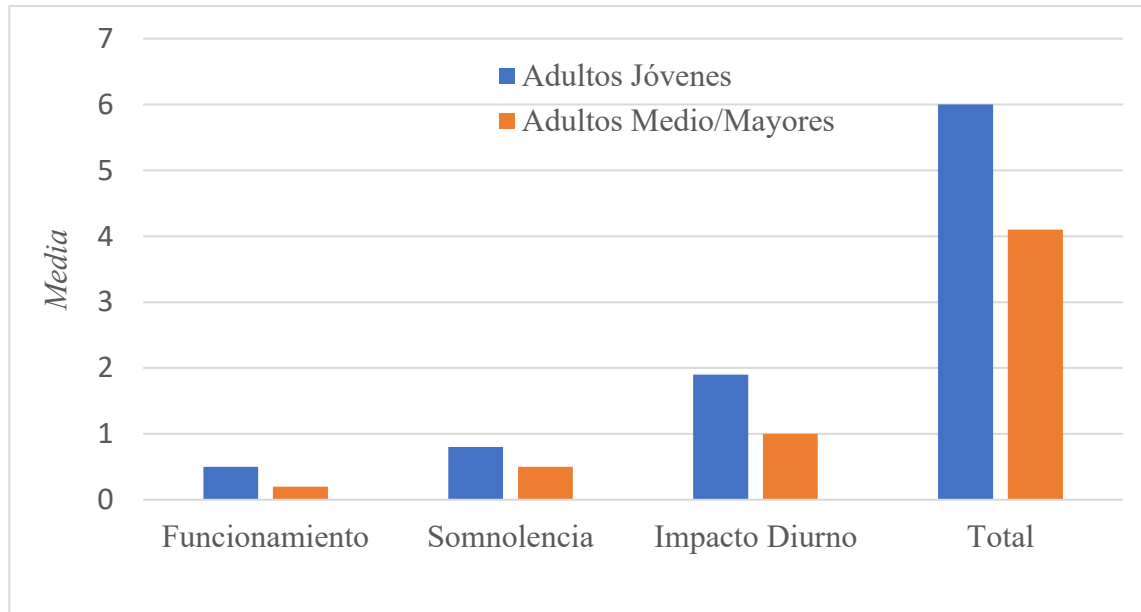
Se identificaron diferencias en la capacidad para mantenerse enfocados bajo presión ($p=.002$), así como en la preferencia por resolver problemas de forma autónoma ($p=.004$), lo que refleja una mayor autoconfianza en la toma de decisiones en el grupo de mayor edad.

Aunque la dimensión de espiritualidad mostró una media levemente mayor en los adultos de mayor edad, esta no fue estadísticamente significativa ($p=.145$). Otras variables como tener una relación íntima segura ($p=.069$), la búsqueda de ayuda en momentos de crisis ($p=.056$), o el orgullo por los logros personales también fueron más frecuentes en los adultos de más edad ($p=.261$), aunque estas diferencias no alcanzaron significación estadística.

Estos hallazgos en conjunto, evidencian un perfil de resiliencia más robusto en los adultos de mayor edad de la muestra muestran, que les permitió contar con mayores recursos personales para enfrentar las adversidades e incertidumbres durante el confinamiento y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad.

Figura 16

Respuestas a la Escala Atenas de Insomnio (EAI), por grupo etario



Aunque el puntaje total de la escala fue más alto en los adultos jóvenes ($M=6.0$, $DE=5.5$) comparado al de los de mayor edad ($M=4.1$, $DE=3.8$), esta diferencia no alcanzó a ser estadísticamente significativa, pero mostró una tendencia relevante ($p=.059$).

El impacto en el funcionamiento físico y mental durante el día fue mayor entre los adultos jóvenes ($M=0.5$, $DE=0.7$) comparado al de los adultos medios/mayores ($M=0.2$, $DE=0.5$), con una diferencia significativa de $p=.029$. Por otro lado, la somnolencia durante el día fue mayor entre los adultos jóvenes ($M=0.8$, $DE=0.8$) comparada a la de los adultos medios/mayores ($M=0.5$, $DE=0.5$), con una diferencia significativa de $p=.027$. Además, el impacto diurno del insomnio fue mayor entre los adultos jóvenes ($M=1.9$, $DE=2.1$) comparada al de los adultos medios/mayores ($M=1.0$, $DE=1.2$), con una diferencia significativa de $p=.015$.

Estos resultados evidencian una menor cantidad y calidad de sueño entre los adultos jóvenes, así como un impacto mayor en su funcionamiento diurno y somnolencia.

Tabla 10

Respuestas a la Escala Atenas de Insomnio (EAI), por grupo etario (N= 103)

Variable	Adultos Jóvenes (n=62) M (DE) / n(%)	Adultos Mayores (n=41) M (DE) / n(%)	p
Inducción del dormir.	1.0 (1.0)	0.8 (0.9)	.333
Despertares durante la noche.	0.9 (0.9)	0.7 (0.7)	.157
Despertar final más temprano de lo deseado.	0.7 (0.8)	0.7 (0.7)	.972
Duración total del dormir.	0.7 (0.9)	0.5 (0.7)	.127
Calidad general del dormir	0.7 (0.9)	0.5 (0.6)	.065
Sensación de bienestar durante el día.	0.6 (0.8)	0.3 (0.5)	.057
Funcionamiento (físico y mental) durante el día.	0.5 (0.7)	0.2 (0.5)	.029*
Somnolencia durante el día.	0.8 (0.8)	0.5 (0.5)	.027*
INS – Dormir cuantitativamente	3.4 (3.1)	2.7 (2.4)	.237
NS – Calidad del dormir	0.7 (0.9)	0.4 (0.6)	.065
INS – Impacto diurno	1.9 (2.1)	1.0 (1.2)	.015*
INS – Suma total	6.0 (5.5)	4.1 (3.8)	.059

Nota: El valor $p < 0.05$ indica diferencias estadísticamente significativas.

Fuente: de elaboración propia

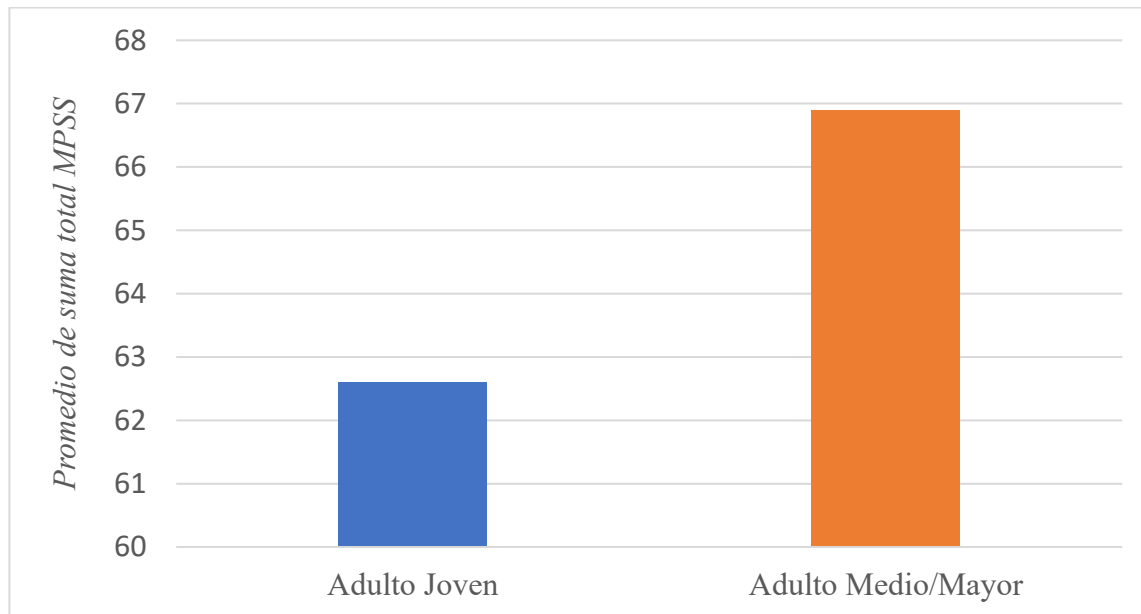
En la Tabla 10 se describen los resultados relacionados con el sueño, evaluados mediante la Escala de Atenas de Insomnio (EAI).

Se encontraron diferencias significativas en el funcionamiento físico y mental durante el día, siendo reportado como más afectados los adultos jóvenes ($p=.029$). Asimismo, la somnolencia diurna fue significativamente más común en este grupo ($p=.027$), lo que indica un impacto más notable del insomnio en su rutina diurna. El puntaje correspondiente al impacto diurno del insomnio fue significativamente mayor en los adultos jóvenes ($M=1.9$, $DE=2.1$) que en los adultos de mayor edad ($M=1.0$, $DE=1.2$), con una p de .015.

Aunque se observó una ligera tendencia en la calidad general del sueño ($p=.065$), con peor percepción en el grupo más joven de la muestra estudiada, los ítems sobre inducción del sueño, despertares nocturnos, despertares anticipados, duración total del sueño y sensación de bienestar durante el día no presentaron diferencias significativas entre los dos grupos etarios estudiados.

Figura 17

Respuesta a la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MPSS), por grupo etario



La puntuación total del apoyo social percibido fue de 66.9 (DE = 17.4) en adultos de más edad y de 62.6 (DE = 19.9) en adultos jóvenes ($p = .256$). Aunque los adultos de mayor edad tendieron a puntuar más alto en varios ítems, estas diferencias no alcanzaron significación estadística.

Tabla 11

Respuestas a la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MPSS), por grupo etario (N= 103)

Variable	Adultos Jóvenes (n=62) M (DE) / n(%)	Adultos Mayores (n=41) M (DE) / n(%)	p
Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil.	5.15 (1.9)	4.9 (2.2)	.681
Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías.	5.5 (2.0)	5.8 (1.6)	.313
Mi familia realmente intenta ayudarme.	5.5 (1.8)	5.8 (1.4)	.337
Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito.	5.5 (1.7)	5.9 (1.5)	.277
Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí.	5.3 (2.2)	5.9 (1.4)	.138
Mis amigos realmente tratan de ayudarme.	4.9 (2.0)	5.5 (1.7)	.110
Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.	4.8 (2.0)	5.5 (1.7)	.106
Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia.	5.1 (1.9)	5.4 (1.9)	.518
Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías.	5.2 (1.8)	5.4 (1.9)	.564
Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos.	5.2 (2.2)	5.8 (1.7)	.120
Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones.	5.3 (1.9)	5.6 (1.6)	.418
Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.	5.0 (2.1)	5.3 (1.7)	.549
Apoyo social percibido de la familia	5.4 (1.7)	5.7 (1.5)	.353
Apoyo social percibido de los amigos	5.0 (1.9)	5.4 (1.7)	.254
Apoyo social percibido de otras personas significativa	5.3 (1.8)	5.6 (1.4)	.285
Total Apoyo Social	62.6 (19.9)	66.9 (17.4)	.256

Nota: El valor $p < 0.05$ indica diferencias estadísticamente significativas.

Fuente: de elaboración propia

En la Tabla 11 presentan los resultados de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MPSS).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos etarios de la muestra y tampoco en los ítems individuales ni en las subescalas. Entre los ítems con mayores puntuaciones en ambos grupos se destacan el acceso a apoyo emocional por parte de la familia, la posibilidad de compartir emociones con alguien cercano, y la percepción de tener a alguien disponible en momentos difíciles. En general, ambos grupos reportaron niveles altos de apoyo percibido de la familia, amigos y personas significativas.

A. Limitaciones:

Varios factores, que no fueron controlados en esta investigación, pueden limitar tanto la confiabilidad como el alcance y la posibilidad de generalizar los resultados a otras poblaciones o contextos.

En cuanto al tamaño y tipo de la muestra, ésta no representó a toda la población y fue de tipo no probabilística, lo cual excluyó a algunas personas, limitando la generalización de los hallazgos y ocasionando un sesgo de selección y representatividad. En cuanto a la metodología, el diseño no experimental no permitió definir una relación directa entre las variables analizadas en el estudio y los instrumentos de recolección de datos empleados, lo cual pudo producir un sesgo de respuestas socialmente deseables y ocasionar una distorsión de los resultados. Otros factores relacionados con el tiempo específico y el lugar en el que se realizó la investigación, permitirán aplicar los resultados en situaciones similares en el futuro, pero no en otros contextos.

Finalmente, el sesgo de recuerdo constituyó una variable independiente extraña, que pudo afectar la relación entre las variables de estudio y limitar su validez interna, debido a que el participante podía no recordar con exactitud algunos eventos o experiencias que vivió o sintió durante el confinamiento y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad por la COVID-19, que tuvieron trascendencia o impacto en su salud mental, producto del tiempo transcurrido entre el evento y el momento en que respondió los instrumentos de recolección de datos.

Capítulo IV. Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones:

Los datos sociodemográficos indican diferencias en las variables edad, años de escolaridad, complejidad ocupacional, contratación permanente, estado civil, nivel de ingreso mensual y tipo de vivienda; lo cual coincide con otras investigaciones realizadas sobre el tema. Se confirma la hipótesis alternativa planteada, es decir, que las medidas de confinamiento y restricción de la movilidad produjeron un impacto negativo en la salud mental de los teletrabajadores, principalmente los de menor edad.

Los resultados obtenidos en la investigación confirman los principales postulados de la Teoría de la Conservación de Recursos de Hobfoll (2001), que sirvió como base para la realización de la investigación. Los teletrabajadores durante la vigencia de las medidas de confinamiento y restricción de la movilidad por la COVID 19, principalmente los de menor edad, mostraron efectos negativos y mayores niveles de depresión, estrés, insomnio y malestar emocional general. Los adultos de mayor edad mostraron un puntaje total de resiliencia significativamente superior que los de menor edad.

En relación con el estado de salud durante la vigencia de las medidas de confinamiento y restricción de la movilidad por la pandemia de la COVID-19, las diferencias en la presencia de enfermedades crónicas y uso de medicamentos en el segmento de mayor edad de la muestra, podría estar relacionadas con la prevalencia de enfermedades preexistentes. Los adultos jóvenes reportaron un mayor consumo de alcohol, lo cual podría evidenciar que los adultos de mayor edad contaban con mejores capacidades y estrategias de afrontamiento a la situación.

Los adultos de mayor edad contaban con más acceso a los servicios de comunicación y tecnología (cable, teléfono, Internet y computadora) en sus hogares, asociado a una mayor estabilidad laboral y financiera. El periódico fue la fuente principal utilizada por el grupo de mayor edad de la muestra, para informarse sobre la Pandemia de la COVID-19, debido a una preferencia generacional.

Los adultos jóvenes, a diferencia del segmento de mayor edad de la muestra, manifestaron que cumplían las medidas de bioseguridad para proteger la salud de otros, principalmente las personas de mayor edad y para evitar sanciones. El segmento de la muestra de mayor edad, reportó como una experiencia personal significativa, el fallecimiento de personas cercanas por COVID-19, lo cual era de esperar, debido a la edad promedio de sus redes de contactos, familiares y amigos.

La muestra de adultos jóvenes reportó una afectación de su salud durante la pandemia por la COVID-19, lo cual puso en evidencia una menor preparación y mayor vulnerabilidad para enfrentar la situación. Se encontró una mayor tendencia en la frecuencia de contagio por COVID-19, entre el segmento de adultos jóvenes de la muestra. Este resultado era predecible, debido a que las campañas de prevención de contagio estaban dirigidas principalmente a las personas en riesgo, como los adultos mayores e inmunosuprimidos.

Se observó una diferencia en la percepción de la convivencia familiar, siendo reportada como buena por los adultos de mayor edad de la muestra, en comparación con los adultos jóvenes ($p=.012$). Esta diferencia sugiere un contexto más favorable en la relación familiar durante el teletrabajo entre los adultos de mayor edad.

Se observó una diferencia en la mayor disponibilidad de un espacio exclusivo para trabajar, reportado los adultos de mayor edad de la muestra en comparación con los adultos jóvenes. Estos resultados evidencian una mejor adecuación del entorno laboral doméstico entre los participantes de mayor edad.

La mayoría de los participantes, en ambos grupos etarios de la muestra estudiada, reportaron dedicar entre 8 y 12 horas al día al teletrabajo y entre 3 a 5 días por semana. En cuanto al apoyo por parte de la empresa, solo una minoría de ambos segmentos de la muestra recibió contribución económica o recursos tecnológicos por parte de la empresa en la que laboraban.

La calidad de la comunicación con el equipo de trabajo y la supervisión del jefe fueron valoradas como buenas por la mayoría de ambos segmentos de la muestra estudiada, especialmente en el grupo de adultos de mayor edad. También se observó una distribución equitativa de las tareas del hogar en ambos grupos, así como niveles similares de cansancio, ansiedad y estrés vinculados al trabajo remoto.

Los dos segmentos de la muestra estudiada mostraron múltiples diferencias en la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), particularmente en la subescala de depresión y estrés. Los adultos jóvenes presentaron una puntuación media más alta en depresión frente a los adultos de mayor edad. Asimismo, se encontraron mayores niveles de estrés en los adultos jóvenes en comparación con los adultos de mayor edad.

El total de la escala DASS-21 también fue mayor en el grupo de adultos jóvenes frente al grupo de adultos de mayor edad, lo que sugiere un mayor malestar emocional general en los participantes más jóvenes. En los ítems individuales de la Escala DASS-21, los adultos jóvenes reportaron con mayor frecuencia dificultades para experimentar

sentimientos positivos, dificultad para respirar, falta de entusiasmo y la percepción de estar gastando una gran cantidad de energía. También se observaron diferencias en el sentimiento de poco valor personal y en la sensación de inquietud. En la Escala DASS-21 se identificó una diferencia en el ítem “me sentí triste y deprimido”, con puntuaciones más altas en los adultos jóvenes.

Los resultados obtenidos en la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC-25) muestran diferencias en múltiples dimensiones de la resiliencia, con mayores puntuaciones en los adultos de mayor edad. El puntaje total de resiliencia fue superior en los adultos de mayor edad frente a adultos jóvenes. En los ítems individuales, los adultos de mayor edad obtuvieron puntuaciones más altas en su capacidad para adaptarse a los cambios, enfrentarse a cualquier cosa y en apoyarse en los logros pasados para afrontar nuevas dificultades.

En la escala CD-RISC-25 los adultos de mayor edad de la muestra destacaron el uso del humor como estrategia de afrontamiento, en la recuperación tras enfermedades o dificultades, en la confianza para alcanzar objetivos pese a obstáculos, en la persistencia ante situaciones complejas, en la capacidad para mantenerse enfocados bajo presión y en la preferencia por resolver problemas de forma autónoma; lo cual mostró una mayor autoeficacia y seguridad en la toma de decisiones y en la capacidad de enfrentar la incertidumbre durante la pandemia por la COVID-19 .

En las subescalas del (CD-RISC-25), se observaron diferencias por parte de los adultos de mayor edad en las dimensiones de: persistencia, control bajo presión, adaptabilidad y redes de apoyo, y control y propósito vital. Estos hallazgos evidencian un perfil de resiliencia más robusto en los adultos de mayor edad de la muestra. En general, los

resultados muestran que los adultos de más edad contaban con mayores recursos personales para enfrentar las adversidades durante el confinamiento y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad.

La Escala de Atenas de Insomnio (EAI) muestra diferencias en el funcionamiento físico y mental durante el día, reportando como más afectados los adultos jóvenes. Asimismo, la somnolencia diurna fue más común en este grupo, lo que indica un impacto más notable del insomnio en su rutina diurna. El puntaje correspondiente al impacto diurno del insomnio fue mayor en los adultos jóvenes que en los adultos de mayor edad. También se observó una ligera tendencia en la calidad general del sueño, con peor percepción en el grupo más joven.

Recomendaciones:

Con el propósito de prevenir problemas de salud mental en los teletrabajadores, es necesario trabajar en el diseño de políticas públicas que incluyan manuales de procedimientos, funciones y prevención de riesgos psicosociales, considerando las características y contextos individuales de cada teletrabajador. La modalidad del teletrabajo y el trabajo híbrido seguirán vigentes, por lo cual resulta pertinente la preparación y ejecución de campañas de psicoeducación sobre sus riesgos psicosociales, para mitigar la aparición de efectos negativos en la salud mental.

Considerando la evidencia de estudios recientes y los efectos, tanto positivos como negativos, de la relación entre el teletrabajo y la salud mental, tanto a nivel mundial como regional, se recomienda la implementación de estrategias y políticas de protección del teletrabajador. Estas políticas deberán permitir una planificación y sostenibilidad, con un enfoque preventivo, humano, psicosocial, participativo y centrado en las personas, que logren aumentar tanto la eficiencia y la productividad de la empresa, como la equidad, resiliencia, salud mental y bienestar para el colaborador. Adicionalmente, estas estrategias y políticas deben promover tanto la prevención y promoción de la salud integral como el bienestar y la mitigación de los efectos negativos, para lograr un balance entre la vida familiar y el trabajo, definiendo horarios claros, pausas obligatorias y la desconexión digital nocturna.

Tanto las organizaciones de empleadores como las de trabajadores y el Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral, deben comprometerse con la garantía del cumplimiento de los medios y condiciones requeridas por el teletrabajador, en materia de seguridad laboral, salud ocupacional y bienestar, desarrollando e implementando programas

preventivos que promuevan el teletrabajo seguro y aplicando encuestas periódicas de bienestar psicológico, satisfacción y carga laboral. Para darle cumplimiento a esta recomendación, se sugiere crear comités mixtos (empresa–trabajadores y MITRADEL), cuya responsabilidad será el seguimiento de la experiencia de teletrabajo y recomendar ajustes continuos de las políticas.

La pandemia de la COVID-19 nos dejó como lección aprendida para futuras situaciones de pandemias, a todos los involucrados y responsables del tema laboral, la obligatoriedad de reconocer la importancia de la salud pública, el valor de la inversión en ciencia e investigación, el valor de la información confiable y la toma de decisiones oportunas. Esta investigación deja abiertos nuevos escenarios de investigación, uno de ellos sería la evaluación de la relación entre las variables teletrabajo y la salud mental, focalizada en la población femenina, que además deben cumplir con los roles sociales tradicionales de madres, responsables de salud y la educación de los hijos y de las labores del hogar.

Para maximizar los beneficios del teletrabajo, específicamente la reducción de costos, la productividad y el bienestar emocional del colaborador, tanto en el presente como en futuras pandemias, se requiere ofrecerle los apoyos necesarios, incluyendo el diseño de políticas laborales flexibles, híbridas e inclusivas, adecuadas a la edad y responsabilidades y capacitaciones tanto en gestión eficiente del tiempo como en materia digital y tecnológica, para reducir el tecnoestrés. Además, se requiere dotar al teletrabajador con los equipos ergonómicos que requiera, asesorarlo técnicamente para adecuar espacios domésticos de trabajo saludables, con iluminación natural y ventilación, ofrecerle una supervisión especializada y establecer criterios de evaluación

basados en evidencias, utilizando herramientas de medición de productividad para evitar la microgestión y el control excesivo.

Como un beneficio para los teletrabajadores, los empleadores deberán garantizar de manera preventiva, el acceso a los servicios de salud mental y a talleres de resiliencia, inteligencia emocional y liderazgo remoto, cuando sean requeridos, tanto de forma presencial como virtual. Otros beneficios para el teletrabajador, se relacionan con minimizar el aislamiento social, fomentando el apoyo, la colaboración y las redes de contacto y comunidad entre los colaboradores, así como la guía de compañeros de mayor experiencia. Estos servicios deberían estar adaptados a cada colaborador, de acuerdo al nivel de vulnerabilidad, género, edad, capacidad económica y niveles de responsabilidad, en ciclos de retroalimentación continua.

Los teletrabajadores deben practicar de manera permanente, medidas preventivas durante la jornada laboral, que les permitan cuidar su salud mental, disminuir el estrés y la ansiedad, procurando el autocuidado del cuerpo y la mente, introduciendo pausas activas, cuidando su nutrición y aplicando herramientas psicológicas como el mindfulness. Además, deben organizar su espacio de trabajo separado de la habitación, manteniéndolo siempre ordenado y limpio y garantizando de esta manera un límite psicológico entre el trabajo y la vida personal, mantener una rutina similar a la practicada en el trabajo presencial, incluyendo los descansos y pausas para comidas, planificar el trabajo, reportando periódicamente a sus supervisores y evitar el aislamiento manteniendo un contacto y trabajo en equipo con los compañeros de trabajo, mediante llamadas o videollamadas.

Varias son las medidas de prevención y protección de la salud mental recomendadas para los teletrabajadores, fuera la jornada laboral, como las actividades de ocio y distracción, el deporte, las actividades físicas, compartir con la familia y mantener contacto con la familia lejana y amigos, limitar el uso de dispositivos electrónicos, así como evitar la sobreinformación y el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas.

Bibliografía:

- Antúnez, Z., & Vinet, E. V. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia Psicológica*, 30(3), 49–55. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005>
- Bados, A., Solanas, A., & Andrés, R. (2005). Propiedades psicométricas del DASS-21 en una muestra universitaria española: validación y estructura factorial. *Ansiedad y Estrés*, 11(2–3), 215–229.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Belzunegui-Eraso, A., & Erro-Garcés, A. (2020). Teleworking in the context of the Covid-19 crisis. *Sustainability*, 12(9), 3662. <https://doi.org/10.3390/su12093662>
- Bohórquez, V. (2020). *Riesgos psicosociales asociados al teletrabajo: Revisión bibliográfica* [Monografía de grado, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. Repositorio Institucional Uniminuto. <https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/11695>
- Bonet Cunillera, M. (2023). *Cómo afecta el teletrabajo a la salud mental: Una revisión sistemática* [Trabajo fin de máster, Universidad de Zaragoza]. Facultad de Derecho, Máster Universitario en Prevención de Riesgos Laborales.
- Bhugra, D., Till, A., & Sartorius, N. (2013). What is mental health? *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 3–4. <https://doi.org/10.1177/0020764012463315>
- Buomprisco, G., Ricci, S., Perri, R., & De Sio, S. (2021). Salud y teletrabajo: Nuevos retos tras la pandemia del COVID-19. *Revista Europea de Medio Ambiente y Salud Pública*, 5(2), em0073. <https://doi.org/10.21601/ejeph/9705>
- Cámara de Comercio, Industrias y Agricultura de Panamá (CCIAP), Centro de Estudios Económicos (CEECAM). (2020, abril). *II encuesta impacto del coronavirus en Panamá*. <https://www.panacamara.com/resultados-finales-de-ii-encuesta-empresarial-impacto-del-coronavirus-en-panama/>
- Carraro, E., Rapisarda, P., Acquadro Maran, D., Filippetti, S., Palella, M., Pellegrino, E., Ferrante, M., La Torre, G., & Fiore, M. (2025). Remote workers' life quality and stress during COVID-19: A systematic review. *European Journal of Public Health*, 35(1), 141–152. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae167>
- Cockburn, W., & Hurtado, D. (2021). Perspectiva europea sobre los riesgos laborales en el ámbito del teletrabajo. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 24(2), 8–11. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7883948>

Consultoría C. N. (2018). *Cuarto estudio de penetración de teletrabajo en empresas colombianas*. Ministerio de las TIC. https://www.teletrabajo.gov.co/622/articles-75985_archivo_pdf_estudio_teletrabajo.pdf

Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500–507. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.71.3.500>

Figueiredo, E., Margaça, C., Hernández-Sánchez, B., & Sánchez-García, J. C. (2024). Teleworking effects on mental health—A systematic review and a research agenda. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(3), 243. <https://doi.org/10.3390/ijerph21030243>

Franceschi, I., & Moreno Solís, D. E. (2021). Teletrabajo eficaz durante la pandemia del COVID-19 en Panamá: Bajo la lupa de la Ley 76 de 2020 y Ley 126 de 2020. *Espectro Investigativo Latinoamericano*, 3(2), 36–43. <https://revista.isaeuniversidad.ac.pa/index.php/EIL/article/view/68>

Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales. (2016). *Observatorio de riesgos psicosociales (UGT): Incidencia de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación en la seguridad y salud de los trabajadores*. https://www.ugt.es/sites/default/files/folletotics_web.pdf

Gaceta Oficial de Panamá. (2020, 16 de septiembre). Decreto Ejecutivo No. 133 de 16 de septiembre de 2020, que reglamenta la Ley de Teletrabajo y dicta otras disposiciones. *Gaceta Oficial No. 29115-A*.

Gaceta Oficial de Panamá. (2020, 18 de febrero). Ley 126 de 18 de febrero de 2020, que establece y regula el teletrabajo en la República de Panamá y modifica un artículo del Código de Trabajo. *Gaceta Oficial No. 28965-A*.

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231–233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>

García-León, M. Á., González-Gómez, A., Robles-Ortega, H., Padilla, J. L., & Peralta-Ramírez, M. I. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC) en población española. *Anales de Psicología*, 35(1), 33–40. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.1.314111>

Gómez, S., Guarín, I., Uribe, S. L., & Vergel, L. (2020). Prevención de los peligros y promoción de entornos saludables en el teletrabajo desde la perspectiva de la salud pública. *Aibi Revista de Investigación, Administración e Ingeniería*, 8(1), 44–52. <https://revistas.udes.edu.co/aibi/article/view/1642>

Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of Management Review*, 10(1), 76–88. <https://doi.org/10.5465/amr.1985.4277352>

Hall, C. E., Davidson, L., Brooks, S. K., et al. (2023). La relación entre el trabajo a domicilio durante COVID-19 y la salud mental y la productividad: Una revisión sistemática. *BMC Psychology*, 11, 188. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01221-3>

Henke, R. M., Benevent, R., Schulte, P., Rinehart, C., Crighton, K. A., & Corcoran, M. (2016). The effects of telecommuting intensity on employee health. *American Journal of Health Promotion*, 30(8), 604–612. <https://doi.org/10.4278/ajhp.141027-QUAN-544>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill Interamericana.

Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology*, 50(3), 337–421. <https://doi.org/10.1111/1464-0597.00062>

International Labour Organization (ILO). (2012). *International standard classification of occupations (ISCO-08)*. <https://ilostat.ilo.org/es/>

Delanoeije, J., & Verbruggen, M. (2020). Between-person and within-person effects of telework: A quasi-field experiment. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 29(6), 795–808. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2020.1774557>

Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books.

Carillo, K., Cachat-Rosset, G., Marsan, J., Saba, T., & Klarsfeld, A. (2021). Adjusting to epidemic-induced telework: Empirical insights from teleworkers in France. *European Journal of Information Systems*, 30(1), 69–88. <https://doi.org/10.1080/0960085X.2020.1829512>

Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating a two-continua model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Psychology Foundation of Australia.

Lizano, E. L., Bergen, C., Smith, B., et al. (2025). Telesalud mental y trabajo remoto: Un análisis exploratorio de su doble impacto en las experiencias de los profesionales de la salud mental durante las órdenes de quedarse en casa por COVID-19. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 52, 282–293. <https://doi.org/10.1007/s11414-024-09925-z>

Lluís Pascual, J. (2021). Novedades desde el Instituto Catalán de Seguridad y Salud Laboral: Valoración del teletrabajo en el contexto actual y en proyección de futuro. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 24(2), 117–132. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7883952>

Ministerio TIC & Ministerio de Trabajo. (2008). *Libro blanco del ABC del teletrabajo en Colombia*. Colombia Digital.

Ministerio TIC. (2020, marzo 12). Todo lo que se debe saber sobre el teletrabajo. <https://mintic.gov.co/portal/inicio/Sala-de-Prensa/Noticias/126148:Todo-lo-que-se-debe-saber-sobre-el-teletrabajo>

Montero Ulate, J., et al. (2020). Teletrabajo: Fortaleciendo el trabajo en tiempos de pandemia por COVID-19. *Revista de Comunicación y Salud*, 10(2), 1–17. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7697392>

Moreno Jiménez, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: Conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(Suppl. 1), 109–125. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7697392>

Nenclares Portocarrero, A., & Jiménez-Genchi, A. (2005). Estudio de validación de la traducción al español de la Escala Atenas de Insomnio. *Salud Mental*, 28(5), 34–39. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252005000500034

Oakman, J., Kinsman, N., Stuckey, R., et al. (2020). A rapid review of mental and physical health effects of working at home: How do we optimise health? *BMC Public Health*, 20, 1825. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09875-z>

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2020). *El teletrabajo durante la pandemia de COVID-19 y después de ella: Guía práctica*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_758007.pdf

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2020). *Frente a la pandemia: garantizar la seguridad y salud en el trabajo*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_742732.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Oviedo, D. C., Pinzón, M. S., Rodríguez-Araña, S., Tratner, A. E., Pauli-Quirós, E., Chavarría, C., Posada Rodríguez, C., & Britton, G. B. (2022). Respuesta psicosocial a la pandemia de COVID-19 en Panamá. *Frontiers in Public Health*, 10, 919818. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.919818>

Patel, V., Chisholm, D., & Parikh, R. (2018). Addressing the global mental health challenge. *The Lancet*, 392(10159), 1999–2007. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32743-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32743-4)

Pascual, J. L. (2021). Novedades desde el Instituto Catalán de Seguridad y Salud Laboral: Valoración del teletrabajo en el contexto actual y en proyección de futuro.

Archivos de Prevención de Riesgos Laborales, 24(2), 117–132.
<https://archivosdeprevencion.eu/index.php/aprl/article/view/130>

Reason, W. (2020, marzo 13). Buceamos en el origen y el concepto de teletrabajo. *Reason Why*. <https://www.reasonwhy.es/actualidad/teletrabajo-concepto-historia-legislacion-espana>

Rodríguez, M. (s. f.). El teletrabajo en el mundo y Colombia. *ResearchGate*.
https://www.researchgate.net/publication/31608891_El_trabajo_en_el_Mundo_y_Colombia

Rueda-Bartolomé, M., Ruiz-Romero, C., & Landeta-Castro, E. (2017). Adaptación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en población con trastorno mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 415–437.

Ruiz, F. J., García Martín, M. B., Suárez Falcón, J. C., & Odriozola González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale-21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(1), 97–105.

Ruiz, F. J., & Suárez Falcón, J. C. (2017). La estructura factorial jerárquica de la versión española de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 17(1), 97–105.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56049624007>

Ruiz Jiménez, M. T., Saiz Galdós, J., Montero Arredondo, M. T., & Navarro Bayón, D. (2017). Adaptación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en población con trastorno mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 415–437. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352017000200006>

Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10–28.
<https://doi.org/10.1159/000353263>

Sasaki, N., Kuroda, R., Tsuno, K., & Kawakami, N. (2020). Workplace responses to COVID-19 associated with mental health and work performance of employees in Japan. *Journal of Occupational Health*, 62(1), e12134. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12134>

Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.

Shaholli, D., Manai, M. V., Iantorno, F., Di Giampaolo, L., Nieto, H. A., Greco, E., La Torre, G., & De Sio, S. (2024). Teleworking and mental well-being: A systematic review on health effects and preventive measures. *Sustainability*, 16(18), 8278.
<https://doi.org/10.3390/su16188278>

Shimazu, A., Nakata, A., Nagata, T., Arakawa, Y., Kuroda, S., Inamizu, N., & Yamamoto, I. (2020). Psychosocial impact of COVID-19 for general workers. *Journal of Occupational Health*, 62(1), e12132. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12132>

Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: The central paradox of recovery. *World Psychiatry*, 9(1), 4–7. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00259.x>

Song, Y., & Gao, J. (2020). Does telework stress employees out? A study on working at home and subjective well-being for wage/salary workers. *Journal of Happiness Studies*, 21(7), 2649–2668. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00196-6>

Tocasca Rojas, R. M. (2023). Teletrabajo durante la pandemia COVID-19 y sus consecuencias en la salud del trabajador. *Revista de Comunicación y Salud*, 11(1), 55–70.

Tyler, C., Campines Barría, F., & González Jiménez, T. (2021). Teletrabajo y el impacto de la pandemia COVID-19 sobre el proceso administrativo empresarial. *Visión Antataura*, 5(1), 92–107. <https://revistas.up.ac.pa/index.php/antataura/article/view/2200>

Uppal, A., Pullen, N., Baysson, H., et al. (2025). Cambios relacionados con la pandemia de COVID-19 en el teletrabajo, el agotamiento emocional y el agotamiento ocupacional: un análisis transversal de un estudio de cohorte. *BMC Public Health*, 25, 282. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-21142-z>

Valero, J., & Riaño, D. (2020). Teletrabajo: Gestión de la seguridad y salud en el trabajo en Colombia. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 23(1), 22–30. <https://scielo.isciii.es/pdf/aprl/v23n1/1578-2549-aprl-23-01-22.pdf>

Anexos:

Anexo 1. Consentimiento Informado

Universidad de Panamá

**Vicerrectoría de Investigación y Postgrado - Comité de Bioética
Maestría en Bioética, con énfasis en Bioética Clínica y Social**

Consentimiento Informado

Impacto de las medidas de confinamiento y restricción de la movilidad por la COVID- 19, años 2020 y 2021, en la salud de los Teletrabajadores de la república de Panamá.

Investigador: Juan Villar Cogley, cédula 9-124-1991.

Muy respetuosamente le invito a participar en este estudio, que se realiza como trabajo de tesis para optar por el título de Magister en Bioética, con énfasis en bioética clínica y social. En este estudio participarán teletrabajadores del sector privado (trabajadores que desarrollaron sus funciones en un lugar distinto a la empresa en la que laboran, utilizando cualquier tecnología para facilitar la comunicación), durante el período de confinamiento y restricción de la movilidad por la COVID-19.

I. Información:

Objetivo: Evaluar el impacto de las medidas de confinamiento y restricción de la movilidad por la pandemia del COVID 19, en la salud de los teletrabajadores.

Responsabilidad del Participante: Su participación en esta investigación es voluntaria y puede retirarse cuando lo decida, sin que esto represente ningún perjuicio para usted. En el caso de que decida retirarse del estudio, solo tiene que dejar de contestar las preguntas.

Responsabilidad del Investigador: Garantizar los derechos de los participantes en la investigación, cumpliendo las principales normas éticas nacionales e internacionales aplicables, entre otras: la privacidad y autonomía, la confidencialidad de la información, la atención de eventos adversos, el anonimato en la publicación de resultados y responder a satisfacción todas las preguntas.

Procedimiento: Su participación consiste en responder cinco encuestas anónimas en línea, incluidas en un formulario de Google, por lo cual no podremos conectar sus respuestas a su identidad; que le tomará en promedio menos de una hora. Si completa las encuestas con su cuenta de Google, el progreso se guarda automáticamente como borrador durante 30 días. Esto significa que, si no puede terminarlo o cambia de dispositivo, no será necesario que vuelva a empezar la próxima vez que abra el archivo.
Importante: Debe contar con data para poder responder. Si no tiene conexión a Internet, el guardado automático no funcionará.

Riesgos: Esta investigación no conlleva ningún riesgo para su salud. No se recolectarán datos identificativos de los participantes.

Beneficios

Algunos beneficios indirectos serán el conocimiento del posible impacto que las medidas de confinamiento pudieran haber tenido sobre algunos aspectos de la salud de los teletrabajadores, del sector privado, durante la pandemia del COVID 19, el diagnóstico de las situaciones que generan riesgos para la salud de los teletrabajadores y recomendaciones que permitan la aplicación planificada del teletrabajo y la promoción de la salud y bienestar; con beneficios para trabajadores y empleadores.

Compensación: Por participar en esta investigación no recibirá ningún pago o compensación.

Eventos adversos: En el caso de ser identificada una situación que requiera algún tipo de atención, incluyendo la atención o soporte psicológico de algún participante, será referido a la consulta en la Clínica Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá (teléfono 5237471, <https://facpsicologia.up.ac.pa/servicios>). Para ello, al final de la encuesta sociodemográficas, colocaremos esta opción y le daremos un número de contacto y sitio web para referirlo a la ayuda que necesite.

Privacidad del participante y confidencialidad de los datos: Las encuestas son anónimas. No se recogerán datos personales que puedan identificarlo tales como nombre, número de cédula o Seguro Social, dirección, ni correo electrónico. Cada participante será identificado con un código. Solo el investigador manejará los datos, que serán custodiados guardando todas las medidas de seguridad requeridas. Al concluir la investigación, los datos serán almacenados por cinco años, luego de los cuales serán destruidos, tal como lo establece la regulación vigente en nuestro país.

Resultados:

- Al finalizar la investigación, se presentará un informe como etapa final de la Maestría en Bioética de la Universidad de Panamá y se entregará un resumen ejecutivo a: la Cámara de Comercio Industrias y Agricultura de Panamá (CCIAP), el Instituto Panameño de Estudios Laborales (IPEL) del Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral (MITRADEL), el Ministerio de Salud (MINSA), la Asociación Nacional de Recursos Humanos de Panamá (ANREH) y al Consejo Nacional de Trabajadores Organizados (CONATO).
- Al concluir el estudio, los participantes tendrán acceso a los resultados en la siguiente dirección: <https://drive.google.com/drive/folders/1JwVsU-yZmxikbN1Q1L5AdPJMjrcg2Zp5?usp=sharing>
- Se redactará un artículo científico, que será publicado en una de las revistas indexadas de la Universidad de Panamá.
- Se presentarán los resultados en el Congreso Científico Nacional de la Universidad de Panamá.
- En la divulgación de resultados para cada una de las instituciones arriba mencionadas no se incluirá información o datos que puedan identificar a los participantes.

¿A quién contactar? Si requiere información adicional acerca del estudio, puede contactar al investigador: Juan Villar Cogley, en el teléfono móvil (507) 69250934 o en el correo electrónico teletrabajosyalud@gmail.com.

Si tiene dudas o requiere aclaraciones sobre sus derechos como participante en este estudio de investigación, puede contactar al Comité Nacional de Bioética de la Investigación que avaló la investigación, en el teléfono (507) 5170198 o el correo electrónico cnbi.panama@senacyt.gob.pa

II. Declaración del participante:

Si pulsa en la opción **Acepto Participar**, usted estará aceptando que ha leído el documento de consentimiento, ha entendido el propósito del estudio y en qué consistirá su participación. Igualmente, al aceptar participar usted entiende que ésta es voluntaria y que, si no desea, no tiene que hacerlo, sin que ello conlleve ninguna consecuencia.

Al pulsar sobre la opción **Acepto Participar**, se le desplegará inmediatamente una pantalla con unas cuantas preguntas para determinar si califica para participar en el estudio.

Si califica, se le mostrará automáticamente el inicio de las encuestas, que deberá llenar. Si hubiera alguna pregunta que decidiera no contestar, no tendrá que hacerlo y puede seguir contestando las siguientes. Si suspende el proceso de respuesta sin completar todos los instrumentos, podrá continuar en otro momento.

Si pulsa en la opción **No Acepto participar**, será el fin de nuestro contacto y no se le desplegará otro menú.

Acepto participar



No acepto participar



Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos:

Cuestionario sociodemográfico y de teletrabajo

1. Sexo:

- ☐ Femenino
- ☐ Masculino
- ☐ Otro: _____

2. Nacionalidad: _____

3. Edad: _____

4. Estado civil

- ☐ Casado (a)
- ☐ Soltero (a)
- ☐ En una relación sin convivencia
- ☐ Unido (a)
- ☐ Separado (a)
- ☐ Divorciado (a)
- ☐ Viudo (a)

5. Nivel de estudio alcanzado

- ☐ Educación primaria
- ☐ Educación secundaria
- ☐ Bachillerato
- ☐ Técnico
- ☐ Licenciatura
- ☐ Máster o doctorado

-
6. Total de años de estudios: _____
7. Situación laboral durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad por la Pandemia de la COVID-19:
- ☐ Independiente
 - ☐ Contrato permanente
 - ☐ Contrato temporal
8. ¿Cuál es su ocupación? _____
9. Tenencia de vivienda
- ☐ Propia
 - ☐ Alquilada
 - ☐ Familiar
 - ☐ Compartida con otras familias
10. Total de ingreso mensual en el hogar:
- ☐ Menos de \$250
 - ☐ \$250 - \$500
 - ☐ \$500 - \$800
 - ☐ \$800 - \$1,500
 - ☐ \$1,500 - \$2,000
 - ☐ Más de \$2,000
11. Seleccione de dónde provienen los ingresos:
- ☐ Herencia
 - ☐ Sueldo mensual
 - ☐ Sueldo semanal o por día
 - ☐ Donaciones del Estado

- ☐ Sueldo de familiares y/o pareja

12. Seleccione los servicios y equipos que tenía en el hogar, durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad:

- ☐ Televisor por cable
- ☐ Computadora
- ☐ Internet
- ☐ Teléfono

13. ¿Cuántas personas vivían con usted (contándolo a usted), durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad?

- ☐ Vivo solo
- ☐ 2 personas
- ☐ 3 personas
- ☐ 4 personas
- ☐ 5 o más personas

14. ¿Cómo consideraba su nivel de salud, durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad?

- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala
- ☐ Muy mala

15. ¿Antes de la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad, le habían diagnosticado alguna enfermedad crónica?

☐ Sí

☐ No

16. De ser afirmativo, ¿hace cuánto? _____

17. De ser afirmativo, por favor especifique qué condición/condiciones le habían diagnosticado:

☐ Diabetes

☐ Hipertensión

☐ Obesidad

☐ Artritis

☐ Cáncer

☐ Enfermedad renal

☐ Enfermedad pulmonar (bronquitis, neumonía)

☐ Enfermedad cardíaca

☐ Enfermedad vascular (trombosis, accidente cerebrovascular, embolismo)

☐ Otra (especifique)

18. ¿Antes de la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad, le habían diagnosticado alguna condición psiquiátrica?

☐ Sí

☐ No

19. De ser afirmativo, ¿hace cuánto? _____

20. De ser afirmativo, por favor especifique qué condición/condiciones le habían diagnosticado:

- ☐ Depresión
- ☐ Ansiedad
- ☐ Esquizofrenia
- ☐ Agorafobia
- ☐ Fobia social
- ☐ Otra (especifique) _____

21. ¿Durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad, tomaba medicamentos regularmente?

- ☐ Sí
- ☐ No

22. ¿Durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad, olvidaba tomarlos o aumentó la dosis?

- ☐ Muy frecuentemente
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Rara vez
- ☐ Nunca

23. ¿Usted fumaba durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad?

- ☐ Muy frecuentemente
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Rara vez
- ☐ Nunca

24. De ser afirmativa la respuesta anterior, ¿aumentó la frecuencia del consumo en el confinamiento?

- ☐ Sí
- ☐ No

25. ¿Cuánto aumentó la frecuencia del consumo?

- ☐ De 1 a 4 cigarrillos diarios
- ☐ De 5 a 7 cigarrillos diarios
- ☐ De 8 a 10 cigarrillos diarios
- ☐ Más de 10 cigarrillos diarios

26. ¿Durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad, usted consumía bebidas alcohólicas?

- ☐ Muy frecuentemente
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Rara vez
- ☐ Nunca

27. De ser afirmativa la respuesta anterior, ¿aumentó la frecuencia de consumo en el confinamiento?

☐ Sí

☐ No

28. ¿Cuánto aumentó su consumo de bebidas alcohólicas, durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad?

☐ De 2 a 4 cervezas o tragos por día

☐ De 5 a 7 cervezas o tragos por día

☐ De 8 a 10 cervezas o tragos por día

☐ Otro: _____

29. ¿Realizaba actividad física, antes de la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad?

☐ Muy frecuentemente (6-7 días a la semana)

☐ Frecuentemente (3-5 días a la semana)

☐ Ocasionalmente (1-2 días a la semana)

☐ Rara vez (algunos días al mes)

☐ Nunca

30. En relación con la pregunta anterior, ¿hubo un cambio durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad? SI /NO

Si la respuesta es sí, ¿Cuánto cambió su nivel de actividad física?

☐ Ha cambiado mucho, ya no realizo ejercicio físico

☐ Ha cambiado en frecuencia (días)

☐ Ha cambiado en intensidad (menos intenso)

☐ Ha cambiado en duración (menos tiempo cada vez que hago ejercicio)

31. ¿Durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad, que actividades realizaba para distraerse? Puede seleccionar varias.

- ☐ Lectura o juegos de mesa
- ☐ Ver televisión
- ☐ Redes sociales e internet
- ☐ Cocina o jardinería
- ☐ Manualidades
- ☐ Otra (especifique) _____

32. ¿Durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad, se informaba frecuentemente sobre el COVID-19?

- ☐ Muy frecuentemente
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Rara vez
- ☐ Nunca

33. ¿Fue así desde el inicio de la llegada del COVID-19 a Panamá?

- ☐ Sí
- ☐ No

34. ¿Por cuál vía solía informarse sobre el COVID-19? Puede seleccionar varias.

- ☐ Redes sociales
- ☐ Noticias
- ☐ Periódico

☐ Radio

☐ Lo evito

35. ¿Conocía usted las medidas de bioseguridad que debían seguirse según las recomendaciones del MINSA?

☐ Sí

☐ No

36. De ser afirmativa, ¿cuáles recuerda? _____

37. ¿Durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad, cumplía usted con las medidas de bioseguridad?

☐ Muy frecuentemente

☐ Frecuentemente

☐ Ocasionalmente

☐ Rara vez

☐ Nunca

38. ¿Por qué motivo cumplía usted con las medidas de bioseguridad? Puede seleccionar varias.

☐ Quería cuidar de mi salud

☐ Quería cuidar de la salud de los demás

☐ Porque me obligaban.

☐ Porque tenía miedo de una multa o de ir preso

39. ¿Consideraba que las medidas de bioseguridad eran efectivas?

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Levemente de acuerdo
- ☐ Indeciso
- ☐ Levemente en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

40. ¿Se consideraba una persona en riesgo de contagio de COVID-19?

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Levemente de acuerdo
- ☐ Indeciso
- ☐ Levemente en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

41. ¿Por qué se consideraba usted en riesgo?

- ☐ Tengo una enfermedad crónica (especifique cuál _____)
- ☐ Soy adulto mayor
- ☐ Estoy inmunosuprimido (especifique por qué _____)
- ☐ Otro (especifique cuál _____)

42. ¿Ha dado positivo al COVID-19?

- ☐ Tuve síntomas, pero no me hice la prueba
- ☐ Sí, confirmado con una prueba
- ☐ No, pero personas que viven conmigo dieron positivo
- ☐ No, pero personas que viven conmigo tuvieron síntomas
- ☐ No y ninguna de las personas que viven conmigo manifestaron síntomas.

43. ¿Personas cercanas a usted dieron positivo al COVID-19?

- ☐ Sí
- ☐ No

44. Si la respuesta es positiva indique quién:

- ☐ Familiares
- ☐ Amigos
- ☐ Familiares y amigos
- ☐ Ninguna persona cercana

45. ¿Personas cercanas a usted fallecieron por COVID-19?

- ☐ Sí
- ☐ No

46. Si la respuesta es positiva indique quién:

- ☐ Familiares
- ☐ Amigos
- ☐ Familiares y amigos
- ☐ Ninguna persona cercana

47. ¿Durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad, sintió que le faltaba compañía?

- ☐ Muy frecuentemente
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Rara vez
- ☐ Nunca

48. ¿Durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad, se sintió aislado emocionalmente de los demás?

- ☐ Muy frecuentemente
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Rara vez
- ☐ Nunca

49. ¿Durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad, se sentía capaz de hacerle frente a la situación?

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Levemente de acuerdo
- ☐ Indeciso
- ☐ Levemente en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

50. ¿Cuánto considera que ha sido afectado por la pandemia por COVID-19?

- ☐ Gravemente afectado
- ☐ Afectado
- ☐ Poco afectado
- ☐ No me ha afectado
- ☐ Indeciso

51. Si considera que ha sido de alguna manera afectado, ¿qué áreas son las que se han visto afectadas?

- ☐ Mi salud física
- ☐ Mi salud mental
- ☐ Mi salud en general
- ☐ Economía
- ☐ Trabajo
- ☐ Relaciones familiares
- ☐ Relaciones sociales
- ☐ Mis actividades recreativas, hobbies

52. ¿Recibió atención psicológica durante o después de la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad?

- ☐ Sí
- ☐ No

53. ¿Antes de la pandemia había recibido atención psicológica?

- ☐ Sí
- ☐ No

54. ¿Estuvo satisfecho (a) con el apoyo que recibió de sus familiares y amigos durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad?

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Indeciso
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

55. ¿Durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad, cuántas horas diarias dedicaba al teletrabajo?

- ☐ Menos de ocho horas
- ☐ Mas de ocho y menos de doce horas
- ☐ Más de doce horas

56. ¿Durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad, cuántos días a la semana teletrabajaba?

- ☐ Uno o dos días
- ☐ De tres a cinco días
- ☐ Más de cinco días

57. ¿Considera usted que el teletrabajo desarrollado durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad le generaba alguna situación de cansancio, ansiedad o estrés?

- ☐ Muy frecuentemente
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Ocasionalmente

☐ Rara vez

☐ Nunca

58. ¿Durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad, la empresa en la que laboraba contribuyó con los gastos de energía eléctrica e internet?

☐ Sí

☐ No

59. ¿El incremento de los costos de energía eléctrica e internet, por el teletrabajo desarrollado durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad, le generó ansiedad o estrés?

☐ Muy frecuentemente

☐ Frecuentemente

☐ Ocasionalmente

☐ Rara vez

☐ Nunca

60. ¿Cómo evalúa la comunicación con sus jefes y compañeros de trabajo durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad?

☐ Muy buena

☐ Buena

☐ Regular

☐ Mala

☐ Muy mala

61. ¿Cómo evalúa la supervisión de su jefe durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad?

- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala
- ☐ Muy mala

62. ¿Durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad, los plazos y fechas límites de cumplimiento y entrega de tareas le afectaron?

- ☐ Muy frecuentemente
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Rara vez
- ☐ Nunca

63. Durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad, la empresa en la que laboraba le proporcionó equipos y recursos necesarios para trabajar (silla, equipo electrónico, etc.)

- ☐ Sí
- ☐ No

64. ¿Durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad, disponía de un espacio dedicado exclusivamente para teletrabajar?

- ☐ Muy frecuentemente
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Rara vez
- ☐ Nunca

65. ¿Cómo califica la convivencia familiar durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad?

- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala
- ☐ Muy mala

66. ¿Cómo se distribuían las tareas del hogar (limpieza, cocina, cuidado de menores y mayores y otras) durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad?

- ☐ De manera equitativa entre todos los miembros de la familia
- ☐ Una sola persona era responsable de todo.

67. Durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad, la responsabilidad de las tareas del hogar correspondía a:

- ☐ La madre
- ☐ El padre
- ☐ Los abuelos
- ☐ Los tíos
- ☐ Otros

68. ¿Durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad, la empresa en la que laboraba le proporcionó apoyo o consejería psicológica?

- ☐ Sí
- ☐ No

69. ¿Durante la cuarentena y la vigencia de las medidas de restricción de la movilidad, logró hacer un balance entre la jornada de trabajo y su vida personal y familiar?

- ☐ Muy frecuentemente
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Rara vez
- ☐ Nunca

70. ¿Considera usted que requiere atención o soporte psicológico actualmente?

- ☐ Sí
- ☐ No

71. Si la respuesta a la pregunta anterior fue sí, puede ponerse en contacto con la Clínica Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá, en el teléfono 5237471, <https://facpsicologia.up.ac.pa/servicios>.

Nota: Si desea conocer los resultados generales de esta investigación, puede visitar la siguiente dirección: <https://drive.google.com/drive/folders/1JwVsU-yZmxikbN1Q1L5AdPJMjrcg2Zp5?usp=sharing>, en la cual estarán disponibles a partir del mes de abril del año 2023,

ESCALA DE DEPRESIÓN ANSIEDAD Y ESTRÉS -21 (DASS-21)

Por favor lea las siguientes afirmaciones y marque el número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ocurrió a usted esta afirmación **durante el confinamiento y las restricciones de la movilidad por la COVID 19**. La escala de calificación es la siguiente:

- **0: No me ocurrió.**
- **1: Me ocurrió un poco, o durante parte del tiempo.**
- **2: Me ocurrió bastante, o durante una buena parte del tiempo.**
- **3: Me ocurrió mucho, o la mayor parte del tiempo.**

Afirmaciones	0	1	2	3
1. Me costó mucho descargar la tensión.				
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 cosas.				
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones.				
7. Sentí que mis manos temblaban.				
8. Sentí que estaba gastando una gran cantidad de energía.				
9. Estaba preocupado (a) por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo.				
10. Sentí que no había nada que me ilusionara.				
11. Me sentí inquieto (a).				
12. Se me hizo difícil relajarme.				

13. Me sentí triste y deprimido (a).				
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. Me sentí enfadado (a) con facilidad.				
19. Sentí 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.				

ESCALA DE RESILIENCIA DE CONNOR-DAVIDSON (CD-RISC)

Indique cuál es su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones o casos, **durante** el confinamiento y las restricciones de la movilidad por la COVID-19. Si alguna en particular no le ocurrió, responda según crea que se hubiera sentido. Utilice para ello la siguiente escala:

- **0: Nunca.**
- **1: Rara vez.**
- **2: A veces.**
- **3: A menudo.**
- **4: Casi siempre.**

Afirmaciones	0	1	2	3	4
1. Fui capaz de adaptarme cuando surgieron cambios.					
2. Tuve al menos una relación íntima y segura que me ayudó cuando estuve estresado (a).					
3. Cuando no hubo soluciones claras a mis problemas, a veces la suerte o Dios pudo ayudarme.					
4. Pude enfrentarme a cualquier cosa.					
5. Los éxitos del pasado me dieron confianza para enfrentarme a nuevos desafíos y dificultades.					
6. Cuando me enfrenté a los problemas intenté ver su lado gracioso.					
7. Enfrentarme a las dificultades pudo hacerme más fuerte.					
8. Tengo tendencia a recuperarme pronto luego de enfermedades, heridas u otras dificultades.					
9. Buenas o malas, creo que la mayoría de las cosas ocurrieron por alguna razón.					
10. Siempre me esfuerzo sin importar cuál pueda ser el resultado.					
11. Creo que pude lograr mis objetivos, incluso con los obstáculos.					
12. No me di por vencido (a), aunque las cosas parecían no tener solución.					

13. Durante los momentos de estrés o crisis, supe dónde podía buscar ayuda.					
14. Bajo presión, me mantuve enfocado (a) y pensé claramente.					
15. Preferí intentar solucionar las cosas por mí mismo, a dejar que otros decidieran por mí.					
16. No me desanimé fácilmente ante el fracaso.					
17. Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los desafíos y dificultades vitales.					
18. Si es necesario, puedo tomar decisiones difíciles que podrían afectar a otras personas.					
19. Fui capaz de manejar sentimientos desagradables o dolorosos: Ej. tristeza, temor y enfado.					
20. Al enfrentarse a los problemas a veces hay que actuar intuitivamente (sin saber por qué).					
21. Tengo un fuerte sentido de propósito en la vida.					
22. Me sentí en control de mi vida.					
23. Me gustan los desafíos.					
24. Trabajo para alcanzar mis objetivos, sin importar las dificultades en el camino.					
25. Estoy orgulloso (a) de mis logros.					

ESCALA ATENAS DE INSOMNIO

Esta escala está diseñada para registrar la percepción de cualquier dificultad en el sueño que usted pudiera haber experimentado. Por favor marque la opción de cada enunciado para indicar su estimación de cualquier dificultad, ocurrida **durante el confinamiento y la restricción de la movilidad por la COVID-19.**

Inducción del dormir (tiempo que le tomaba quedarse dormido una vez acostado).	
	0. Ningún problema.
	1. Ligeramente retrasado.
	2. Marcadamente retrasado.
	3. Muy retrasado o no durmió en absoluto.
Despertarse durante la noche.	
	0. Ningún problema.
	1. Problema menor.
	2. Problema considerable.
	3. Problema serio o no durmió en absoluto.
Despertarse más temprano de lo deseado.	
	0. No más temprano.
	1. Un poco más temprano.
	2. Marcadamente más temprano.
	3. Mucho más temprano o no durmió en lo absoluto.
Duración total del dormir.	
	0. Suficiente.
	1. Ligeramente insuficiente.
	2. Marcadamente insuficiente.
	3. Muy insuficiente o no durmió en absoluto.
Calidad general del dormir (no importa cuánto tiempo durmió usted).	
	0. Satisfactoria.
	1. Ligeramente insatisfactoria.
	2. Marcadamente insatisfactoria.

	3. Muy insatisfactoria o no durmió en absoluto.
--	---

Sensación de bienestar durante el día.

	0. Normal.
	1. Ligeramente disminuida.
	2. Marcadamente disminuida.
	3. Muy disminuida.

Funcionamiento (físico y mental) durante el día.

	0. Normal.
	1. Ligeramente disminuido.
	2. Marcadamente disminuido.
	3. Muy disminuido.

Somnolencia durante el día.

	0. Ninguna.
	1. Leve.
	2. Considerable.
	3. Intensa.

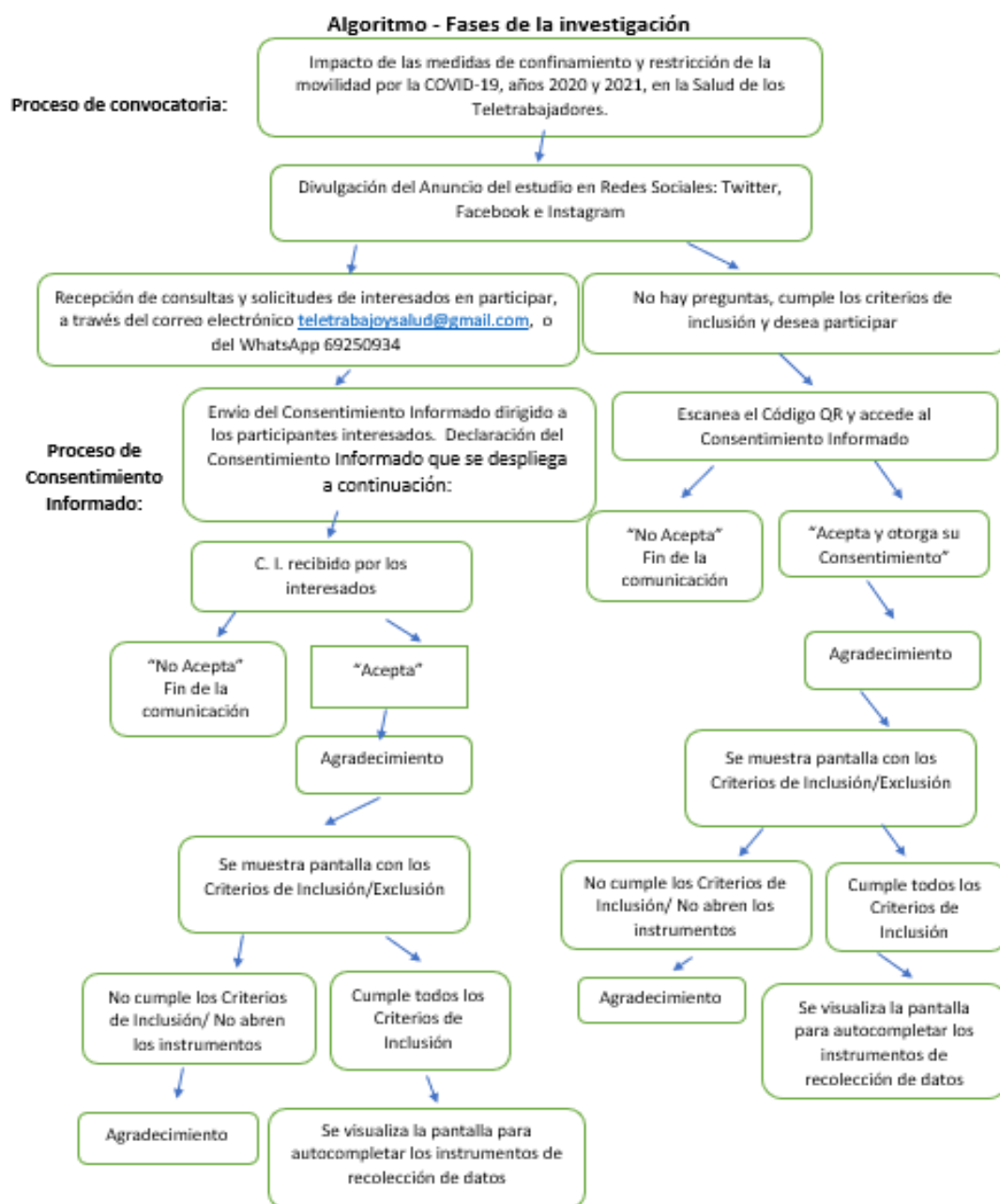
ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO

Lea cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indique que tan de acuerdo está con cada una de ellas, recordando las situaciones vividas durante el confinamiento y la restricción de la movilidad por la COVID-19, empleando esta escala:

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente de desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Más bien en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Hubo una persona que estuvo cerca en una situación difícil.	1	2	3	4	5	6	7
2. Existió una persona especial con la cual yo pude compartir penas y alegrías.	1	2	3	4	5	6	7
3. Mi familia realmente intentó ayudarme.	1	2	3	4	5	6	7
4. Obtuve de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesité.	1	2	3	4	5	6	7
5. Existió una persona que realmente fue una fuente de bienestar para mí.	1	2	3	4	5	6	7
6. Mis amigos realmente trataron de ayudarme.	1	2	3	4	5	6	7
7. Pude contar con mis amigos cuando las cosas iban mal.	1	2	3	4	5	6	7
8. Pude hablar de mis problemas con mi familia.	1	2	3	4	5	6	7
9. Tuve amigos con los que pude compartir las penas y alegrías.	1	2	3	4	5	6	7
10. Existió una persona especial en mi vida que se preocupó por mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
11. Mi familia se mostró dispuesta a ayudarme para tomar decisiones.	1	2	3	4	5	6	7
12. Pude hablar de mis problemas con mis amigos.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo. 3. Algoritmo (Fases de la investigación)



Anexo 4. Anuncio para las redes sociales:



¿Teletrabajaste durante la Pandemia del COVID 19?

¿Quieres apoyar a la Ciencia? Participa en el estudio:

Impacto de las medidas de confinamiento y restricción de la movilidad por la COVID-19, años 2020 y 2021, en la Salud de los Teletrabajadores de la república de Panamá.





Criterios de inclusión:

- Ser mayor de edad.
- Haber realizado por lo menos un (1) mes de teletrabajo, en el sector privado, durante la Pandemia de la COVID-19.
- Haber laborado al menos seis (6) meses en dicha empresa.
- Disponer de entre 30 y 60 minutos para responder varias encuestas en línea.
- Contar con data para poder responder.

Más información:

- WhatsApp: 69250934
- Correo electrónico: teletrabajosalud@gmail.com
- Si cumple los requisitos y desea participar ingrese con este código:



Estudio aprobado por el Comité Nacional de Bioética de Investigación (CNBI)