UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

TEMA:

IMPACTO DEL COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DEL PROFESIONAL ENFERMERO DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

AUTORES:

Luis Humberto Velasco Moyano

David Alexander Pilataxi Sisa

TUTOR

Lic. María José Fierro Bósquez. MSc

GUARANDA – ECUADOR

JUNIO

DEDICATORIA

El presente trabajo de tesis quiero dedicar primeramente a ti mi Dios por bendecirme con salud y vida para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño, luego también quiero dedicar con todo mi corazón a mi madre que con su amor, trabajo y sacrificio siempre estuvo ahí apoyándome, nunca dejó de apoyarme, hasta en la cosa más mínima estuvo preocupada por mí para que pudiera culminar con éxito mi carrera.

También le dedico a mi hermana por ser como mi segunda madre, me ha ayudado a crecer como persona y a lo largo de toda mi vida ha velado por mi bienestar y educación, siendo mi apoyo en todo momento dándome su absoluta confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un sólo momento en mi capacidad e inteligencia.

Dedico también a mi cuñado por su cariño y apoyo incondicional, ya que de una u otra manera también me ha apoyado económicamente durante todo este proceso. A toda mi familia porque con sus oraciones, y sus buenos consejos hicieron de mí una mejor persona.

Finalmente dedico y a la vez agradezco a todas las autoridades de la Universidad Estatal de Bolívar por confiar en mí y darme la oportunidad de estudiar, a mis maestros gracias por compartir sus conocimientos, por prepararme para un futuro mejor, al ser un gran profesional y una mejor persona.

David Alexander Pilataxi Sisa

A DIOS

En primer lugar, le dedico este trabajo a Dios porque sin él no tuviera nada de lo que tengo hoy, le doy las gracias a él quien me regala sabiduría y conocimiento en el día a día; gracias por fortalecerme para seguir cuando he estado a punto de caer, gracias por llenarme de oportunidades y compasión cada mañana, puesto que sin Dios a mi lado no tendría el honor de presentar tan importante trabajo.

A MIS PADRES

Este trabajo se lo dedico a mis padres, quienes siempre han estado apoyándome de manera incondicional, me enseñaron a caminar por el sendero de la rectitud cuando perdido me encontraba, a enfrentarme a mis miedos, mirar hacia el futuro y alcanzar mis metas. Mis padres me han motivado para cumplir mis sueños, esa es la razón por la que les dedico este trabajo, gracias por traerme a este mundo, enseñarme el camino correcto, seguiré avanzando a paso firme hasta lograr mi objetivo.

A MI ESPOSA E HIJOS

Este trabajo se lo dedico a mi cariño y amor a mi amada esposa por su sacrificio y esfuerzo día a día, por creer en mis capacidades, por estar siempre a mi lado inclusive en los momentos difíciles y situaciones más tormentosas, por su apoyo y comprensión. Gracias por motivarme a seguir, darme esperanzas, por estar siempre diciéndome que lograría mi meta, me ayudaste hasta donde te era posible e inclusive más que eso, muchas gracias mi amor.

A mis hijos que son la mayor fuente de mi motivación e inspiración para poder superarme cada día y poder luchar con el objetivo de que la vida nos depare un futuro mejor.

A MIS HERMANOS:

A mis hermanos porque de una u otra forma influyeron en mi vida con experiencias, tiempo y confianza que depositaron en mí para cumplir mi meta, por eso se los dedico a ellos.

A MIS MAESTROS:

Les dedico este trabajo como un símbolo de agradecimiento, admiración y respeto porque la labor de guiar a los futuros profesionales no siempre es sencilla, gracias por compartir sus conocimientos y experiencias para nuestra formación académica, por el tiempo y la atención que nos brindaron durante nuestro transitar por las aulas.

Luis Humberto Velasco Moyano

AGRADECIMIENTO

Agradecemos primero a Dios porque todos los días de nuestra vida nos bendice, y nos presenta la oportunidad de disfrutar junto a las personas que nos aman, gracias a nuestros padres por permitirnos conocer más a Dios y su amor infinito.

Les agradecemos a nuestros padres, por sacrificarse en el día a día ante las adversidades de la vida, por estar apoyándonos incondicionalmente, por habernos enseñado valores como el respeto y la humildad con los demás, por estar siempre al pendiente de nuestro desarrollo personal y académico, les agradecemos infinitamente los consejos impartidos y la guía brindada en nuestras vidas.

Agradecemos al personal administrativo y maestros de la Universidad Estatal de Bolívar, de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano, de la Carrera Enfermería, por los conocimientos impartidos y por haber compartido con nosotros sus experiencias durante nuestra formación académica.

Agradecemos de manera especial a la Lcda. María José Fierro por haber compartido sus conocimientos, experiencias, y por encaminar el presente trabajo de investigación.

Finalmente agradecemos enormemente al personal de salud del Hospital Alfredo Noboa Montenegro por haber participado en este estudio.

David Alexander Pilataxi Sisa

Luis Humberto Velasco Moyano

TÍTULO.

Impacto del Covid-19 en la salud mental del profesional enfermero del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA..... I
AGRADECIMIENTO.....III
TITULO..... IV
ÍNDICE GENERAL.....V
ÍNDICE DE TABLAS.....VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....X
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.....XII
DECLARACIÓN JURAMENTADA..... XIV
RESUMEN EJECUTIVO..... XVI
ABSTRACT..... XVII
INTRODUCCIÓN.....XVIII
CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA.....1
1.1. Planteamiento del problema.....1
1.2. Formulación del problema.....2
1.3. Objetivos.....3
1.3.1. Objetivo general.....3
1.3.2. Objetivos específicos.....3
1.4. Justificación.....4
1.5. Limitaciones.....5
CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO.....6
2.1. Antecedentes de la investigación.....6
2.1.1. Nivel internacional.....6
2.1.2. A nivel nacional.....12
2.1.3. A nivel local.....15
2.2. Bases teóricas.....16
2.2.1. Enfermedad.....16
2.2.2. Nociones sobre la palabra pandemia.....18
2.2.3. El SARS-CoV-2 y COVID-19.....26
2.2.4. El COVID-19 en el mundo.....36

2.2.5. Situación nacional por Covid-19 37
2.2.6. Contagios del personal de salud en las Américas 42
2.2.7. Salud Mental 44
2.2.8. Las emociones....46
2.2.9. Impacto emocional 53
2.2.10. Estrés 57
2.2.11. Depresión 59
2.2.12. Ansiedad 60
2.4. Síntesis de hipótesis 64
2.4.1. Hipótesis alterna....64
2.4.2. Hipótesis nula....64
2.5. Síntesis de Variables 65
2.5.1. Unidad de observación....65
2.5.2. Variable Dependiente....65
2.5.3. Variable Independiente 65
2.5.4. Operacionalización de variables 66
CAPÍTULO 3: MARCO METODOLÓGICO 72
3.1. Nivel de investigación....72
3.1.1. Por la profundidad....72
3.1.2. Por su enfoque....72
3.2. Diseño 73
3.2.1. De campo 73
3.2.2. Documental 73
3.2.3. No experimental....73
3.2.4. Correlacional....74
3.3. Población y Muestra 75
3.3.1. Criterios de inclusión 75
3.3.2. Criterios de exclusión 75
3.4. Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos 76
3.4.1. Ficha de caracterización sociodemográfica 76
3.4.2. Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) 76

3.4.2. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) 77
3.4.4. Google Forms.....79
3.5. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos.....79
3.5.1. Se envió una solicitud de autorización a la institución de estudio.....79
3.5.2. Firma del consentimiento informado a cada uno de las personas del estudio 79
3.5.3. Recolección de datos a través de la aplicación Google Forms 80
3.5.4. Análisis de datos obtenidas a través del Software SPSS 80
CAPÍTULO 4: RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS 130
4.1. Discusión 134
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 138
5.1. Conclusiones 138
5.2. Recomendaciones 139
BIBLIOGRAFÍA 140
ANEXOS.....148
Anexo 1: Listado de correo electrónico de los participantes del estudio 148
Anexo 2: Validación del Instrumento.....149
Anexo 3: Consentimiento Informado 151
Anexo 4: Ficha de caracterización sociodemográfica 152
Anexo 5: Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21).....155
Anexo 6: Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9).....156
Anexo 7: Encuesta en la plataforma de Google Forms 157
Anexo 8: Respuestas recibidas en la plataforma del Google Forms 157
Anexo 9: Cronograma 158
Anexo 10: Presupuesto.....160
Anexo 11: Oficios pertinentes para la realización del estudio 161
Anexo 12: Certificado Urkund.....164
Anexo 13: Evidencias fotográficas.....165

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. *Covid-19, gripe, resfriado, estos son los síntomas* **29**
Tabla 2. *¿Que podría aumentar el riesgo de enfermar gravemente de Covid-19?* **33**
Tabla 3. *Situación de Covid-19 en el mundo* **36**
Tabla 4. *Países más afectados por Covid-19* **37**
Tabla 5. *Detalle de casos* **38**
Tabla 6. *Detalle de fallecidos* **38**
Tabla 7. *Casos confirmados por grupo etario* **39**
Tabla 8. *Casos confirmados por sexo* **39**
Tabla 9. *Detalle de casos por provincias* **40**
Tabla 10. *Detalle de casos por cantones de la provincia de Bolívar* **42**
Tabla 11. *Operacionalización variable dependiente* **66**
Tabla 12. *Operacionalización variable independiente* **68**
Tabla 13. *Puntos de corte comúnmente utilizados para la Escala DASS*-21 ..... **77**
Tabla 14. *Puntos de corte comúnmente utilizados para el cuestionario PHQ-9* **78**
Tabla 15. *Tabla de frecuencia de la variable género* **81**
Tabla 16. *Tabla de frecuencia de la variable autoidentificación étnica* **82**
Tabla 17. *Tabla de frecuencias de la variable edad* **83**
Tabla 18. *Tabla de frecuencia de la variable estado civil* **84**
Tabla 19. *Tabla de frecuencia de la variable número de hijos* **85**
Tabla 20. *Tabla de frecuencia de la variable ingreso mensual* **86**
Tabla 21. *Tabla de frecuencia de la variable tipo de vivienda* **87**
Tabla 22. *Tabla de frecuencia de la variable religiones que se practican* **88**
Tabla 23. *Tabla de frecuencia de la variable discapacidad* **89**
Tabla 24. *Tabla de frecuencia de la variable tipo de discapacidad* **90**
Tabla 25. *Tabla de frecuencia de la variable grado de discapacidad* **91**
Tabla 26. *Tabla de frecuencia de la variable nivel de formación académica* **92**
Tabla 27. *Tabla de frecuencia de la variable años de experiencia profesional* **93**
Tabla 28. *Tabla de frecuencia de la variable servicio del personal de enfermería* **94**
Tabla 29. *Tabla de frecuencia de la variable situación laboral* **95**

Tabla 30. *Tabla de frecuencia de la variable horario de trabajo* **96**
Tabla 31. *Tabla de frecuencia de la variable patología mental* **97**
Tabla 32. *Tabla de frecuencia de la variable enfermedades* **98**
Tabla 33. *Tabla de frecuencia de la variable personas dependientes* **100**
Tabla 34. *Tabla de frecuencia de la variable diagnóstico de Covid – 19* **101**
Tabla 35. *Tabla de frecuencia de la variable fallecimiento de una familiar con Covid* **102**
Tabla 36. *Tabla de frecuencia de la variable fallecimiento de un amigo con Covid* **103**
Tabla 37. *Tabla de frecuencia de la variable violencia a causa del trabajo* **104**
Tabla 38. *Tabla de frecuencia de la variable consumo de sustancias estupefacientes* **105**
Tabla 39. *Alfa de Cronbach de la Escala Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)*.....**106**
Tabla 40. *Ajuste del Alfa de Cronbach eliminando ítems del DASS – 21* **106**
Tabla 41. *Alfa de Cronbach del Cuestionario para la depresión PHQ – 9*.....**107**
Tabla 42. *Ajuste del Alfa de Cronbach eliminando ítems del PHQ – 9*.....**108**
Tabla 43. *Tabla de frecuencia DASS -21 subescala depresión* **109**
Tabla 44. *Tabla de frecuencia DASS -21 subescala ansiedad* **110**
Tabla 45. *Tabla de frecuencia DASS -21 subescala estrés* **111**
Tabla 46. *Tabla de frecuencia PHQ-9*.....**112**
Tabla 47. *Resultados de la evaluación de la depresión y la ansiedad – por género* **113**
Tabla 48. *Resultados de la evaluación de la depresión – por rangos de edad* **115**
Tabla 49. *Resultados de la evaluación de ansiedad y depresión – por ingreso mensual* **116**
Tabla 50. *Resultados de la evaluación de ansiedad y depresión – por nivel de formación* **118**
Tabla 51. *Resultados de la evaluación de depresión – por años de experiencia* **120**
Tabla 52. *Resultados de la evaluación de depresión – por situación laboral* **122**
Tabla 53. *Resultados de la evaluación de depresión – fallecimiento de un familiar* **124**
Tabla 54. *Prueba de normalidad* **126**
Tabla 55. *Resultados de las pruebas de hipótesis con datos sociodemográficos* **128**
Tabla 56. *Resultados de las pruebas de hipótesis con los factores de riesgo identificados* **129**
Tabla 57. *Resultados por objetivos*.....**130**

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. .....**17**
Gráfico 2. *Las Fases de la Pandemia* **19**
Gráfico 3. *Cronología de las pandemias* **20**
Gráfico 4. *Cadena epidemiologia del Covid-19* **27**
Gráfico 5. *Ciclo vida Covid-19* **28**
Gráfico 6. *Factores de riesgo para enfermar gravemente de Covid-19* **30**
Gráfico 7. *El Sistema Límbico* **49**
Gráfico 8. *Gráfico de barras de la variable género* **81**
Gráfico 9. *Gráfico de barras de la variable autoidentificación étnica* **82**
Gráfico 10. *Gráfico de barras de la variable edad* **83**
Gráfico 11. *Gráfico de barras de la variable estado civil* **84**
Gráfico 12. *Gráfico de barras de la variable número de hijos* **85**
Gráfico 13. *Gráfico de barras de la variable ingreso mensual* **86**
Gráfico 14. *Gráfico de barras de la variable tipo de vivienda* **87**
Gráfico 15. *Gráfico de barras de la variable religiones que se practican* **88**
Gráfico 16. *Gráfico de barras de la variable discapacidad* **89**
Gráfico 17. *Gráfico de barras de la variable tipo de discapacidad* **90**
Gráfico 18. *Gráfico de barras de la variable grado de discapacidad* 91
Gráfico 19. *Gráfico de barras de la variable nivel de formación académica* **92**
Gráfico 20. *Gráfico de barras de la variable años de experiencia profesional* **93**
Gráfico 21. *Gráfico de barras de la variable servicio en el que labora* **94**
Gráfico 22. *Gráfico de barras de la variable situación laboral* **95**
Gráfico 23. *Gráfico de barras de la variable horario de trabajo* **96**
Gráfico 24. *Gráfico de barras de la variable patología mental* **97**
Gráfico 25. *Gráfico de barras de la variable enfermedades* **99**
Gráfico 26. *Gráfico de barras de la variable personas dependientes* **100**
Gráfico 27. *Gráfico de barras de la variable diagnóstico de Covid – 19* **101**
Gráfico 28. *Gráfico de sectores de la variable fallecimiento de un familiar con Covid* **102**
Gráfico 29. *Gráfico de barras de la variable fallecimiento de un amigo con Covid* **103**

Gráfico 30. *Gráfico de barras de la variable violencia a causa del trabajo*.....**104**
Gráfico 31. *Gráfico de barras de la variable consumo de sustancias estupefacientes* **105**
Gráfico 32. *Gráfico de barras DASS -21 sub escala depresión* **109**
Gráfico 33. *Gráfico de barras DASS -21 subescala ansiedad* **110**
Gráfico 34. *Gráfico de barras DASS -21 sub escala estrés*.....**111**
Gráfico 35. *Gráfico de barras PHQ-9* **112**
Gráfico 36. *Diagrama de cajas de la evaluación de depresión DASS-21 por genero* **113**
Gráfico 37. *Diagrama de cajas de la evaluación de depresión PHQ-9 por genero* **114**
Gráfico 38. *Diagrama de cajas de la evaluación de ansiedad DASS-21 por género*.....***114***
Gráfico 39. *Diagrama de cajas de la evaluación de depresión – por rangos de edad* 1**15**
Gráfico 40. *Diagrama de cajas de la evaluación de ansiedad – por ingreso mensual* **116**
Gráfico 41. *Diagrama de cajas de la evaluación de depresión – por ingreso mensual*.....**117**
Gráfico 42. *Diagrama de cajas de la evaluación de depresión DASS – 21 por nivel de formación* **118**
Gráfico 43. *Diagrama de cajas de la evaluación de depresión PHQ – 9 por nivel de formación* **119**
Gráfico 44. *Diagrama de cajas de la evaluación de la ansiedad por nivel de formación* **119**
Gráfico 45. *Diagrama de cajas de la evaluación de la depresión por años de experiencia profesional* **121**
Gráfico 46. *Diagrama de cajas de la evaluación de la depresión DASS – 21 por situación laboral*.....**122**
Gráfico 47. *Diagrama de cajas de la evaluación de la depresión PHQ - 9 por situación laboral* **122**
Gráfico 48. *Diagrama de cajas de la evaluación de la depresión DASS – 21 por fallecimiento de un familiar* **124**
Gráfico 49. *Diagrama de cajas de la evaluación de la depresión PHQ - 9 por fallecimiento de un familiar*.....**124**

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Lic. María José Fierro Bósquez. MsC

Guaranda, 09 de junio de 2021

La suscrita Lcda. María José Fierro Bósquez - Tutora del trabajo de investigación, como modalidad de Titulación

CERTIFICA

Que el trabajo de investigación como requisito para la Titulación de Grado con el tema: IMPACTO DEL COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DEL PROFESIONAL ENFERMERO DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, realizado por los estudiantes: Velasco Moyano Luis Humberto y Pilataxi Sisa David Alexander han cumplido con los lineamientos metodológicos contemplados en la Unidad de Titulación de la Carrera de Enfermería, para ser sometido a revisión y calificación por los miembros del tribunal por la Comisión de Titulación y aprobado en Consejo Directivo de la Facultad y posteriormente a la sustentación pública respectiva.

Lic. María José Fierro Bósquez. MSc

TUTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Notaria Tercera del Cantón Guaranda
Msc.Ab. Henry Rojas Narvaez
Notario

....rio

N° ESCRITURA 20210201003P01018

DECLARACION JURAMENTADA

OTORGADA POR:

DAVID ALEXANDER PILATAXI SISA Y

LUIS HUMBERTO VELASCO MOYANO

INDETERMINADA

DI: 2 COPIAS L.L.

Factura: 001-001-000009892

En la ciudad de Guaranda, capital de la provincia Bolívar, República del Ecuador, hoy día siete de julio del dos mil veintiuno, **ante mi Abogado HENRY ROJAS NARVAEZ, Notario Público Tercero del Cantón Guaranda**, comparecen los señores DAVID ALEXANDER PILATAXI SISA soltero, domiciliado en la ciudad de Riobamba y de paso por esta ciudad de Guaranda, celular 0969577001, correo electrónico es sisaa973@gmail.com; y, LUIS HUMBERTO VELASCO MOYANO casado, domiciliado en la parroquia San Pablo de Atenas del Cantón San Miguel y de paso por esta ciudad de Guaranda, celular 0939121983, correo electrónico es luish_vm@hotmail.com de profesiones Licenciadas, por sus propios y personales derechos, obligarse a quienes de conocerles doy fe en virtud de haberme exhibido sus documentos de identificación y con su autorización se ha procedido a verificar la información en el Sistema Nacional de Identificación Ciudadana; bien instruidos por mí el Notario con el objeto y resultado de esta escritura pública a la que procede libre y voluntariamente, advertidos de la gravedad del juramento y las penas de perjurio, me presenta su declaración Bajo Juramento declaran lo siguientes "Previo a la obtención del título de Licenciados en Ciencias de la Enfermería, manifestamos que el criterio e ideas emitidas en el presente trabajo de investigación titulado " IMPACTO DE COVID- 19 EN LA SALUD MENTAL DEL PROFESIONAL ENFERMERO DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO", es de nuestra exclusiva responsabilidad en calidad de autores". Es todo cuanto puedo declarar en honor a la verdad, la misma que la hago para los fines legales pertinentes. HASTA AQUÍ LA DECLARACIÓN JURADA. La misma que elevada a escritura pública con todo su valor legal. Para el otorgamiento de la presente escritura pública se observaron todos los preceptos legales del caso, leída que les fue a las compareciente por mí el Notario en unidad de acto, aquella se ratifica y firma conmigo de todo lo cual doy Fe.

DAVID ALEXANDER PILATAXI SISA
C.C 0604988410

LUIS HUMBERTO VELASCO MOYANO
C.C. 0202295549

AB. HENRY ROJAS NARVAEZ
NOTARIO PUBLICO TERCERO DEL CANTON GUARANDA

DECLARACION JURAMENTADA DE AUTORIA

Nosotros **LUIS HUMBERTO VELASCO MOYANO** portador de cédula **0202295549** y **DAVID ALEXANDER PILATAXI SISA** portador de la cédula **0604988410** egresados de la carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano de la Universidad Estatal de Bolívar, bajo juramento declaramos en forma libre y voluntaria que el trabajo de investigación con el tema "IMPACTO DE COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DEL PROFESIONAL ENFERMERO DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO"; ha sido realizado por nosotros con la dirección del tutor, docente de la carrera señalada, por tanto es de nuestra autoría. En tal sentido, dejamos constancia que las expresiones vertidas en el desarrollo de este documento se han elaborado en base a la recopilación bibliográfica, tanto de libros, revistas, medios de comunicación, publicaciones y demás firmas necesarias para la producción de esta investigación.

LUIS HUMBERTO VELASCO MOYANO

C.I. 0202295549

Autor 1

DAVID ALEXANDER PILATAXI SISA

C.I. 0604988410

Autor 2

RESUMEN EJECUTIVO

A lo largo de la historia se reportan un sinnúmero de enfermedades, que atacaron de forma masiva a las personas, ante el desconocimiento de su origen y su tratamiento, promovieron la incertidumbre en la sociedad, comparables a fenómenos naturales las epidemias diezmaron poblaciones, transformando sociedades, ocasionando muerte y produciendo reacciones negativas en la salud mental; el presente estudio tiene como objetivo determinar el impacto del Covid - 19 en la salud mental del profesional enfermero. El estudio es de tipo descriptivo con un enfoque cuantitativo - transversal, la muestra de estudio estuvo conformada por los 91 profesionales de enfermería que laboran en las diversas áreas del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda-Ecuador. Los datos fueron recopilados utilizando las escalas DASS-21 y PHQ-9, aplicadas por vía virtual a través de la función de formularios de Google, en el mes de abril del 2021. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics for Windows, Versión 25.0. Resultados: El coeficiente Alfa de Cronbach de las Escalas DASS-21 y PHQ-9 para este estudio fue de 0,926 y 0,853 respectivamente. La escala DASS-21 manifiesta que el 35,16% (32/91) de los profesionales de enfermería presentaron algún grado de depresión, así mismo el 40,66%, (54/91) presentó algún grado de ansiedad y el 17,58% (16/91) algún grado de estrés. Por otro lado el test PHQ-9 evidencia la presencia del trastorno depresivo mínimo en el 56.0 % (51/91), a su vez el trastorno depresivo leve se encuentra presente en un 28,6% (26/91),y el trastorno depresivo moderado en un 8,8% (8/91),el trastorno depresivo moderado a grave expresa un 4,4% (4/91) y a el trastorno depresivo grave se manifiesta en un 2,2% (2/91). En este sentido se llegó a comprobar mediante las pruebas de Kruskal–Wallis y Mann–Whitney que los factores de riesgo: Género, edad, ingreso mensual, práctica de una religión, nivel de formación académica, años de experiencia profesional, situación laboral y fallecimiento de un familiar con Covid tienen relación con los problemas de salud mental presentados por los profesionales de Enfermería. El Covid-19 ha golpeado duramente la salud mental del profesional de enfermería, repercutiendo negativamente sobre su salud mental.

Palabras clave:

Ansiedad. Estrés. Depresión. Pandemia. Factores de riesgo, Covid-19

ABSTRACT

Throughout history, countless diseases have been reported, which massively attacked people, given the ignorance of their origin and their treatment, promoted uncertainty in society, comparable to natural phenomena, epidemics decimated populations, transforming societies , causing death and producing negative reactions in mental health; The present study aims to determine the impact of Covid - 19 on the mental health of the nursing professional. The study is descriptive with a quantitative-cross-sectional approach, the study sample was made up of 91 nursing professionals who work in the various areas of the Alfredo Noboa Montenegro Hospital in the city of Guaranda-Ecuador. The data were collected using the DASS-21 and PHQ-9 scales, applied by virtual means through the Google forms function, in April 2021. The data were analyzed using the statistical program IBM SPSS Statistics for Windows , Version 25.0. Results: The Cronbach's Alpha coefficient of the DASS-21 and PHQ-9 Scales for this study was 0.926 and 0.853, respectively. The DASS-21 scale shows that 35.16% (32/91) of the nursing professionals presented some degree of depression, likewise 40.66% (54/91) presented some degree of anxiety and 17, 58% (16/91) some degree of stress. On the other hand, the PHQ-9 test shows the presence of minimal depressive disorder in 56.0% (51/91), in turn mild depressive disorder is present in 28.6% (26/91), and moderate depressive in 8.8% (8/91), moderate to severe depressive disorder expresses 4.4% (4/91) and severe depressive disorder manifests in 2.2% (2/91). In this sense, it was found through the Kruskal – Wallis and Mann – Whitney tests that the risk factors: Gender, age, monthly income, practice of a religion, level of academic training, years of professional experience, employment status and death of a family member with Covid are related to mental health problems presented by Nursing professionals. Covid-19 has hit the mental health of nursing professionals hard, negatively impacting their mental health.

Keywords:

Anxiety. Stress. Depression. Pandemic. Risk factor's. Covid-19.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el Covid -19 ha afectado significativamente a la sociedad en general, en la esfera económica, política, social, y en gran medida al sistema de salud provocando una grave crisis sanitaria a nivel mundial. En diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan (Hubei China) se identifica un grupo de pacientes con esta etiología desconocida, cuyo único foco de exposición es el mercado de ventas y animales vivos en esa ciudad.

En un estudio realizado en Wuhan a 246 miembros del personal de salud, durante los meses de enero a marzo del 2019, la tasa de ansiedad en el personal de salud fue de 23,04% (53/230) , Entre ellos, la incidencia de ansiedad severa, ansiedad moderada y ansiedad leve fueron 2,17% (5/230), 4,78% (11/230) y 16,09% (37/230) respectivamente, destacando que la tasa de ansiedad entre las enfermeras fue mayor que la de los médicos, mientras que el puntaje de estrés del personal de salud femenino fue más alto que el de los hombres(Lozano Vargas, 2020).

A primeros días de marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote de coronavirus como pandemia global. En razón de ello, los equipos de salud especialmente el personal enfermero al encontrarse en primera línea, ha asumido la enorme responsabilidad de atender de manera directa a los pacientes de Covid, aunque aquello signifique poner en riesgo su vida, y las de sus familias, convencidos de su deber moral de proteger y evitar muertes masivas en los hospitales, estos son aspectos que influyen en el bienestar psicológico del enfermero.

Como consecuencia, pensamientos y emociones negativas pueden dañar su salud mental, repercutiendo en sus labores asistenciales, en las capacidades de manejo situacional y sobre todo en la calidad de la atención, como se demostró en un estudio de Wuhan aplicado a 1257 profesionales de la salud; en el cual, destacan que los trabajadores de salud que experimentaron una carga psicológica, eran las enfermeras, mujeres, las de Wuhan, y trabajadores de atención médica de primera línea que se dedicaban directamente al diagnóstico, tratamiento y atención a pacientes con COVID-19, asociándose a ellos un mayor riesgo de síntomas de depresión, ansiedad, insomnio, y estrés (J. Lai et al., 2020).

Por último, al hablar de salud mental existen factores de riesgo que condicionan o no la aparición de un trastorno mental, estando estos asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, en mayor gravedad y duración, problemas como ansiedad, estrés, depresión, miedo, insomnio, pensamientos suicidas han aparecido en los equipos de salud, afectando mayormente a la enfermera, pues es ella en quien está centrado en el trabajo asistencial, el cual implica un vínculo directo entre el profesional / paciente.

CAPÍTULO 1:
EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Desde el inicio de la historia de la humanidad, la enfermedad ha formado parte de ella de manera intrínseca, desde que el ser humano comenzó a unirse en sociedades, y crear núcleos de personas que vivían juntos en un mismo territorio, las enfermedades tomaron importancia. Mientras la población en el mundo fue incrementándose, las enfermedades se extendieron y afectaron varias zonas del planeta, transformándose en una amenaza para la población, se produjeron de esta manera las primeras pandemias; éstas en ocasiones transformaron a las sociedades en las que fueron surgiendo, e influyendo en el curso de la historia de la humanidad.

Desde tiempos remotos no existía una definición clara de lo que es la salud, en la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como "Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"(Organización Mundial de la Salud, 2006). Por otra parte, la OMS define a la enfermedad como "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible. (Con la revisión bibliográfica realizada no se pudo evidenciar una fuente primaria para este concepto, a pesar de los numerosos archivos y documentos examinados (Herrero Jaén, 2007).

En la actualidad el mundo sufre un nuevo acontecimiento ocasionado por un nuevo virus de la familia coronaviridae denominado SARS CoV-2 de acrónimo Severe Acute Respiratory Syndrome (Síndrome Respiratorio Agudo Severo) que causa la enfermedad llamada Covid-19; la cual estalló en un brote en la ciudad de Wuhan (China) en diciembre de 2019, el mismo que llegó a expandirse en diferentes regiones del mundo, provocando así contagios masivos afectado a más de 150 países de los 5 continentes por lo cual las autoridades de los países afectados dispusieron medidas de restricción, para evitar el incremento de contagios y muerte por esta nueva enfermedad. Por su lado, los profesionales de la salud tuvieron que afrontar la situación presente, seguir trabajando poniendo en riesgo su vida y de sus allegados, enfrentándose a una

gran presión durante su trabajo, incluyendo exponerse al riesgo de infectarse por el Covid-19, a una inapropiada protección para evitar contagiarse, sentimientos de frustración, padecer discriminación, llegar a sus domicilios o lugares de descanso a estar aislados, a la incertidumbre de pacientes y familiares, estar alejados de su familia, sufrir de cansancio físico y mental. En un estudio realizado en Wuhan a 246 miembros del personal de salud, durante los meses de enero a marzo del 2019, la tasa de ansiedad en el personal de salud fue de 23,04% (53/230) , Entre ellos, la incidencia de ansiedad severa, ansiedad moderada y ansiedad leve fueron 2,17% (5/230), 4,78% (11/230) y 16,09% (37/230) respectivamente, destacando que la tasa de ansiedad entre las enfermeras fue mayor que la de los médicos, mientras que el puntaje de estrés del personal de salud femenino fue más alto que el de los hombres (Lozano Vargas, 2020).

En el estudio realizado en la ciudad de Wuhan denominado, "Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por coronavirus 2019" el mismo que fue aplicado a 1257 profesionales de la salud, refieren que una proporción considerable de los participantes presentaron síntomas de depresión (634 [50.4%]), ansiedad (560 [44.6%]), insomnio (427[34,0%]) y estrés (899 [71,5%]). en el cual, destacan que los trabajadores de salud que experimentaron una carga psicológica, eran las enfermeras, mujeres, las de Wuhan, y trabajadores de atención médica de primera línea que se dedicaban directamente al diagnóstico, tratamiento y atención a pacientes con COVID-19, asociándose a ellos un mayor riesgo de síntomas de depresión, ansiedad, insomnio, y estrés: (J. Lai et al., 2020) por tanto, es de vital importancia determinar el estado emocional del personal de enfermería, razón por la cual se realiza este estudio.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo que afectan la salud mental del profesional de salud?

Preguntas de investigación

- ¿Cómo afecta el Covid - 19 en la salud mental del profesional enfermero?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo que condicionan la aparición de problemas de salud mental en el profesional enfermero?
- ¿Cuál es la condición de salud mental del profesional enfermero que labora en el hospital?
- ¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo y los problemas de salud mental en el profesional enfermero?

1.3 Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar el impacto del Covid - 19 en la salud mental del profesional enfermero.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo que condicionan la aparición de problemas de salud mental del profesional enfermero.
- Valorar la condición de salud mental del profesional enfermero que labora en el hospital.
- Establecer la relación entre los factores de riesgo y los problemas de salud mental en el profesional enfermero.

1.4. Justificación

Este estudio se realiza por la necesidad en la que se encuentran actualmente el Personal de Enfermería de todo el mundo, a causa de la pandemia de Covid-19, puesto que la enfermería tiene como característica principal la Gestión del Cuidado, en otras palabras conservar la vida asegurándose de satisfacer las necesidades, siendo reconocidos como el único cuidador permanente en llamado proceso asistencial; en la emergencia ocasionada por la pandemia, su permanencia con el paciente le somete diariamente a situaciones estresantes lo cual le hace altamente vulnerable de padecer afecciones físicas y psicológicas, constituyéndose esta emergencia sanitaria uno de las mayores desafíos para el Profesional de Enfermería como miembro del equipo de salud. Como consecuencia, los pensamientos y las emociones negativas pueden afectar su salud mental, repercutiendo en sus labores relacionadas con el cuidado de la salud de los pacientes, sus capacidades de manejo de situaciones y en su calidad de atención.

Tomando en consideración de lo anteriormente planteado estudios realizados como por ejemplo el de la Ciudad de Wuhan, denominado “Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China” El estudio demuestra que la tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23,04% (53/230). Entre ellos, la incidencia de ansiedad severa, ansiedad moderada y ansiedad leve fueron 2,17% (5/230), 4,78% (11/230) y 16,09% (37/230) respectivamente. Cabe recalcar que la tasa de ansiedad femenina fue mayor que la de los hombres. La tasa de ansiedad entre las enfermeras fue mayor que la de los médicos. La tasa del trastorno de estrés en el personal de salud fue del 27,39% (63/230) y el puntaje del trastorno de estrés fue de 42,92 ± 17,88 puntos. El puntaje de estrés del personal de salud femenino fue más alta que el de los hombres.(Lozano Vargas, 2020) estudios similares han demostrado que la profesión de enfermería es susceptible a padecer de trastornos psicológicos, con más frecuencia que otros profesiones, el estudio “Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por coronavirus 2019” realizado en China, en el que participaron 1257 trabajadores de la salud, el mismo refiere que el profesional de enfermería, las mujeres y los trabajadores de atención médica de primera línea, y los que trabajaban en Wuhan, China, refirieron grados más severos en todas las mediciones de síntomas de salud mental que otros profesionales de la salud (J. Lai et al., 2020).

Son pocos los estudios que se han realizado sobre el impacto del Covid-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud, que están especialmente enfocados en el Profesional de Enfermería, aún más en la actual pandemia, en la que se ha prestado poca importancia a este tema. En consecuencia, los trabajos relacionados a la salud mental en Enfermería toman un gran valor y relevancia. Cabe considerar, por otra parte, los factores de riesgo que afectan la salud mental de los Profesionales de Enfermería, estando estos asociados con una mayor posibilidad de la aparición de una enfermedad mental, de mayor gravedad y duración, habiendo factores que aumentan en gran medida el riesgo para desarrollar esta patología, sin duda la enfermedad mental en muy frecuente, llegando a afectar a 1 de cada 5 personas, apareciendo en cualquier momento de la vida, más aún en situaciones de alta presión, pudiendo no solo aparecer una, sino varias trastornos relacionados a las enfermedades mentales.

Es beneficioso porque nos permitirá obtener nuevas experiencias, estableciendo un vínculo con la sociedad, lo que nos ayuda para nuestra formación como profesionales de la salud y para poder evidenciar la situación real en la que se encuentran los profesionales de enfermería.

Es novedoso porque no se ha realizado un estudio de esta índole, en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro que abarque la totalidad del personal de enfermería que labora en el mismo. Es original porque aportará conocimiento nuevo a la ciencia.

1.5 Limitaciones

- Restricciones debido a la pandemia de Covid-19, establecidas por el COE nacional, cantonal, gubernamentales y seccionales.
- Medidas de distanciamiento por bioseguridad adoptadas en el ámbito hospitalario.
- Escasos estudios investigativos con enfoques similares a nivel local.

CAPÍTULO 2:
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Para la realización del presente trabajo de investigación se realizó una búsqueda de información relevante para un apropiado abordaje del estudio, los cuales se detallan a continuación:

2.1.1. Nivel internacional

En el estudio titulado "Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China" realizado en la ciudad de Wuhan provincia de Hubei en China. El objetivo de esta investigación fue conocer el estado psicológico del personal de salud que trabaja en la lucha contra la infección del COVID-19 y proporcionar una base teórica para la intervención psicológica, el estudio realizado fue de nivel descriptivo transversal realizado en el periodo del 7 al 14 de febrero del 2020, en el cual fueron seleccionados por un muestreo por conglomerados del personal de salud a 246 participantes. Se les aplicó la escala de autoevaluación para la ansiedad (SAS) y la escala de autoevaluación para el trastorno de estrés postraumático (PTSD-SS). Se recuperaron 230 cuestionarios con una tasa de recuperación del 93,5%. En el estudio participaron 43 hombres (18,7%) y 187 mujeres (81,3%), con edades entre 20 a 59 años (32,6 ± 6,2), donde 70 eran médicos (30,4%) y 160 eran enfermeras (69,6%). El estudio concluye que la tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23,04% (53/230). Entre ellos, la incidencia de ansiedad severa, ansiedad moderada y ansiedad leve fueron 2,17% (5/230), 4,78% (11/230) y 16,09% (37/230) respectivamente. La tasa de ansiedad femenina fue mayor que la de los hombres. La tasa de ansiedad entre las enfermeras fue mayor que la de los médicos. La tasa del trastorno de estrés en el personal de salud fue del 27,39% (63/230) y el puntaje del trastorno de estrés fue de 42,92 ± 17,88 puntos. El puntaje de estrés del personal de salud femenino fue más alta que el de los hombres (Lozano Vargas, 2020).

En el estudio titulado Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19 el objetivo de esta investigación fue determinar el grado de ansiedad, estrés y depresión que

presentan los enfermeros que atienden a los pacientes con sospecha de Covid-19. El estudio realizado fue descriptivo transversal, con muestra no probabilística por cuotas de 126 profesionales de enfermería del servicio de emergencia de dos hospitales públicos de nivel III de Lima y Callao, en Perú. Los datos fueron recopilados durante el mes de mayo del 2020, utilizando la escala DASS-21 vía virtual. El análisis descriptivo fue complementado con asociaciones de chi cuadrado. En los resultados nos muestran claramente que el 39.1% de los enfermeros presentaron algún grado de ansiedad, 24.6% algún grado de depresión y 8,8% algún grado de estrés. El sexo femenino está asociado a las 3 condiciones estudiadas. Otras características asociadas a alguna condición son edad, años de servicio y ubicación del hospital el cual se concluye que los enfermeros que atienden a los pacientes sospechosos por Covid-19 en los servicios de emergencia, presentan mayor ansiedad que depresión y en pocos casos presentaron estrés (Obando Zegarra et al., 2020).

En el estudio denominado “Impacto en la salud mental de la(del) enfermera(o) que otorga cuidados en situaciones estresantes”. El objetivo de esta investigación fue determinar el impacto en la salud mental de Enfermeras(os) que trabajan en situaciones estresantes en centros asistenciales de mediana y alta complejidad, públicos y privados. Es un estudio no experimental, transversal, descriptivo, realizado a 70 Enfermeras(os) que trabajan en Unidades de Paciente Crítico y Oncológico en la ciudad de Antofagasta, Chile, a través de un instrumento autoadministrado, escala "Nursing Stress Scale". Obteniendo como resultado de las 34 situaciones estresantes aplicadas, el 48.5% de las/los Enfermeras(os) obtuvieron puntaje mayor a 34 puntos, siendo los de mayor frecuencia: observar el sufrimiento del usuario 68,2%; realizar procedimientos que suponen experiencias dolorosas al usuario 57,6%; tener que realizar tareas no relacionadas con la Enfermería 56,1% e insuficiente personal para cubrir adecuadamente el trabajo de la unidad 53%. El estudio concluye que el 48.5% de las(los) Enfermeras(os) generan algún grado de estrés, ya que otorgar cuidados en situaciones estresantes provoca impacto en la salud mental, viéndose afectados principalmente los ambientes psicológicos, social y finalmente el ambiente físico (Muñoz Zambrano et al., 2015).

Estudio titulado Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por coronavirus 2019 el objetivo de esta investigación fue evaluar la magnitud de los resultados de salud mental y los factores asociados entre los

trabajadores de la salud que tratan a pacientes expuestos a COVID-19 en China el estudio realizado fue transversal, basado en encuestas y estratificado por regiones recopiló datos demográficos y mediciones de salud mental de 1257 trabajadores de la salud en 34 hospitales desde el 29 de enero de 2020 hasta el 3 de febrero de 2020, en China. Los trabajadores sanitarios de hospitales equipados con clínicas de fiebre o salas para pacientes con COVID-19 eran elegibles. El grado de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio se evaluó mediante las versiones chinas del Cuestionario de Salud del Paciente, del Cuestionario de Escala generalizada del Trastorno de Ansiedad, del Índice de gravedad del insomnio y de la Escala de Impacto de Eventos revisada. Se realizó un análisis de regresión logística multivariable para identificar los factores asociados con los resultados de salud mental. El resultado fue un total de 1.257 de 1.830 personas contactadas completaron la encuesta, con una tasa de participación del 68,7%. Un total de 813 profesionales (64,7%) tenían una edad de 26 a 40 años, y 964 (76,7%) eran mujeres. De todos los participantes,764 (60,8%) eran enfermeras, y 493 (39,2%) eran médicos 760 profesionales (60.5%) trabajaban en hospitales de Wuhan, y 522 (41,5%) trabajaban en atención médica de primera línea. Una proporción considerable de los participantes refirieron síntomas de depresión (634 [50.4%]), ansiedad (560 [44.6%]), insomnio (427[34,0%]) y estrés (899 [71,5%]). El profesional de enfermería, las mujeres y los trabajadores de atención médica de primera línea, y los que trabajaban en Wuhan, China, refirieron grados más severos en todas las mediciones de síntomas de salud mental que otros profesionales de la salud. Las Puntuaciones de escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada entre hombres vs mujeres fue de 2.0 [0-6.0] vs 4.0 [1.0-7.0]; P <001; Los trabajadores de atención médica en primera línea que participaron en el diagnóstico directo y en el tratamiento de pacientes con COVID-19 se asociaron con un mayor riesgo de síntomas de depresión, ansiedad, insomnio, y estrés. En conclusión se dice que en esta encuesta sobre trabajadores de la salud en hospitales equipados con clínicas de fiebre o salas para pacientes con COVID-19 en Wuhan y otras regiones de China, los participantes informaron que experimentaron una carga psicológica, especialmente enfermeras, mujeres, las de Wuhan, y trabajadores de atención médica de primera línea que se dedicaban directamente al diagnóstico, tratamiento y atención a pacientes con COVID-19 (J. Lai et al., 2020).

En el artículo titulado “Impacto psicológico del Covid-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles” realizado en el Departamento de Salud de la CAPV y Navarra, España. El

objetivo de esta investigación fue evaluar los factores que pueden desestabilizar la salud mental de estos profesionales en nuestro contexto. La muestra estuvo compuesta por 421 profesionales de la salud. Los datos se recopilaron mediante un cuestionario en línea que se les envió por correo electrónico. El DASS-21 se utilizó para evaluar la ansiedad, el estrés y la depresión, y el EAI para medir las dificultades para dormir. Además, de la muestra se recogieron otras variables descriptivas que podrían estar relacionadas con la sintomatología psicológica. El 46,7% de los participantes indicaron sufrir estrés, el 37% ansiedad, el 27,4% depresión y el 28,9% problemas de sueño. En cuanto a las diferencias por sexo, las mujeres mostraron mayores niveles de ansiedad (t [419] = 2,66, p = 0,008) y estrés (t [419] = 2,21, p = 0,027). En cuanto a la edad, fueron los mayores de 36 años los que mostraron en mayor medida estrés (32,1%), ansiedad (25,3%), insomnio (21%) y depresión (19,5%). Variables como haber estado en contacto con el virus o el miedo en el trabajo desencadenaron una mayor sintomatología. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics for Windows, Versión 25.0 (Armonk, NY, EE. UU.). El artículo concluye que los profesionales están en primera línea y, por lo tanto, están directamente expuestos a ciertos riesgos y estresores. Esto contribuye al desarrollo de diversos síntomas psicológicos (Dosil Santamaría et al., 2020).

En el artículo denominado “Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa” realizado en la ciudad de Barcelona en España entre los meses de marzo y abril del 2020. El objetivo del presente estudio fue analizar el estado emocional de los trabajadores del Hospital de Igualada (Barcelona), mientras se enfrentaban a uno de los focos de contagio más importantes de Europa. La muestra fue de 395 profesionales (35,91% del total de trabajadores del Hospital de Igualada) Se realizó una evaluación transversal entre los meses de marzo y abril. Se recogió información sobre síntomas de ansiedad, depresión, estrés. También se recogieron datos demográficos y sobre factores potencialmente estresantes. Un porcentaje significativo de profesionales reportó síntomas de ansiedad (71,6%) y depresión (60,3%). El 14,5% informó de síntomas de estrés agudo. Se realizó un análisis de regresión que explicó el 30% de la variancia asociada al nivel de malestar emocional (Ry = 0,30). Los factores de riesgo asociados a mayor malestar psicológico fueron el hecho de ser mujer (o hombre joven), trabajar como auxiliar de enfermería, celador o técnico de radiología, estar en contacto directo con pacientes Covid-19, no haber realizado la

PCR, tener la sensación de no contar con los elementos de protección personales y haber experimentado la muerte de una persona cercana por Covid-19. Debido a que todos los instrumentos se administraron de manera autoreportada, se analizó la relación de cada uno de ellos con la puntuación total del DASS-21. Este análisis se realizó mediante el coeficiente de correlación de Spearman, dado que las variables no se distribuyeron normalmente. El artículo concluye que el afrontamiento inicial de la situación de crisis asociada a la pandemia de Covid-19 tuvo un importante impacto emocional en los profesionales sanitarios analizados (Erquicia et al., 2020).

En el estudio titulado la "Salud mental de enfermería en el enfrentamiento de la COVID-19 en un hospital regional universitario", de la Ciudad de Paraná - Brasil el objetivo de este estudio fue identificar la prevalencia y los factores asociados con la ansiedad y la depresión en profesionales de enfermería que trabajan para hacer frente a COVID-19 en un hospital universitario. La metodología del estudio fue observacional transversal, con cuestionario sociodemográfico y el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), con 88 profesionales de enfermería. Los datos se analizaron utilizando la frecuencia absoluta y relativa, utilizando el paquete estadístico para el software de ciencias sociales. Resultados hubo prevalencia de ansiedad (48,9%) y depresión (25%). La mayoría de la muestra estaba compuesta por mujeres, mayores de 40 años, casadas o en una relación estable, blancas, con educación superior o educación de posgrado, con ingresos superiores a 3.000,00 reais, licitadas, con un régimen laboral de 40 horas semanales y tiempo en el hospital de 1 a 5 años Inicialmente, los datos se analizaron de forma descriptiva mediante y frecuencia relativa. acciones de depresión. Características sociodemográficas, profesional se consideraron el desempeño y la categorización profesional como variables independientes. Para probar la asociación entre la variable dependiente "presencia de ansiedad y depresión" y las variables independientes, inicialmente se realizó un análisis bivariado utilizando el chi-cuadrado prueba. Las variables que presentaron un valor de $p \leq 0.05$ en el análisis fueron clasificadas como diferencia significativa. Los datos se analizaron utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales 20 (SPSS®). En conclusión, se debe considerar el impacto en la salud mental de la enfermería causado por COVID-19 e intervenir con estrategias de afrontamiento para minimizar el sufrimiento de los profesionales (Dal'Bosco et al., 2020).

En el estudio titulado “Estrés laboral de enfermería en la Terapia Intensiva en un Hospital de Segundo Nivel”. El objetivo del estudio fue determinar el nivel de estrés laboral de enfermería en la terapia intensiva en un hospital. Se realizó un estudio con un enfoque de tipo cuantitativo, transversal, descriptivo. Los participantes fueron profesionales de enfermería que laboran en la terapia intensiva de un hospital de segundo nivel en México, el universo fue constituido por 400 enfermeras, la muestra de 30 enfermeras. Se utilizó el instrumento la versión validada de estrés laboral para médicos mexicanos, modificado para enfermeras. La técnica fue una encuesta, el cuestionario está conformado por 56 preguntas cerradas y abiertas; consta de 2 sección: La primera sección: datos sociodemográficos, la segunda sección orientada a estrés laboral. El cuestionario estuvo integrado por 6 categorías: desgaste emocional, insatisfacción por la retribución recibida, insatisfacción del ejercicio profesional, falta de motivación para el desempeño, exceso de demandas laborales y demérito profesional. El valor del nivel de estrés: nivel alto (120-81), nivel medio (82-42) y nivel bajo (41-0). Para la obtención de los datos se realizó una base de datos en el programa SPSS versión 22. De acuerdo a los datos obtenidos prevalece el género femenino el 67%, una media de edad de 30.5, una antigüedad laboral en la institución y servicio menos de un año el 50%, trabajan más de doce horas al día el 100%, grado académico enfermeras generales con el 47%. El nivel de estrés: el desgaste emocional 60% alto, la insatisfacción por la retribución recibida el 76% alto, insatisfacción del ejercicio profesional el 63% medio, falta de motivación para el desempeño el 80% medio, exceso de demandas laborales el 87% alto y demérito profesional el 43% bajo (Santana González et al., 2013).

2.1.2. A nivel nacional

En el estudio titulado "Vivencias y emociones del personal de Enfermería con pacientes Covid-19" en Cuenca – Ecuador, 2020 el objetivo del presente estudio fue explorar las vivencias y emociones del personal de Enfermería durante la asistencia de sus cuidados a pacientes con Covid-19. La metodología que se utilizó en el estudio fue exploratorio con análisis cualitativo, basados en la perspectiva fenomenológica, con selección de 12 enfermeras profesionales mediante muestreo no probabilístico. Con la técnica de entrevista individual semiestructurada y la observación de campo, se procedió a la grabación y transcripción de percepciones y se realizó un análisis de contenido. Se incluyó personal profesional de Enfermería, que tuvo contacto directo con pacientes Covid-19, de ambos sexos, de distintas edades y sin límite de experiencia en la profesión. Los participantes dieron su consentimiento para corroborar en el estudio y ser grabados en el audio. La recogida y el procesamiento de los datos se realizaron de forma simultánea. La saturación de información se logró tras realizar 10 entrevistas individuales, que tuvieron una duración de entre 10 y 15 minutos. En los resultados y análisis de los contenidos extraídos se describe lo más destacado: "Me encuentro aislada de mi familia, mis hijos, el traje te ahoga, te asfixia, no puedes salir al baño a realizar tus necesidades, te deshidratas por el sudor, la falta de líquidos, debes rotar cada seis horas en el turno". "Siento ansiedad al iniciar el turno, miedo de contagiarme y llevar la enfermedad a mi familia, me siento muy limitada en la relación enfermera-paciente ``Como conclusiones del presente estudio El Covid-19 es una enfermedad altamente contagiosa de persona a persona. En la atención por el personal de Enfermería se presentan situaciones negativas de miedo al contagio y positivas como la satisfacción al ver al paciente recuperado, gracias al cuidado directo (Minchala Urgilés, 2020).

En el artículo titulado "Estado emocional del personal de salud del Centro de atención Especializado Familymed" durante la pandemia del Covid- 19" realizado en el mes de julio del 2020 en la ciudad de Riobamba. El objetivo de este estudio fue explorar los sentimientos y expectativas que genera el covid-19 en el personal de salud del centro de atención especializado Familymed. Se trata de un estudio explicativo, descriptivo y cualitativo a través del cual se buscó obtener resultados que nos permitan conocer el estado emocional por los que atraviesa el personal médico durante la emergencia sanitaria del SARS COV-2. La muestra es no probabilística puesto que no se utilizó ninguna fórmula estadística quedando la muestra

conformada por diez profesionales de la salud que laboran en el centro de atención de especialidades FamilyMed. Se utilizaron dos cuestionarios Trait Meta Mood Scale que permite obtener un índice que valora el conocimiento que cada persona posee acerca de sus propios estados emocionales, brindando una estimación personal sobre los aspectos reflexivos de la experiencia emocional, y el Test de Maslach que medirá las emociones y su relación con el trabajo en tres dimensiones: el agotamiento emocional, la baja realización personal y la autoestima. Los resultados mostraron que el personal conoce sus emociones y sabe cómo trabajar en ellas además que no existe un nivel de estrés laboral en su desempeño. El estudio concluye que el personal de salud presenta un bajo nivel de agotamiento a pesar de su trabajo realizado durante la pandemia mostrando un bajo nivel de estrés y una alta satisfacción personal al realizar el trabajo que les gusta y escogieron para su vida. Se logró constatar que el nivel de percepción emocional como factor de la Inteligencia Emocional del personal se encuentra en un nivel promedio donde el individuo es capaz de sentir y expresar los sentimientos en una forma adecuada (Villavicencio Soledispa et al., 2020).

En el artículo titulado “Sentimientos, estrés y estrategias de adaptación de enfermeros ante covid-19 en Guayaquil”, el objetivo del estudio fue explorar los sentimientos, factores de estrés y estrategias de adaptación de los enfermeros durante la pandemia del COVID-19 en Guayaquil, Ecuador. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, realizado mediante la aplicación de un cuestionario de 52 ítems con cuatro secciones (sentimientos, estrés percibido, factores reductores de estrés y estrategias de adaptación). La población del estudio fueron 227 profesionales de enfermería del “Hospital General del Guasmo Sur” del Ministerio de Salud Pública, que laboraron durante el pico de la pandemia en los meses de marzo a mayo de 2020. La muestra fueron 155 enfermeros que aceptaron voluntariamente participar. Se recibieron 127 cuestionarios completos para el análisis. La recolección de los datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario online en la plataforma Survey Monkey®. El instrumento utilizado para este estudio fue un cuestionario derivado y adaptado del “MERS-CoV staff questionnaire” Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 25. Los resultados de este estudio fueron que los sentimientos mayormente manifestados por el personal de enfermería durante la pandemia fueron: el deber profesional de los enfermeros, 91% (puntaje = 2.33), el temor de atender a los pacientes, 91%, (puntaje =1.80), y la valoración que darían a un reconocimiento institucional,

89%, (puntaje = 2.30). En menor proporción sintieron descontento por trabajar en horario extendido, 34%, (puntaje = 0.54) o intentaron disminuir su contacto con los pacientes. Muy pocos quisieron hacerse el enfermo, 7%, (puntaje = 0.11) o sintieron ganas de renunciar a su trabajo. Entre los factores causantes de estrés, destaca por su frecuencia e intensidad, la posibilidad de transmisión a familiares, 99%, (puntaje = 2.27), así como factores relativos al lugar de trabajo, tales como el poder contagiarse por el manejo de pacientes, 94%, (puntaje = 1.90) y la falta de equipos de protección personal, 91%, (puntaje = 2.02). Un factor externo, la no existencia de un tratamiento y vacuna disponibles para este virus, 91%, (puntaje = 2.01), se mostró estresante. Se obtuvieron resultados mayores al 88% en varios factores: acceder a noticias por televisión o redes sociales sobre el COVID-19; observar a sus colegas ansiosos o atemorizados, y presentar síntomas posibles de la enfermedad. El estudio concluye que la pandemia del COVID-19 representó para los enfermeros de Guayaquil un gran desafío tanto profesional como emocional. Los servicios de salud y la sociedad podrían considerar estos hallazgos para evitar el desgaste de los enfermeros y su deserción profesional (Franco Coffré et al., 2020).

En el artículo titulado “Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador”. Se trata de un estudio descriptivo, transversal, basado en encuestas, aplicando los test PHQ-9, GAD-7, ISI y EIE-R a personal de salud de Ecuador durante la pandemia de COVID-19. Participaron 1.028 personas, distribuidas en: 557 médicos (54,18%), 349 enfermeras (33,94%), 29 laboratoristas (2,82%), 27 paramédicos (2,62%), 52 psicólogos (5,05%) y 14 terapeutas respiratorios (1,36%), de 16 de las 24 provincias de Ecuador. El 27,3% tenía síntomas de depresión; el 39,2%, síntomas de ansiedad; el 16,3%, insomnio y el 43,8%, síntomas de TEPT; los 4 tipos de síntomas iban de moderados a graves. Los factores asociados más relevantes fueron: trabajar en Guayas (la provincia más afectada) (OR = 2,18 para síntomas depresivos y OR = 2,59 para síntomas de TEPT); ser médico posgradista (OR = 1,52 para síntomas depresivos y OR = 1,57 para insomnio), percepción de no contar con el equipo de protección adecuado (OR = 1,71 para síntomas de depresión y OR = 1,57 para síntomas de ansiedad) y ser mujer (OR = 1,39 para ansiedad). El estudio concluye manifestando que el personal de salud puede tener una afección mental importante que puede requerir intervención médica psiquiátrica y psicológica. Los principales factores asociados se

relacionan sobre todo con vivir y trabajar en ciudades con mayor número de casos y las características del trabajo, como ser médico posgradista, así como la percepción propia de seguridad. Se requiere realizar más estudios según evolucione la pandemia (Pazmiño Erazo et al., 2020).

2.1.3. A nivel local

En el trabajo de titulación denominado "Factores de riesgos psicosociales del personal de salud que atiende pacientes COVID -19 del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de junio a agosto de 2020" en la ciudad de Guaranda - Ecuador, el objetivo de esta investigación fue determinar los factores de riesgo psicosociales del personal de salud que atiende pacientes COVID-19. La metodología que se realizó en este estudio fue descriptivo - transversal se evaluó a 32 participantes, a quienes se les aplicó una encuesta estandarizada y validada: Emotional Impact Questionnaire COVID-19. Se encontró una prevalencia alta de ansiedad (81.25%) y depresión (31.25%). Algunos trabajadores sanitarios presentan alteraciones psíquicas significativas que requieren urgente intervención psicológica. El nivel de implicación y compromiso con el trabajo es medio. En conclusión **se** evidenció que existe alta prevalencia de ansiedad y depresión en el personal de salud, son pocos los profesionales quienes presentan alteración psíquica significativa que requieren urgente intervención psicológica. La mayoría del personal es del sexo femenino, esto implica mayor riesgo psicosocial, ya que ellas tienen doble presencia, es decir que se dedica a las labores del hogar y que durante la pandemia fueron más marcadas, y también a las del trabajo hospitalario (Aviles Guananga, 2020).

2.2 Bases teóricas

Uno de los aspectos más trascendentes de las sociedades es la salud y seguramente es uno de los más importantes para las personas. En especial cuando ésta se ha ido perdiendo en el transcurso de la vida. La salud es un derecho importante a nivel social, puesto que las sociedades dedican capital importante para preservar la salud.

La salud se concibe como un derecho humano fundamental establecido en la sociedad. Con este preámbulo no es sencillo explicar lo que significa la salud, sin embargo según la Organización Mundial de la Salud (OMS): "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (Organización Mundial de la Salud, 2006) es una definición poco operativa, según este preámbulo casi nadie se encuentra sano, por otro lado también se podría explicar mejor a la salud de manera negativa refiriéndose solo a la ausencia de enfermedad.

2.2.1. Enfermedad

Según la OMS, la definición de enfermedad es la de "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible". Quizás es una definición de enfermedad poco comprensible. Lo que está claro es que las enfermedades son una parte más de la salud, y de la vida en general. Es imposible evitar las enfermedades dentro del proceso biológico, como parte natural de la interacción del individuo con el mundo que le rodea, tanto a nivel ambiental como en el contacto con otros seres humanos, animales, y materias en general.

El concepto de enfermedad es tan amplio como la propia vida, así que vamos a ver otra definición de enfermedad para aclarar posibles dudas. La enfermedad es considerada como cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano. Todas las enfermedades implican un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno.

Incluso cuando la causa se desconoce, casi siempre se pueden explicar las enfermedades en términos de los procesos fisiológicos o mentales que se alteran. Se la puede considerar desde dos concepciones: una subjetiva, que es el malestar (sentirse mal con diferente intensidad), y otra objetiva, que es la que afecta a la capacidad de funcionar (limitación del funcionamiento corporal en diferentes grados) (Discapatnet, 2020).

Gráfico 1.



Fuente: Adaptado de *Reproducen indicaciones de la OMS sobre el nuevo coronavirus* [Fotografía], de Lino Luben Perez, 2020, por Agencia cubana de Noticias, http://www.acn.cu/mundo/64530-reproducen-indicaciones-de-la-oms-sobre-el-nuevo-coronavirus

La enfermedad y la salud son un complemento de la existencia, de los procesos biológicos y de las relaciones entre el medio ambiente y la persona, en la epidemiología para el estudio de eventos relacionados con la salud, es decir el estudio de enfermedades, se utilizan términos específicos que señalan la distribución de estos eventos y problemas de salud, estos términos son:

- **Casos esporádicos:** se habla de casos esporádicos cuando ocurren casos aislados de una enfermedad que, aunque pueden coincidir en el tiempo y el espacio no se puede conocer el nexo epidemiológico entre ellos, también se puede designar a la aparición rara de casos

- **Endemia**: es el término que denota la presencia habitual de una enfermedad o un agente infeccioso en una determinada zona geográfica o grupo de población. Es decir, la prevalencia habitual de una enfermedad determinada en esa zona, que a menudo ocurre en ciclos y por lo general describe el comportamiento de una infección que se transmite directa o indirectamente entre los seres humanos y se está produciendo al ritmo esperado habitual y con las tasas esperadas, o sea, es la medida basal de la enfermedad en una zona geográfica más o menos extensa.

- También se puede definir la endemia como la existencia en un área o región de una enfermedad en una proporción no significativa sobre el número de casos habituales en ella. Cuando la presencia de una enfermedad se da de una forma regular se dice que esa enfermedad existe con carácter endémico.

- **Epidemia:** es cuando un número de casos de una enfermedad excede lo esperado en una comunidad, región o país, donde se especifica claramente la región geográfica y el periodo temporal, así como las particularidades del grupo poblacional en el que se producen los casos (Sánchez Peléz & Más Bermejo, 2020).

2.2.2. Nociones sobre la palabra pandemia

Desde su origen, que se remonta a los textos clásicos de Hipócrates, Aristóteles y Galeno, que usaron también "endemia" y "epidemia" con significados similares a los actuales, la palabra "pandemia" designa una enfermedad que afecta a todos ("pan") los pueblos ("demos").

El término "pandemia" podría aplicarse a cualquier epidemia que logre extenderse ampliamente, como lo afirma el Diccionario de la lengua española, cuando dice "enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región." Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha buscado poner algo de orden, y proporcionar para "pandemia" una definición operativa, que implica la afectación de seres humanos, y que cumpla con un criterio de severidad manifiesta.

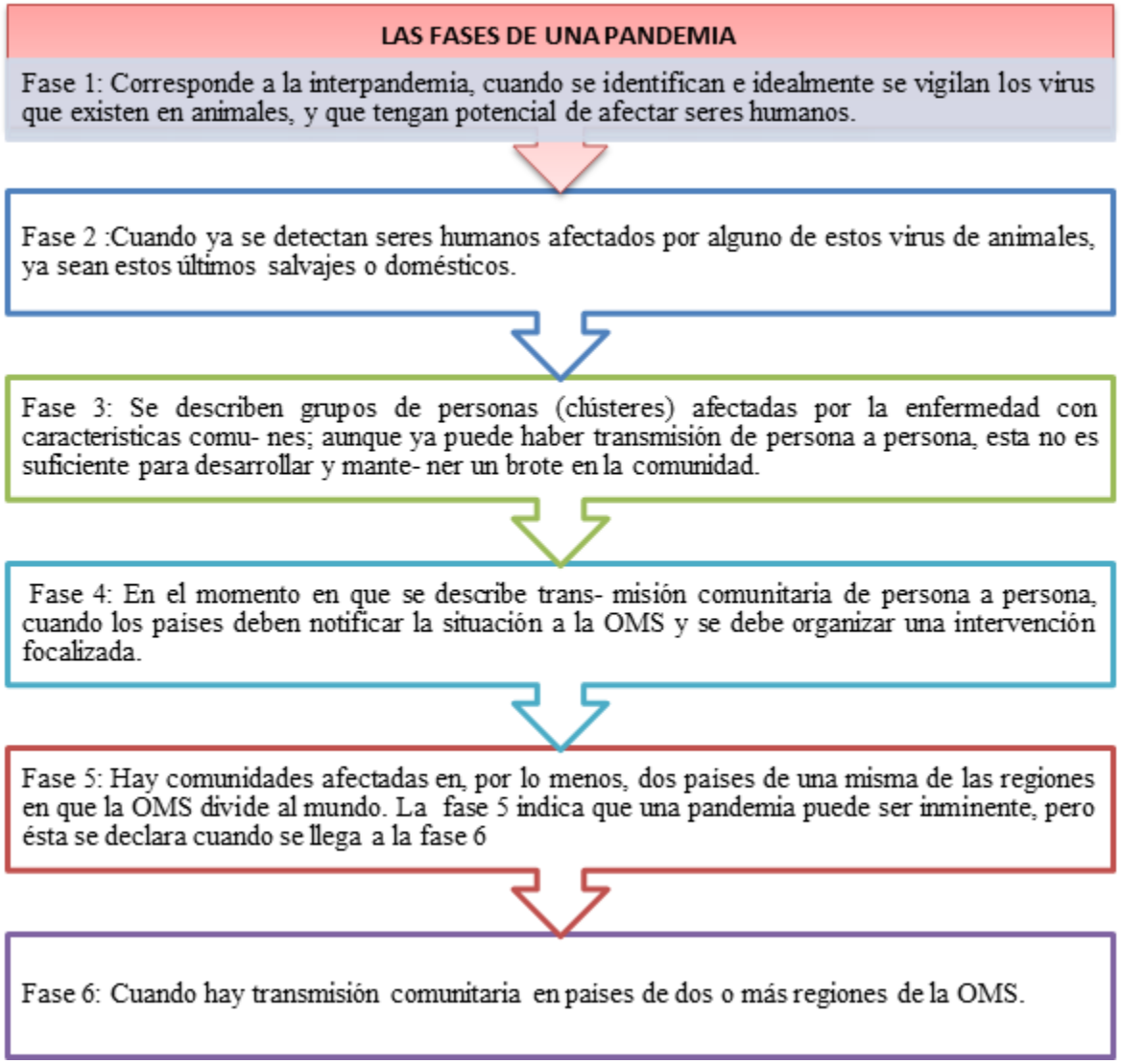
Se argumentó que, detrás de esa decisión podría haber influencias políticas cuando, en 2009, la página de la OMS modificó su definición del término para incluir, además de su extensión geográfica, la severidad y letalidad en seres humanos (Rosselli, 2020).

2.2.2.1. Fases de una pandemia

La Organización Mundial de la Salud divulgo seis fases:

Gráfico 2.

Las Fases de la Pandemia



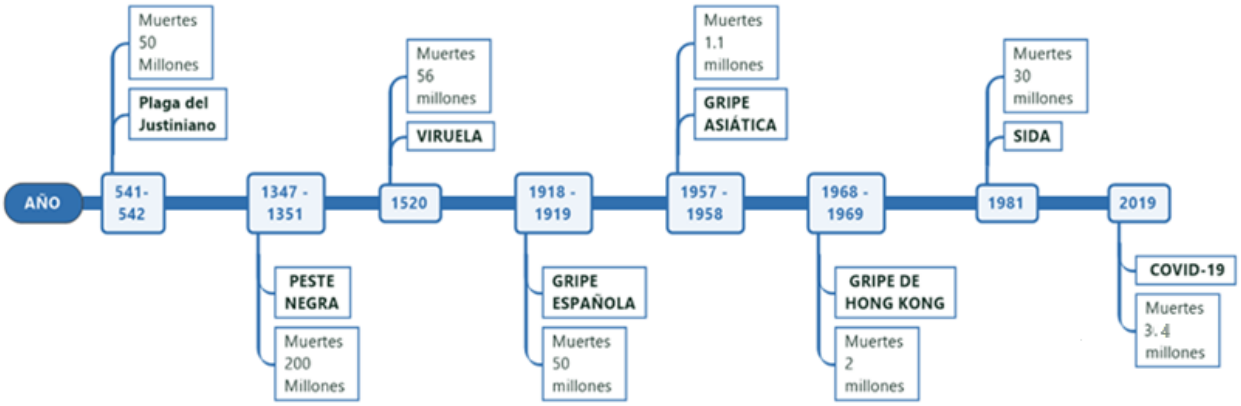
Fuente: Elaboración propia, 2021

2.2.2.2. Historia de las pandemias

Pocos fenómenos en la historia de la humanidad, han dejado marca en la sociedad y cultura como lo hicieron las enfermedades. Un especial énfasis se ha dado a este fenómeno en la medicina. Prestando atención en que las grandes catástrofes de la naturaleza, son el brote de las pandemias. Por un largo curso durante la historia, brotes pandémicos, han aniquilado sociedades, decretando resultados muy similares a guerras, diezmando poblaciones en su totalidad, asimismo paradójicamente, limpiando el sendero para innovación y avances en la ciencia, política y la economía. A continuación, se realiza una breve cronología sobre las pandemias más devastadoras en la historia de la humanidad (Noemí Tomasi, 2020).

Gráfico 3.

Cronología de las pandemias



Fuente: Elaboración propia, 2021

A continuación, se detalla las pandemias más letales, que han afectado a la humanidad a lo largo del tiempo:

2.2.2.2.1. Plaga del Justiciano

Procopio escribió una peste en su Historia de las guerras persas (542 d.C.). La humanidad estuvo a punto de extinguirse con aquella peste. Se originó al parecer en Egipto extendiéndose a Palestina. Como todas estas plagas llegaron por mar en los barcos procedentes de Oriente.

Comenzaba por una súbita fiebre no de gran intensidad y a los pocos días aparecían unas hinchazones bubónicas en las axilas, detrás de las orejas y en los muslos.

Luego unos quedaban sumidos en un coma profundo o en un estado delirante. Sufrían inapetencia y a veces en medio de un violento frenesí, se lanzaban al agua. Algunos morían rápidamente, otros a los pocos días, con pústulas negras que se abrían en los lugares donde tenían las bubas.

Algunos vomitaban sangre y algunos se salvaban, sobre todo aquéllos que supuraban por las bubas. Morían de 5.000 a 10.000 personas cada día. La mortalidad alcanzó a más de 600.000 personas, un tercio de la población de la ciudad. Esta plaga que se conoce como "Plaga de Justiniano" por iniciarse en el Imperio Bizantino en época del emperador Justiniano, aunque se extendió al Imperio Romano en el que redujo la población al 50 %. Es muy probable que fueran oleadas de epidemias de varias enfermedades, además de la peste bubónica, como influenza, viruela, disentería bacilar, cólera y difteria (Portal de Historia, 2003).

2.2.2.2.2. Peste negra

La peste negra era ya –y sigue siendo, pues hay brotes activos en la actualidad- una vieja conocida cuando la humanidad vivió el peor brote de esta enfermedad a mediados del siglo XIV (entre 1346 y 1353). Sin embargo, se ignoraba por completo tanto sus causas como su tratamiento. Esto, junto con la gran velocidad de propagación, la convirtió en una de las mayores pandemias de la historia.

Hasta cinco siglos más tarde no se descubrió su origen animal, en este caso las ratas, que durante la Edad Media convivían en las grandes ciudades con las personas e incluso se desplazaban en los mismos transportes –barcos, por ejemplo- hacia ciudades lejanas, portando el virus consigo. Los números que dejó tras de sí esta epidemia son estremecedores. Por ejemplo, según los datos que manejan los historiadores, la península Ibérica habría perdido entre el 60 y 65% de la población, y en la región italiana de la Toscana entre el 50 y el 60%. La población europea pasó de 80 a 30 millones de personas (Huguet Pané, 2020).

2.2.2.2.3. Viruela

El llamado virus variola, cuya afectación en los seres humanos es conocida desde hace por lo menos 10.000 años, es el causante de la enfermedad conocida como viruela. Su nombre hace referencia a las pústulas que aparecían en la piel de quien la sufría. Era una enfermedad grave y extremadamente contagiosa que diezmó la población mundial desde su aparición, llegando a tener tasas de mortalidad de hasta el 30%. Se expandió masivamente en el nuevo mundo cuando los conquistadores empezaron a cruzar el océano afectando de manera terrible una población con defensas muy bajas frente a nuevas enfermedades, y en Europa tuvo un periodo de expansión dramática durante el siglo XVIII, infectando y desfigurando a millones de personas.

Afortunadamente, es una de las dos únicas enfermedades que el ser humano ha conseguido erradicar mediante la vacunación. Precisamente, fue luchando contra esta enfermedad cuando se descubrió la primera vacuna. Primero, lady Montagu hizo unas observaciones claves en Turquía y, casi 100 años más tarde, Edward Jenner probó científicamente su eficacia. En 1977 se registró el último caso de contagio del virus, que desde entonces se considera extinguido (Huguet Pané, 2020).

2.2.2.2.4. Gripe Española (H1N1)

La pandemia flu española, causada por el H1N1, extraído del virus influenza, fue la primera pandemia global y la primera que ocupó los descubrimientos de la medicina moderna, con especialidades cómo la infectología y la epidemiología, que estudiaban la naturaleza de las enfermedades y el curso de las pandemias. Afortunadamente, fue la última de las pandemias globales con consecuencias devastadoras para la humanidad.

El verdadero origen del flu español permanece desconocido, a pesar de su nombre. Se ha planteado el origen en países como USA, China, España, Francia o Austria. Esta incertidumbre se ha perpetuado por las circunstancias de que la flu española, tomó lugar en medio de la I guerra mundial, con un significativo encubrimiento con respecto a su brote original, ya que los avanzados modos de transporte incluían viajes intercontinentales. Durante meses, la mortal H1N1 extraída del virus influenza se extendió por todos los rincones del mundo. Sumados a

Europa, fueron los movimientos militares masivos y la sobrepoblación los que contribuyeron a su expansión masiva, con el virus devastando USA, Asia, África y las islas del pacífico.

La tasa de mortalidad de la flu española tuvo un rango entre el 10% y 20%. Sobre un cuarto de la población mundial que contrajo la flu española, en un inmenso porcentaje, se calculó por sobre los 50 millones, posiblemente 100 millones de muertes (Leal Becker, 2020).

2.2.2.2.5. Gripe Asiática(H2N2)

Surgió entre los años 1957 y 1958 y causó 1,1 millón de muertes. Algunos autores creen que se originó por una mutación en patos salvajes que se combinó con una cepa humana preexistente. El virus se identificó por primera vez en Guizhou, China, y se propagó a Singapur, de allí a Hong Kong, y luego a los Estados Unidos (Noemí Tomasi, 2020).

El período de incubación de la gripe A H2N2 parece ser algo superior al de otros virus de la gripe A. En las agrupaciones familiares los intervalos entre los casos han sido de 2-5 días, pero otros estudios señalan períodos de hasta 8 días 9,10.

La mayoría de pacientes inician el cuadro clínico con fiebre alta (temperatura superior a 38 °C) y presencia de síntomas en el tracto respiratorio inferior. En algunas series también se ha observado diarrea, vómitos, dolor abdominal, dolor pleurítico y sangrado nasal.

La detección y el control han de ser universales y, por tanto, ir más allá de los sistemas centinela de la gripe; deben organizarse a través del conjunto del sistema sanitario y exigirán una estrecha coordinación de los sistemas de vigilancia epidemiológica con los dispositivos asistenciales hospitalarios y de atención primaria.

En estos momentos la posibilidad de contraer la gripe A H2N2 debería considerarse en todos los pacientes con enfermedad respiratoria grave en países o territorios con este tipo de gripe, especialmente en pacientes que se han expuesto a aves domésticas o salvajes en un período de 7-14 días antes de iniciarse los síntomas.

Sin embargo, esta detección puede ser difícil por la falta de especificidad de las manifestaciones clínicas iniciales y también por la alta tasa de enfermedades respiratorias debidas a otras causas (Godoy Pere, 2006).

2.2.2.2.6. Gripe de Hong Kong (H3N2)

Tan solo diez años después de haber superado la última gran pandemia de gripe, apareció, de nuevo en Asia, la llamada gripe de Hong Kong. Una variación del virus de la gripe A (H3N2) fue registrada en esta ciudad en 1968 y se expandió por todo el mundo con un patrón muy parecido al de la gripe asiática. Un millón de personas fueron las víctimas que causó esta nueva cepa de gripe (Huguet Pané, 2020).

Tanto las cepas de gripe pandémica H2N2 como H3N2 contenían genes de virus de influenza aviar. Los nuevos subtipos surgieron en cerdos coinfectados con virus aviares y humanos y pronto fueron transferidos a humanos. La cepa de la gripe de Hong Kong compartió genes internos y la neuraminidasa con la gripe asiática 1957 (H2N2). Los anticuerpos acumulados contra la neuraminidasa o las proteínas internas pueden haber causado muchas menos víctimas que la mayoría de las pandemias. Sin embargo, la inmunidad cruzada dentro y entre subtipos de influenza es poco conocida.

Los síntomas eran similares a los de la gripe, pero con una mayor intensidad y por tiempo muy prolongados, en los hospitales las personas llegaban en camilla, en un estado catastrófico. Los pacientes fallecieron de hemorragia pulmonar, con cianosis en los labios, completamente grises (Culebras et al., 2020).

2.2.2.2.7. Virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH)

El Profesor Mirko D. GRMEK, profesor de Historia de la Medicina y de Ciencias biológicas de la Escuela Práctica de los Altos Estudios (PARIS), ha escrito una "Historia del SIDA" donde explica las diferentes teorías sobre el origen del virus. Se han hecho toda clase de hipótesis: podía haber existido desde hace largo tiempo en África, pero también en América y en Europa. Pero, ¿en qué sentido se ha disparado su diseminación? Nadie lo puede decir con certeza. Existen varias hipótesis sobre el origen del SIDA, desde quienes piensan en "castigos divinos", hasta quienes apoyan la tesis de la creación del laboratorio (Portal de Historia, 2003).

Como otros agentes causantes de enfermedades infecciosas emergentes, el VIH pasó a los seres humanos por zoonosis, es decir por transmisión desde otras especies. La emergencia del sida y la identificación del VIH estimularon investigaciones que han permitido determinar que las variantes del VIH forman parte de un amplio grupo de lentivirus.

Entre 1981 y 2007, el sida había causado la muerte de aproximadamente 25 millones de personas alrededor de todo el mundo. En ese mismo año, 33 millones de personas estaban infectadas con VIH. La epidemia se ha estabilizado en cuanto que no ha aumentado la proporción de personas infectadas respecto a la población total. Además, se ha observado una reducción del total mundial de nuevos casos de infección por VIH, de 3 millones en 2002 a 2,7 millones en 2007. La región más afectada por la pandemia es África subsahariana, donde se radican 21,5 millones de seropositivos. Esta cifra representa casi tres cuartos del total de casos calculados para todo el mundo. Esta región del mundo también presenta los índices más altos de mortalidad por sida y concentra el mayor número de nuevas infecciones (Culebras et al., 2020).

A veces, en las primeras semanas que siguen al contagio por el VIH la persona no manifiesta ningún síntoma o presenta un cuadro seudogripal con fiebre, cefalea, erupciones o dolor de garganta. A medida que la infección va debilitando el sistema inmunitario, la persona puede presentar otros signos y síntomas, como inflamación de los ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre, diarrea y tos. En ausencia de tratamiento pueden aparecer enfermedades graves como tuberculosis (TB), meningitis criptocócica, infecciones bacterianas graves o determinados cánceres como linfomas o sarcoma de Kaposi (Organizacion Mundial de la Salud, 2020).

2.2.2.2.8. SARS-CoV y MERS-CoV

El coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) y el coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) son patógenos zoonóticos que pueden causar enfermedades respiratorias graves en los seres humanos. Aunque la progresión de la enfermedad es bastante similar para el SARS y el MERS, la tasa de letalidad del MERS es mucho más alta que la del SARS.

Las comorbilidades tienen un papel importante en el SARS y el MERS. Varios factores de riesgo están asociados con la progresión al síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) en los casos de SARS y MERS, especialmente la edad avanzada y el sexo masculino. Para el MERS, los factores de riesgo adicionales que están asociados con la enfermedad grave incluyen afecciones crónicas como diabetes mellitus, hipertensión, cáncer, enfermedad renal y pulmonar y coinfecciones. Aunque los antepasados de SARS-CoV y MERS-CoV probablemente circulan en murciélagos, la transmisión zoonótica de SARS-CoV requirió un huésped amplificador incidental. Los camellos dromedarios son el reservorio MERS-CoV desde el que se produce la transmisión zoonótica; La evidencia serológica indica que virus similares al MERS-CoV han estado circulando en camellos dromedarios durante al menos tres décadas.

La transmisión de persona a persona del SARS-CoV y MERS-CoV ocurre principalmente en entornos de atención médica. Los pacientes no eliminan grandes cantidades de virus hasta mucho después de la aparición de los síntomas. El análisis de las superficies hospitalarias después del tratamiento de pacientes con MERS mostró la presencia ubicua de virus infecciosos (De Wit et al., 2016).

2.2.3. El SARS-CoV-2 y COVID-19

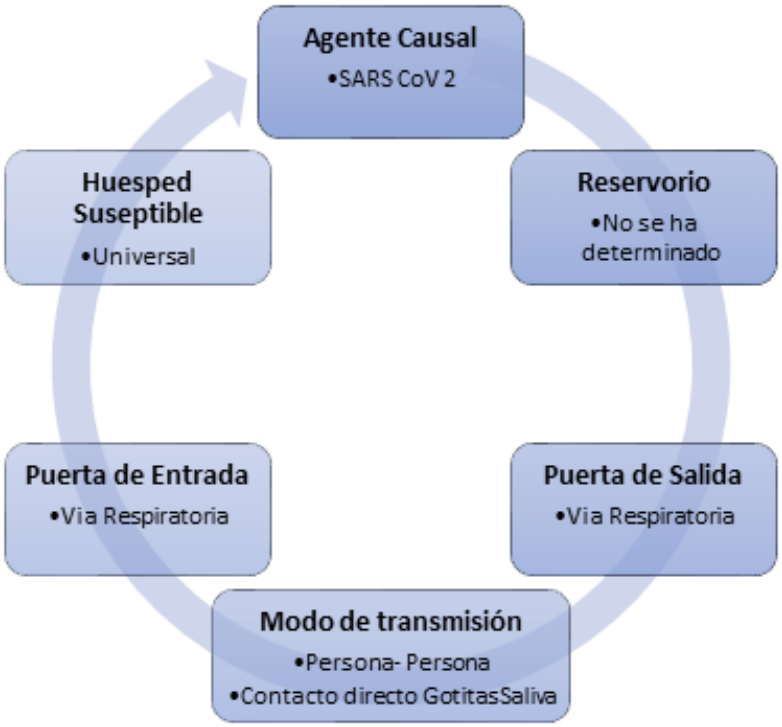
Se descubrió que el SARS-CoV-2 es un virus de ARN monocatenario de sentido positivo que pertenece al género Beta coronavirus. El análisis filogenético reveló que el SARS-CoV-2 está estrechamente relacionado (88-89% de similitud) con dos coronavirus similares al SARS derivados de murciélagos, pero está más distante del SARS-CoV (~ 79% de similitud) y el síndrome respiratorio coronavirus de Oriente Medio (MERS-CoV) (~ 50% de similitud). El análisis filogenético indica que el SARS-CoV-2 es similar al coronavirus que circula en murciélagos en herradura, con un 98,7% de similitud (C. C. Lai et al., 2020).

2.2.3.1. Modo de propagación

Una persona puede contraer la COVID-19 por contacto con otra que esté infectada por el virus. La enfermedad se propaga principalmente de persona a persona a través de las gotículas que salen despedidas de la nariz o la boca de una persona infectada al toser, estornudar o hablar. Estas gotículas son relativamente pesadas, no llegan muy lejos y caen rápidamente al suelo.

Una persona puede contraer la COVID-19 si inhala las gotículas procedentes de una persona infectada por el virus. Por eso es importante mantenerse al menos a un metro de distancia de los demás. Estas gotículas pueden caer sobre los objetos y superficies que rodean a la persona, como mesas, pomos y barandillas, de modo que otras personas pueden infectarse si tocan esos objetos o superficies y luego se tocan los ojos, la nariz o la boca. Por ello es importante lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón o con un desinfectante a base de alcohol (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Gráfico 4.
Cadena epidemiologia del Covid-19



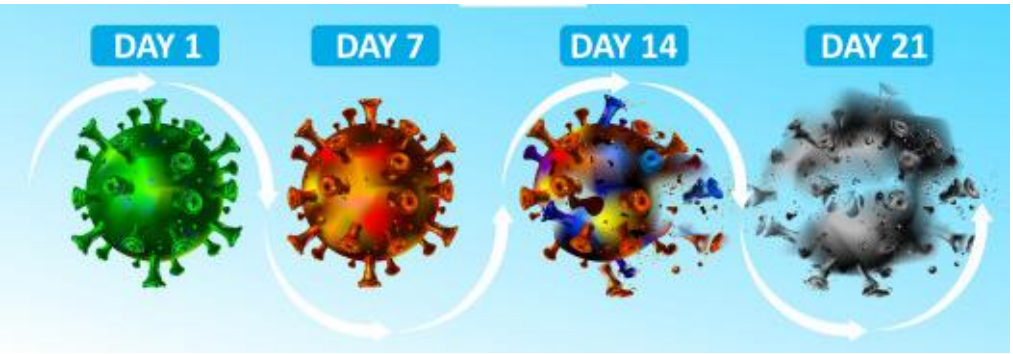
Fuente: Elaboración propia, 2021

2.2.3.2. Signos y síntomas

El signo clínico inicial de la enfermedad COVID-19 relacionada con el SARS - CoV 2 que permitió la detección de casos fue la neumonía. Describen síntomas gastrointestinales e infecciones asintomáticas, especialmente entre los niños pequeños. Las observaciones hasta el momento sugieren un período de incubación medio de cinco días y un período de incubación medio de 3 días (rango: 0-24 días).

Gráfico 5.

Ciclo vida Covid-19



Fuente: Adaptado de ciclo de vida del virus de la corona en días, Freepik.(https://www.freepik.es/vector-premium/ciclo-vida-virus-corona-dias-semanas-meses-covid-19-concepto-vida-muerte-coronavirus-ha-ido_8330406.htm), 2020, CC.

En los pacientes sintomáticos, las manifestaciones clínicas de la enfermedad suelen comenzar en menos de una semana y consisten en fiebre, tos, congestión nasal, fatiga y otros signos de infecciones del tracto respiratorio superior. La infección puede progresar a una enfermedad grave con disnea y síntomas torácicos graves correspondientes a neumonía. La neumonía ocurre principalmente en la segunda o tercera semana de una infección sintomática.

Los signos prominentes de neumonía viral incluyen disminución de la saturación de oxígeno, desviaciones de los gases en sangre, cambios visibles a través de radiografías de tórax y otras técnicas de imagen, con anomalías en vidrio deslustrado, consolidación en parches, exudados alveolares y compromiso interlobulillar, lo que eventualmente indica deterioro. La linfopenia

parece ser común y los marcadores inflamatorios (proteína C reactiva y citocinas proinflamatorias) están elevados.

La tasa de letalidad de las infecciones por COVID-19 ha sido de aproximadamente un 2,2%; de 9,6% en la epidemia de SARS - CoV y del 34,4% en el brote de MERS - CoV.

Al igual que otros virus, el SARS - CoV - 2 infecta las células epiteliales alveolares pulmonares mediante endocitosis mediada por receptores a través de la enzima convertidora de angiotensina II (ACE2) como receptor de entrada (Velavan & Meyer, 2020).

Tabla 1. *Covid-19, gripe, resfriado, estos son los síntomas*

Síntomas	COVID-19	Gripe	Resfriado
Tos seca	+++	+++	++
Tos con flema	--	--	+++
Fiebre	+++	+++	-
Perdida de olfato y/o del gusto	+++	--	--
Moqueo Nasal	++	++	+++
Estornudos	--	-	+++
Dolor de la garganta	++	++	+++
Dificultad para respirar	++	__	--
Dolor de la cabeza	++	+++	-
Dolor de las articulaciones	++	+++	+++
Cansancio	++	+++	++
Diarrea	--	+	--

+++ Con frecuencia ++ A veces +Poco -Raro --Nunca

Fuente: Elaboración propia, 2021

2.2.3.5. Factores de riesgo

Las personas con afecciones de salud subyacentes, como las enfermedades no transmisibles (ENT), como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer, tienen un mayor riesgo de enfermedad grave y más probabilidades de morir por COVID-19. Los factores de riesgo para las ENT pueden hacer que las personas sean más vulnerables a enfermarse gravemente con COVID-19. Por ejemplo, los fumadores pueden tener una capacidad pulmonar reducida, lo que aumentaría en gran medida el riesgo de enfermedades graves (OPS/OMS, 2021).

Gráfico 6.

Factores de riesgo para enfermar gravemente de Covid-19



Fuente: Elaboración propia, 2021

2.2.3.5.1. Edad avanzada

Gente de cualquier edad, incluso los niños, puede contagiarse con el virus de la COVID-19. Pero lo más común es que afecte a los adultos de mediana edad y mayores. El riesgo de desarrollar síntomas peligrosos aumenta con la edad, por lo que los mayores de 85 años corren mayor riesgo de tener síntomas graves. En los EE. UU., cerca del 80 % de las muertes por la enfermedad se dieron en personas de 65 años o más. Los riesgos son aún más si estos adultos mayores tienen problemas de salud preexistentes (Mayo Clinic, 2020).

2.2.3.5.2. Problemas pulmonares

La COVID-19 ataca los pulmones, así que es más probable que se presenten síntomas graves con problemas pulmonares preexistentes. Es mayor el riesgo de presentar síntomas de gravedad con alguna de estas afecciones:

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Cáncer de pulmón (Mayo Clinic, 2020).

Actualmente está en debate si las personas con asma de moderada a grave corren el riesgo de desarrollar un cuadro más grave a causa de la COVID-19 las personas con asma podrían tener una exacerbación del asma en caso de infección por coronavirus (Organización Panamericana de la Salud, 2020b).

2.2.3.5.3. Enfermedades cardiovasculares, obesidad e hipertensión

Las personas con distintas afecciones crónicas tienen más probabilidades de experimentar síntomas peligrosos si se infectan con COVID-19. Estas incluyen la obesidad mórbida y las enfermedades cardíacas graves. La presión arterial alta y la diabetes tipo 1 pueden aumentar el riesgo de síntomas graves de COVID-19. La obesidad reduce la eficiencia del sistema inmunitario de una persona (Mayo Clinic, 2020).

Las personas con hipertensión o enfermedades cardiovasculares corren un mayor riesgo de desarrollar un cuadro grave de COVID-19 y de morir por esta causa. Al mismo tiempo, los pacientes con hipertensión o enfermedades cardiovasculares corren un mayor riesgo de tener complicaciones debido a las restricciones relacionadas con la COVID-19 y a las interrupciones de los servicios de atención de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2020e).

2.2.3.5.4. Diabetes

Los pacientes con diabetes corren un mayor riesgo de desarrollar síntomas graves y de morir a causa de la COVID-19 en comparación con las personas sin diabetes. Al mismo tiempo, los pacientes con diabetes corren un mayor riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la diabetes como resultado de las restricciones relacionadas con la COVID-19. Estas

complicaciones son la hiperglucemia grave, la cetoacidosis diabética, las infecciones de la piel y los tejidos blandos y las úlceras en los pies (Organización Panamericana de la Salud, 2020c).

2.2.3.5.5. Cáncer y ciertos trastornos sanguíneos

Las personas que actualmente tienen cáncer tienen un mayor riesgo de desarrollar una enfermedad más grave a causa del COVID-19. Este riesgo puede variar, según el tipo de cáncer y el tipo de tratamiento que esté recibiendo.

La anemia de células falciformes es otra afección que aumenta el riesgo de síntomas graves de COVID-19. Este trastorno hereditario hace que los glóbulos rojos se vuelvan duros, pegajosos y tengan la forma de la letra "C". Estos glóbulos rojos deformados mueren temprano, por lo que el oxígeno no puede transportarse también por el cuerpo (Mayo Clinic, 2020).

Las personas con cáncer tienen un mayor riesgo de contraer la COVID-19. Además, es más probable que presenten una enfermedad grave y, lamentablemente, es más frecuente que mueran de COVID-19 (Organización Panamericana de la Salud, 2020f).

2.2.3.5.6. Sistema inmunitario debilitado

Un sistema inmunitario sano lucha contra los gérmenes que causan enfermedades. Pero muchas afecciones pueden debilitar tu sistema inmunitario. Las afecciones que afectan a tu sistema inmunitario y aumentan el riesgo de enfermedades graves por COVID-19 incluyen:

- Trasplantes de órganos
- Tratamientos oncológicos

El riesgo de tener síntomas graves por COVID-19 puede aumentar en afecciones como:

- Trasplante de médula ósea
- VIH/SIDA (Mayo Clinic, 2020).

2.2.3.5.7. Enfermedad renal o hepática crónica

La enfermedad renal crónica, incide en un mayor riesgo de enfermar gravemente con COVID-19, igualmente en la enfermedad hepática crónica. Debido a que las diálisis deprimen el sistema inmunológico aumentando el riesgo de enfermar gravemente por COVID-19 (Mayo Clinic, 2020).

Las personas con enfermedad renal crónica tienen una probabilidad aproximadamente tres veces mayor que otras personas de presentar una COVID-19 grave. Además, presentan mayor prevalencia de hipertensión y diabetes, afecciones que se asocian independientemente a una mayor mortalidad por COVID-19. Dada la elevada carga de la enfermedad renal crónica, el impacto de la COVID-19 en las personas con nefropatías crónicas será grave (Organización Panamericana de la Salud, 2020d).

Tabla 2. *¿Que podría aumentar el riesgo de enfermar gravemente de Covid-19?*

Evidencia Sólida	**Evidencia Mixta**	**Evidencia Limitada**
Afecciones Cardiacas Graves	Asma	Trasplantes de medula ósea
Cáncer	Embarazo	VIH
Enfermedad Renal Crónica	Hipertensión	Deficiencias inmunitarias
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Enfermedad Cerebrovascular	Trastornos metabólicos congénitos
Obesidad	Consumo de tabaco	Enfermedad hepática
Enfermedad de las células baciformes	Uso de corticoides o medicamentos inmunosupresores	Otras enfermedades pulmonares crónicas
Trasplantes de órganos sólido		Afecciones neurológicas
Diabetes tipo 2		Diabetes tipo 1
		Talasemia trastorno hereditario de sangre
		Enfermedades pediátricas

Fuente: Elaboración propia, 2021

2.2.3.6. Medidas de bioseguridad

Para prevenir la infección por el virus de la COVID 19 y frenar su transmisión, haga lo siguiente:

- Lávese las manos con agua y jabón o límpiese las con gel hidroalcohólico frecuentemente.
- Mantenga una distancia mínima de 1 metro entre usted y las personas que tosen o estornudan.
- Evite tocarse la cara.
- Cúbrase la boca y la nariz al toser o estornudar.
- Quédese en casa si no se encuentra bien.
- Abstenerse de fumar y realizar otras actividades que debiliten los pulmones.
- Respete el distanciamiento físico evitando viajes innecesarios y alejándose de grupos numerosos de personas (Organización Mundial de la Salud, 2020).

2.2.3.6.1. Acciones de Autoprotección para el personal de Salud

En momentos de picos elevados de trabajo, de crisis del sistema de salud como el actual, es necesaria la identificación de las emociones alteradas en sí mismas, para proceder a su intervención clínica de ser necesario, o para su intervención cotidiana para favorecer la prevención. Las técnicas que podemos utilizar son:

- **Respirar profundamente:** inspirar y expirar correctamente el aire, activando los mecanismos pulmonares, entre cinco y diez minutos ayudará a controlar la ansiedad, de forma que cuerpo y mente se concentran en esa actividad. Las técnicas de respiración son muy útiles para ganar tranquilidad. Nuestro ritmo habitual de respiración es acelerado, oral y superficial.

- **Meditar:** Otro ejercicio recomendado, aunque en un principio puede resultar complicado, la meditación. Abstraerse del pensamiento o la situación que genera ansiedad, tomando distancia de ella, y situar la mente en cualquier otra idea ayuda a reducir la tensión. La Técnica Mindfulness, es una técnica muy efectiva que ayuda a ubicar los pensamientos y emociones en el presente.

- Método de Relajación Progresiva de Jacobson, donde identificamos uno a uno los músculos de nuestro cuerpo, los ponemos en tensión por diez segundos y luego relajamos, así por cada parte de nuestro cuerpo.
- Practicar de manera frecuente la liberación de pensamientos, podemos escribir los pensamientos y emociones y de esta manera deshacernos de ellos, también se puede hacer una descarga de estos pensamientos y emociones mediante el diálogo, conversar es una buena forma de dar rienda suelta a nuestras emociones, y es una manera ordenada para procesar la información que genera ansiedad.
- También es posible que revises el método Silva de relajación mediante visualizaciones de imágenes que te generan relajación y te mantengas en esta visualización durante uno o tres minutos para abstraer tu mente de los factores estresores.

- **Escuchar música:** La música libera la mente de preocupaciones, aunque sea de forma parcial, escuchar música que es agradable en un tono moderado baja nuestros niveles de tensión y nos ayuda a retomar nuestra actividad.

- **Reír**: en los momentos de gran carga de tensión es difícil encontrar momentos para sonreír, pero está demostrado que reír descarga la tensión y nos brinda pausas activas para nuestro cerebro; aunque el contexto no siempre sea el más adecuado, encontrar una situación o una persona que nos ayude a reír servirá también para luchar contra la ansiedad (Báez Guerrero, 2020)**.**

2.2.4. El COVID-19 en el mundo

Al 26 mayo del 2021 a nivel mundial, se han notificado a la OMS 167.492.769 casos confirmados de COVID-19, incluidas 3.482.907 muertes y se han administrado un total de 1.491.041.497 dosis de vacuna (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Tabla 3. *Situación de Covid-19 en el mundo*

Región	Total de casos	Total de muertes
Américas	66.414.286	1.625.371
Europa	53.962.217	1.142.221
El Suroeste de Asia	30.781.898	385.673
Mediterráneo Oriental	9.955.811	199.581
África	3.466.139	86.434
Pacifico Oeste	2.911.654	43.614
Total Global	167.492.769	3.482.907

Fuente: Elaboración propia, 2021

2.2.4.1. Países más afectados por el COVID-19

El país más afectado en términos absolutos es Estados Unidos, con una cifra de 32,820.112 de casos en cuanto a los fallecidos son 585.182 fallecimientos, seguido de la India, que se ha convertido en el segundo país más afectado con 27,157.795 casos y más de 311.388 muertos, y d Brasil, que rebasa los 16,120.756 casos y que alcanza los 108.041 muertes siendo estos los principales países con más número de contagios y muertes a nivel mundial con fecha de inicio el 29/02/2020 y Corte 25/05/2021 08:00.

Tabla 4. *Países más afectados por Covid-19*

Nombre	Casos totalacumulado	Muertes totalacumulado	Clasificación de transmisión
Estados unidos	32.820.112	585.182	Transmisión comunitaria
India	27.157.795	311.388	Grupos de casos
Brasil	16.120.756	449.858	Transmisión comunitaria
Francia	5.509.559	108.041	Transmisión comunitaria
Pavo	5.203.385	46.621	Transmisión comunitaria
Federación rusa	5.026.168	119.600	Grupos de casos
El reino Unido	4.467.314	127.739	Transmisión comunitaria
Italia	4.197.892	125.501	Grupos de casos
Alemania	3.656.177	87.726	Transmisión comunitaria
España	3.652.879	79.801	Transmisión comunitaria
Argentina	32.562.135	74.480	Transmisión comunitaria
Colombia	3.249.433	85.207	Transmisión comunitaria

Fuente: Elaboración propia, 2021

2.2.5. Situación nacional por Covid-19

En el Ecuador la situación nacional por Covid-19, detallada en la infografía N 453 con fecha de inicio el 29/02/2020 y Corte 25/05/2021 08:00, partiendo de la Tabla 5 en la que se detallan 1.400.331 las muestras de RT-PCR realizadas, muestran que los casos confirmados con PCR son de 420.167, siendo los casos descartados 927.742, por otra parte los casos con alta hospitalaria son de 44.181, a propósito la tasa de recuperación de los pacientes con respecto a los casos confirmados por PCR fue de 87,48% (Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias, 2021).

Tabla 5. *Detalle de casos*

Muestras para RT-PCR	1.400.331
Casos confirmados con pruebas RT-PCR	420.167
Total de casos descartados	927.742
Pacientes recuperados	366.425
Casos con alta hospitalaria.	44.181

Fuente: Elaboración propia, 2021

A continuación, en la Tabla 6 se detalla la totalidad de fallecidos en el Ecuador por Covid-19 llegando a un total de 20.227, de esta manera llegando a 14.790 fallecidos confirmados con RT-PCR y 5.437 fallecidos probables sin RT-PCR (Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias, 2021).

Tabla 6. *Detalle de fallecidos*

Fallecidos confirmados con RT-PCR	**Fallecidos probables sin RT-PCR**	**Total Fallecidos**
14.790	5.437	20.227

Fuente: Elaboración propia, 2021

En cuanto a los casos confirmados por grupo etario, mayoritariamente se encuentran expresados entre las edades de 20 a 49 años con el 60.1% de los casos, esto se aprecia en la Tabla 7, la misma detalla que grupos como los de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 9 años poseen menos del 1% en cada caso esto es respectivamente el 0.2%, 0.5% y 0.9%, por otra parte grupo como el de 10 a 14 años manifiestan el 1.8% de los casos, a si mismo el grupo de 15 a 19 años posee el 3,5%, acto seguido grupos como los de 50 a 64 años y el grupo de más de 65 años expresan porcentajes de 20.3% y 12,8% considerándose estos, al igual que el grupo de 20 a 49 años los grupos con los índices más altos de casos (Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias, 2021).

Tabla 7. *Casos confirmados por grupo etario*

0 a 11 meses	0.2%
1 a 4 años	0.5%
5 a 9 años	0,9%
10 a 14 años	1.8%
15 a 19 años	3,5%
20 a 49 años	60.1%
50 a 64 años	20,3%
Más de 65 años	12,8%

Fuente: Elaboración propia, 2021

A continuación, en la **Tabla 8** sobre los casos confirmados por sexo se observa una distribución similar entre el sexo masculino y femenino porcentajes de casos entre el 51.4% y el 48.6%.

Tabla 8. *Casos confirmados por sexo*

Masculino	Femenino
51.4%	48.6%

Fuente: Elaboración propia, 2021

Conviene distinguir en el Ecuador, Pichincha es la provincia con más alto índice de casos, esto se aprecia en la Tabla 9, llegando a un total 149.348 casos confirmados por RT – PCR, seguido de Guayas con 56,349 de casos, de igual manera Manabí con 30.509, siendo estas provincias con más índices de contagios del país (Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias, 2021).

Tabla 9. *Detalle de casos por provincias*

Provincia	**Confirmados por RT-PCR**	**Porcentaje de casos confirmados**	**Fallecidos Confirmados por RT-PCR**	**Fallecidos Probables**
Azuay	22.722	5,4%	479	38
Bolívar	6.388	1,5%	105	23
Carchi	7.752	1,8%	263	3
Cañar	5.528	1,3%	132	15
Chimborazo	7.729	1,8%	517	135
Cotopaxi	10.991	2,6%	492	111
El oro	20.268	4,8%	1.032	250
Esmeraldas	8.225	2,0%	376	82
Galápagos	1.427	0,3%	10	10
Guayas	56.349	13,4%	2.557	1.866
Imbabura	13.472	3.2%	390	26
Loja	15.846	3,8%	534	145
Los Ríos	12.078	2.9%	465	380
Manabí	30.509	7.3%	2.397	1.174
Morona Santiago	5.602	1.3%	57	7

Napo	3.145	0.7%	103	4
Orellana	3.152	0,8%	81	22
Pastaza	3.149	0,7%	83	19
Pichincha	149.348	35.5%	2.935	360
Santa Elena	4.287	1.02%	413	281
Sto. Domingo	11.112	2.6%	641	138
Sucumbíos	5.095	1,2%	167	7
Tungurahua	13.191	3,1%	468	334
Zamora Chinchipe	2.762	0,7%	93	7
Total general	420.167	100%	14.790	5.437

Fuente: Elaboración propia, 2021

A continuación, la Tabla 10 detalla la situación en la provincia Bolívar, siendo el cantón Guaranda el que posea el índice más alto de todos los cantones con 2,587 casos, seguido por el cantón Echeandía con 889 casos, de igual manera el cantón Caluma con 861, por otra parte el cantón San Miguel posee 760 siendo estos los cuatro cantones con más casos de Covid-19 en la provincia de Bolívar (Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias, 2021).

Tabla 10. *Detalle de casos por cantones de la provincia de Bolívar*

Bolívar	**6,388**
Caluma	861
Chillanes	460
Chimbo	425
Echeandia	889
Guaranda	2587
Las Naves	406
San Miguel	760

Fuente: Elaboración propia, 2021

2.2.6. Contagios del personal de salud en las Américas

Con casi 13,5 millones de casos de COVID 19 y más de 469.000 muertes reportadas en las Américas, incluyendo 4.000 fallecimientos al día, “la escala de esta pandemia no tiene precedentes, y ningún otro grupo lo ha sentido más agudamente que los mismos hombres y mujeres que componen nuestra fuerza laboral de salud”.

Datos muestran que casi 570.000 trabajadores de la salud en nuestra región se han enfermado y más de 2.500 han sucumbido ante el virus" señaló que "en Estados Unidos y México, que tienen algunas de las cifras de casos más altas del mundo, los trabajadores de la salud representan uno de cada siete casos" y estos dos países representan casi el 85% de todas las muertes por COVID entre los trabajadores de la salud en la región.

La directora de la OPS citó varias razones para las altas tasas de infección en los trabajadores de salud en las Américas, e indicó que a medida que los países se apresuraron a responder al virus, “muchos trabajadores de salud fueron redirigidos a la respuesta al brote sin la capacitación suficiente para protegerse mientras trataban a pacientes con COVID 19".

Al comienzo de la pandemia, los suministros de equipo de protección personal eran escasos. “Los trabajadores de la salud se vieron obligados a reutilizar mascarillas y batas, buscar alternativas o renunciar por completo a la protección para cuidar a los necesitados”.

Meses de trabajar bajo una enorme presión también han tenido fuertes impactos mentales y psicológicos en los trabajadores de la salud, incluido el aislamiento de amigos o familiares. "Es sorprendente que decenas de trabajadores de la salud han sido agredidos en los últimos meses como resultado del miedo, la desinformación o la frustración del público por esta pandemia" (Organización Panamericana de la Salud, 2020a).

2.2.7. Salud Mental

La salud mental es algo más que la ausencia de trastornos mentales, es parte integral de la salud; está determinada por múltiples factores socioeconómicos, biológicos y medioambientales. Existen estrategias e intervenciones intersectoriales eficaces y rentables de promoción, protección y restablecimiento de la salud mental.

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud. La Constitución de la OMS dice: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.» Una importante consecuencia de esta definición es que considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales.

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

La salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo (World Health Organization, 2018).

2.2.7.1. Determinantes de la salud mental

La salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Por ejemplo, las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo bien conocido para la salud mental de las personas y las comunidades. Las pruebas más evidentes están relacionadas con los indicadores de la pobreza, y en particular con el bajo nivel educativo.

La mala salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos.

También hay factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales. Por último, los trastornos mentales también tienen causas de carácter biológico, dependientes, por ejemplo, de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales (World Health Organization, 2018).

2.2.7.2. Factores de riesgo que inciden en la salud mental

La prevención de los trastornos mentales se enfoca en aquellos determinantes que ejercen una influencia causal, predisponiendo la aparición de los trastornos mentales. Los factores de riesgo están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud (Organización Mundial de la Salud, 1980).

Ciertos factores pueden aumentar el riesgo de desarrollar una enfermedad mental, incluidos los siguientes:

- Antecedentes de enfermedad mental en un pariente consanguíneo, como uno de los padres o un hermano
- Las situaciones estresantes de la vida, como problemas financieros, el divorcio o la muerte de un ser querido
- Enfermedades permanentes (crónicas), como la diabetes
- Daño cerebral como consecuencia de una lesión grave (traumatismo cerebral), por ejemplo, a causa de un golpe violento en la cabeza
- Experiencias traumáticas, tales como combate militar o ataques
- Consumo de alcohol o de drogas recreativas
- Antecedentes de abuso o negligencia en la infancia
- Pocos amigos o pocas relaciones saludables
- Una enfermedad mental anterior

La enfermedad mental es frecuente. Durante un año determinado, 1 de cada 5 adultos padece una enfermedad mental. La enfermedad mental puede comenzar a cualquier edad, desde la infancia hasta los últimos años de la vida adulta, pero la mayoría de los casos comienzan más temprano en la vida.

Los efectos de la enfermedad mental pueden ser temporales o duraderos. También es posible sufrir más de un trastorno de salud mental al mismo tiempo. Por ejemplo, puedes tener depresión y un trastorno vinculado al consumo de sustancias (Mayo Clinic, 2019).

2.2.8. Las emociones

Una emoción es un estado afectivo que experimentamos una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato influidos por la experiencia. (Gerri Marta, 2021)

En 1972 Paul Ekam definió las 6 emociones básicas: ira, asco, miedo, alegría, tristeza y sorpresa. Debido a su universalidad y a su presencia en distintas culturas, llegó a la conclusión de que debían ser importantes para la construcción de nuestro psiquismo (Lopérfido, 2017).

2.2.8.1. Ira

La ira es el sentimiento que emerge cuando la persona se ve sometida a situaciones que le producen frustración o que le resultan aversivas.

De modo genérico se plantea como un proceso vigorizador que urge a la acción, interrumpiendo los procesos cognitivos que se hallan en curso, centrando la atención y la expresión de afectos negativos en el agente que la instiga, y actuando como defensa en situaciones que comprometen la integridad física o la autoimagen y la propia estima.

La ira o el enfado excesivo están muy relacionados con la hipertensión, la angina de pecho, el infarto de miocardio y los trastornos gastrointestinales (Lopérfido, 2017).

2.2.8.2. Asco

El asco es una sensación que se refiere en primer lugar a algo que repugna al sentido del gusto, algo percibido en ese momento o imaginado con viveza, y en segundo lugar a algo que produce una sensación parecida en el sentido del olfato, del tacto, o incluso de la vista.
En el sentido más general el término de asco define una marcada aversión producida por algo fuertemente desagradable o repugnante. Es una emoción compleja, que implica una respuesta de rechazo (Lopérfido, 2017).

2.2.8.3. Miedo

Es la emoción más estudiada en los animales y en el hombre. El miedo es un legado evolutivo vital que tiene un valor de supervivencia obvio. El miedo evolucionó para producir respuestas adaptativas, soluciones conductuales al problema de la supervivencia, como detectar el problema y como responder al mismo (Lopérfido, 2017).

2.2.8.4. Alegría

La emoción de alegría surge cuando la persona evalúa el objeto o acontecimiento como favorable a la consecución de sus metas particulares. También aparece cuando la persona experimenta una atenuación en su estado de malestar, consigue alguna meta u objetivo deseado, o cuando tenemos una experiencia estética (Lopérfido, 2017).

2.2.8.5. Tristeza

Sentimiento negativo caracterizado por un decaimiento en el estado de ánimo habitual de la persona, que se acompaña de una reducción significativa en su nivel de actividad cognitiva y conductual, y cuya experiencia subjetiva oscila entre la congoja leve y la pena intensa (Lopérfido, 2017).

2.2.8.6. Sorpresa

La sorpresa se produce por lo inesperado o desconocido. Se puede definir como: Una reacción causada por algo imprevisto, novedoso o extraño, también definida como una reacción a un evento o suceso discrepante del plan o esquema del sujeto (Lopérfido, 2017).

2.2.8.7. Componentes conductuales particulares de las emociones

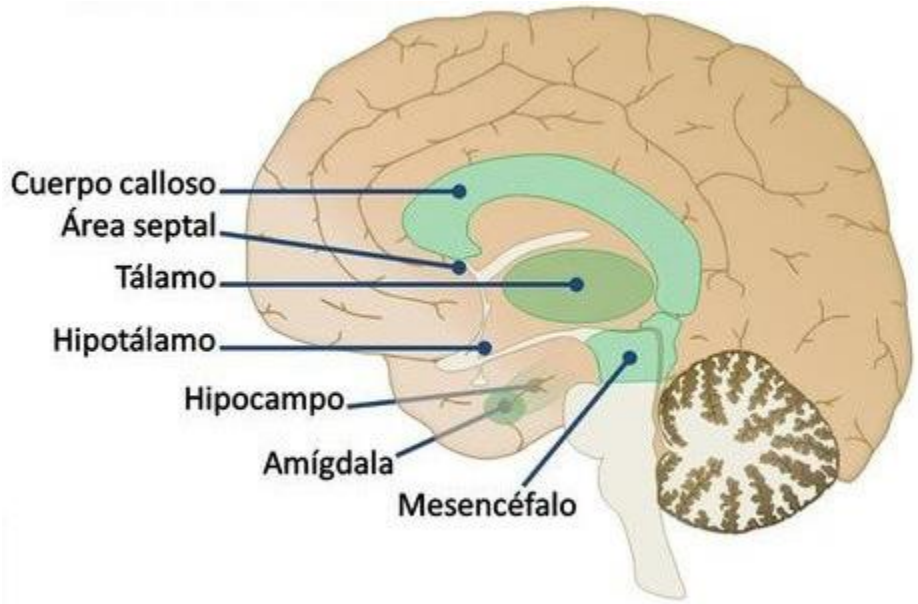
- Expresiones faciales
- Acciones y gestos
- Distancia entre personas
- Componentes no logísticos de la expresión verbal (comunicación no verbal)

2.2.8.8. Componentes de las emociones fisiológicos e involuntarios

- Temblor
- Sonrojarse
- Sudoración
- Respiración agitada
- Dilatación pupilar
- Aumento del ritmo cardíaco (Gerri Marta, 2021).

2.2.8.9. Neurobiología de las Emociones

Gráfico 7.
El Sistema Límbico



Fuente: Adaptado de sistema límbico: la parte emocional del cerebro, de Adrián Triglia, 2018, Psicología y Mente (https://psicologiaymente.com/neurociencias/sistema-limbico-cerebro). CC.

La observación del fenómeno emocional está centrada en el organismo individual. Aunque todos confluyen en el estudio del cerebro para analizar cómo se produce la emoción, existen algunas diferencias en la localización cerebral y en la relación con el cuerpo propiamente dicho. Para los neurocientíficos en general, las emociones aparecen causadas por necesidades del organismo detonadas internamente o por acontecimientos externos. Son sensores de que algo se modificó y aparecen como motivadoras para la acción y la movilización de recursos del individuo (interna o externa). Las emociones, en última instancia, son traducciones del entorno externo o interno: traducciones de información percibida y que se utilizan para la acción. En este sentido, las emociones son fenómenos de sobrevivencia (del individuo y de la especie) (García Andrade, 2019).

Normalmente cuando pensamos en emociones nos viene a la cabeza la idea de un sentimiento, sin embargo, en el estudio de la conducta es necesario observar que realmente una emoción, es una pauta de respuestas fisiológicas que dan lugar a una conducta determinada y que van acompañadas de un sentimiento, por lo que el sentimiento es algo secundario en las emociones.

Las emociones tienen tres componentes:

- **Componente comportamental o conductual:** Este componente comprende todas las acciones que lleva a cabo un ser vivo ante una situación determinada que desencadena una emoción (así, en el caso del miedo la pauta de conducta será la huida)

- **Componente neurovegetativo:** Comprende todos los cambios en el sistema autónomo que permiten que tenga lugar una conducta determinada (así, en el caso del miedo se producirá una activación de la rama simpática -para ganar tensión muscular y una mayor actividad cardiaca- y una desactivación de la rama parasimpática -para que la activación se dedique a los músculos y no a los procesos digestivos)

- **Componente hormonal:** Comprende la secreción de hormonas que contribuye a fortalecer los cambios neurovegetativos (en el caso el miedo se segregará adrenalina y noradrenalina, que facilitaran que la sangre llegue a los músculos al hacer que esta se bombee más rápido) (Isidro, 2021).

2.2.8.9.1. Anatomía de las Emociones.

El sistema límbico, comúnmente conocido como cerebro emocional, tiene un papel fundamental en la aparición de los estados emocionales. Es aquí donde las emociones tienen su base neurológica. No obstante, los procesos límbicos impactan en áreas como la memorización y el aprendizaje. El sistema límbico es el que determina qué merece ser aprendido en función de las sensaciones placenteras o dolorosas que se deriven de la experiencia.

El sistema límbico no constituye una región anatómica dentro del encéfalo, sino que se compone de una red de neuronas distribuidas por el cerebro. Existen zonas en las que el sistema límbico actúa de una forma más específica.

2.2.8.9.1.1. La amígdala

La amígdala tiene una gran importancia en el procesamiento emocional, en la anatomía de las emociones. Este núcleo cerebral juega un papel central en las reacciones emocionales básicas. Se sitúa al lado de cada hipocampo: hay una en cada hemisferio. Esta zona está relacionada con la respuesta emocional aprendida por lo que es una de las zonas involucradas en el aprendizaje emocional.

La amígdala es el principal núcleo cerebral relacionado e implicado en las respuestas de miedo, tanto innatas como aprendidas (De la Rosa Centella, 2019).

2.2.8.9.1.2. El hipocampo

El hipocampo está implicado en procesos mentales relacionados con la memoria, tanto en la memorización de experiencias e informaciones abstractas como en la recuperación de recuerdos (De la Rosa Centella, 2019).

2.2.8.9.1.3. La corteza prefrontal

La evidencia científica muestra que las estructuras prefrontales son las principales encargadas de organizar el comportamiento y la toma de decisiones. Estas estructuras se encargan del control de la regulación emocional, la comprensión de situaciones complejas y el comportamiento social adaptativo (De la Rosa Centella, 2019).

2.2.8.9.1.4. La corteza orbitofrontal

La corteza orbitofrontal es una estructura que sirve de cauce de las órdenes emocionales hacia otras zonas del lóbulo frontal encargadas de la planificación y creación de estrategias. Por esta razón, la corteza orbitofrontal tiene especial importancia en el control de los impulsos irracionales. Digamos que la corteza actúa de ya filtro, dejando pasar aquellas señales que definen los objetivos de nuestras acciones (De la Rosa Centella, 2019).

2.2.8.9.1.5. Los hemisferios cerebrales

La corteza cerebral juega un papel muy importante en la anatomía de las emociones:

- Expresión de las emociones.
- Interpretación de las emociones.
- Regulación y monitorización de las respuestas emocionales.
- Experiencia consciente de éstas (los sentimientos).

Se ha sugerido la especial implicación del hemisferio derecho en el procesamiento emocional, frente al hemisferio izquierdo, más racional.

En condiciones normales ambos hemisferios cerebrales trabajan de forma complementaria en la regulación y control de las emociones. Sin embargo, investigaciones como la de Canli y cols. sugirieron que cada hemisferio muestra una vinculación diferencial con las reacciones emocionales de valencia positiva y negativa:

- **Hemisferio derecho:** Es dominante en el control del tono emocional, con un mayor procesamiento de las emociones negativas (ej., el miedo o la ira). Muestra mayor vinculación con aspectos automáticos relacionados con la supervivencia inmediata. Promueve conductas de alejamiento, timidez, depresión, etc.

- **Hemisferio izquierdo:** Es dominante en la interpretación de las emociones positivas. Realiza el control cognitivo de los estados emocionales a través del lenguaje. Favorece conductas de aproximación, control, vigilancia y superación de estados disfóricos y media en las respuestas del sistema inmunitario (De la Rosa Centella, 2019).

Algunos autores son partidarios de una distinta implicación de ambos hemisferios en el procesamiento de la información emocional a partir de las diferentes categorías de emociones: las formas más primitivas de emoción, que por regla general tienen connotación negativa, se encontrarían relacionadas con el funcionamiento del hemisferio derecho, mientras que aquellas otras emociones más avanzadas, y con connotaciones sociales, se encuentran especialmente vinculadas al funcionamiento del hemisferio izquierdo (De la Rosa Centella, 2019).

2.2.9. Impacto emocional

Se produce cuando existe un hecho traumático o un acontecimiento vital impactante, que suelen suceder, en la mayor parte de los casos, una serie de etapas:

- Una **primera fase** que podríamos llamar de 'respuesta inmediata', caracterizada por emociones intensas y cierta pérdida de control.
- Una **segunda fase**, todavía aguda, donde se intenta asimilar la experiencia traumática, pero predomina una atención centrada en el suceso y sus consecuencias, con emociones intrusivas como la rabia, el miedo o la culpa, e ideas anticipatorias y de indefensión, y con desorganización del estilo de vida anterior. Esta fase puede durar hasta varios meses.
- Finalmente, se entra en la **fase de integración y normalización** del curso de la vida, sin que esta quede marcada o limitada por la experiencia acontecida (Moreno, 2020).

2.2.9.1. El impacto emocional de la pandemia por COVID-19

Son los propios recursos personales, y el devenir de la vida, los que hacen que la mayor parte de las personas superen el 'golpe' de la vida y accedan a la tercera fase descrita. Otras personas, sin embargo, pueden adoptar durante mucho tiempo un estilo de afrontamiento contraproducente y quedar así enredadas en un patrón de comportamiento disfuncional y requerir ayuda profesional.

Es obvio que no todas las personas son, por lo tanto, igual de vulnerables. Determinados factores biográficos y contextuales condicionan el grado de vulnerabilidad individual, que será mayor cuando:

- Se acumulan varias fuentes de estrés al mismo tiempo (enfermedad, cuidado de otras personas, pérdida de la fuente de ingresos, incertidumbre sobre el futuro,).
- Han fallecido personas allegadas, con pérdida de relaciones sociales significativas.
- La situación se acumula con otras experiencias o fuentes de estrés anteriores.
- Existe mayor inestabilidad o fragilidad emocional previa.
- El apoyo social en el entorno próximo es escaso.
- Los recursos económicos son limitados.

- Existe un déficit en el repertorio de habilidades de afrontamiento (habilidades para la relación social, habilidad para resolver problemas,).
- De este modo, y a partir de los factores de vulnerabilidad expuestos, cabe distinguir, una vez superada la fase aguda, entre:
- Un estilo de afrontamiento funcional o adaptativo, caracterizado por: Aceptación del hecho y de las emociones que lo acompañan (temor, dolor, resentimiento, abatimiento,) como legítimas y normales, así como de las secuelas que pudieran haber quedado. Manifestación social adecuada del dolor y la pena. o Atención a los aspectos positivos del suceso (si existen) (Moreno, 2020).

2.2.9.2. Modelo de salud mental de Houtman & Kompier

Hay muchas opiniones acerca de los componentes y procesos de la salud mental. Es un concepto muy cargado de valor, y no es probable que se llegue a una definición unánime de él. Al igual que el concepto, fuertemente asociado, de "estrés", la salud mental se define como:

- **Un estado**: por ejemplo, un estado de bienestar psicológico y social total de un individuo en un entorno sociocultural dado, indicativo de estados de ánimo y afectos positivos (p. ej., placer, satisfacción y comodidad) o negativos (p. ej., ansiedad, estado de ánimo depresivo e insatisfacción);

- **Un proceso indicativo de una conducta de afrontamiento:** por ejemplo, luchar por conseguir la independencia, autonomía (ambos aspectos clave de la salud mental);

- **El resultado de un proceso**: un estado crónico debido a una confrontación aguda e intensa con un factor estresante, como sucede en el trastorno por estrés postraumático, o la presencia continua de un factor estresante, no necesariamente intenso. Es lo que ocurre en el agotamiento, así como en las psicosis, los trastornos depresivos mayores, los trastornos cognitivos y el abuso de sustancias psicoactivas (Hurrel et al., 2015).

La salud mental puede asociarse también a:

- **Características de la persona como los "estilos de afrontamiento"**: la competencia (incluidos el afrontamiento eficaz, el dominio del entorno y la autoeficacia) y la aspiración son características de una persona mentalmente sana, que se muestra interesada por su entorno, participa en actividades motivadoras y busca su propia proyección por medios personalmente significativos.

Así pues, la salud mental se conceptualiza no sólo como un proceso o una variable de resultado, sino también como una variable independiente; es decir, una característica personal que influye en nuestro comportamiento.

2.2.9.3.1. Importancia de la salud mental

Son varios los motivos que demuestran la necesidad de prestar atención a los problemas de salud mental. En primer lugar, las estadísticas de varios países indican que son muchas las personas que abandonan su empleo por problemas de salud mental. Así, en los Países Bajos, por ejemplo, los problemas de la tercera parte de los trabajadores diagnosticados cada año de incapacidad laboral están relacionados con la salud mental.

La mayor parte de los de este grupo, el 58 %, se consideran relacionados con el trabajo. Junto con los problemas músculo esqueléticos, los de la salud mental son responsables de alrededor de dos terceras partes de todas las bajas anuales de causa médica (Hurrel et al., 2015).

2.2.9.3.2. Grupos profesionales con riesgo para la salud mental

En las profesiones con elevados ritmos de trabajo y/o baja discreción respecto al uso de las destrezas, el riesgo de trastorno mental es máximo. Los que parecen especialmente proclives a abandonar por motivos de salud mental pertenecen al sector servicios, como el personal sanitario y los maestros, así como los empleados de la limpieza, amas de casa y trabajadores del transporte (Hurrel et al., 2015).

2.2.9.3.3. Actitud ante los problemas de salud mental

El modelo conceptual sugiere al menos dos objetivos de la intervención en los problemas de salud mental:

- El medio ambiente (de trabajo).
- La persona, ya sean sus características o las consecuencias en la salud mental.

- **La prevención primaria**, el tiempo de intervención que debe evitar que se produzca la enfermedad mental, debe orientarse hacia los precursores, eliminando o reduciendo los riesgos del entorno y favoreciendo la capacidad de afrontamiento y otras capacidades del individuo.

- **La prevención secundaria** se orienta hacia el mantenimiento de la población activa que ya padece algún tipo de problema de salud (mental). Este tipo de prevención debería abarcar la estrategia de prevención primaria, asociada a estrategias encaminadas a que tanto los trabajadores como sus supervisores puedan reconocer precozmente los signos de la mala salud mental, a fin de reducir sus consecuencias o impedir que empeoren.

- **La prevención terciaria** va dirigida a la rehabilitación de las personas que han dejado de trabajar por problemas de salud mental. Este tipo de prevención debe dirigirse a la adaptación de los puestos de trabajo a las posibilidades del individuo (lo que a menudo resulta sumamente eficaz), junto con el asesoramiento y tratamiento individuales.

En conclusión, aunque la salud mental no es un estado, proceso o resultado claramente definido, cubre un campo generalmente aceptado de la (mala) salud. Parte de este campo puede ser abarcado por los criterios diagnósticos generalmente aceptados (p. ej., psicosis, trastorno depresivo mayor), pero el carácter diagnóstico de otras partes no está claro ni goza de aceptación general. Son ejemplos de estas últimas los estados de ánimo y los afectos, así como el agotamiento. Pese a todo, existen numerosos indicios de que la (mala) salud mental,
incluidos los criterios diagnósticos más vagos, es un problema importante que tiene un elevado coste, tanto humano como económico (Hurrel et al., 2015).

2.2.10. Estrés

El estrés es normal, concebido como una reacción natural del organismo en respuesta a un desafío físico y/o emocional. El estrés puede ser positivo para activar el cuerpo, la mente y la energía de una persona. Se puede definir como la capacidad individual de movilizar los recursos del organismo para reaccionar rápida y adecuadamente ante cualquier tipo de situación. Sin embargo, si el estrés se prolonga excesivamente, los recursos del organismo se agotan y la persona desarrolla formas perjudiciales o negativas de reacción (Ministerio de salud, 2016).

2.2.10.1. Síntomas

- Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de "embotamiento", depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo.

- Tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante.
- En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.

Incluye: Crisis aguda de nervios, reacción aguda de crisis, fatiga de combate y “shock psíquico” (Criterios CIE-10 (REA), 2013).

2.2.10.2. Clasificación

- **Estrés Agudo (F43.0)**

  Forma más común. Surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano. Es fascinante y agotados en dosis pequeñas, pero cuando es demasiado es agotador.

- **Estrés agudo episódico (F34.0)**

  Que surge de la preocupación incesante. Las personas con este tipo de estrés ven el desastre a la vuelta de la esquina y prevén con pesimismo una catástrofe en cada situación.

- **Crónico (F34.0)**

  Es el estrés agotador que desgasta a las personas día tras día, año tras año (Ministerio de salud, 2016).

2.2.10.3. Tratamiento no Farmacológico

La mayoría de los pacientes tendrá remisión de los síntomas sin necesidad de tratamiento.

Cuidado personal. -Una parte importante de las personas que padecen trastorno por estrés agudo se recuperan cuando se les aparta de la situación traumática y se les da apoyo adecuado en forma de comprensión, empatía con su sentimiento de malestar y la oportunidad de describir lo ocurrido, así como su reacción personal.

Medidas de apoyo. - Los amigos y seres queridos a menudo pueden proporcionar este apoyo. De lo contrario, los médicos u otros profesionales de la salud son útiles.

A veces se administra temporalmente medicamentos para aliviar la ansiedad o ayudar a las personas a dormir, pero por lo general no se administran otros fármacos (como antidepresivos) (Barnhill, 2020).

2.2.10.4. Tratamiento Farmacológico

El **tratamiento farmacológico del estrés** de primera línea son los antidepresivos ISRS y la Venlafaxina. Los ISRS son un grupo de antidepresivos muy versátiles en psiquiatría porque se utilizan para tratar la depresión, los distintos tipos de ansiedad, el TOC y el estrés postraumático, entre otros (López Gómez, 2018).

2.2.11. Depresión

La depresión es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos.

Algunas investigaciones indican que el riesgo genético para la depresión es el resultado de la influencia de varios genes que actúan junto con factores ambientales y otros factores de riesgo.

Algunos tipos de depresión tienden a darse en familias. Sin embargo, la depresión también puede ocurrir en personas sin antecedentes familiares de depresión. No todas las personas con enfermedades depresivas experimentan los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas varían dependiendo de la persona y su enfermedad en particular (OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud, 2020).

2.2.11.1. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 del episodio depresivo

- **Episodio depresivo leve (F32.0)**

El paciente generalmente está tenso, pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades.

- **Episodio depresivo moderado (F32.1)**

Por lo común, están presentes cuatro o más de los síntomas antes descritos y el paciente probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias.

- **Episodio depresivo grave (F32.2)**

Episodio de depresión en el que varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, especialmente la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa. Son frecuentes las ideas y las acciones suicidas, y usualmente se presenta una cantidad de síntomas "somáticos".

- **Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)**

Episodio de depresión similar al descrito en F32.2, pero con la aparición de alucinaciones, delirios, retraso psicomotor, o de un estupor tan grave que imposibilita las actividades sociales

corrientes; puede generar riesgos para la vida del paciente, por suicidio o por efecto de la deshidratación o de la inanición. Las alucinaciones y los delirios pueden o no ser congruentes con el ánimo (Hernandez Sanchez et al., 2020).

2.2.11.2. Tratamiento

2.2.11.2.1. No Farmacológico

- Soporte Hay que alentar a los pacientes a aumentar gradualmente las actividades simples como dar paseos, hacer ejercicio sistemático y a seguir manteniendo las interacciones sociales, aunque se sepa que el paciente quiere evitarlas. El médico puede sugerirle a los pacientes que no se culpen a sí mismos y explicarles que esos pensamientos oscuros forman parte del trastorno y que terminarán por desaparecer.
- Psicoterapia en particular la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, es eficaz en pacientes con trastorno depresivo mayor, tanto para el tratamiento de los síntomas agudos como para disminuir la probabilidad de recaída

2.2.11.2.2. Farmacológico

- Los fármacos pueden depender de la respuesta previa a un antidepresivo específico, de otra forma, los ISRS son los fármacos de primera elección (Warren Barnhill, 2018).

2.2.12. Ansiedad

Los trastornos de ansiedad, se encuentra entre los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia a pesar de variaciones culturales en su ocurrencia. Los mismos comprenden un amplio rango de diferentes trastornos de los cuales los de ansiedad generalizada, fobia social y trastornos de estrés postraumático (PTSD) constituyen, hasta el momento, una de las áreas de prevención primaria.
La mayoría de los trastornos de ansiedad aparecen por primera vez durante la infancia y la adolescencia, lo que hace que estos grupos de edad sean un objetivo importante para la prevención primaria (Organización Mundial de la Salud, 1980).

2.2.12.1. Síntomas

La ansiedad se asocia a tres (o más) de seis síntomas y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses

- Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta
- Fácilmente fatigado
- Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio) (Clínica de la Ansiedad, 2021).

2.2.12.2. Clasificación

Los trastornos de ansiedad en función de cómo se presentan los síntomas se clasifican en aquellos que presentan síntomas continuamente.

- **Trastornos de pánico (F41.0)**
  Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares.

- **Trastorno por ansiedad generalizada (F41.1)**
  La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una «angustia libre flotante»).

- **Trastornos por ansiedad fóbica (F40)** Son aquellos en los que la ansiedad aparece en cualquier situación se clasifican en fobia simple, fobia social y agorafobia.

Algunos pacientes tienen tanto episodios de ansiedad en las situaciones típicas descritas para la agorafobia, como episodios esporádicos característicos del trastorno de pánico.

En los dos sistemas de clasificación estos casos mixtos se denominan de forma diferente: pánico con agorafobia en la DSM y agorafobia con pánico en la CIE (Hernandez Sanchez et al., 2020).

2.2.12.3. Tratamiento

2.2.12.3.1. No farmacológico

Las técnicas para el manejo de la ansiedad permiten al paciente controlar sus preocupaciones y miedos a través de la distracción y del cuestionamiento de sus bases lógicas para sustituirlas por modos más racionales de pensamiento.

- Entrenamiento en relajación. Puede reducir la ansiedad si el paciente lo practica con regularidad, pero con frecuencia es difícil convencer a los pacientes para que lo hagan. El entrenamiento en relajación en grupo puede mejorar la motivación.
- Animar al paciente a realizar actividades de ocio y a retomar las actividades que han sido beneficiosas para él en el pasado.
- Identificar y superar preocupaciones exageradas.
- Buscar soluciones para tratar de afrontar estos pensamientos negativos cuando se presenten
- Tratamiento de la hiperventilación: Para cortar un episodio agudo el paciente debe respirar en una bolsa para aumentar la concentración alveolar de dióxido de carbono.
- Con este método también demostramos al paciente que algunos de los síntomas se deben a la hiperventilación.
- Para evitar otros episodios de hiperventilación deben entrenarse para respirar de forma lenta y controlada, primero supervisando y después en su casa.

2.2.12.3.2. Farmacológico

- El principal objetivo en el tratamiento farmacológico de la ansiedad es el control de la sintomatología central de la enfermedad, que incluye los trastornos psíquicos, la tensión muscular, la hiperactividad autonómica y el insomnio.

- Frecuentemente los pacientes con ansiedad generalizada necesitan, además del tratamiento agudo de los síntomas (menos de 6 meses de tratamiento), la administración de un tratamiento crónico (más de 6 meses) para prevenir las recaídas.

Esto hace necesario utilizar medicamentos que sean bien tolerados y con baja probabilidad de abuso, tolerancia o dependencia, además de presentar un rápido comienzo de acción. Además, esta medicación será más útil si demuestra eficacia frente a las patologías concomitantes y reduce la discapacidad del paciente con ansiedad, mejorando su calidad de vida (Hernandez Sanchez et al., 2020).

2.4 Síntesis de hipótesis

2.4.1. Hipótesis alterna

Los factores de riesgo inciden en la salud mental

2.4.2. Hipótesis nula

Los factores de riesgo no inciden en la salud mental

2.5 Síntesis de Variables

2.5.1. Unidad de observación

Personal de enfermería que labora en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro

2.5.2. Variable Dependiente

Salud mental

2.5.3. Variable Independiente

Factores de riesgo

2.5.4. Operacionalización de variables

Tabla 11. *Operacionalización variable dependiente*

Variable	**Definición**	**Dimensión**	**Indicador**	**Instrumentos**
Salud mental	La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad (World Health Organization,	Estrés	4 ansiedad leve 5-7 ansiedad moderada 8-9 ansiedad severa 10 o más, ansiedad extremadamente severa.	DASS-21, sub escala estrés.
		Depresión	Mínimo 0-4 Moderado 5-9 Moderado grave 15-19 Grave 20-27	Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9)
			5-6 depresión leve 7-10 depresión moderada 11-13 depresión severa 14 o más, depresión extremadamente severa	DASS-21, subescala depresión

	2018).	Ansiedad	4 ansiedad leve 5-7 ansiedad moderada 8-9 ansiedad severa 10 o más, ansiedad extremadamente severa.	DASS-21, subescala ansiedad

Fuente: Elaboración propia, 2021

Tabla 12. *Operacionalización variable independiente*

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Instrumento
Factores de riesgo	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene (Organizacion	Género	Masculino, Femenino, LGBTIQ+	Ficha de Caracterización Sociodemográfica
		Autoidentificación Étnica.	Mestizo, Indígena, Afroamericano, Blanco, Montubio	
		Edad	20 - 24 años, 25 - 29 años, 30 - 34 años,35 - 39 años,40 - 44 años,45 - 49 años ,50 o más años	
		Estado Civil	Soltero(a), Unión libre, Casado(a), Separado(a), Viudo(a).	
		Número de hijos	0, 1 - 2, 3 - 4, 4 o más	
		Ingreso mensual en el hogar	Menos de 500, 500 a 1000, 1000 a 1500, 1500 a 2000, Más de 2000	
		Vivienda que habita	Propia, Alquilada, Prestada	
		Religión	Catolicismo ,Cristianismo, Protestantes, Adventistas, Mormones, Testigos de Jehová, Musulmanes, Judíos, Ortodoxos, Budistas, Espiritualistas, Evangélica, Ateo	

	Mundial de la Salud, 2011).	Discapacidad	Sí, No	
		Tipo de discapacidad	Discapacidad auditiva, Discapacidad visual, Discapacidad física, Discapacidad intelectual, Discapacidad psicosocial	
		Grado de discapacidad	0 a 4%, 5 a 24%, 25 a 49%, 50 a 74%, 75 a 95%, 96 a 100%	
		Nivel de formación	Licenciatura en Enfermería, Especialista, Magíster, Doctorado	
		Años de experiencia profesional:	Menos de 1 año, De 1 a 5 años, De 5 a 10 años, De 10 a 15 años De 15 a 20 años, De 20 o más años	
		Servicio en el que labora:	Covid 1, Covid 2, Covid 3, Covid 4, Neonatología, Ginecología, Quirófano, Consulta Externa Esterilización, Emergencia, Hospitalización, Laboratorio.	
		Situación Laboral.	Nombramiento Definitivo, Nombramiento Provisional, Contrato Ocasional	
		Horario de Trabajo	Turnos rotativos de 12 horas Turnos rotativos 8 horas	

		Patología Mental	Si No	
		Enfermedades preexistentes	Problemas pulmonares, Enfermedades cardiovasculares, Obesidad, Hipertensión, Diabetes Cáncer, Trastornos sanguíneos, Sistema inmunitario debilitado, Enfermedad renal crónica, Enfermedad hepática crónica	
		Tiene a su cuidado personas dependientes	Niños menores de 5 años, Adulto mayor, Personas con discapacidad	
		Le han diagnosticado Covid-19	Si No	
		Ha fallecido un miembro de su familia con Covid-19	Si No	
		Ha fallecido un amigo con Covid-19	Si No	
		Ha experimentado violencia a causa de	Si en el hogar Si en el trabajo No	

		su trabajo Ha consumido sustancias estupefacientes	Si No	

Fuente: Elaboración propia, 2021

CAPÍTULO 3
MARCO METODOLÓGICO

3.1 Nivel de investigación

3.1.1. Por la profundidad

3.1.1.1. Descriptivo

En los estudios descriptivos, el investigador se limita a medir la presencia, características o distribución de un fenómeno en una población en un momento de corte en el tiempo, tal sería el caso de estudios que describen la presencia de un determinado factor ambiental, una determinada enfermedad, mortalidad en la población, etc., pero siempre referido a un momento concreto y sobre todo, limitándose a describir uno o varios fenómenos sin intención de establecer relaciones causales con otros factores (Veiga de Cabo et al., 2008).

3.1.2. Por su enfoque

3.1.2.1. Cuantitativo

Son el conjunto de estrategias de obtención y procesamiento de información que emplean magnitudes numéricas y técnicas formales y/o estadísticas para llevar a cabo su análisis, siempre enmarcados en una relación de causa y efecto. En otras palabras, un método cuantitativo es todo aquel que utiliza valores numéricos para estudiar un fenómeno. Como consecuencia, obtiene conclusiones que pueden ser expresadas de forma matemática (Concepto.de, 2020).

3.2 Diseño

3.2.1. De campo

La investigación de campo es la recopilación de datos nuevos de fuentes primarias para un propósito específico. Es un método de recolección de datos cualitativos encaminado a comprender, observar e interactuar con las personas en su entorno natural.

Cuando los investigadores hablan sobre estar en "el campo" están hablando de estar en el lugar de los hechos y participar en la vida cotidiana de las personas que están estudiando.

Algunas veces los investigadores utilizan los términos etnografía y observación para referirse a este método de recopilación de datos; el primero es más utilizado en antropología, mientras que el segundo es utilizado comúnmente en sociología.

Podrías pensar en la investigación de campo como un término general que incluye el sinfín de actividades que realizan los investigadores de campo cuando recopilan datos: participan, observan, generalmente entrevistan a algunas de las personas que observan y normalmente analizan documentos o algunos objetos relacionados con el estudio (QuestionPro, 2020).

3.2.2. Documental

Documental es el método investigativo basado en la revisión de textos, artículos, bibliografías, videos, películas entre otros ya existentes sobre un tema y que pueden ser utilizadas para dar inicio o traer a flote un tema ya tratado. Allí se puede encontrar una investigación histórica hecha ya sobre el tema de interés (Restrepo Garcia, 2021).

3.2.3. No experimental

Los diseños no experimentales no tienen determinación aleatoria, manipulación de variables. El investigador observa lo que ocurre de forma natural, sin intervenir de manera alguna. Existen muchas razones para realizar este tipo de estudio. Primero, un número de características o variables no están sujetas, o no son receptivas a manipulación experimental o randomización. Así como, por consideraciones éticas, algunas variables no pueden o no deben ser manipuladas (D Sousa et al., 2007).

3.2.3.1. Transversal.

La investigación transversal es un método no experimental para recoger y analizar datos en un momento determinado. Frente a otros tipos de investigaciones, como las longitudinales, la transversal limita la recogida de información a un periodo (Montaño, 2019).

3.2.4. Correlacional

Este tipo de estudios se utilizan para determinar en qué medida dos o más variables están relacionadas entre sí. Se trata de averiguar de qué manera los cambios de una variable influyen en los valores de otra variable (Cauas, 2005).

3.3 Población y Muestra

La población de estudio está constituida por 97 profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda.

Se realizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, mediante una convocatoria a los 97 profesionales de enfermería para la realización del instrumento, de esta manera se recibieron 91 respuestas al formulario, llegando a cubrir el 93,81% de la totalidad de la población de estudio

3.3.1. Criterios de inclusión

- Personal con título de Licenciados en Enfermería.
- Personal que labora en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro (HANM)

3.3.2. Criterios de exclusión

- Personal de otras casas de la salud
- Personal de otros hospitales
- Auxiliares de Enfermería
- Personales ajenos a la salud: personal de limpieza, guardias, secretarias, etc.
- Personas en estado etílico o bajo el efecto de sustancias psicotrópicas.

3.4. Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos

3.4.1. Ficha de caracterización sociodemográfica

Los datos Sociodemográficos son información general sobre grupos de personas. Dependiendo de la finalidad, los datos pueden incluir atributos como la edad, el sexo y el lugar de residencia, así como características sociales como la ocupación, la situación familiar o los ingresos (Ryte Wiki, 2020).

Los instrumentos elegidos para la recolección de datos, son los siguientes:

3.4.2. Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)

La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21) fue creada con el objetivo de evaluar la presencia de afectos negativos de depresión y ansiedad, para lograr una discriminación máxima en estas condiciones, cuya sobreposición clínica ha sido reportada por clínicos y por investigadores.

El DASS fue desarrollado para cumplir las exigencias psicométricas de una escala de autorreporte desde una concepción dimensional más que categórica de los trastornos psicológicos. Esto implica que las diferencias entre sujetos normales y con alteraciones clínicas radican en la severidad en que experimentan los estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés.

Su versión abreviada, denominada Escala de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21) tiene como ventajas el ser un instrumento de autorreporte, breve, fácil de responder y que ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en estudios de validación en adultos de población general, en muestras clínicas, en adolescentes y estudiantes universitarios.

Con respecto a la utilidad clínica del instrumento, los autores de estas escalas sugirieron puntajes basados en normas percentiles que diferenciaban entre una manifestación leve, moderada, severa y extremadamente severa de los estados afectivos depresivos ansiosos y de estrés (Román et al., 2016).

El DASS-21 posee tres subescalas, Depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), Ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y Estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Para evaluar cada subescala por separado, se deben sumar las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada una. Pueden obtenerse un indicador general de síntomas emocionales sumando las puntuaciones de todos los ítems (Antony et al., 1998).

Interpretación: a mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología.

Tabla 13.

Puntos de corte comúnmente utilizados para la Escala DASS-21

	Leve	**Moderada**	**Severa**	**Extremadamente severa**
Depresión	5 - 6	7 - 10	11 - 13	14 0 más
Ansiedad	4	5 - 7	8 - 9	10 o más
Estrés	8 - 9	10 - 12	13 -16	17 o más

Fuente: Elaboración propia, 2021.

3.4.2. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

El PHQ es una de las pruebas más utilizadas en el contexto de Atención Primaria (AP) a nivel internacional. Es una herramienta de cribado derivada a partir de la prueba de autoinforme del sistema PRIME-MD, un sistema de evaluación de trastornos mentales en AP que se desarrolla en 2 etapas: el Cuestionario del Paciente (Patient Questionnaire [PQ]) y la Guía de Evaluación Clínica (Clinician Evaluation Guide [CEG]), basada en los criterios del DSM-IV. Cuenta con varios módulos que evalúan los trastornos mentales más comunes, como son la depresión mayor, la ansiedad generalizada, el trastorno de pánico o las somatizaciones. Desde hace más de una década se han ido desarrollando a partir de este sistema varios instrumentos de autoinformes cortos como son el PHQ-9, GAD-7, PHQ-PD y el PHQ-15 (Muñoz Navarro et al., 2017).

El PHQ - 9 es el módulo de depresión de 9 ítems del PHQ completo.

- La depresión mayor se diagnostica si 5 o más de los 9 criterios de síntomas depresivos han estado presentes al menos “más de la mitad de los días” en las

últimas 2 semanas, y uno de los síntomas es estado de ánimo depresivo o anhedonia.

- Se diagnostica otra depresión si han estado presentes 2, 3 o 4 síntomas depresivos al menos “más de la mitad de los días” en las últimas 2 semanas, y uno de los síntomas es estado de ánimo depresivo o anhedonia.

Uno de los 9 criterios de síntomas (“pensamientos de que estaría mejor muerto o de hacerse daño de alguna manera”) cuenta si está presente, independientemente de la duración. Al igual que con el PRIME - MD original, antes de hacer un diagnóstico final, se espera que el médico descarte las causas físicas de depresión, duelo normal y antecedentes de un episodio maníaco.

Como medida de gravedad, la puntuación PHQ - 9 puede variar de 0 a 27, ya que cada uno de los 9 elementos puede puntuar de 0 (para nada) a 3 (casi todos los días). También se agregó un ítem al final de la parte de diagnóstico del PHQ - 9 preguntando a los pacientes que marcaron cualquier problema en el cuestionario: “¿Qué tan difícil le han hecho estos problemas para que usted haga su trabajo, se ocupe de las cosas en casa, o llevarse bien con otras personas? "(Kroenke et al., 2001).

El PHQ-9 es una medida de autoinforme de nueve ítems que evalúa la presencia de síntomas depresivos basados en los criterios del DSM-IV para el episodio depresivo mayor

Las puntuaciones del PHQ-9 se califican con una escala Likert que va de 0 (nunca), a 1 (varios días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (casi todos los días), por lo que el puntaje total va en un rango de 0 a 27.

Tabla 14.

Puntos de corte comúnmente utilizados para el cuestionario PHQ-9

	Mínimo	Leve	Moderado	Moderado grave	Grave
Depresión	0-4	5-9	10-14	15-19	20-27

Fuente: Elaboración propia, 2021.

El PHQ-9 se desarrolló como una herramienta de tamizaje, siendo los puntajes de corte recomendados entre 8 y 11 para un probable caso de depresión mayor(Saldivia et al., 2019).

3.4.4. Google Forms

La aplicación Google Forms o Formularios de Google de Gsuite (Ahora conocido como Google Workspace) es una herramienta que nos permite realizar encuestas de manera online, debido a los motivos relacionados con la pandemia de Covid-19, y por las restricciones a acceder a la Unidad de Salud, y el contacto con las personas se optó por el uso de esta herramienta para salvaguardar la salud de la muestra de estudio y del personal involucrado en el trabajo (Guzmán, 2020).

3.5 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

El análisis y procesamiento de datos se desarrolló a través de los siguientes pasos.

3.5.1. Se envió una solicitud de autorización a la institución de estudio

Una vez emitida la resolución para la realización de los proyectos de titulación con oficio Nº- 008- 2021- CCE por parte de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano de la Universidad Estatal de Bolívar; se procedió a realizar los trámites respectivos a docencia para realizar el estudio; por otra parte se solicitó información a la Dirección de Talento Humano del H.A.N.M; se solicitó la autorización respectiva para proceder a la aplicación de la encuesta por medio de la herramienta de Google Forms; a continuación se realizó la socialización del trabajo de investigación a la Coordinadora del Servicio de Enfermería y a las Líderes de cada área con el fin de hacer llegar el test a la totalidad del personal que labora en las áreas hospitalarias.

3.5.2. Firma del consentimiento informado a cada uno de las personas del estudio

Una vez realizado los trámites respectivos para la aplicación del estudio, se procedió usar una de las funciones de Google denominado “Google Forms”, el mismo que es una herramienta para procesar formularios a través de la red; acto seguido se realizó un formulario, el mismo que contenía el consentimiento informado, la ficha de caracterización

sociodemográfica, y los test DASS-21 y PHQ-9, a causa de la actual pandemia de Covid-19, cabe mencionar que se optó por utilizar esta herramienta para salvaguardar la integridad de la muestra de estudio.

3.5.3. Recolección de datos a través de la aplicación Google Forms

A través de la plataforma de formularios de Google se procedió a recolectar la información del estado de salud mental del personal enfermero, el formulario estuvo disponible a partir del 01 de Abril hasta el 30 abril del 2021, tiempo en el cual se recolectó un total de 91 respuestas.

3.5.4. Análisis de datos obtenidas a través del Software SPSS

El SPSS son las siglas de Statistical Package for the Social Sciences (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) es una aplicación de análisis estadísticos de datos (Souto Grande, 2021). Para el análisis de la información se utilizó la versión V.25.0 del paquete estadístico, con estadísticos de porcentajes y frecuencias para los factores sociodemográficos, complementados con pruebas de Mann Whitney y Kruskal Wallis para identificar los principales factores de riesgo que influyen en síntomas asociados a depresión, ansiedad y estrés.

3.5.4.1. Resultados Objetivo 1: Identificar los factores de riesgo que condicionan la aparición de problemas de salud mental del profesional enfermero.

3.5.4.1.1 Caracterización sociodemográfica

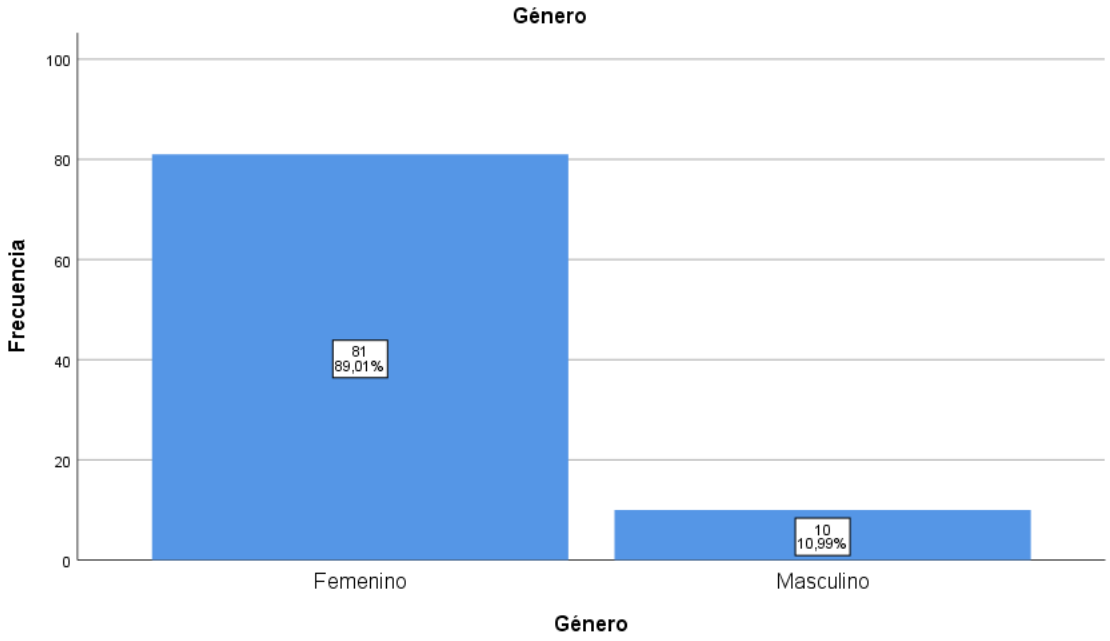
3.5.4.1.1.1. Género al que pertenece

Tabla 15. *Tabla de frecuencia de la variable género*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	81	89,0	89,0
Masculino	10	11,0	100,0
Total	91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 8.
Gráfico de barras de la variable género



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis
El objeto de estudio es mayoritariamente femenino. Esto se observa en la Tabla 15, donde se puede apreciar que el 89% de la muestra está conformado por personal femenino, mientras que el 11% es masculino. Ningún trabajador se auto percibe en el género LGBTIQ.

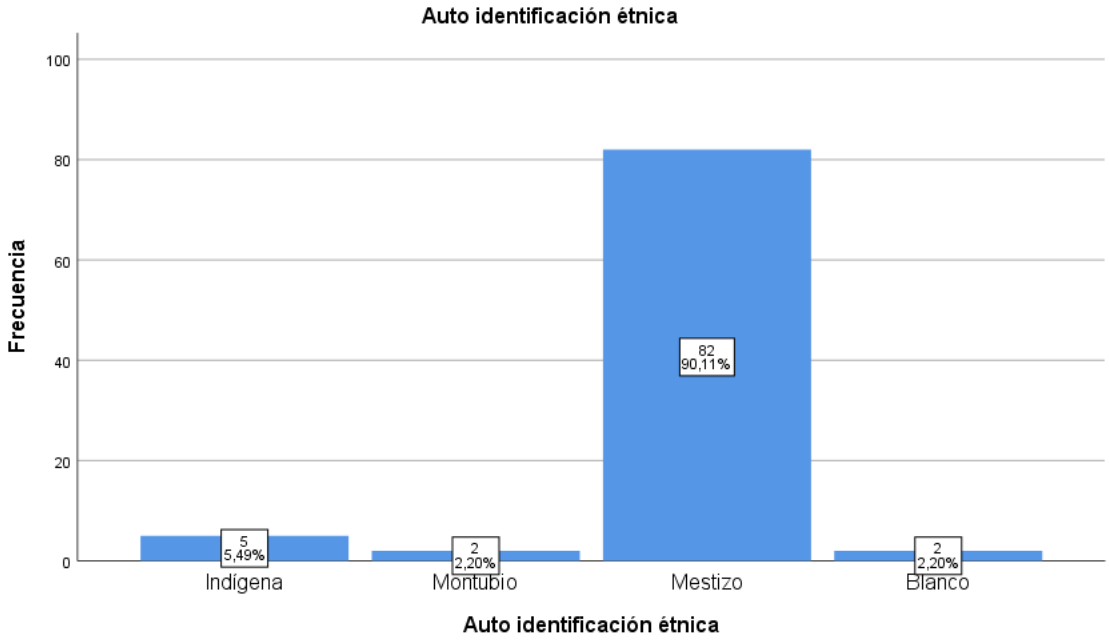
3.5.4.1.1.2. Autoidentificación étnica

Tabla 16. *Tabla de frecuencia de la variable autoidentificación étnica*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Indígena	5	5,5	5,5
Montubio	2	2,2	7,7
Mestizo	82	90,1	97,8
Blanco	2	2,2	100,0
Total	91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 9.
Gráfico de barras de la variable autoidentificación étnica



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

El objeto de estudio es mayoritariamente mestizo. Esto se observa en la Tabla 16, donde se puede apreciar que el 90,1% de la muestra está conformado por personas mestizas, por otro lado, el 5,5% son indígenas, el 2,2% son montubios y el 2,2% restantes son blancos.

3.5.4.1.1.3. Edad

Tabla 17.

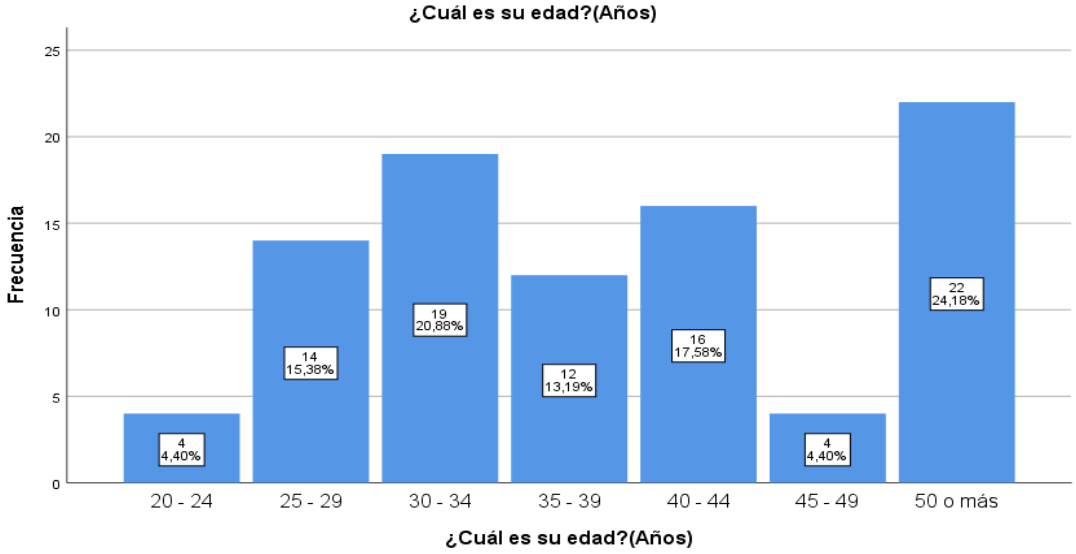
Tabla de frecuencias de la variable edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
20 - 24	4	4,4	4,4
25 - 29	14	15,4	19,8
30 - 34	19	20,9	40,7
35 - 39	12	13,2	53,8
40 - 44	16	17,6	71,4
45 - 49	4	4,4	75,8
50 o más	22	24,2	100,0
Total	91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 10.

Gráfico de barras de la variable edad



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

El objeto de estudio es mayoritariamente adulto joven el 53,8% de la muestra, en cambio el el 46,2% son adultos intermedios. Esto se observa en la Tabla 17, donde se puede apreciar que el 24.16% de la muestra está conformado por personas entre 50 o más años de edad, mientras que el 20,88% tienen 30 a 34, el 17,58% tienen 40 a 44, el 15,38% tienen 25 a 29 y el 13.19% tienen 35 a 39 y el 4.40% tienen 45 a 49 y el 4.40% restantes tienen 20 a 24 años de edad.

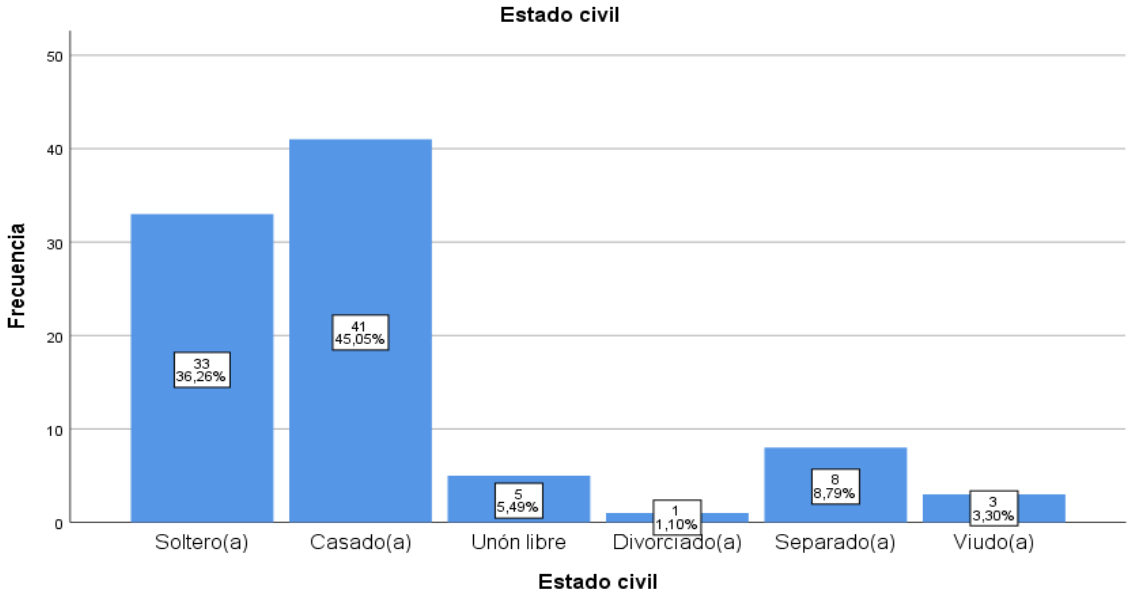
3.5.4.1.1.4. Estado civil

Tabla 18. *Tabla de frecuencia de la variable estado civil*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltero(a)	33	36,3	36,3	36,3
Casado(a)	41	45,1	45,1	81,3
Unión libre	5	5,5	5,5	86,8
Divorciado(a)	1	1,1	1,1	87,9
Separado(a)	8	8,8	8,8	96,7
Viudo(a)	3	3,3	3,3	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 11.
Gráfico de barras de la variable estado civil



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

El objeto de estudio está compuesto principalmente por personas casadas y solteras. Esto se observa en la Tabla 18., donde se puede apreciar que el 45,1% de la muestra está conformado por personas casadas y 36,3% por solteros. El 5,5% viven en unión libre, mientras que el 1,1% son divorciados. A su vez, el 8,8% están separados de sus parejas y el 3,3% son viudos.

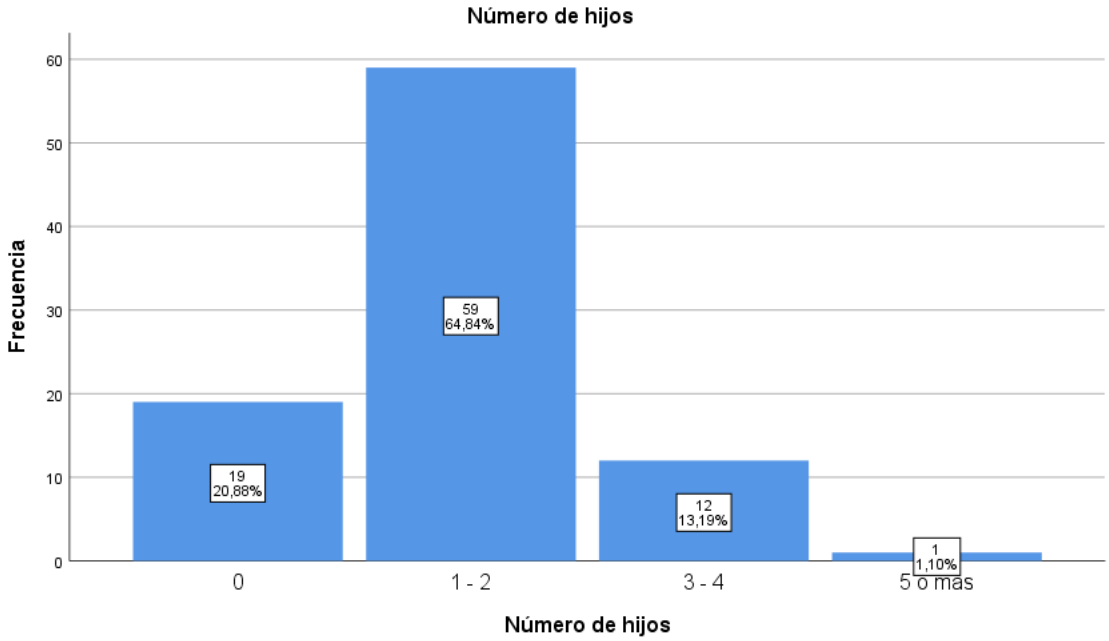
3.5.4.1.1.5. Número de hijos

Tabla 19. *Tabla de frecuencia de la variable número de hijos*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	19	20,9	20,9
1 – 2	59	64,8	85,7
3 – 4	12	13,2	98,9
5 o más	1	1,1	100,0
Total	91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 12.
Gráfico de barras de la variable número de hijos.



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

El objeto de estudio está conformado mayoritariamente por personas con 1 a 2 hijos. Esto se observa en la tabla 19, donde se puede apreciar que el 64.84% de la muestra tienen 1 a 2 hijos, mientras que el 20.88% no tienen hijos, por otra parte, el 13,19% tiene 3 a 4 hijos y solo 1,10% tiene más de 5 hijos.

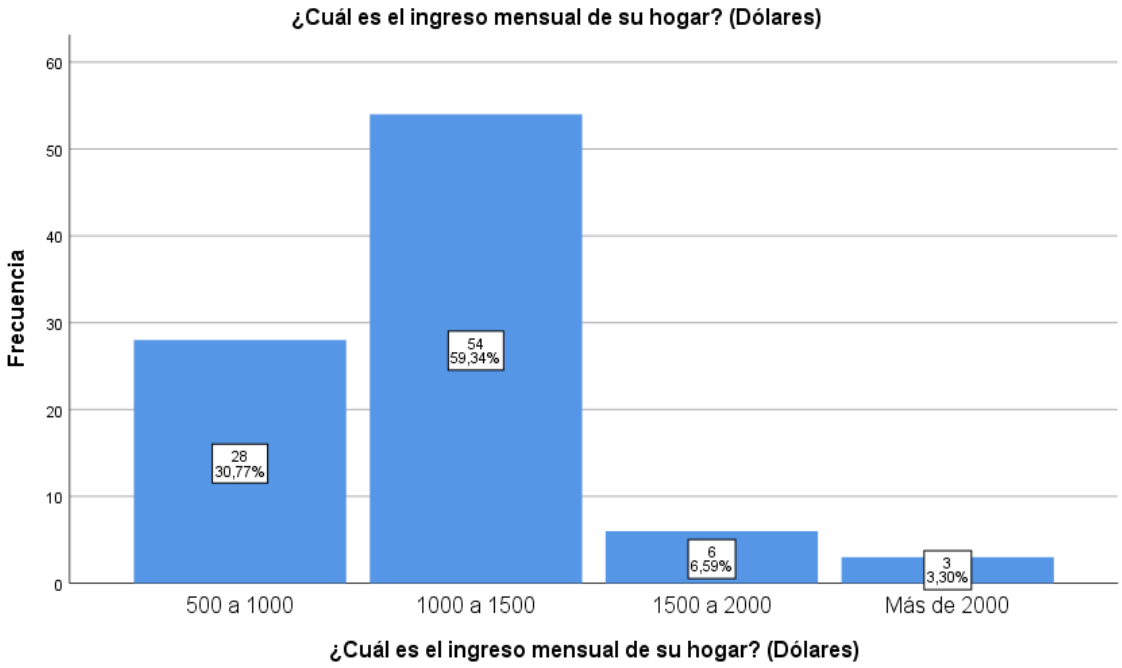
3.5.4.1.1.6. Ingreso mensual

Tabla 20. *Tabla de frecuencia de la variable ingreso mensual*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
500 a 1000	28	30,8	30,8
1000 a 1500	54	59,3	90,1
1500 a 2000	6	6,6	96,7
Más de 2000	3	3,3	100,0
Total	91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 13.
Gráfico de barras de la variable ingreso mensual



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

En el objeto de estudio se puede apreciar que la mayoría tiene un ingreso mensual entre los $1000 a $1500, Esto se observa en la Tabla 20, donde se puede apreciar que el 59,34,% de la muestra tiene un ingreso mensual de 1000 a 1500 dólares , mientras que el 30,77% tiene un ingreso de $500 a $1000, el 6.59% tienen un ingreso de $1500 a $2000 y el 3.30% restantes tiene un ingreso de más de $2000 mensuales.

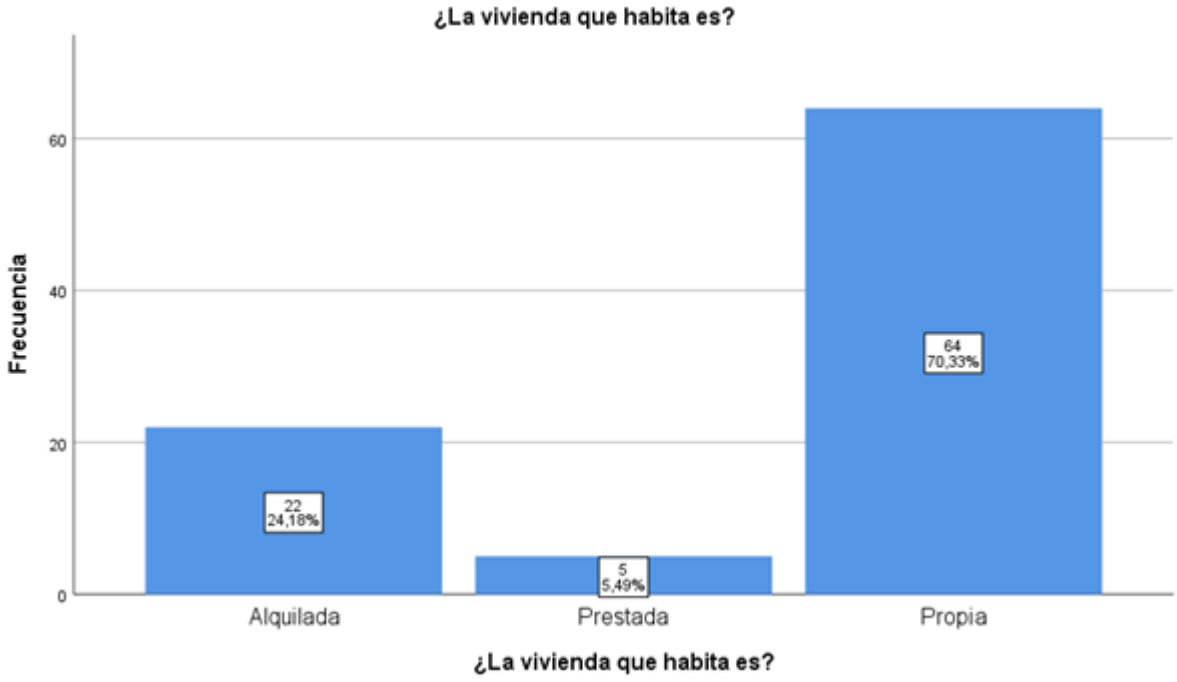
3.5.4.1.1.7. Tipo de vivienda

Tabla 21. *Tabla de frecuencia de la variable tipo de vivienda*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Alquilada	22	24,2	24,2
Prestada	5	5,5	29,7
Propia	64	70,3	100,0
Total	91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 14.
Gráfico de barras de la variable tipo de vivienda



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

El objeto de estudio, en su mayoría, habita en una casa propia. Esto se observa en la Tabla 21, donde se puede apreciar que el 70,3% de la muestra está conformado por personas con casa propia, mientras que el 24,2% vive en casas alquiladas y el 5,5% en viviendas prestadas.

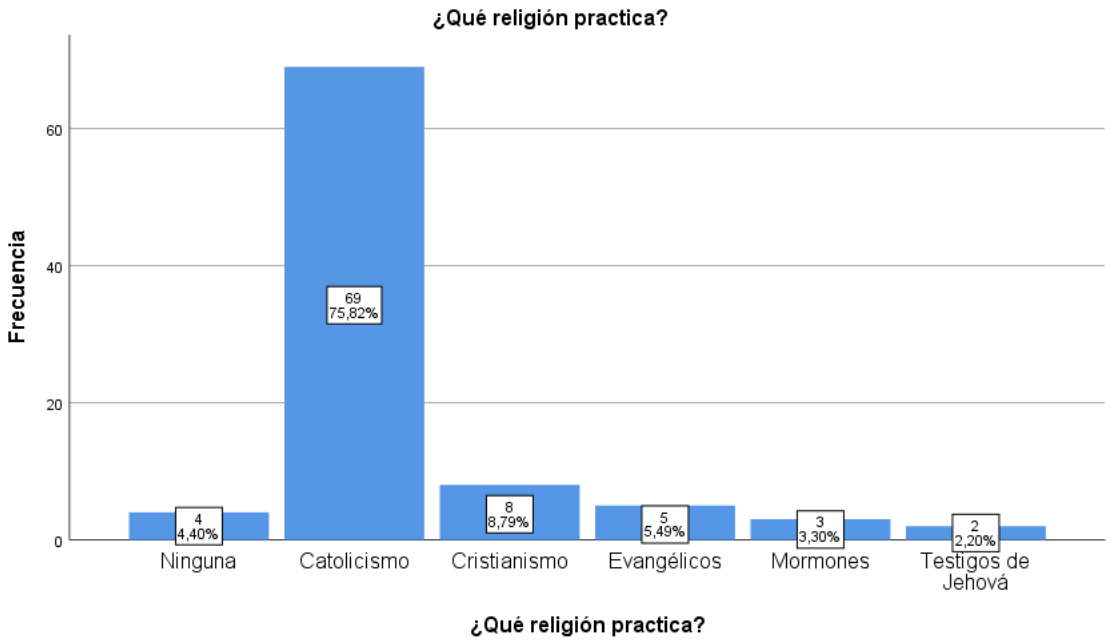
3.5.4.1.1.8. Religión que practican

Tabla 22. *Tabla de frecuencia de la variable religiones que se practican*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ninguna	4	4,4	4,4
Catolicismo	69	75,8	80,2
Cristianismo	8	8,8	89,0
Evangélicos	5	5,5	94,5
Mormones	3	3,3	97,8
Testigos de Jehová	2	2,2	100,0
Total	91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 15.
Gráfico de barras de la variable religiones que se practican



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

El objeto de estudio está compuesto por una población mayoritariamente católica. Esto se observa en la Tabla 22, donde se puede apreciar que el 75,8% de la muestra está conformado por católicos. El 8,8% son cristianos, mientras que el 5,5% son evangélicos, el 3,3% mormones y el 2,2% de testigos de Jehová, por otro lado, un 4.4% de personas no profesa ninguna religión.

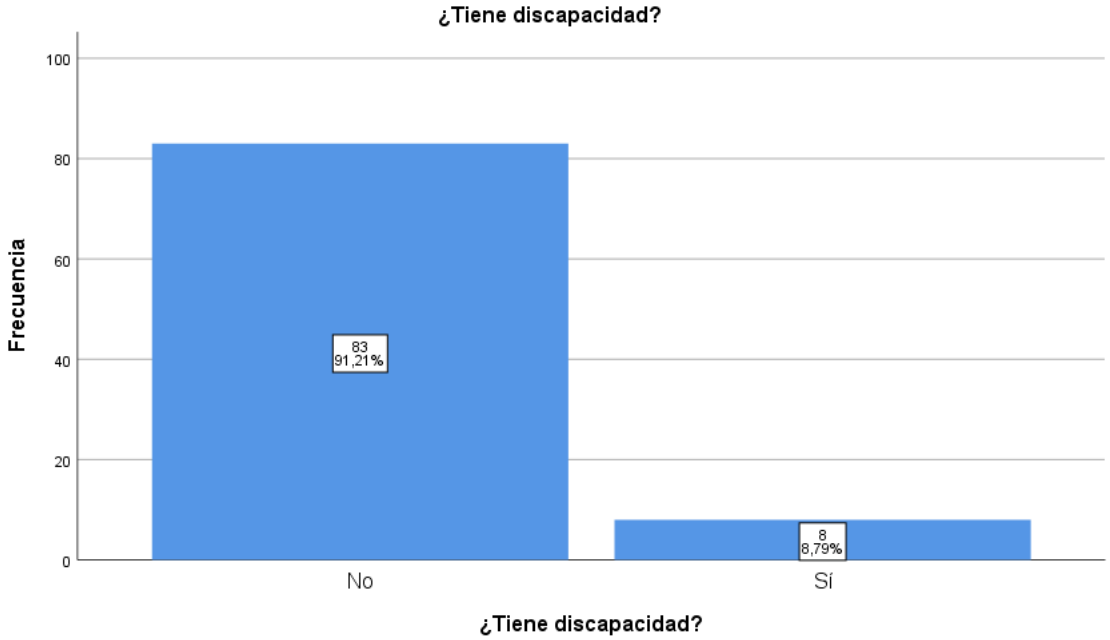
3.5.4.1.1.9. Discapacidad

Tabla 23. *Tabla de frecuencia de la variable discapacidad*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	83	91,2	91,2
Sí	8	8,8	100,0
Total	91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 16.
Gráfico de barras de la variable discapacidad



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

La mayoría de los elementos que conforman el objeto de estudio no tienen discapacidad. Esto se observa en la Tabla 23, en la que se muestra que un 91,2% de personas que dicen no tener discapacidad, mientras el 8,8% afirman tener algún tipo de discapacidad.

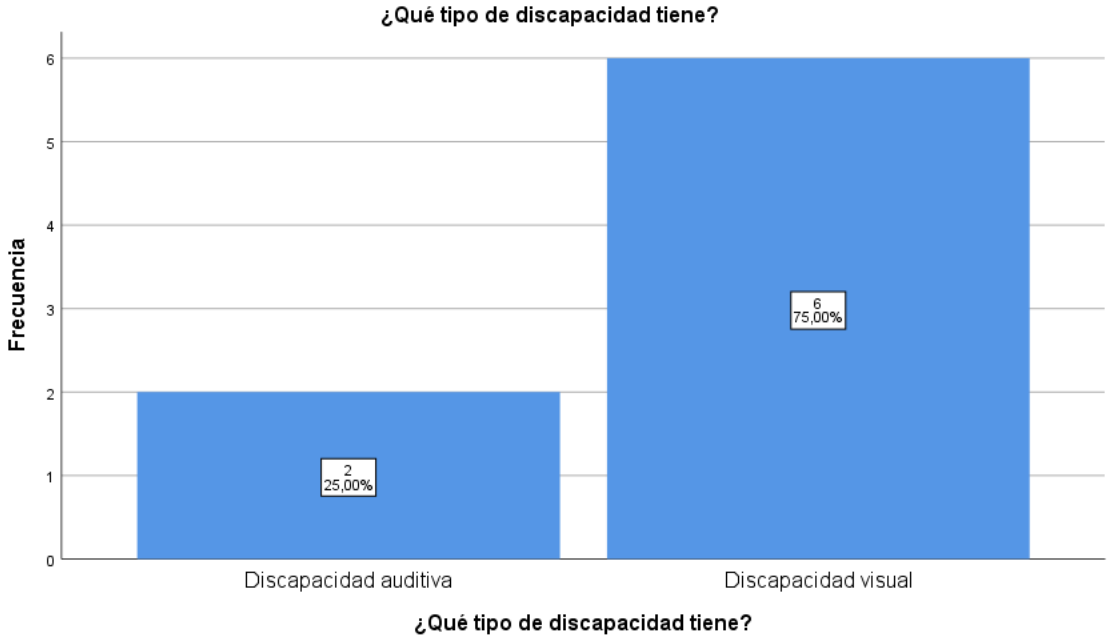
3.5.4.1.1.10. Tipo de discapacidad

Tabla 24. *Tabla de frecuencia de la variable tipo de discapacidad*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Discapacidad auditiva	2	2,2	25,0
	Discapacidad visual	6	6,6	100,0
	Total	8	8,8	
Perdidos	Sistema	83	91,2	
Total		91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 17.
Gráfico de barras de la variable tipo de discapacidad



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

Considerando que las personas con discapacidad conforman el 8,8% de la muestra, se observa que la mayoría del personal de enfermería que pertenece a este grupo tiene discapacidad visual, ya que representa al 75% de los discapacitados, que a su vez, es el 6,6% de la muestra total. El 25% restante tienen discapacidad auditiva. Ellos son el 2,2% de la muestra total.

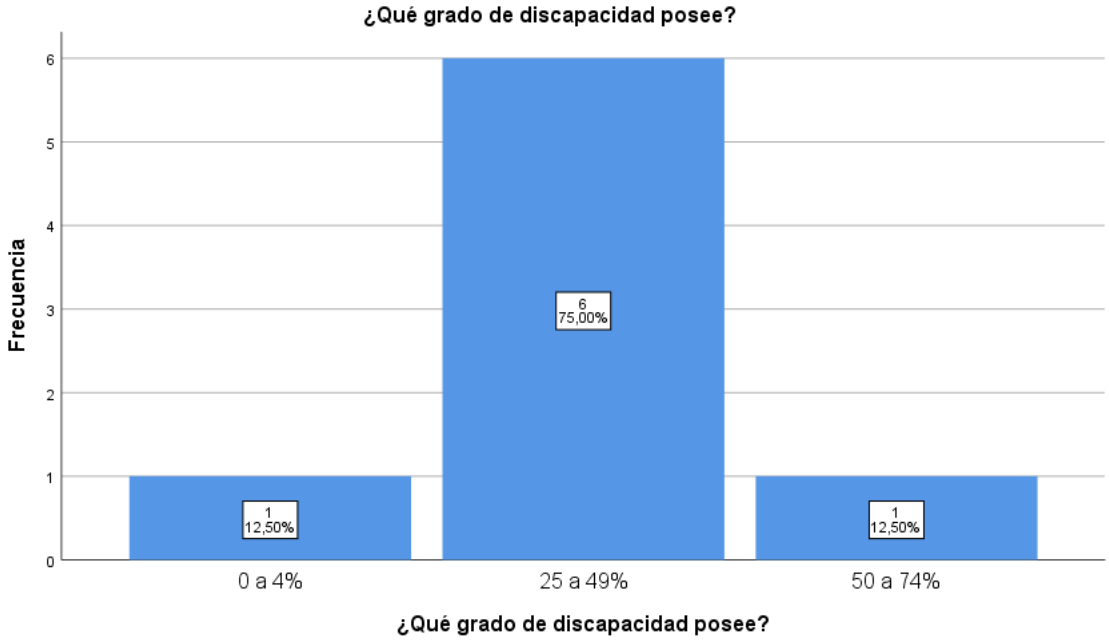
3.5.4.1.1.11. Grado de discapacidad

Tabla 25. *Tabla de frecuencia de la variable grado de discapacidad*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	**0 a 4%**	1	1,1	12,5
	25 a 49%	6	6,6	87,5
	50 a 74%	1	1,1	100,0
	Total	8	8,8	
Perdidos	**Sistema**	83	91,2	
Total		91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 18.
Gráfico de barras de la variable grado de discapacidad



Fuente: Elaboración propia, 2021.

.

Análisis

Considerando que las personas con discapacidad conforman el 8,8% de la muestra, se observa que la mayoría del personal de enfermería que pertenece a este grupo tiene discapacidad entre el 25 a 49%, ya que representa al 75% de los discapacitados, que a su vez, es el 6,6% de la muestra total. El 12,50% tienen discapacidad 0 - 4% ellos son el 1,1% de la muestra total. El restante 12,50% tienen discapacidad 50 - 74% correspondiendo al 1,1% de la muestra total.

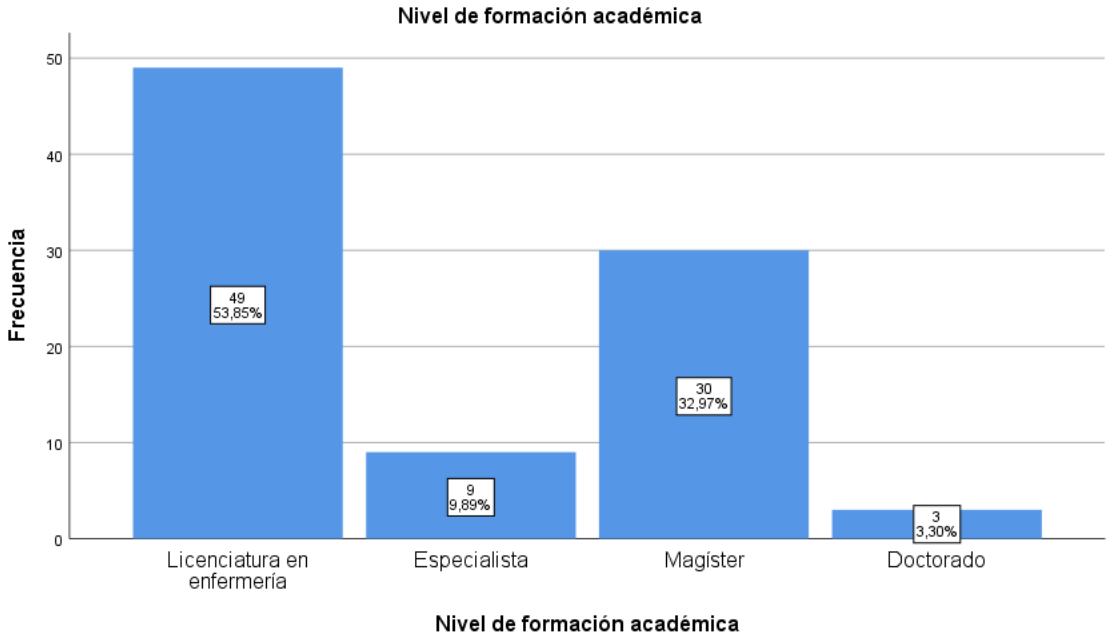
3.5.4.1.1.12. Nivel de formación académica

Tabla 26. *Tabla de frecuencia de la variable nivel de formación académica*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Licenciatura en enfermería	49	53,8	53,8
Especialista	9	9,9	63,7
Magíster	30	33,0	96,7
Doctorado	3	3,3	100,0
Total	91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 19.
Gráfico de barras de la variable nivel de formación académica



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

El objeto de estudio está conformado principalmente por una población de licenciados en enfermería y personas con título de tercer nivel. Esto se observa en la Tabla 26, donde se puede apreciar que el 53,8% de la muestra son profesionales con licenciatura en enfermería, 33% con título de magíster. A su vez, un 9,9% son especialistas y 3,3% tienen doctorado.

3.5.4.1.1.13. Años de experiencia profesional

Tabla 27. *Tabla de frecuencia de la variable años de experiencia profesional*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 1 año	7	7,7	7,7
De 1 a 5 años	27	29,7	37,4
De 5 a 10 años	8	8,8	46,2
De 10 a 15 años	20	22,0	68,1
De 15 a 20 años	5	5,5	73,6
De 20 o más años	24	26,4	100,0
Total	91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 20.
Gráfico de barras de la variable años de experiencia profesional



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

En la Tabla 27, se puede apreciar que el 29.67% de la muestra está conformado por personas con años de experiencia profesional de 1 a 5 años, mientras que el 26.37% de 20 a más años, el 21,98% de 10 a 15 años el 8,79%de 5 a 10 el 7.69% menos de un año, el 5. 49% restante de 15 a 20 años de experiencia profesional.

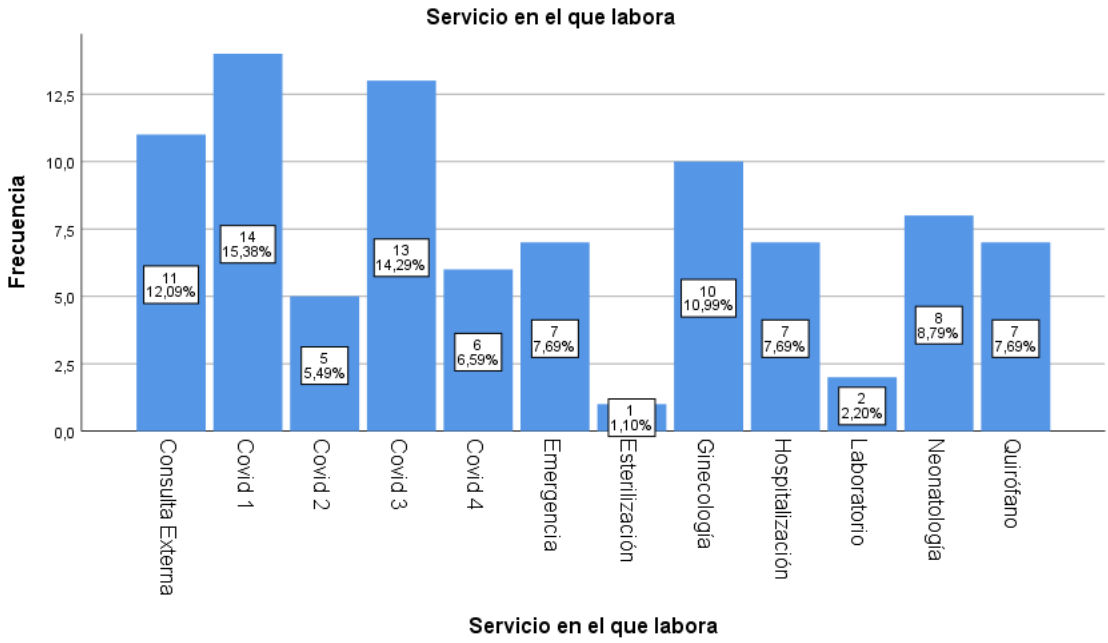
3.5.4.1.1.14. Servicio en el que labora

Tabla 28. *Tabla de frecuencia de la variable servicio del personal de enfermería*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Consulta Externa	11	12,1	12,1
Covid 1	14	15,4	27,5
Covid 2	5	5,5	33,0
Covid 3	13	14,3	47,3
Covid 4	6	6,6	53,8
Emergencia	7	7,7	61,5
Esterilización	1	1,1	62,6
Ginecología	10	11,0	73,6
Hospitalización	7	7,7	81,3
Laboratorio	2	2,2	83,5
Neonatología	8	8,8	92,3
Quirófano	7	7,7	100,0
Total	91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 21.
Gráfico de barras de la variable servicio en el que labora



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

La Tabla 28, muestra que el personal de enfermería está distribuido de manera muy uniforme, donde el 12,1% labora en consulta externa, el 15,4% en Covid 1, el 5,5% en Covid 2, el 14,4% en Covid 3, el 6,6% en Covid 4. Un 7,7% está asignado a emergencia, el 1,1% a esterilización, el 11% a ginecología, el 7,7% a hospitalización, el 2,2% a laboratorio, el 8,8% está en neonatología y el 7,7% trabaja en el quirófano.

3.5.4.1.1.15. Situación laboral

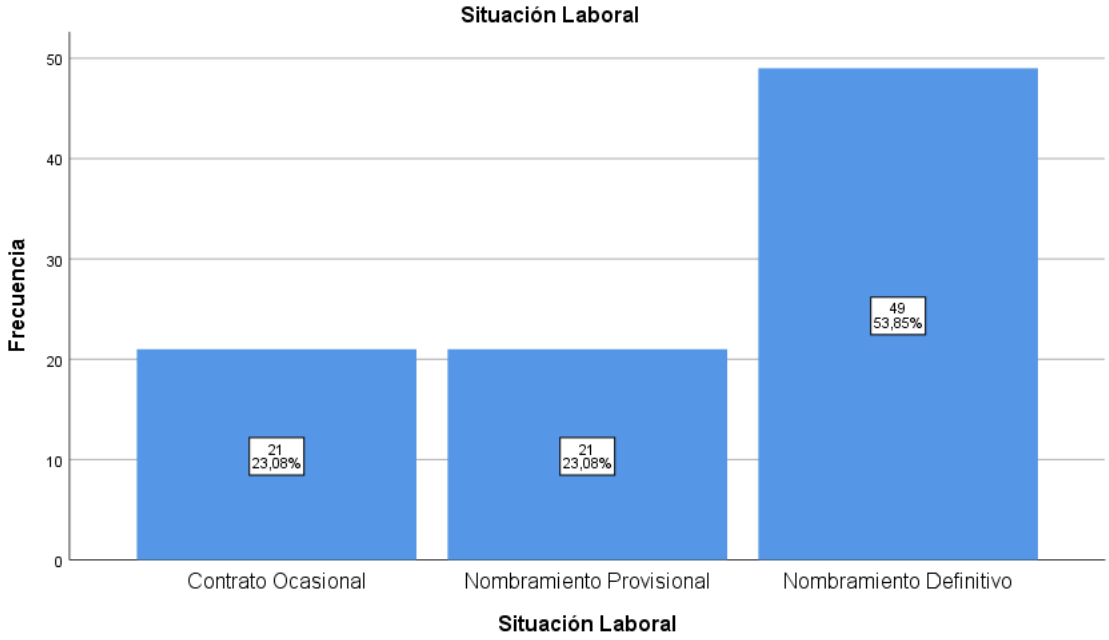
Tabla 29. *Tabla de frecuencia de la variable situación laboral*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Contrato Ocasional	21	23,1	23,1
Nombramiento Provisional	21	23,1	46,2
Nombramiento Definitivo	49	53,8	100,0
Total	91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 22.

Gráfico de barras de la variable situación laboral



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

El objeto de estudio está conformado principalmente por una población con nombramiento definitivo. Esto se observa en la Tabla 29 donde se puede apreciar que el 53,8% del personal de enfermería labora con nombramiento definitivo, el 23,1% con nombramiento ocasional y otro 23,1% con contrato ocasional. El 46,2% de los trabajadores no cuentan con una estabilidad laboral.

3.5.4.1.1.16. Horario de trabajo

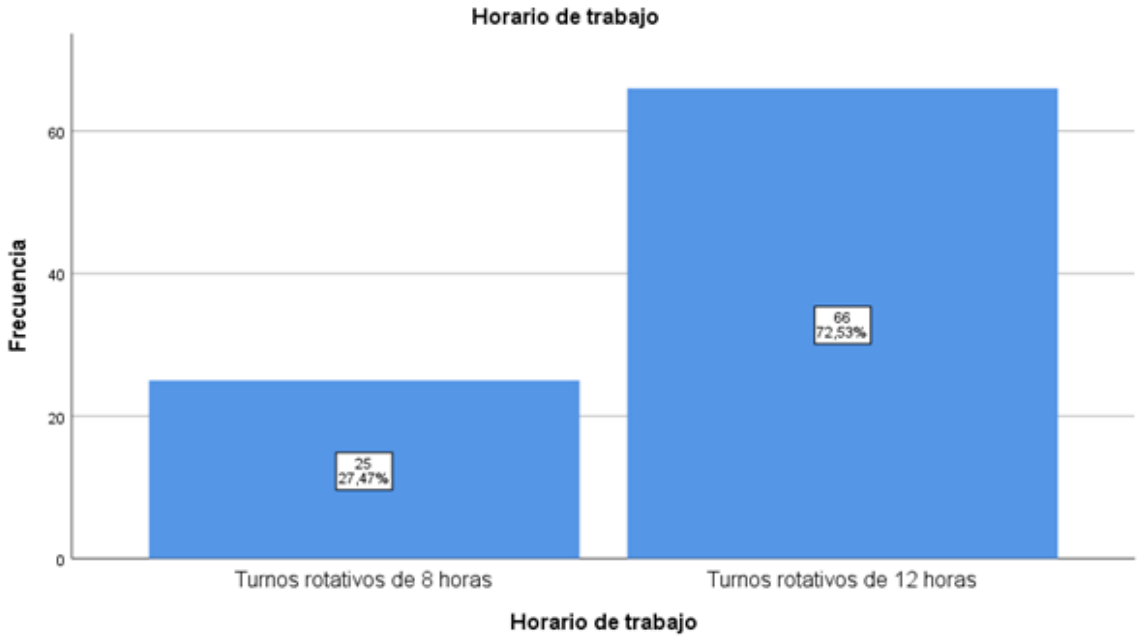
Tabla 30. *Tabla de frecuencia de la variable horario de trabajo*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Turnos rotativos de 8 horas	25	27,5	27,5
Turnos rotativos de 12 horas	66	72,5	100,0
Total	91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 23.

Gráfico de barras de la variable horario de trabajo



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

El objeto de estudio está conformado principalmente por trabajadores en horarios rotativos de 12 horas. Esto se observa en la Tabla 30, en la que se muestra a un 72,5% de personas que trabajan en horarios rotativos de 12 horas, mientras el 27,5% afirman trabajar en turnos de 8 horas.

3.5.4.1.1.17. Patología mental

Tabla 31. *Tabla de frecuencia de la variable patología mental*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	86	94,5	94,5
Sí	5	5,5	100,0
Total	91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 24.
Gráfico de barras de la variable patología mental



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

El objeto de estudio está conformado principalmente por personal que no manifiesta tener patología mental. Esto se observa en la Tabla 31, en la que se aprecia que el 94,51% del personal de enfermería no refiere patologías mentales, mientras que el 5,49% afirma tenerlas.

3.5.4.1.1.18. Enfermedades preexistentes

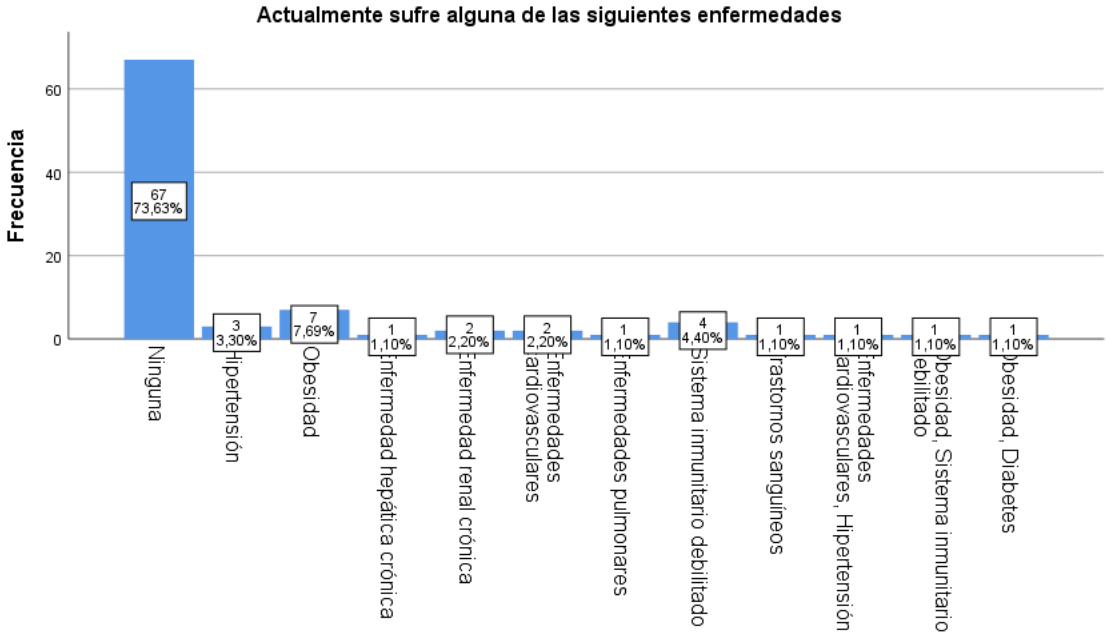
Tabla 32. *Tabla de frecuencia de la variable enfermedades*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ninguna	67	73,6	73,6
Hipertensión	3	3,3	76,9
Obesidad	7	7,7	84,6
Enfermedad hepática crónica	1	1,1	85,7
Enfermedad renal crónica	2	2,2	87,9
Enfermedades cardiovasculares	2	2,2	90,1
Enfermedades pulmonares	1	1,1	91,2
Sistema inmunitario debilitado	4	4,4	95,6
Trastornos sanguíneos	1	1,1	96,7
Enfermedades cardiovasculares, Hipertensión	1	1,1	97,8
Obesidad, Sistema inmunitario debilitado	1	1,1	98,9
Obesidad, Diabetes	1	1,1	100,0
Total	91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 25.

Gráfico de barras de la variable enfermedades



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

En la Tabla 32, se puede observar que la mayoría del personal de enfermería no padece ninguna enfermedad, representada por 73,6%. A su vez, el 3,3% tiene hipertensión, el 7,7% sufre obesidad, el 1,1% padece alguna enfermedad hepática crónica, el 2,2% alguna enfermedad renal crónica, el 2,2% enfermedades cardiovasculares, el 1,1% enfermedades pulmonares, el 4,4% tiene el sistema inmunitario debilitado y el 1,1% trastornos sanguíneos. Por otro lado, un 1,1% ha sido diagnosticado con trastornos sanguíneos y enfermedades cardiovasculares a la vez, así mismo el 1,1% tienen hipertensión, obesidad y el sistema inmunitario debilitado. Finalmente, el 1,1% tienen obesidad y diabetes. Conviene distinguir que el 26,37% de los trabajadores poseen alguna enfermedad

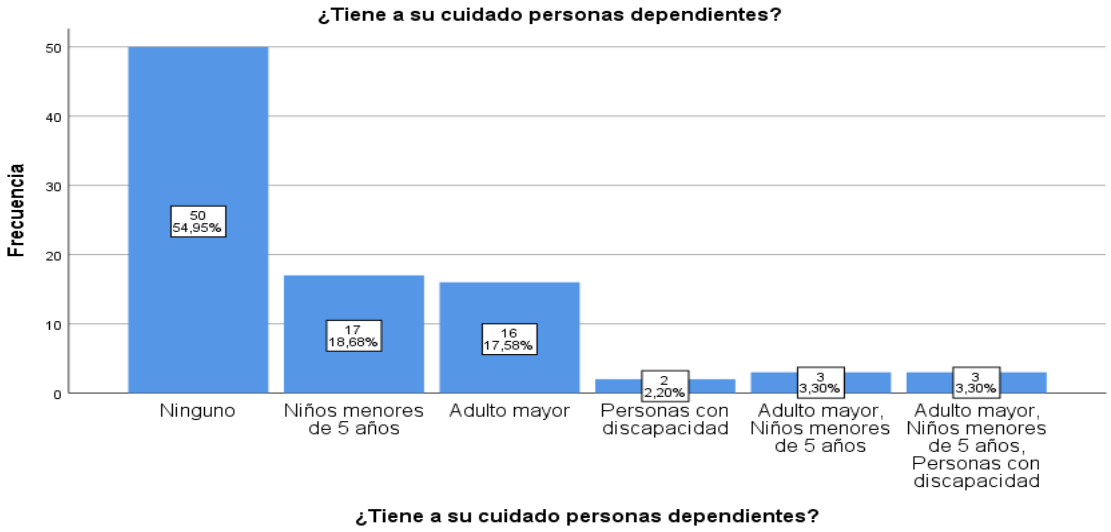
3.5.4.1.1.19. Personas dependientes

Tabla 33. *Tabla de frecuencia de la variable personas dependientes*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ninguno	50	54,9	54,9
Niños menores de 5 años	17	18,7	73,6
Adulto mayor	16	17,6	91,2
Personas con discapacidad	2	2,2	93,4
Adulto mayor, Niños menores de 5 años	3	3,3	96,7
Adulto mayor, Niños menores de 5 años, Personas con discapacidad	3	3,3	100,0
Total	91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 26.
Gráfico de barras de la variable personas dependientes



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

En la Tabla 33., se puede observar que la mayoría del personal de enfermería, que representa el 54,9%, no tiene a su cuidado personas dependientes. A su vez, el 18,7% cuida a niños menores de 5 años, el 17,6% a adultos mayores y el 2,2% a personas con discapacidad. A propósito, el 3,3% tienen a su cuidado adultos mayores y niños menores de 5 años, finalmente 3,3% tiene a su cuidado adultos mayores, niños menores de 5 años y personas con discapacidad.

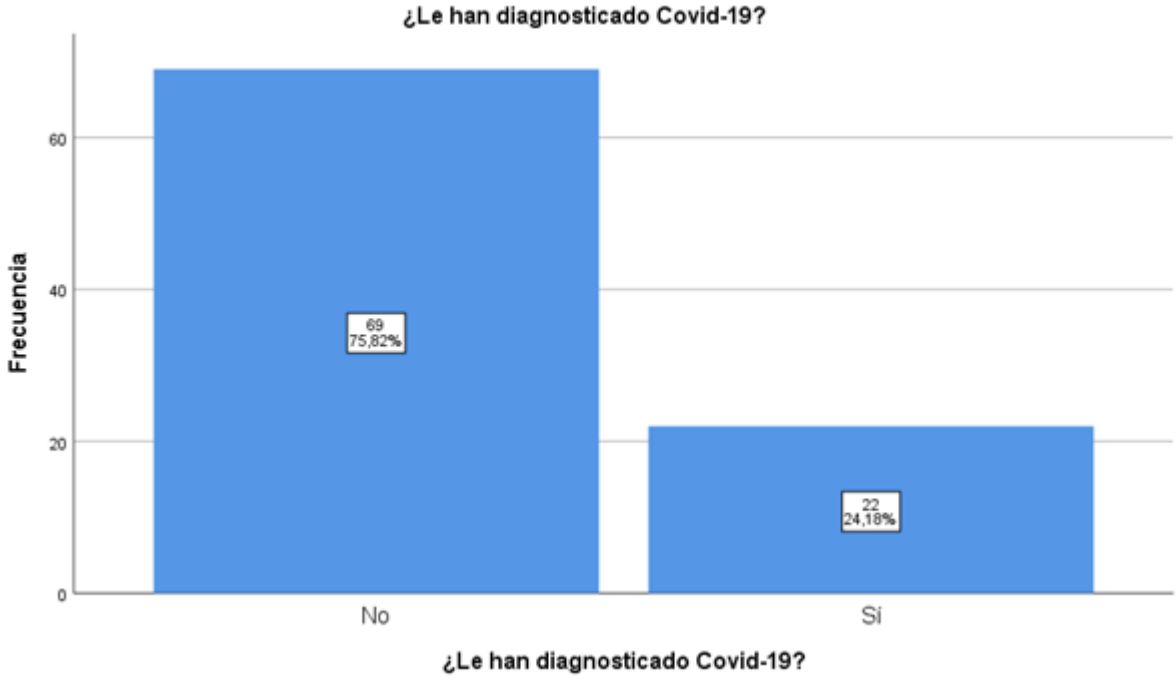
3.5.4.1.1.20. Diagnóstico de Covid -19

Tabla 34. *Tabla de frecuencia de la variable diagnóstico de Covid – 19*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	69	75,8	75,8
Sí	22	24,2	100,0
Total	91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 27.
Gráfico de barras de la variable diagnóstico de Covid – 19



Fuente: Elaboración propia, 2021.

.

Análisis

El objeto de estudio está conformado principalmente por personal que no se ha contagiado Covid-19. Esto se observa en la Tabla 34, en la que se aprecia que el 75,8% del personal de enfermería no se ha contagiado de Covid–19, mientras que el 24,2% si ha sido diagnosticado con la enfermedad.

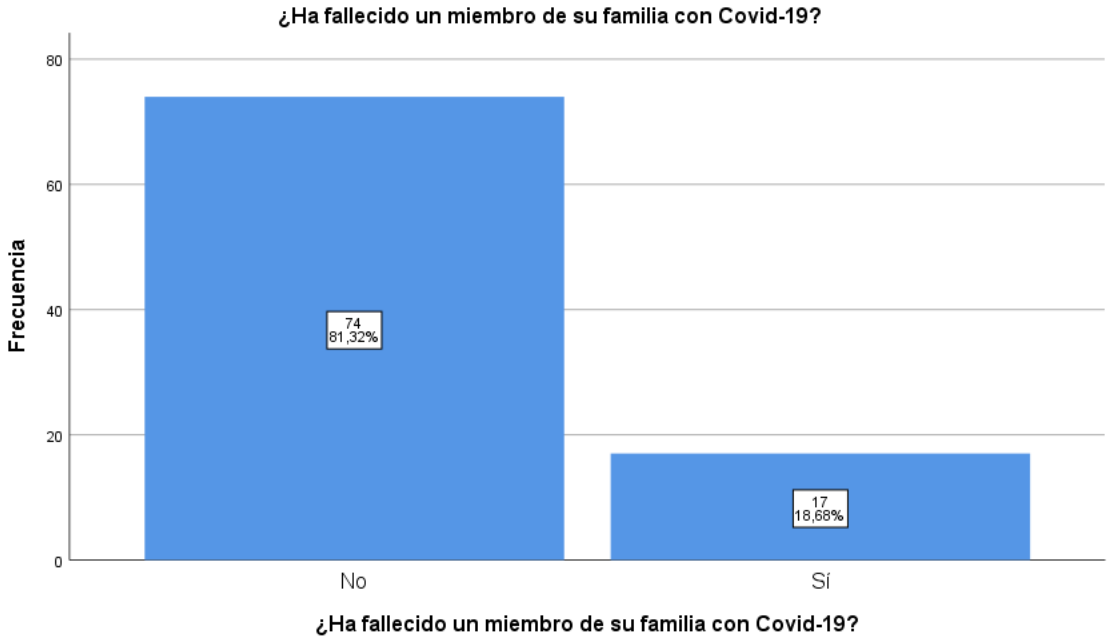
3.5.4.1.1.21. Fallecimiento de un familiar con Covid – 19

Tabla 35. *Tabla de frecuencia de la variable fallecimiento de una familiar con Covid*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	74	81,3	81,3
Sí	17	18,7	100,0
Total	91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 28.
Gráfico de barras de la variable fallecimiento de un familiar con Covid



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

El objeto de estudio está conformado principalmente por personas que manifiestan no haber perdido familiares con Covid-19. Esto se observa en la Tabla 35, en la que se aprecia que el 81,3% del personal de enfermería no ha perdido familiares a causa del Covid – 19, mientras que el 18,7% si lo ha sufrido una pérdida familiar.

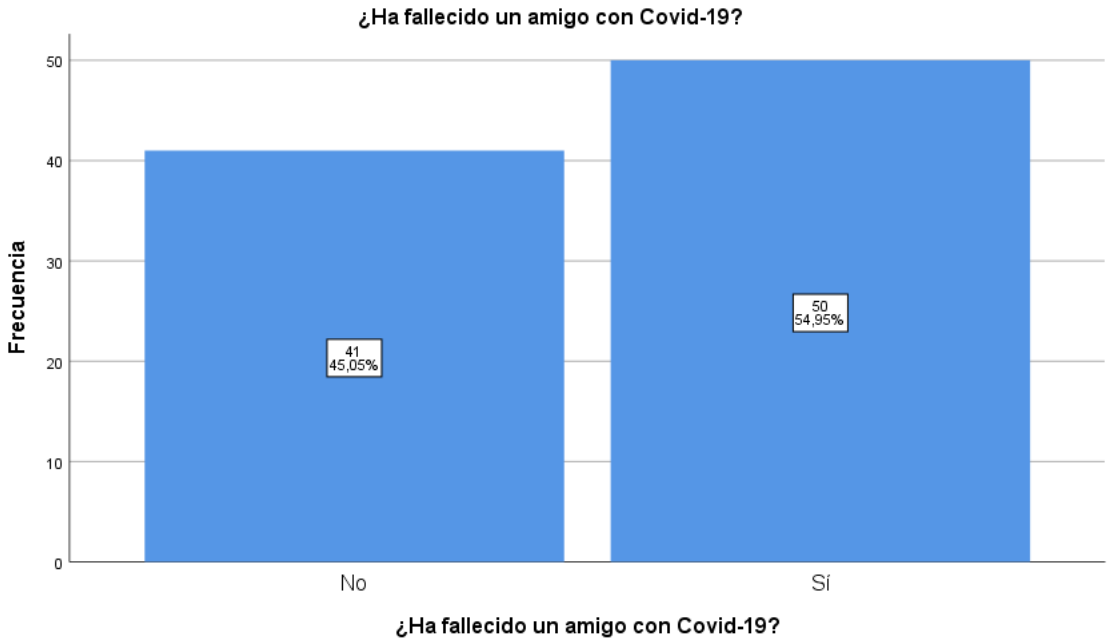
3.5.4.1.1.22. Fallecimiento de un amigo con Covid – 19

Tabla 36. *Tabla de frecuencia de la variable fallecimiento de un amigo con Covid*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	41	45,1	45,1
Sí	50	54,9	100,0
Total	91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 29.
Gráfico de barras de la variable fallecimiento de un amigo con Covid



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

El objeto de estudio está conformado principalmente por personas que manifiestan haber perdido amigos con Covid-19. Esto se observa en la Tabla 36, en la que se aprecia que el 54,9% del personal de enfermería afirma haber perdido amigos a causa del Covid – 19, mientras que el 45,1% manifiesta no haber sufrido una pérdida..

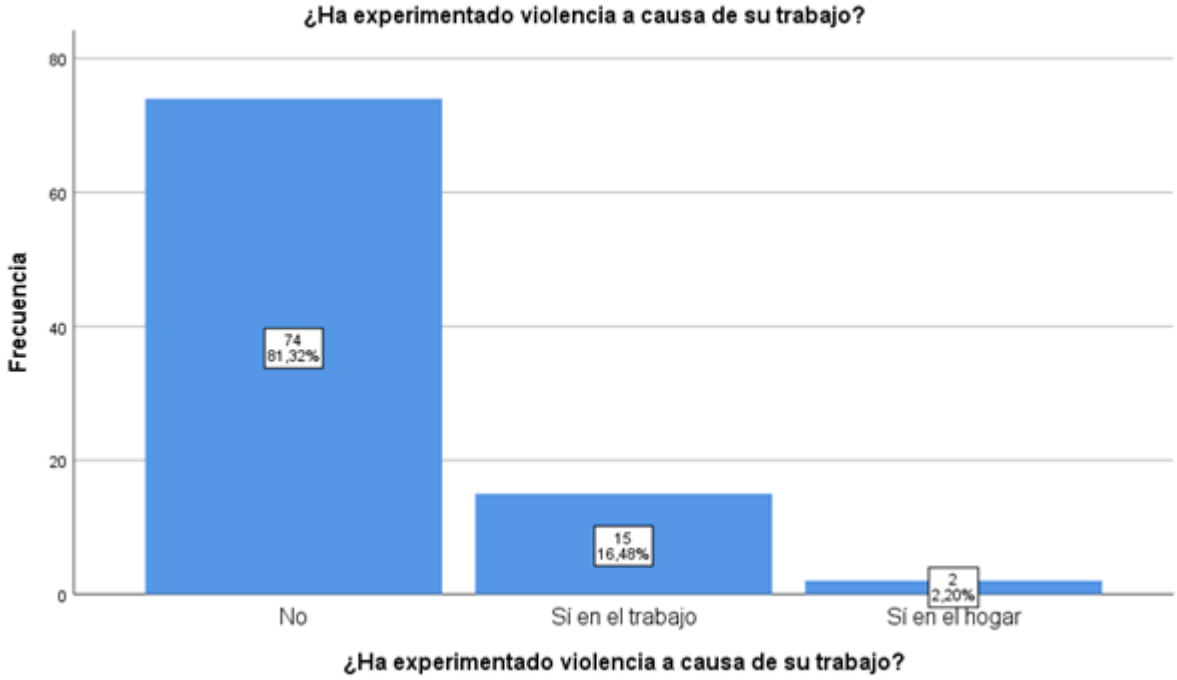
3.5.4.1.1.23. Violencia a causa del trabajo

Tabla 37. *Tabla de frecuencia de la variable violencia a causa del trabajo*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	74	81,3	81,3
Sí en el trabajo	15	16,5	97,8
Sí en el hogar	2	2,2	100,0
Total	91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 30.
Gráfico de barras de la variable violencia a causa del trabajo



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

El objeto de estudio está conformado principalmente por personas que manifiestan no haber sufrido violencia a causa del su trabajo. Esto se observa en la Tabla 37, en la que se aprecia que el 81,3% del personal de enfermería no ha sufrido ningún tipo de violencia, mientras que el 16,5% ha sido víctima de violencia en el trabajo, y, el 2,2% en el hogar.

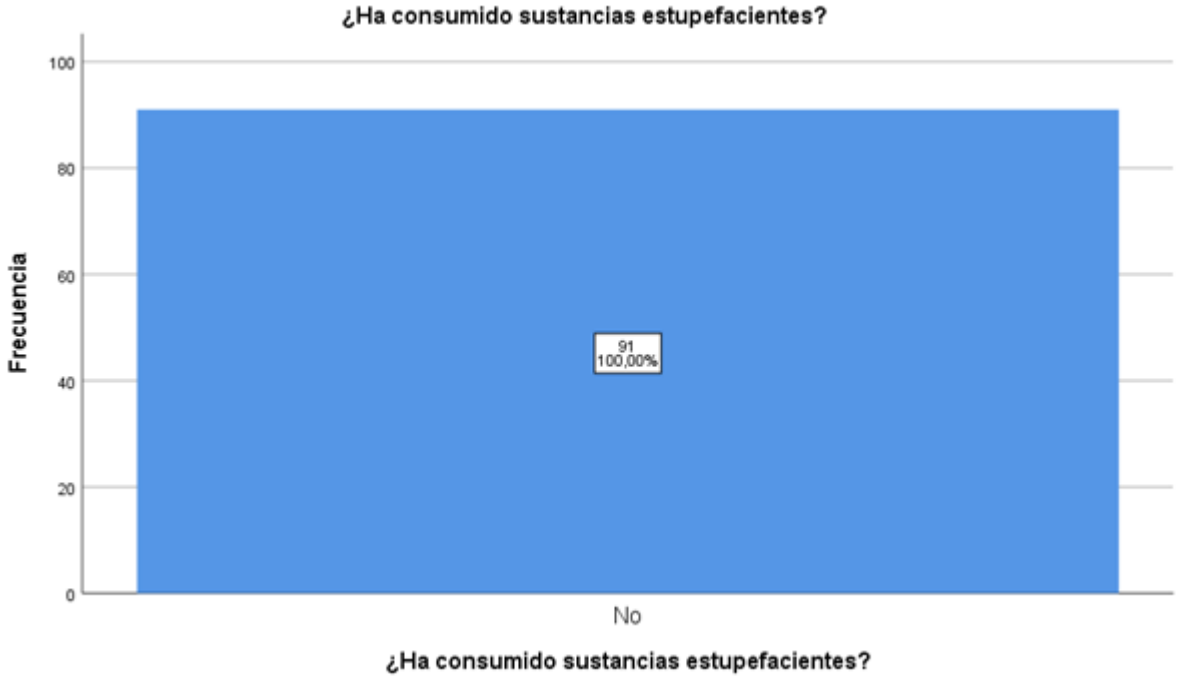
3.5.4.1.1.24. Consumo de sustancias estupefacientes

Tabla 38. *Tabla de frecuencia de la variable consumo de sustancias estupefacientes*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	91	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 31.
Gráfico de barras de la variable consumo de sustancias estupefacientes



Fuente: Elaboración propia, 2021.

El objeto de estudio está conformado en su totalidad por personas que no han consumido sustancias estupefacientes. Esto se observa en la Tabla 38.

3.5.4.2. Resultados Objetivo 2: Valorar la condición de salud mental del profesional enfermero que labora en el hospital.

3.5.4.2.1. ***Análisis de Fiabilidad***

Debido a las características de los instrumentos de recolección de datos se establece utilizar criterios de consistencia interna para determinar la fiabilidad o confiabilidad de los test aplicados en la investigación. Por lo tanto, se utiliza el coeficiente Alfa de Cronbach.

3.5.4.2.1.1. Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)

Tabla 39. *Alfa de Cronbach de la Escala Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)*

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,926	21

Fuente: Elaboración propia, 2021.

El coeficiente Alfa de Cronbach para la Escala Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) es equivalente a 0,926 con los 21 ítems del test (ver Tabla 39.), que según el criterio de George y Mallery (George & Mallery, 2003) indica que el constructo tiene una confiabilidad "excelente".

Tabla 40. *Ajuste del Alfa de Cronbach eliminando ítems del DASS – 21*

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM 1	11,1319	94,849	0,529	0,924
ITEM 2	11,5495	98,561	0,324	0,927
ITEM 3	11,5604	94,316	0,584	0,922
ITEM 4	11,8352	97,539	0,561	0,923
ITEM 5	11,6703	95,801	0,576	0,923
ITEM 6	11,5604	94,960	0,564	0,923

ITEM 7	11,7363	94,819	0,584	0,922
ITEM 8	11,3626	91,923	0,666	0,921
ITEM 9	11,5385	93,451	0,621	0,922
ITEM 10	11,5604	92,382	0,665	0,921
ITEM 11	11,4505	94,428	0,632	0,921
ITEM 12	11,3187	92,242	0,671	0,921
ITEM 13	11,1758	93,747	0,560	0,923
ITEM 14	11,7692	95,446	0,628	0,922
ITEM 15	11,7253	95,824	0,577	0,922
ITEM 16	11,8022	96,760	0,581	0,923
ITEM 17	11,8132	96,709	0,523	0,923
ITEM 18	11,3297	94,268	0,616	0,922
ITEM 19	11,6593	96,405	0,505	0,924
ITEM 20	11,6593	93,738	0,715	0,920
ITEM 21	11,8681	94,782	0,729	0,920

Fuente: Elaboración propia, 2021.

3.5.4.2.1.2. Cuestionario para la depresión PHQ – 9

El coeficiente Alfa de Cronbach para el Cuestionario para la depresión PHQ – 9 es equivalente a 0,853 con los 9 ítems del test (ver Tabla 41.), que según el criterio de George y Mallery (George & Mallery, 2003) indica que el constructo tiene una confiabilidad "buena".

Tabla 41. *Alfa de Cronbach del Cuestionario para la depresión PHQ – 9*

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,853	9

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Tabla 42. *Ajuste del Alfa de Cronbach eliminando ítems del PHQ – 9*

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM 1	4,6374	19,723	0,457	0,849
ITEM 2	4,3187	16,842	0,682	0,826
ITEM 3	4,2308	18,868	0,365	0,865
ITEM 4	4,2747	17,779	0,715	0,824
ITEM 5	4,3736	17,303	0,634	0,832
ITEM 6	4,6374	17,767	0,689	0,826
ITEM 7	4,4835	17,741	0,729	0,823
ITEM 8	4,7363	19,619	0,550	0,842
ITEM 9	4,8352	20,073	0,441	0,850

Fuente: Elaboración propia, 2021.

La Tabla 42., muestra el cambio del Alfa de Cronbach al eliminar un ítem del constructo. Se puede observar que ninguno de estos cambios aumenta o disminuye sustancialmente el coeficiente; por lo que, sin ninguna modificación, se puede afirmar que el Cuestionario para la depresión PHQ – 9 es “confiable”.

3.5.4.2.2. Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)

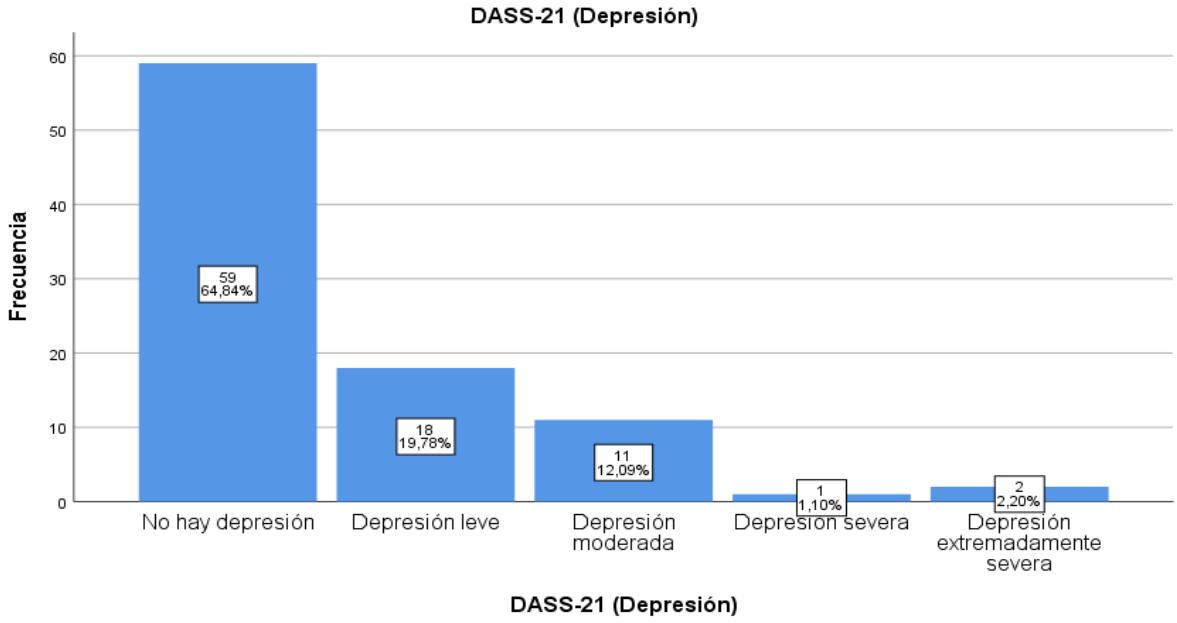
3.5.4.2.2.1. DASS -21 subescala depresión

Tabla 43. *Tabla de frecuencia DASS -21 subescala depresión*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No hay depresión	59	64,8	64,8
Depresión leve	18	19,8	84,6
Depresión moderada	11	12,1	96,7
Depresión severa	1	1,1	97,8
Depresión extremadamente severa	2	2,2	100,0
Total	91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 32.
Gráfico de barras DASS -21 subescala depresión



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

El test aplicado a los profesionales de enfermería, indica un índice de depresión del 35,16% (32/91), esto se observa en la Tabla 43, donde se puede apreciar que la incidencia de depresión leve fue de 19,78% (18/91), así mismo la depresión moderada fue del 12,09% (11/91), a su vez la depresión severa fue de 1,10 % (1/91) y depresión extremadamente severa fue del 2,20 % (2/91).

3.5.4.2.2.2. DASS -21 subescala ansiedad

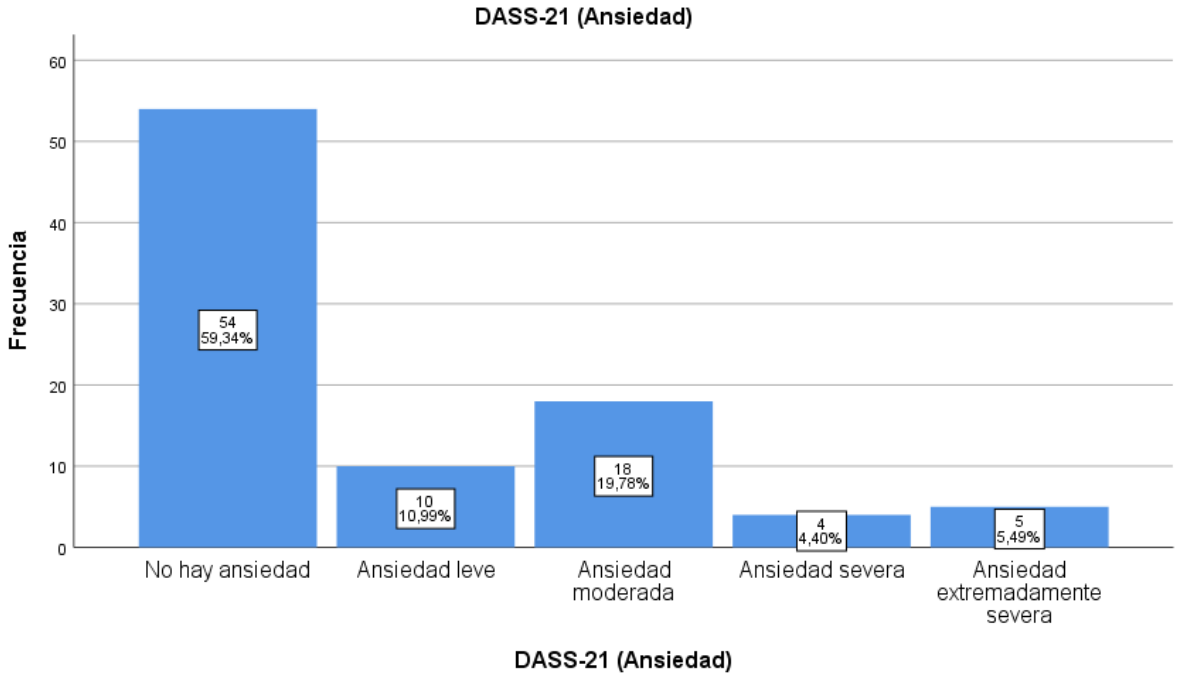
Tabla 44. *Tabla de frecuencia DASS -21 subescala ansiedad*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No hay ansiedad	54	59,3	59,3
Ansiedad leve	10	11,0	70,3
Ansiedad moderada	18	19,8	90,1
Ansiedad severa	4	4,4	94,5
Ansiedad extremadamente severa	5	5,5	100,0
Total	91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 33.

Gráfico de barras DASS -21 subescala ansiedad



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

El test aplicado a los profesionales de enfermería, indica un índice de ansiedad del 40,66%, (54/91), esto se observa en la Tabla 44, donde se puede apreciar que la incidencia de ansiedad leve fue de 10.99% (10 /91), así mismo la ansiedad moderada fue del 19.78% (18/91), a su vez la ansiedad severa fue de 4.40% (4/91) y ansiedad extremadamente severa fue del 5.49% (5/91).

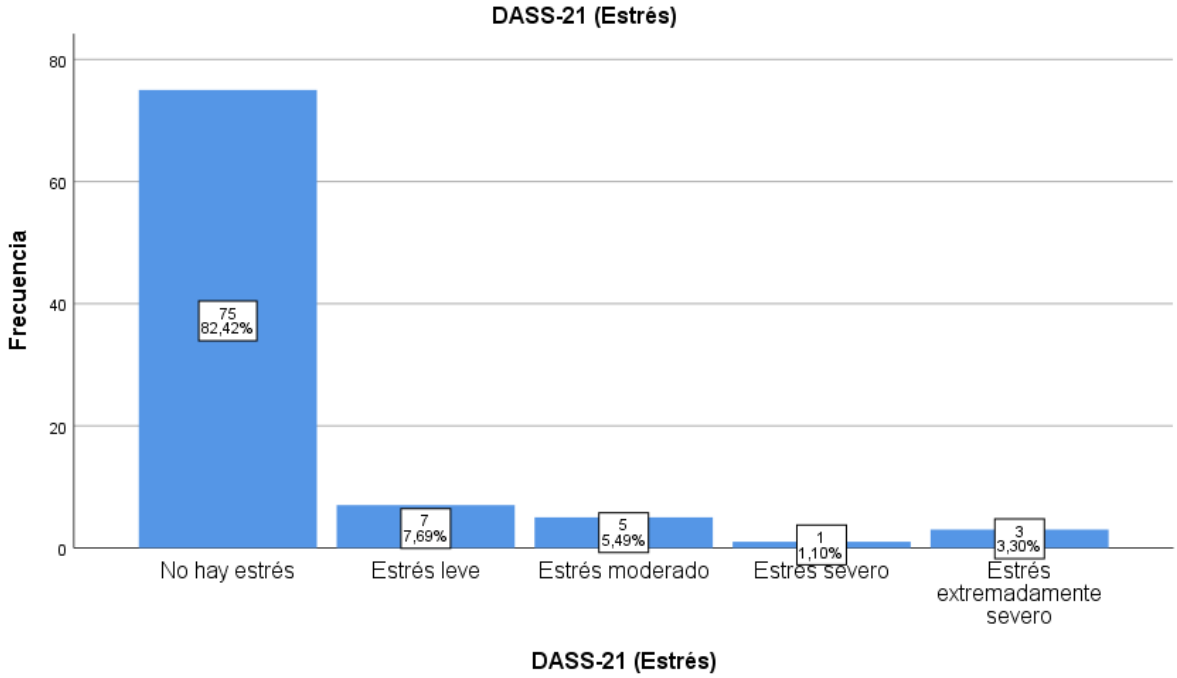
3.5.4.2.2.3. DASS -21 subescala estrés

Tabla 45. *Tabla de frecuencia DASS -21 subescala estrés*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No hay estrés	75	82,4	82,4
Estrés leve	7	7,7	90,1
Estrés moderado	5	5,5	95,6
Estrés severo	1	1,1	96,7
Estrés extremadamente severo	3	3,3	100,0
Total	91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 34.
Gráfico de barras DASS -21 subescala depresión



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

El test aplicado a los profesionales de enfermería, indica un índice de estrés del 17,58% (16/91), esto se observa en la Tabla 45, donde se puede apreciar que la incidencia de estrés leve fue de 7,69% (7/91), así mismo el estrés moderado fue del 5,49% (5/91), a su vez el estrés severo fue de 1,10% (1/91) y estrés extremadamente severo fue del 3,30% (3/91).

3.5.4.2.3. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

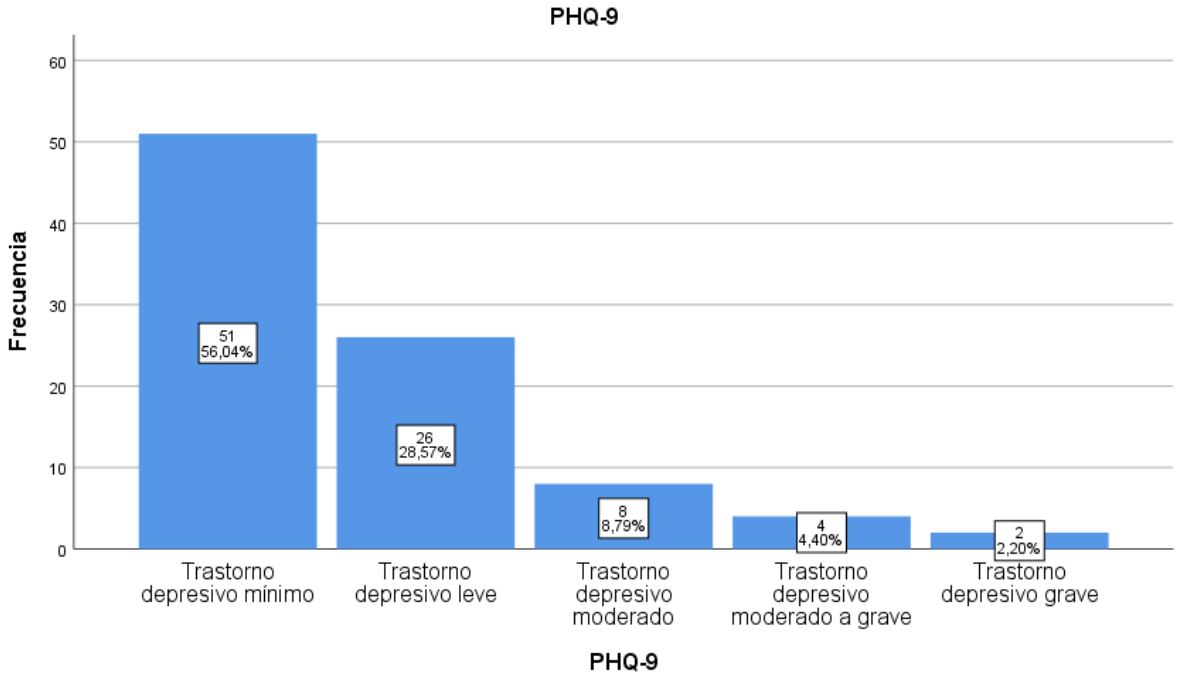
Tabla 46. *Tabla de frecuencia PHQ-9*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Trastorno depresivo mínimo	51	56,0	56,0
Trastorno depresivo leve	26	28,6	84,6
Trastorno depresivo moderado	8	8,8	93,4
Trastorno depresivo moderado a grave	4	4,4	97,8
Trastorno depresivo grave	2	2,2	100,0
Total	91	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 35.

Gráfico de barras PHQ-9



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

El test aplicado a los profesionales de enfermería, indica la presencia del trastorno depresivo mínimo en el 56.0 % (51/91), esto se observa en la Tabla 46, a su vez el trastorno depresivo leve se encuentra presente en un 28,6% (26/91), por otra parte, el trastorno depresivo moderado incide en un 8,8% (8/91), a su vez el trastorno depresivo moderado a grave expresa un 4,4% (4/91) y a continuación el trastorno depresivo grave se manifiesta en un 2,2% (2/91).

3.5.4.3. Resultados Objetivo 3: Establecer la relación entre los factores de riesgo y los problemas de salud mental en el profesional enfermero.

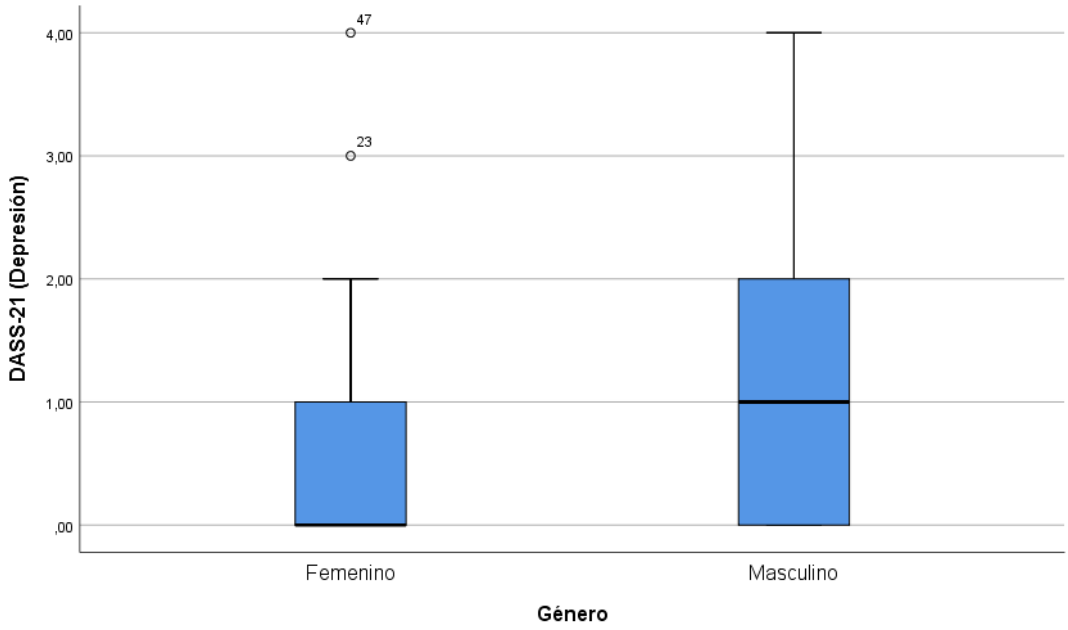
3.5.4.3.1. Evaluación Género

Tabla 47. *Resultados de la evaluación de la depresión y la ansiedad – por género*

Género	Media DASS - 21 Depresión	Media DASS - 21 Ansiedad	PHQ - 9
Femenino	0,482	0,716	1,593
Masculino	1,200	2,000	2,400

Fuente: Elaboración propia, 2021.

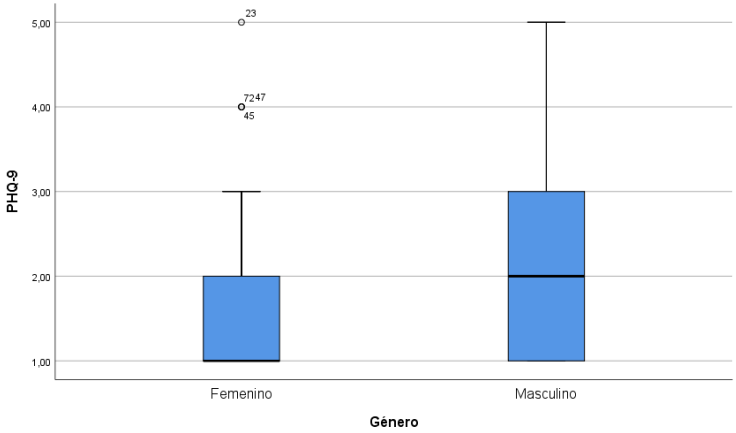
Gráfico 36.
Diagrama de cajas de la evaluación de depresión DASS – 21 por género



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 37.

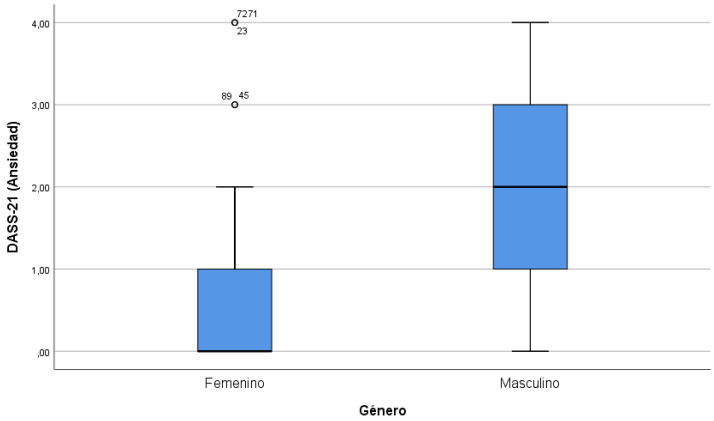
Diagrama de cajas de la evaluación de depresión PHQ-9 por género



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 38.

Diagrama de cajas de la evaluación de ansiedad DASS-21 por género



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

Se evidencia la relación entre el género con la depresión y la ansiedad. Esto se corrobora tanto en la Escala DASS – 21 como en el Cuestionario PHQ – 9. Las diferencias significativas se muestran en la Tabla 47. Esta presenta una mayor depresión y ansiedad entre el personal masculino, que manifiesta una depresión “leve” y ansiedad “moderada” con el DASS – 21, y, trastornos depresivos “entre leves y moderados” en el PHQ – 9. En contraste, las mujeres tienen niveles de depresión y ansiedad “menores a leve” con el DASS – 21, y, trastornos depresivos “entre mínimos y leves” con el PHQ – 9. (ver Tabla 47.)

3.5.4.3.2. Evaluación por rangos de edad

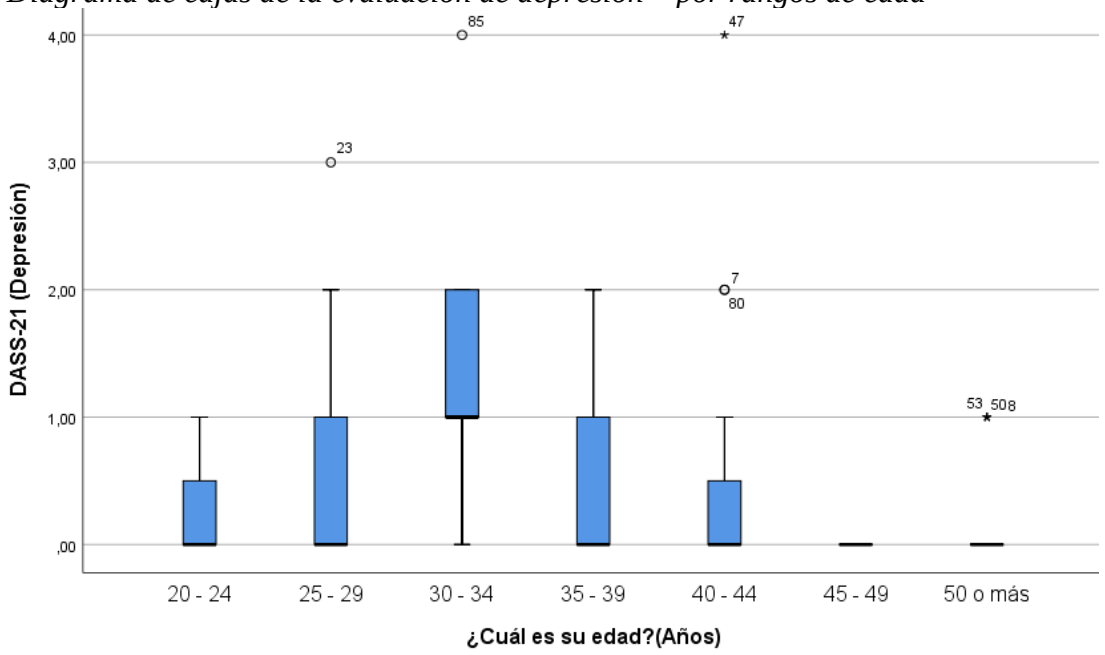
Tabla 48. *Resultados de la evaluación de la depresión – por rangos de edad*

Edad	Media DASS – 21 Depresión
20 – 24	0,250
25 – 29	0,643
30 - 34	1,263
35 – 39	0,417
40 – 44	0,563
45 – 49	0,000
50 o más	0,136

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 39.

Diagrama de cajas de la evaluación de depresión – por rangos de edad



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

Se prueba la relación entre la edad con la depresión. Esto se manifiesta en la Escala DASS-21 pero no se comprueba con el Cuestionario PHQ – 9. Las diferencias significativas se presentan en la Tabla 48.

El Gráfico 36, a su vez, muestra que la diferencia significativa se halla en el grupo de personas con edades entre 30 y 34 años; quienes manifiestan una depresión “entre leve y moderada”. Los demás grupos etarios tienen niveles de depresión “menores a leves”.

3.5.4.3.3. Evaluación por ingreso mensual

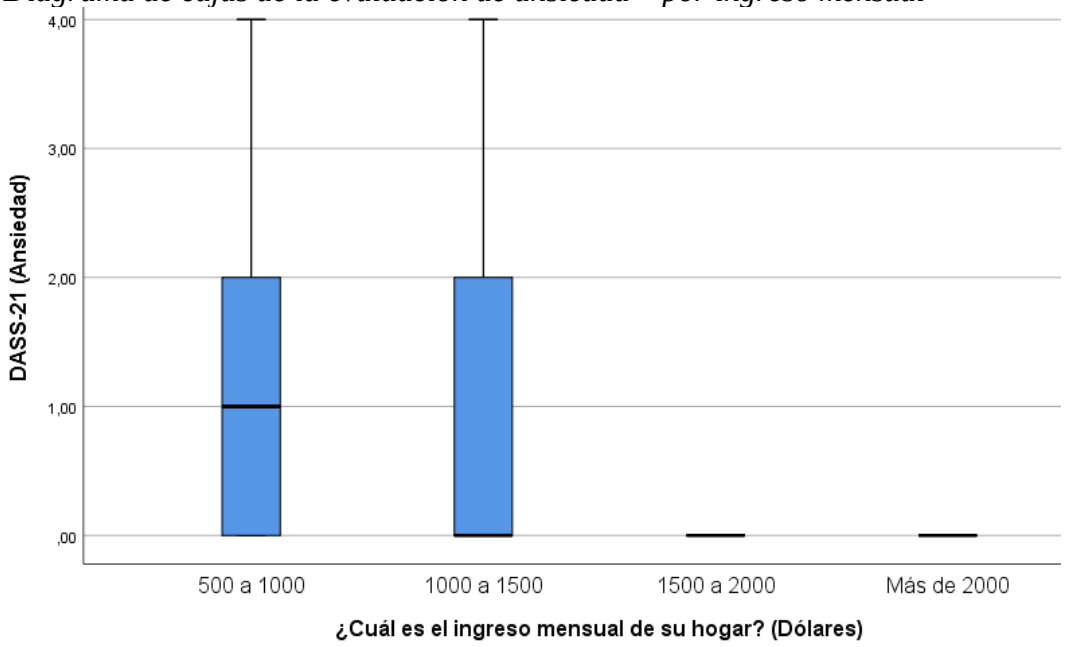
Tabla 49. *Resultados de la evaluación de ansiedad y depresión – por ingreso mensual*

Ingreso Mensual	Media	
(dólares)	DASS – 21 Ansiedad	PHQ – 9
500 - 1000	1,107	1,500
1000 - 1500	0,870	1,889
1500 - 2000	0,000	1,000
Más de 2000	0,000	1,000

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 40.

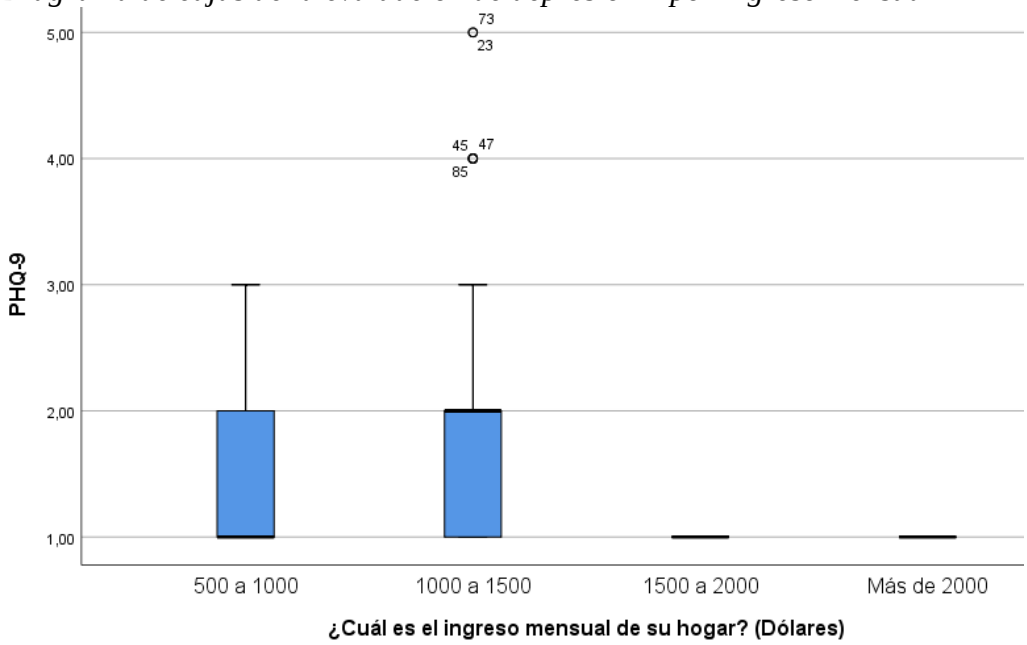
Diagrama de cajas de la evaluación de ansiedad – por ingreso mensual



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 41.

Diagrama de cajas de la evaluación de depresión – por ingreso mensual



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

Se demuestra la relación entre el ingreso mensual de los trabajadores con la ansiedad y la depresión. Se rechaza la hipótesis nula en la Escala DASS – 21 para ansiedad. En cuanto a la depresión, se rechaza la hipótesis nula con el resultado del Cuestionario PHQ – 9, pero esto no se corrobora con el DASS – 21 para depresión. Las diferencias significativas se presentan en la Tabla 49.

Con respecto a la ansiedad, el gráfico 37 muestra que la diferencia significativa se halla en el grupo de personas con ingresos mensuales de 500 a 1000 dólares; quienes manifiestan una ansiedad “leve”. Los demás grupos tienen niveles de ansiedad “menores a leves”.

En lo referente a la depresión, el Gráfico 38 muestra que la diferencia significativa se halla en el grupo de personas con ingresos mensuales de 1000 a 1500 dólares; quienes manifiestan un trastorno depresivo “leves”. Los demás grupos tienen trastornos depresivos “mínimos”. Es importante acotar que, hay presencia de valores atípicos en el grupo con ingresos de 1000 a 1500, donde hay 5 casos de trabajadores con trastornos depresivos “moderados a graves” y “graves”.

3.5.4.3.4. Evaluación por nivel de formación profesional

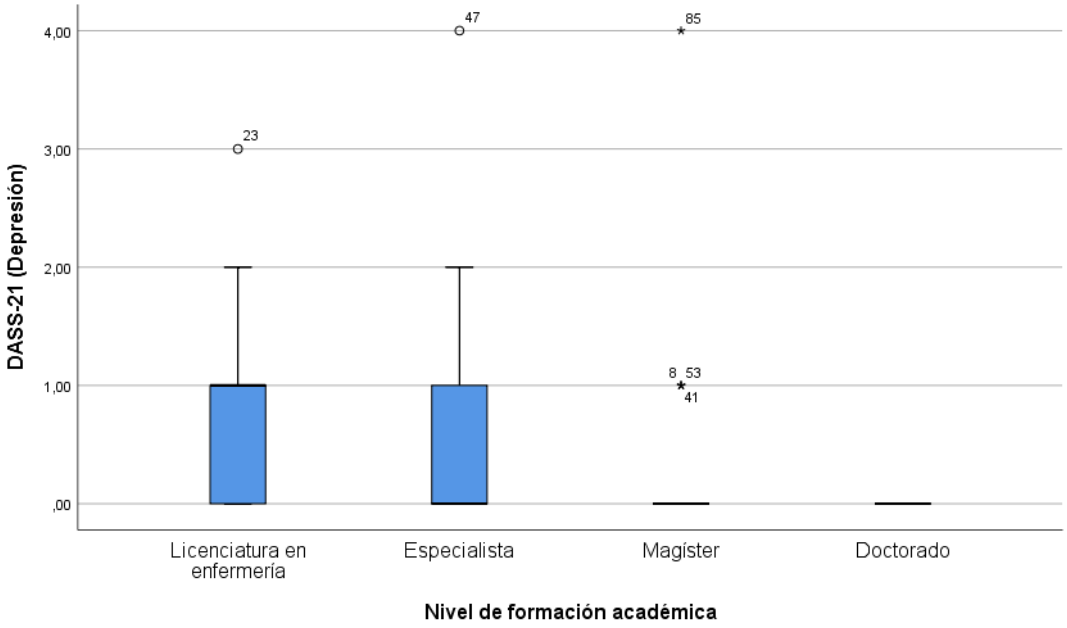
Tabla 50. *Resultados de la evaluación de ansiedad y depresión – por nivel de formación*

Nivel de formación académica	Media DASS - 21 Depresión	Media DASS - 21 Ansiedad	Media PHQ - 9
Licenciatura en enfermería	0,755	1,122	1,878
Especialista	0,778	1,000	2,000
Magíster	0,233	0,433	1,333
Doctorado	0,000	0,333	1,000

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 42.

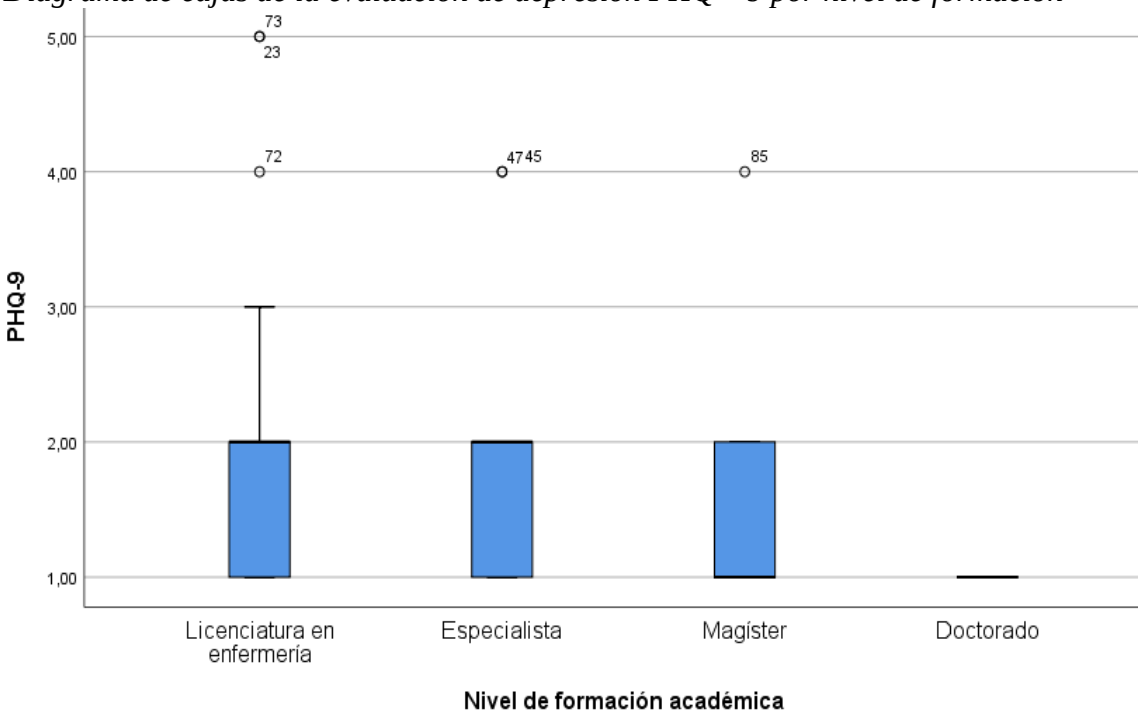
Diagrama de cajas de la evaluación de depresión DASS – 21 por nivel de formación



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 43.

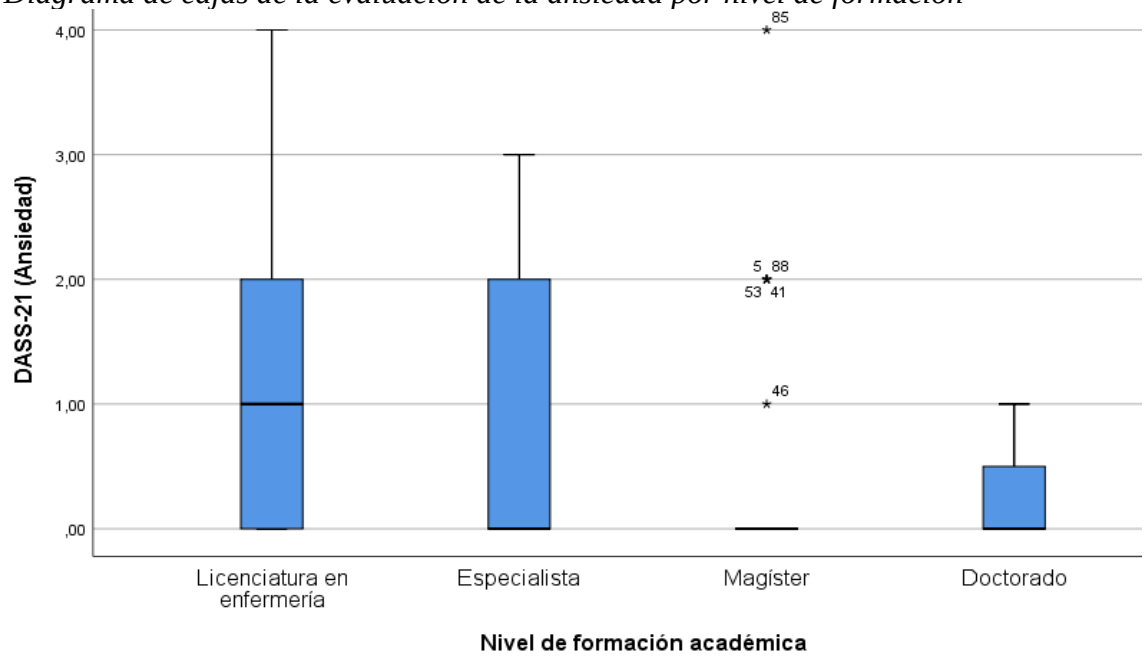
Diagrama de cajas de la evaluación de depresión PHQ – 9 por nivel de formación



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 44.

Diagrama de cajas de la evaluación de la ansiedad por nivel de formación



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

Se evidencia la relación entre el nivel de formación académica con la depresión y la ansiedad. Esto se corrobora tanto en la Escala DASS – 21 como en el Cuestionario PHQ – 9. Las diferencias significativas se muestran en la Tabla 50.

En lo referente a la depresión, los gráficos 39 y 40 muestran resultados similares en lo que respecta a las diferencias significativas de las categorías del nivel de formación. Estas diferencias son evidentes en los grupos: Licenciatura en enfermería y especialistas; los cuales presentan niveles de depresión (o trastornos depresivos) leves; mientras los grupos restantes no tienen depresión o alcanzan trastornos depresivos mínimos.

Las diferencias significativas de la ansiedad son evidentes en los profesionales con licenciatura en enfermería y los especialistas. El gráfico 41 muestra que estos grupos tienen niveles de ansiedad leves. A su vez el personal con maestría o doctorado no tienen ansiedad.

3.5.4.3.5. Evaluación por años de experiencia profesional

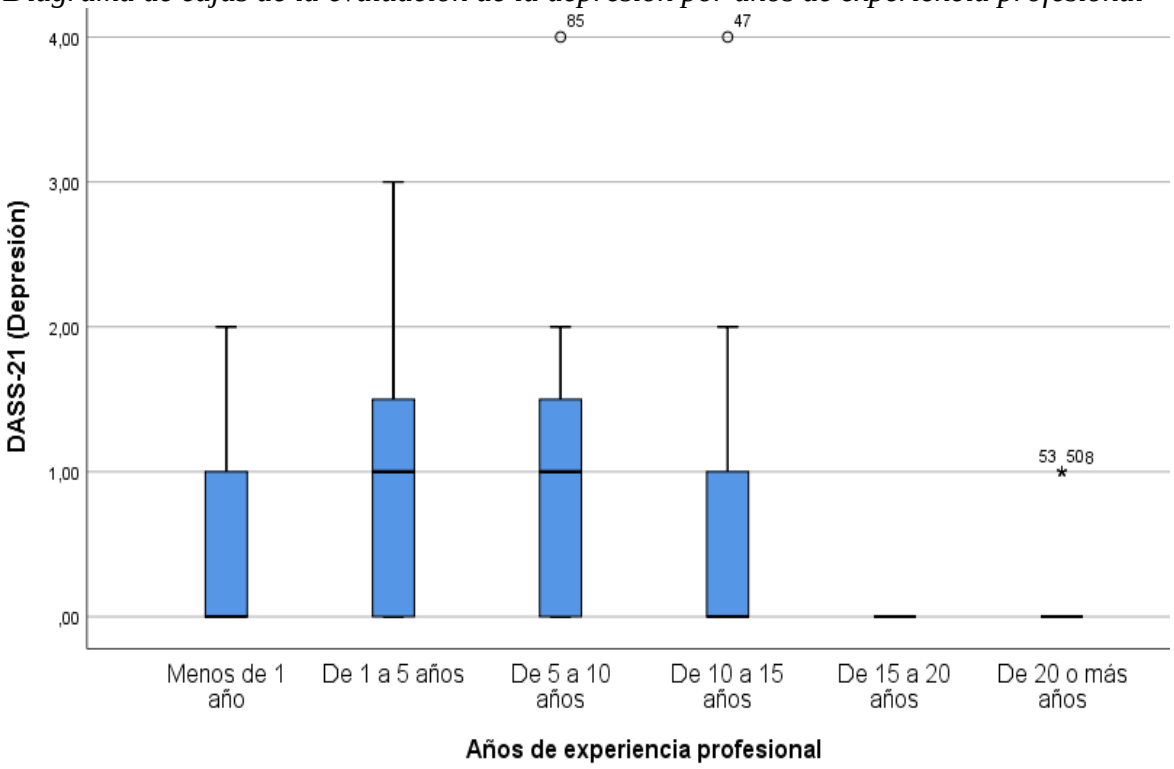
Tabla 51. *Resultados de la evaluación de depresión – por años de experiencia*

Años de experiencia profesional	Media DASS – 21 Depresión
Menos de 1 año	0,571
De 1 a 5 años	0,852
De 5 a 10 años	1,125
De 10 a 15 años	0,600
De 15 a 20 años	0,000
De 20 o más años	0,125

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 45.

Diagrama de cajas de la evaluación de la depresión por años de experiencia profesional



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

Se prueba la relación entre los años de experiencia profesional con la depresión. Esto se manifiesta en la Escala DASS – 21 pero no se comprueba con el Cuestionario PHQ – 9. Las diferencias significativas se presentan en la Tabla 51.

Las diferencias significativas de los niveles de depresión son evidentes en los profesionales con de los grupos de 1-5 y 5-10 años de experiencia profesional. El gráfico 42 muestra que estos grupos tienen niveles de depresión leves. Los profesionales que laboran menos de 1 año y de 10 a 15 años alcanzan niveles de depresión “menos que leves”, mientras que los profesionales con una experiencia mayor a 15 años no tienen depresión.

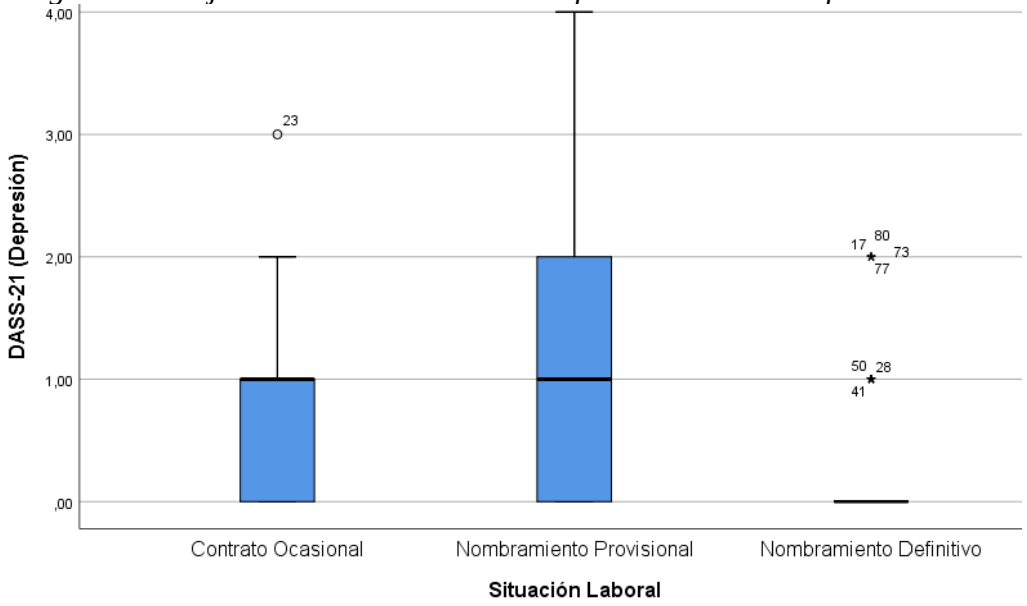
3.5.4.3.6. Evaluación por situación laboral

Tabla 52. *Resultados de la evaluación de depresión – por Situación laboral*

Situación laboral	Media	
	DASS – 21 Depresión	PHQ - 9
Contrato ocasional	0,762	2,095
Nombramiento provisional	1	1,81
Nombramiento definitivo	0,286	1,449

Fuente: Elaboración propia, 2021.

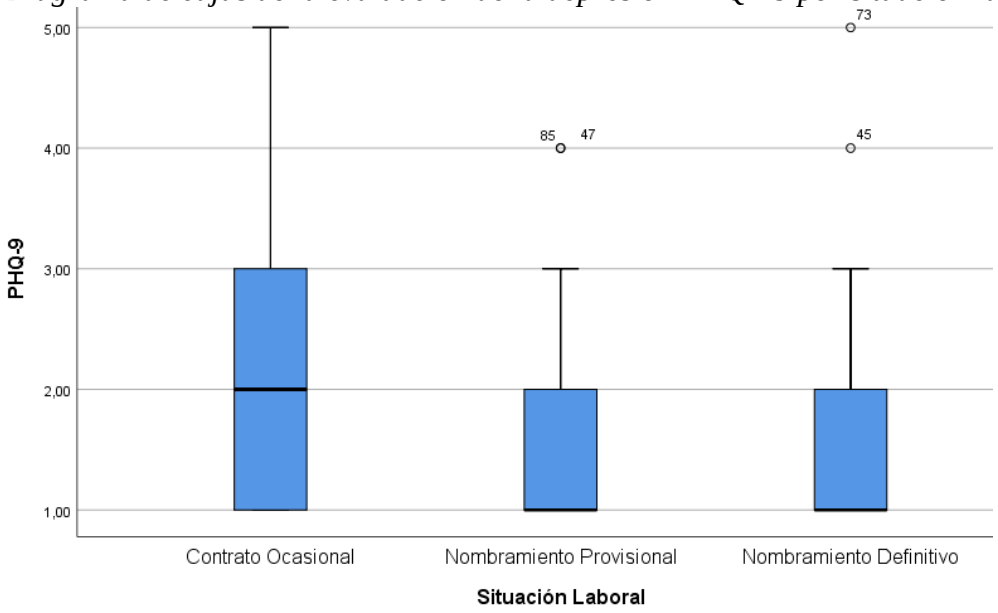
Gráfico 46.
Diagrama de cajas de la evaluación de la depresión DASS – 21 por situación laboral



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 47.

Diagrama de cajas de la evaluación de la depresión PHQ - 9 por situación laboral



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

Se evidencia la relación entre la situación laboral del personal de enfermería con la depresión. Esto se corrobora tanto en la Escala DASS – 21 como en el Cuestionario PHQ – 9. Las diferencias significativas se muestran en la Tabla 52.

En los gráficos 43 y 44 se aprecian las diferencias significativas entre las categorías de la situación laboral. Estas diferencias son evidentes en los profesionales con contrato ocasional y nombramiento provisional; los cuales presentan niveles de depresión (o trastornos depresivos) leves; mientras que, las personas con nombramiento definitivo no tienen depresión o tienen trastorno depresivo mínimo.

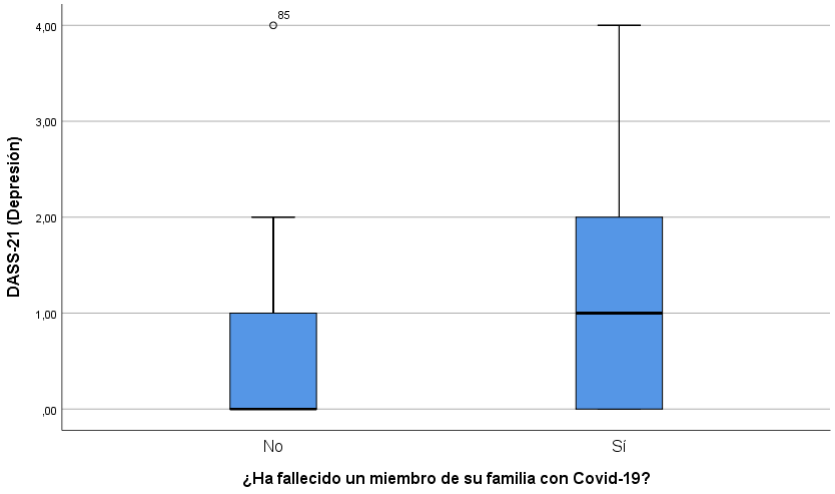
3.5.4.3.7. Evaluación por fallecimiento de un familiar

Tabla 53. *Resultados de la evaluación de depresión – fallecimiento de un familiar*

Fallecimiento de un familiar	Media	
	DASS – 21 Depresión	PHQ - 9
No	0,446	1,554
Si	1,059	2,235

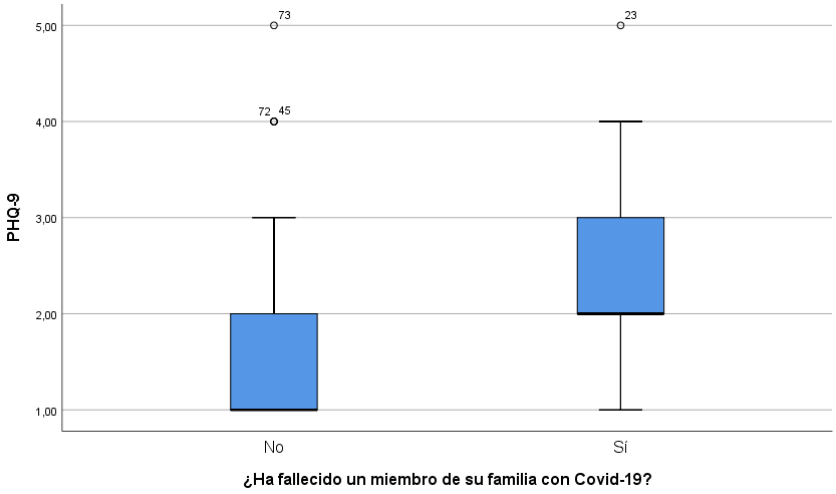
Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 48. *Diagrama de cajas de la evaluación de la depresión DASS-21 por fallecimiento de un familiar*



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Gráfico 49. *Diagrama de cajas de la evaluación de la depresión PHQ - 9 por fallecimiento de un familiar*



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

Se evidencia la relación entre el fallecimiento de un familiar con la depresión. Esto se corrobora tanto en la Escala DASS – 21 como en el Cuestionario PHQ – 9. Las diferencias significativas se muestran en la Tabla 53. Esta presenta una mayor depresión entre el personal que ha perdido familiares a causa del Covid – 19, quienes manifiestan una depresión "leve" con el DASS – 21, y, "trastornos depresivos leves" en el PHQ – 9. En contraste, las personas que no han perdido familiares tienen niveles de depresión "menores a leve" con el DASS – 21, y, trastornos depresivos "entre mínimos y leves" con el PHQ – 9.

3.5.4.3.8. Comprobación de la hipótesis

3.5.4.3.8.1. Hipótesis de investigación

Los factores de riesgo inciden en la salud mental del profesional enfermero del hospital Alfredo Noboa Montenegro.

3.5.4.3.8.2. Método de validación

El estudio tiene un diseño “no experimental” de tipo transversal. Por esta razón, se han aplicado los instrumentos de recolección de datos para las dos variables, en un solo punto temporal.

La información recopilada de la variable independiente es de carácter nominal, es decir, se forman categorías o grupos. También se considera que los resultados de los test aplicados para determinar la salud mental del profesional enfermero del hospital Alfredo Noboa Montenegro, se expresan como datos ordinales y escalares.

Luego de aplicar las pruebas de normalidad a los datos escalares, se obtienen los resultados mostrados en la siguiente tabla:

Tabla 54. *Prueba de normalidad*

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
DASS-21 (General)	0,117	91	0,004

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Análisis

La prueba de Kolmogorov – Smirnov muestra valores (Sig.) inferiores a 0,05. Esto indica que no hay normalidad en ninguna serie de datos.

Debido a que los datos de la variable independiente son nominales (forman categorías), se establece como método para validación de hipótesis la comparación de muestras

independientes. A su vez, los datos de la variable independientes no cumplen los criterios parámetros. Por esta razón, los estadísticos adecuados para el cálculo son:

- Mann Whitney para la comparación de dos muestras independientes.
- Kruskal Wallis para la comparación de más de dos muestras independientes.

3.5.4.3.8.3. Hipótesis estadísticas

H_0: Las medianas de los grupos de comparación son iguales (No hay diferencias significativas entre grupos).

$$H_0: X_1 = X_2$$

H_1: Las medianas de los grupos de comparación son diferentes (Hay diferencias significativas entre grupos).

$$H_1: X_1 \neq X_2$$

3.5.4.3.8.4. Nivel de significancia

Se trabajó con un nivel de significancia $\alpha = 5\%$.

3.5.4.3.8.5. Regla de decisión

H_0: Sig.>0,05

H_1:Sig.≤0,05

3.5.4.3.8.6. Cálculo

3.5.4.3.8.6.1. Pruebas de hipótesis basadas en datos sociodemográficos

Tabla 55. *Resultados de las pruebas de hipótesis con datos sociodemográficos*

Nro.	Variable	Método	Valores de Prueba (Sig. asintótica)				
			DASS-21 (General)	DASS-21 (Depresión)	DASS-21 (Ansiedad)	DASS-21 (Estrés)	PHQ-9
1	Género	Mann - Whitney	0,010	0,016	0,002	0,803	0,030
2	Autoidentificación étnica	Kruskal - Wallis	0,060	0,159	0,128	0,827	0,329
3	Edad	Kruskal - Wallis	0,022	0,001	0,365	0,492	0,153
4	Estado civil	Kruskal - Wallis	0,740	0,629	0,758	0,357	0,715
5	Número de hijos	Kruskal - Wallis	0,194	0,096	0,170	0,927	0,149
6	Ingreso mensual	Kruskal - Wallis	0,018	0,103	0,045	0,409	0,034
7	Tipo de vivienda	Kruskal - Wallis	0,550	0,283	0,836	0,355	0,337
8	Religión que practica	Kruskal - Wallis	0,641	0,380	0,939	0,707	0,979
9	Discapacidad	Mann - Whitney	0,961	0,836	0,106	0,612	0,863
10	Tipo de discapacidad	Mann - Whitney	0,857	0,429	0,857	0,643	0,857
11	Grado de discapacidad	Kruskal - Wallis	0,526	0,143	0,846	0,683	0,155

Fuente: Elaboración propia, 2021.

3.5.4.3.8.6.2. Pruebas de hipótesis basadas en los factores de riesgo

Tabla 56. *Resultados de las pruebas de hipótesis con los factores de riesgo identificados*

Nro.	Variable	Método	Valores de Prueba (Sig. asintótica)				
			DASS-21 (General)	DASS-21 (Depresión)	DASS-21 (Ansiedad)	DASS-21 (Estrés)	PHQ-9
1	Nivel de formación académica	Kruskal - Wallis	0,012	0,006	0,046	0,152	0,020
2	Años de experiencia profesional	Kruskal - Wallis	0,077	0,007	0,195	0,423	0,128
3	Servicio en el que labora	Kruskal - Wallis	0,553	0,882	0,546	0,610	0,366
4	Situación laboral	Kruskal - Wallis	0,020	0,006	0,132	0,618	0,016
5	Horario de trabajo	Mann - Whitney	0,624	0,950	0,856	0,266	0,929
6	Patología mental	Mann - Whitney	0,882	0,579	0,945	0,164	0,280
7	Enfermedades preexistentes	Kruskal - Wallis	0,624	0,479	0,715	0,169	0,596
8	Personas dependientes	Kruskal - Wallis	0,106	0,323	0,270	0,558	0,294
9	Diagnóstico de Covid	Mann - Whitney	0,853	0,694	0,492	0,301	0,551
10	Fallecimiento de un familiar con Covid	Mann - Whitney	0,017	0,035	0,201	0,100	0,003
11	Fallecimiento de un amigo con Covid	Mann - Whitney	0,728	0,281	0,289	0,441	0,089
12	Situación de violencia	Kruskal - Wallis	0,696	0,638	0,473	0,447	0,145

Fuente: Elaboración propia, 2021.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

Tabla 57. *Resultados por objetivos*

Resultado por Objetivos		
N°	**OBJETIVO**	**RESULTADOS ALCANZADOS**
1	Identificar los factores de riesgo que condicionan la aparición de problemas de salud mental del profesional enfermero.	En el presente estudio el 89% de la muestra estuvo constituido por el género femenino; 11% al género masculino, 0% LGBTI, predomina la etnia mestiza con 90.1% , el 5,5% corresponde a la etnia indígena; un 24,16% tienen más de 50 años, el 20,88% se encuentran entre los 30 a 34 años, el 17,58% poseen edades entre los 40 a 44 años; en cuanto al estado civil el 45.1% son casados, 36,3% solteros; 64,84% de la población tiene de 1 a 2 hijos; el 18,7% tienen bajo su cuidado a niños menores a 5 años y el 17,8% viven con adultos mayores, por otro lado el 59,34% manifiestan tener un ingreso mensual de 1000 - 1500 dólares, según el tipo de vivienda el 70,3% poseen casa propia; el 75,8% se identifican como católicos; el 8,8% posee discapacidad, siendo predominante la discapacidad visual con el 6,6%; de acuerdo al nivel de formación académica el 53,8% de la población posee título de pregrado: Licenciatura en enfermería. En relación a la experiencia profesional la mayoría el 29% tiene una experiencia de 1 -5 años, así mismo el 26,4% tiene más de 20 años; otro aspecto relevante es los servicios a los que pertenecen el 41,8% del personal se encuentra en áreas de atención exclusiva a pacientes de Covid en salas I, II, III, IV de acuerdo al estado y

		gravedad, el resto está distribuido en otras áreas hospitalarias; la situación laboral del personal expresa que el 53,8% de la población tienen nombramiento definitivo, mientras que el 46,2% tienen contratos ocasionales lo cual se percibe una inestabilidad laboral , el 72,5% trabaja en horarios rotativos de 12 horas; el 5,5% mencionó tener actualmente alguna patología mental; con respecto a las enfermedades preexistentes 7,7% mencionan tener obesidad; cabe mencionar que 24,2% fueron diagnosticados con Covid-19; el 18,7% afirman haber perdido algún familiar por Covid-19; el 54,9% perdieron amigos por Covid-19, de acuerdo a la situación de violencia el 16,5% manifiesta haber sufrido algún tipo de violencia en el trabajo; no se reporta el consumo de sustancias estupefacientes.
2	Valorar la condición de salud mental del profesional enfermero que labora en el hospital.	Para la valoración de las condiciones de salud mental del profesional enfermero se utilizó la Escala de Depression Anxiety Stress Scales- 21 (DASS-21) y Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9); conviene distinguir que el coeficiente Alfa de Cronbach para la Escala Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) es equivalente a 0,926 con los 21 ítems del test, que según el criterio de George y Mallery (George & Mallery, 2003) indica que el constructo tiene una confiabilidad "excelente", por otra parte el coeficiente Alfa de Cronbach para el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9.) es equivalente a 0,853 con los 9 ítems del test, que según el criterio de George y Mallery (George & Mallery, 2003)indica que el constructo tiene una confiabilidad "buena". En primer lugar, la Escala DASS-21, un índice de depresión del 35,16% (32/91), donde la incidencia de depresión leve fue de 19,78% (18/91), así mismo la

		depresión moderada fue del 12,09% (11/91), a su vez la depresión severa fue de 1,10 % (1/91) y depresión extremadamente severa fue del 2,20 % (2/91). Por otra parte el índice de ansiedad fue del 40,66%, (54/91), donde se aprecia que la incidencia de ansiedad leve fue de 10.99% (10 /91), así mismo la ansiedad moderada fue del 19.78% (18/91), a su vez la ansiedad severa fue de 4.40% (4/91) y ansiedad extremadamente severa fue del 5.49% (5/91).Por último el índice de estrés fue del 17,58% (16/91), donde se puede apreciar que la incidencia de estrés leve fue de 7,69% (7/91), así mismo el estrés moderado fue del 5,49% (5/91), a su vez el estrés severo fue de 1,10% (1/91) y estrés extremadamente severo fue del 3,30% (3/91). Por otro lado, el test PHQ-9 indica, la presencia del trastorno depresivo mínimo en el 56.0 % (51/91), a su vez el trastorno depresivo leve se encuentra presente en un 28,6% (26/91), por otra parte el trastorno depresivo moderado incide en un 8,8% (8/91), a su vez el trastorno depresivo moderado a grave expresa un 4,4% (4/91) y a continuación el trastorno depresivo grave se manifiesta en un 2,2% (2/91).
3	Establecer la relación entre los factores de riesgo y los problemas de salud mental en el profesional enfermero.	Los resultados de las pruebas de hipótesis aplicadas a los factores sociodemográficos tienen valores de prueba inferiores al nivel de significancia (0,05), con las variables: Género, edad, ingreso mensual, nivel de formación académica, años de experiencia profesional, situación laboral, fallecimiento de un familiar con covid-19. Los resultados de las pruebas aplicadas a los factores sociodemográficos tienen valores de prueba inferiores al nivel de significancia (0,05), llegando comprobar la

		relación entre los factores de riesgo y los problemas de salud mental, con las variables: Género, edad, ingreso mensual, nivel de formación académica, años de experiencia profesional, situación laboral, fallecimiento de un familiar con Covid. Se evidencia relación entre el género con la depresión y la ansiedad, esto se corrobora tanto en la Escala DASS – 21 como en el Cuestionario PHQ – 9, presentando mayor depresión y ansiedad entre el personal masculino, que manifiesta una depresión leve y ansiedad moderada, las mujeres tienen niveles de depresión y ansiedad bajos en las dos escalas. Se prueba la relación entre la edad con la depresión, esto se manifiesta en la Escala DASS – 21, el grupo de personas con edades entre los 30 a 34 años manifiestan una depresión entre leve y moderada. Los demás grupos etarios tienen niveles de depresión menores a leves. Se demuestra la relación entre el ingreso mensual de los trabajadores con la ansiedad y la depresión. Se comprueba la ansiedad con la Escala DASS-21, por otro lado la depresión se prueba con la escala PHQ-9. El grupo de personas con ingresos de entre 500 - 1000 dólares tienen niveles de ansiedad leve, por otro lado el grupo de 1000-1500 dólares manifiesta síntomas depresivos leves, es importante acotar que existen 5 casos con valores atípicos de trastornos depresivos moderados y graves. Se evidencia la relación entre el nivel de formación académica con la depresión y la ansiedad. Esto se corrobora tanto en la Escala DASS – 21 como en el Cuestionario PHQ – 9, los grupos de personas con un nivel de formación académica de licenciatura en enfermería y especialistas presentan niveles de depresión y

		ansiedad leves. Se prueba la relación entre los años de experiencia profesional con la depresión. Esto se manifiesta en la Escala DASS – 21, los profesionales con una experiencia de 1 a 5 años y de 5 a 10 años presentan niveles de depresión leves. Se comprueba la relación entre la situación laboral del personal de enfermería con la depresión. Esto se corrobora tanto en la Escala DASS – 21 como en el Cuestionario PHQ – 9, los profesionales con contrato ocasional y nombramiento provisional, presentaron niveles de depresión leves. e evidencia la relación entre el fallecimiento de un familiar con la depresión. Esto se corrobora tanto en la Escala DASS – 21 como en el Cuestionario PHQ – 9, manifestando trastornos depresivos leves en las personas que perdieron un familiar con Covid-19. El resto de variables posee un nivel de significancia superior al 0,05 las mismas que no comprueban que existe esta relación entre los factores de riesgo y los problemas de salud mental.

Fuente: Elaboración propia, 2021

4.1. Discusión:

Al realizar el análisis de los factores de riesgo con respecto al grado de depresión, estrés y ansiedad de los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la Ciudad de Guaranda - Ecuador, se encontró que existen niveles de ansiedad del 40.66%, depresión 35.16% y estrés el 17.58%.

Estudios realizados durante la pandemia señalan la misma tendencia de estrés ansiedad y depresión de los profesionales de salud, en un estudio realizado en Wuhan señala una prevalencia del trastorno de estrés del 27.39 % y la ansiedad del 23.04% (Lozano Vargas, 2020) otro estudio similar realizado en China, una proporción considerable de los

participantes refirieron síntomas de depresión 50.4%, ansiedad 44.6%, y un elevado estrés 71,5% (J. Lai et al., 2020), resultados similares se obtuvieron en la ciudad de Lima y Callao en Perú, obtenidos por la Escala DASS-21, los resultados muestran claramente que el 39.1% de los enfermeros poseen algún grado de ansiedad, 24,6 algún grado de depresión y 8,8% algún grado de estrés (Obando Zegarra et al., 2020) por otro lado en Chile en la ciudad de Antofagasta un estudio muestra, que el 48.5% de las enfermeras generan algún grado de estrés, viéndose afectados principalmente los ambientes psicológicos, social y finalmente el ambiente físico (Muñoz Zambrano et al., 2015) de igual manera resultados similares se han obtenido en estudios realizados en España aplicando la Escala DASS-21 uno realizado en el Departamento de Salud de la CAPV y Navarra, mencionando que el 46,7% de los participantes indicaron sufrir estrés, el 37% ansiedad, el 27,4% depresión (Dosil Santamaría et al., 2020) y en otro estudio realizado en la ciudad de Barcelona se encontró un porcentaje significativo de profesionales que reportó síntomas de ansiedad (71,6%) y depresión (60,3%). El 14,5% informó de síntomas de estrés agudo. (Erquicia et al., 2020), en las enfermeras de la Ciudad de Paraná - Brasil, hubo una prevalencia de ansiedad (48,9%) y depresión (25%) (Dal'Bosco et al., 2020).

En un estudio realizado al personal de salud de las 24 provincias del Ecuador, se aplicaron las escalas de PHQ-9 y GAD-7, mostrando que el 27,3% tenía síntomas de depresión; el 39,2%, síntomas de ansiedad (Pazmiño Erazo et al., 2020).

En un estudio similar realizado en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la Ciudad de Guaranda aplicado al personal de salud que trabaja en las áreas de Covid, muestra una prevalencia alta de ansiedad (81.25%) y depresión (31.25%) (Aviles Guananga, 2020).

Al hablar de factores de riesgo podemos decir que es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (Organizacion Mundial de la Salud, 2011) la población femenina del estudio representa el 89%, síntomas de depresión aparecen en mayor proporción en el personal masculino de los profesionales de enfermería, no sucediendo así en los estudios similares como los de Wuhan en el cual manifiestan que la tasa de ansiedad y estrés femenina fue mayor que la de los hombres(Lozano Vargas, 2020) otros estudios manifiestan los mismo diciendo que el sexo femenino está asociado a las condiciones de estrés, ansiedad y depresión (Obando Zegarra et al., 2020).

La edad se muestra como un factor importante para la prevalencia de síntomas depresión en este estudio se muestra que el grupo de edades entre 30-34 años se encuentra más afectado, un resultado similar muestra que la edad de 35 a 47 poseen más síntomas de ansiedad y estrés que otros grupos(Obando Zegarra et al., 2020), asimismo otro resultado marca el personal mayor de 35 años, posee más síntomas relacionados con las patologías de estrés, ansiedad y depresión en relación a las demás edades (Dosil Santamaría et al., 2020).

El ingreso mensual de los trabajadores muestra relación con síntomas depresivos siendo más altos en el grupo de los valores 500 a 1500 dólares, un estudio menciona que los bajos salarios contribuyen como factor de riesgo para presentar algún malestar emocional (Dal'Bosco et al., 2020).

El nivel de formación académica influye como factor de riesgo para presentar algún malestar psicológico, pues 53,8% de la muestra son profesionales con licenciatura en enfermería los mismo que poseen altos niveles de ansiedad y depresión en relación a los otros grupos no obstante en otro estudio los profesionales técnicos en puestos asistenciales presentan un alto nivel de ansiedad con el 44,2% (Dal'Bosco et al., 2020).

Los profesionales con experiencia de 1 a 5 años tienen el 29.67% el cual mantiene una relación con otros estudios que nos indica que el 31,8% poseen depresión en el mismo rango de años (Dal'Bosco et al., 2020) en otro estudio manifiesta que los profesionales con experiencia de 11 a 20 años presentan más índices de depresión que otros grupos (Obando Zegarra et al., 2020).

Los profesionales de salud que han perdido algún familiar muestran resultados más altos para síntomas de depresión; las 2 escalas utilizadas para el estudio han corroborado esta afirmación; resultados similares comentan que haber experimentado la muerte de una persona cercana por Covid-19, influye como factor de riesgo para un mayor grado de malestar emocional. (Erquicia et al., 2020).

La situación laboral influye en la presencia de síntomas psicológicos, esta diferencia es evidente en los profesionales con contrato ocasional y nombramiento provisional, los cuales poseen índices más elevados de depresión que los profesionales con nombramiento

definitivo, esto concuerda con hallazgos en un estudio manifestando que los profesionales de enfermería con índices más altos depresión son los que poseen contrato temporal. (Dal'Bosco et al., 2020)

Cabe mencionar que de acuerdo al servicio hospitalario en que el profesional de enfermería labora, no existieron valores de prueba que expresen que trabajar en un servicio determinado contribuya a favorecer la aparición de síntomas de ansiedad, estrés y depresión, en contraposición con lo establecido en este estudio, la mayoría de artículos revisados mencionan que los profesionales de la salud, presentan más síntomas de malestar emocional en áreas de atención directa a personas con Covid, esto pudiendo deberse al tiempo de progresión de la pandemia en el país.

CAPÍTULO 5:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Una vez realizado el estudio se determinó que los principales impactos del Covid-19 en la salud mental del personal enfermero de los diferentes servicios del Hospital Alfredo Noboa Montenegro son una alta prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión y estrés, aspectos que concuerdan con estudios similares realizados en otros contextos nacionales e internacionales.

- Los factores de riesgo que condicionan la aparición de problemas de salud mental del profesional enfermero identificados en el estudio son la edad entre 30 a 34 años, la poca experiencia profesional, la inestabilidad laboral, y el fallecimiento de un familiar por Covid-19.

- La realización de una valoración es un aspecto importante para identificar el estado mental del personal enfermero con la finalidad de promover la salud mental a través de estrategias de afrontamiento, resiliencia, normalización de sentimientos / emociones, mantenimiento de redes de apoyo y estilos de vida saludables, que les permitan hacer frente ante las demandas de la pandemia de Covid-19 y futuros eventos similares.

- Se determinó que los factores de riesgo se encuentran relacionados con la salud mental del personal enfermero, en este sentido el grado de un factor considerado de riesgo incrementa o disminuye su impacto en la salud mental.

5.2 Recomendaciones

- Se recomienda realizar de manera periódica valoraciones del estado mental del personal de salud, toda vez que la información obtenida se constituye en una base primordial para la atención y promoción de la salud.

- Replicar este estudio en otras casas de salud y otros profesionales relacionados con la salud
- para conocer el estado mental.

- Aplicar otras técnicas de valoración de la salud mental, con la finalidad de contrastar resultados, e identificar instrumentos de valoración acorde al contexto.

- Se recomienda a la Carrera de Enfermería realizar este tipo de estudios periódicamente con la finalidad de contar con un diagnóstico real del estado mental del personal de salud.

BIBLIOGRAFÍA

Antony, M. M., Cox, B. J., Enns, M. W., Bieling, P. J., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, *10*(2), 176–181. https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176

Aviles Guananga, S. A. (2020). Factores de Riesgo Psicosociales del personal de salud que atiende a pacientes Covid del hospital Alfredo Noboa Montenegro de Junio a Agosto 2020 [Universidad Estatal de Bolivar]. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 21, Issue 1). file:///C:/Users/Usuario/Downloads/tesis- factores de riesgos psicosociales.pdf

Báez Guerrero, J. (2020). Guia para el manejo emocional para el personal de salud en contacto diario con pacientes. *Positivacomunica*, 1–7. https://www.positivacomunica.com/wp-content/uploads/2020/04/11_Personal_Salud_Manejo_pacientes.pdf

Barnhill, J. W. (2020). *Trastorno por estrés agudo - Trastornos de la salud mental*. Manual MSD Versión Para Público General. https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estrés/trastorno-por-estrés-agudo

Cauas, D. (2005). Definición de las variables , enfoque y tipo de investigación. *Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD)*, 1–11. http://www.mecanicahn.com/personal/marcosmartinez/seminario1/los_pdf/l-Variables.pdf

Clínica de la Ansiedad. (2021). *La Ansiedad*. Info Legal. https://clinicadeansiedad.com/info-legal/

Concepto.de. (2020). *Método Cuantitativo - Concepto, usos, ejemplos y características*. https://concepto.de/metodo-cuantitativo/

Criterios CIE-10 (REA). (2013). *Criterios diagnosticos estres*. Guía de Referencia Rápida de Tratamientos Psicológicos Con Apoyo Empírico. https://webs.ucm.es/info/psclinic/guiareftrat/trastornos/TEPT/cierea.php

Culebras, J., San Mauro Martin, I., & Vicente-Vacas, L. (2020). COVID-19 y otras pandemias. *J. Negat. No Posit. Results*, 644–664. https://doi.org/10.19230/jonnpr.3750

D Sousa, V., Driessnack, M., & Costa Mendes, I. A. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*,

15(4), 6. https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a22.pdf

Dal'Bosco, E. B., Messias Floriano, L. S., Vienscoski Skupien, S., Arcaro, G., Rodrigues Martins, A., & Correa Anselmo, A. C. (2020). La salud mental de la enfermería en el afrontamiento del COVID-19 en un hospital universitario regional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *73 2*(Suppl 2), e20200434. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672020001400153&script=sci_abstract&tlng=es

De la Rosa Centella, M. D. (2019). *Anatomía de las Emociones ¿Qué sucede en el cerebro?* Revista Digital Inesem. https://revistadigital.inesem.es/educacion-sociedad/anatomia-de-las-emociones/

De Wit, E., Van Doremalen, N., Falzarano, D., & Munster, V. J. (2016). SARS and MERS: Recent insights into emerging coronaviruses. *Nature Reviews Microbiology*, *14*(8), 523–534. https://doi.org/10.1038/nrmicro.2016.81

Discapatnet. (2020). *Definición de enfermedad (OMS)*. https://www.discapnet.es/areas-tematicas/salud/enfermedades

Dosil Santamaría, M., Ozamiz-Etxebarria, N., Redondo Rodríguez, I., Alboniga Mayor, J. J., & Picaza Gorrotxategi, M. (2020). Impacto psicológico del COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *GEF Bulletin of Biosciences*, *1*(1), 1–11. https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.04.010

Erquicia, J., Valls, L., Barja, A., Gil, S., Miquel, J., Leal-Blanquet, J., Schmidt, C., Checa, J., & Vega, D. (2020). Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa. *Medicina Clínica*, *155*(10), 434–440. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.07.006

Franco Coffré, J. A., Leví Aguirre, P. de los Á., Franco Coffré, J. A., & Leví Aguirre, P. de los Á. (2020). Feelings, Stress, and Adaptation Strategies of Nurses against COVID-19 in Guayaquil. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, *38*(3), 1–14. https://doi.org/10.17533/UDEA.IEE.V38N3E07

George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update*. *11.0*, 63. https://wps.ablongman.com/wps/media/objects/385/394732/george4answers.pdf

Gerri Marta. (2021). *Las Emociones: Definición, Tipos y Expresiones Faciales*. PsicoActiva: Blog de Psicología. https://www.psicoactiva.com/blog/que-son-las-emociones/

Godoy Pere. (2006). Pandemia de gripe aviar: Un nuevo desafío para la salud pública. *Gaceta Sanitaria*, *1*(20), 4–8. https://doi.org/10.1157/13084120

Guzmán, J. S. (2020). *¿Qué es Google Forms y para qué sirve?* Juansguzman.Com.

https://juansguzman.com/que-es-google-forms-y-para-que-sirve/

Hernandez Sanchez, M. M., Horga de la Parte, J. F., Navarro Cremales, F., & Mira Vicedo, A. (2020). Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptacion en atencion primaria. Guía de Actuación Clínica en A. P. *Guia de Actuacion Clinica En A.P.*, 1–72. http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap033ansiedad.pdf

Herrero Jaén, S. (2007). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. In *Ene* (Vol. 10, Issue 2). [Enfermeros]. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Huguet Pané, G. (2020). *Grandes pandemias de la historia*. Historia.Nationalgeographic. https://historia.nationalgeographic.com.es/a/grandes-pandemias-historia_15178/7

Hurrel, J., Murphy, L., Sauter, S., & Lennart, L. (2015). Trabajo y salud mental. *enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. tomo 1 El Cuerpo Humano. 5.2 Trabajo y Salud Mental*, *1*, 1–24. http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo1/5.pdf

Isidro, M. A. (2021). *Fisiología de las Emociones: Definición y Tipología*. Psicocode. https://psicocode.com/clinica/fisiologia-de-las-emociones/

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, *46202*, 606–613. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Lai, C. C., Shih, T. P., Ko, W. C., Tang, H. J., & Hsueh, P. R. (2020). Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. *International Journal of Antimicrobial Agents*, *55*(3), 105924. https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105924

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, *3*(3), e203976. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

Leal Becker, R. (2020). Breve historia de las pandemias. *Psiquiatría*, *24*, 192. http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Breve historia de las pandemias.pdf

Lopérfido, V. C. (2017). *Las emociones básicas de Paul Ekman*. Psicocode. https://psicocode.com/psicologia/las-emociones-basicas-paul-ekman/

López Gómez, D. (2018). *Medicación para el estrés postraumático | menteAmente*. Mente A Mente. https://www.menteamente.com/medicacion-estres-postraumatico#:~:text=El tratamiento farmacológico del estrés,el estrés postraumático%2C entre otros.

Lozano Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. Revista de Neuro-Psiquiatria [revista en Internet] 2020 [acceso 10 de junio de 2020]; 83(1): 51-56. *Revista Neuropsiquiátrica*, *83*(1), 51–56. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972020000100051&script=sci_arttext

Mayo Clinic. (2019). *Enfermedad mental - Síntomas y causas*. Mayoclinic.Org. https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mental-illness/symptoms-causes/syc-20374968

Mayo Clinic. (2020). *COVID-19: ¿quién está a un mayor riesgo para los síntomas de gravedad? - Mayo Clinic*. Www.Mayoclinic.Org. https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/coronavirus-who-is-at-risk/art-20483301

Minchala Urgilés, R. E. (2020). Vivencias y emociones del personal de Enfermería con pacientes Covid-19. Cuenca – Ecuador, 2020. *Ocronos. Revista Médica y de Enfermería*, *August*, 8. https://www.researchgate.net/publication/343903335_Ocronos_Revista_Medica_y_de_Enfermeria_-ISSN_n_2603-8358_-Deposito_legal_CA-27-2019

Ministerio de salud. (2016). Manejo del estrés: talento humano en salud. *Ministerio de Salud*, 25. https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/seguridad_ocupacional_2016_presentaciones/presentacion09082016/Manejo-Del-Estres-Talento-Humano-En-Salud.pdf

Montaño, J. (2019). *Investigación Transversal: Características y Metodología*. Lifeder.Com. https://www.lifeder.com/investigacion-transversal/

Moreno, J. J. (2020). El impacto Pandemia por Una guía de consejo psicológico. *Revista de Psicopatologia y Psicologia Clinica*, 1–51. http://madridsalud.es/wp-content/uploads/2020/06/GuiaImpactopsicologico.pdf

Muñoz Navarro, R., Cano Vindel, A., Ruiz Rodríguez, P., Medrano, L. A., González Blanch, C., Moriana, J. A., Bonet, A. C., & Dongil Collado, E. (2017). Modelo jerárquico de diagnóstico y derivación de los trastornos mentales comunes en centros de atención primaria. Una propuesta a partir del ensayo clínico PsicAP. *Ansiedad y Estres*, *23*(2–3), 124–129. https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.002

Muñoz Zambrano, C. L., Rumie Díaz, H., Torres Gómez, G., & Villarroel Julio, K. (2015).

Impacto En La Salud Mental De La(Del) Enfermera(O) Que Otorga Cuidados En Situaciones Estresantes Impact On Nurses Mental Health Giving Care In Stressful Situations. *Ciencia Y Enfermeria XXI*, *1*, 45–53. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100005

Noemí Tomasi, S. (2020). Historia de las pandemias mundiales y la economia. *Journal of Chemical Information and Modeling*, *53*(9), 1689–1699. https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/63037284/Historia-De-Las-Pandemias-Mundiales-Y-La-Economia.pdf?response-content-disposition=inline%3B filename%3Dhistoria_De_Las_Pandemias_Mundiales_Y_LA.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential

Obando Zegarra, R., Arévalo-Ipanaqué, J. M., Aliaga Sánchez, R. A., & Obando Zegarra, M. (2020). Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. *Index de Enfermería*, *pre-edició*(4), e13056. http://ciberindex.com/index.php/ie/article/view/e13056

OPS/OMS. (2021). *ENT y COVID-19 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. Www.Paho.Org. https://www.paho.org/es/ent-covid-19

OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Depresión*. OPS. https://www.paho.org/es/temas/depresion#:~:text=La depresión es una enfermedad que se caracteriza por una,durante al menos dos semanas.

Organizacion Mundial de la Salud. (2011). Factores de riesgo. *WHO*, 1. https://www.who.int/topics/risk_factors/es/

Organizacion Mundial de la Salud. (2020). *VIH/sida*. Who.Int. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids

Organización Mundial de la Salud. (1980). Prevencion de los trastornos mentales. *Www.Who.Int*. https://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Medicina*, *30*(617), 175–178. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Www.Who.Int. https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses

Organización Mundial de la Salud. (2021). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data*. Covid19.Who.Int. https://covid19.who.int/

Organización Panamericana de la Salud. (2020a). *Cerca de 570.000 trabajadores de la salud se han infectado y 2.500 han muerto por COVID-19 en las Américas*. Paho.Org. https://www.paho.org/es/noticias/2-9-2020-cerca-570000-trabajadores-salud-se-han-infectado-2500-han-muerto-por-covid-19

Organización Panamericana de la Salud. (2020b). Manejo de las personas con asma durante la pandemia de covid-19. *IRIS PAHO*, 8. https://iris.paho.org/handle/10665.2/52381

Organización Panamericana de la Salud. (2020c). Manejo de las personas con diabetes durante la pandemia de Covid-19. *IRIS PAHO*, 8. https://iris.paho.org/handle/10665.2/52382

Organización Panamericana de la Salud. (2020d). Manejo de las personas con enfermedad renal crónica durante la pandemia de covid-19. *IRIS PAHO*, 7. https://iris.paho.org/handle/10665.2/52378

Organización Panamericana de la Salud. (2020e). manejo de las personas con hipertensión y enfermedades cardiovasculares durante la pandemia de covid-19. *IRIS PAHO*, 7. https://iris.paho.org/handle/10665.2/52383

Organización Panamericana de la Salud. (2020f). *Si tengo cáncer ¿qué debo saber acerca de la covid-19?* 2. https://iris.paho.org/handle/10665.2/52197

Pazmiño Erazo, E. E., Alvear Velásquez, M. J., Saltos Chávez, I. G., & David Emanuel, P. P. (2020). Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador. *Building and Environment*, *184*(August), 32. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.12.007

Portal de Historia. (2003). Las primeras epidemias de la Historia. *Portal de Historia*, *1*, 25. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/las_primeras_epidemias_de_la_historia.pdf

QuestionPro. (2020). *Investigación de Campo*. https://www.questionpro.com/es/investigacion-de-campo.html

Restrepo Garcia, L. M. (2021). Investigacion Documental. *Aprendeenlinea.Udea.Edu.Co*. http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/658/Glosario_Invest_Documental_final_-_Lina_Rpo.pdf

Román, F., Santibáñez, P., & Vinet, E. V. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *Journal of Chemical Information and Modeling*, *53*(9), 1689–1699.

https://www.elsevier.es/es-revista-acta-investigacion-psicologica-psychological-111-articulo-uso-escalas-depresion-ansiedad-estres-S2007471916300539

Rosselli, D. (2020). Epidemiología De Las Pandemias. *Medicina*, *42*(2), 168–174. https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/1511

Ryte Wiki. (2020). *Datos Demográficos*. https://es.ryte.com/wiki/Datos_Demográficos

Saldivia, S., Aslan, J., & Inostroza, C. (2019). Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Revista Médica de Chile*, *9*, 53–60.

Sánchez Peléz, O., & Más Bermejo, P. (2020). Brotes, epidemias, eventos y otros términos epidemiológicos de uso cotidiano Brotes. *Revista Cubana de Salud Publica*, *46*(3), 1–3. https://scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n2/e2358/es/

Santana González, C. C., Miriam Gómez, O., & Genoveva, G. G. (2013). XXIV Seminario Internacional de Cuidado. *Journal of Chemical Information and Modeling*, *53*(9), 1689–1699. http://enfermeria.bogota.unal.edu.co/index.php?id=421

Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias. (2021). Situación Nacional Por Covid-19 - Infografía N°453 Inicio 29/02/2020 - Corte 25/05/2021 08:00. *Informes de Situación e Infografías – COVID 19*, 2020–2022. https://www.gestionderiesgos.gob.ec/informes-de-situacion-covid-19-desde-el-13-de-marzo-del-2020/

Souto Grande, I. M. (2021). *Todo lo que necesitas saber sobre SPSS antes de utilizarlo*. Uscmarketingdigital. https://www.uscmarketingdigital.com/todo-sobre-spss/

Veiga de Cabo, J., Fuente Díez, E. de la, & Zimmermann Verdejo, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, *54*(210), 81–88. https://doi.org/10.4321/s0465-546x2008000100011

Velavan, T., & Meyer, C. (2020). The COVID-19 epidemic. *Tropical Medicine and International Health*, *25*(3), 278–280. https://doi.org/10.1111/tmi.13383

Villavicencio Soledispa, J. I., Castro Vallejo, G. E., Cevallos Ramos, S. I., & Montenegro Layedra, E. (2020). *Estado emocional del personal de salud del "Centro de atención Especializado Familymed" durante la pandemia del Covid- 19*. *6*(08), 35–55. https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/1566/2947%0Afile:///C:/Users/bjumb/Downloads/1566-8791-5-PB (4).pdf

Warren Barnhill, J. (2018). *Trastorno por estrés agudo - Trastornos psiquiátricos*. Manual MSD Versión Para Profesionales.

https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiquiátricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estrés/trastorno-por-estrés-agudo

World Health Organization. (2018). Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta. In *Centro de prensa OMS* (p. 1). https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

ANEXOS

Anexo 1: Listado de correo electrónico de los participantes del estudio

1. acaiza77@gmail.com	47. lluitaximagaly11@gmail.com
2. adrianachicaiza122526@gmail.com	48. lopezcristina089@gmail.com
3. aldordono@hotmail.com	49. luisita0906@hotmail.com
4. anauquillas@live.com	50. lunam68@yahoo.es
5. anitajudith28@gmail.com	51. lupeyumital @hotmail.com
6. aracelychacha@yahoo.com	52. maderomuna-2010@hotmail.com
7. belensilvaJajado@yahoo.es	53. Mari976@gmail.com
8. brauliop2011@gmail.com	54. Mariallumbi@hotmail.com
9. brosy_50@hotmail.com	55. marthachavez1969@hotmail.ec
10. Cayavi1983@hotmail.com	56. mary.lui@hotmail.es
11. ceciliapareo@hotmail.com	57. marygon65@hotmail.com
12. chamorroanabel77@gmail.com	58. mercysisalem@hotmail.com
13. consuemont@yahoo.com	59. meryliber@hotmail.es
14. dannyvistin@hotmail.es	60. mona.26042008@gmail.com
15. dianagalarza55@yahoo.com	61. monica19892014@outlook.com
16. armijosanti89@hotmail.com	62. msalazarchuiza@yahoo.com
17. diarosmar1295@gmail.com	63. msilvarobalino@yahoo.es
18. elenavelascomoyano@gmail.com	64. mirianrobal@hotmail.com
19. elisa1994@live.com	65. nahomicastroatv@yahoo.com
20. eliza1994@live.com	66. nancypcastillot@hotmail.es
21. elizaberthverdezoto@gmail.com	67. naranjogladys40@yahoo.es
22. estelamoraymavelasco@gmail.com	68. nelyconsta61@hotmail.com
23. esthefaniachimbi@gmail.com	69. nelyconstante67@hotmail.com
24. esthela_77@live.com	70. nena_alexa14@yahoo.es
25. galdaj@hotmail.com	71. normaemperatriz2013@yahoo.es
26. gatita-12-88@hotmail.com	72. armpervelt99@yahoo.es
27. geordever@gmail.com	73. orlandaguevara@hotmail.com
28. gladys_aries78@hotmail.com	74. paolarosero37@yahoo.es
29. lcecil90@gmail.com	75. paquita65_hm@yahoo.es
30. gonzalopatricio@gmail.com	76. paquitaprocel@gmail.com
31. hericavizcaino@hotmail.com	77. purcachimagaly@yahoo.es
32. jenngnj2010@hotmail.com	78. ruddy_angela93@hotmail.com
33. jenyzurita13@gmail.com	79. sanapug27@gmail.com
34. jessilu1987@hotmail.es	80. sayurimora18@hitmail.com
35. jhoana_mary94@hotmail.com	81. slaikeralexa@hotmail.com
36. jimenita67@yahoo.es	82. splatting_89@yahoo.es
37. jisekate_17@hotmail.com	83. sthefyproano_@hotmail.com
38. Jmarpaul@live.com_mx	84. surocare1@yahoo.es
39. Juanito6199melendez@gmail.com	85. taniar0999@live.com.ec
40. karinaelizabethverdezoto@gmail.com	86. verolucvema@yahoo.es
41. aelizabethver@hotmail.com	87. velomisule2000@yahoo.es
42. kateryB926@gmail.com	88. veronicasagnaigomez@hotmail.es
43. lidia_cono2013@yahoo.es	89. vilmitavv@hotmail.com
44. lijia@hotmail.com	90. vsognoigomez@hotmai.com
45. lisbeth@live.com	91. wachodc16@hotmai.com
46. lluccy943@gmail.com	

Anexo 2: Validación del Instrumento

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA

CONSTANCIA DE VALIDACION

Quien subscribe Sandra Elizabeth Núñez Vargas con cedula de Identidad N: 0201351533, con grado de Doctora en Psicología Clínica, actualmente como funcionario de Psicóloga Clínica calificadora de Discapacidades del centro de Salud de Conocoto.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento encuesta, para su aplicación en el proceso de Titulación denominado: **IMPACTO DEL COVID -19 EN LA SALUD MENTAL DEL PROFESIONAL ENFERMERO EN EL HOSPITAL ALFREDDO NOBOA MONTENEGRO PERIODO OCTURE 2020-MARZO 2021** previo a la obtención de título como licenciado en enfermería.

Luego de analizarlo se establece que conste con las siguientes indicaciones

	EXCELENTE	ACEPTABLE	BUENO	DEFICIENTE
Coherencia de Ítems	X			
Amplitud del contenido	X			
Claridad en la redacción	X			
Pertinencia	X			

Dra. Sandra Núñez V.
Psicóloga Clínica Calificadora de Discapacidad

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA

CONSTANCIA DE VALIDACION

Quien subscribe David Estanislao Yánez Chinchi con cedula de Identidad N: 0603535345, con grado de Doctor en Psicología Clínica, actualmente como funcionario de Psicólogo Clínico del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento encuesta, para su aplicación en el proceso de Titulación denominado: **IMPACTO DEL COVID -19 EN LA SALUD MENTAL DEL PROFESIONAL ENFERMERO EN EL HOSPITAL ALFREDDO NOBOA MONTENEGRO PERIODO OCTURE 2020-MARZO 2021** previo a la obtención de título como licenciado en enfermería.

Luego de analizarlo se establece que conste con las siguientes indicaciones

	EXCELENTE	ACEPTABLE	BUENO	DEFICIENTE
Coherencia de Ítems	X			
Amplitud del contenido	X			
Claridad en la redacción	X			
Pertinencia	X			

Dr. David Yánez

Psicólogo Clínico del H.A.N.M.

Anexo 3: Consentimiento Informado

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a

Usted ha sido invitado/a a participar en el trabajo de investigación denominado "**Impacto del Covid-19 en la salud mental del profesional enfermero del Hospital Alfredo Noboa Montenegro**" que está siendo desarrollado por los estudiantes David Alexander Pilataxi Sisa y Luis Humberto Velasco Moyano, bajo la supervisión de la Directora de Titulación Lic. María José Fierro Bósquez Msc. - Docente de la Universidad Estatal de Bolívar.

El objetivo de la Investigación es determinar el impacto del Covid-19 en la salud mental del profesional enfermero.

Cabe mencionar que el presente estudio no representa ningún peligro para la salud, en el caso de aceptar participar en el mismo deberá responder varios test para evaluar su salud mental, esta actividad se efectuará de manera individual con un tiempo de 15 minutos aproximadamente.

La totalidad de la información obtenida será confidencial, utilizada únicamente para el análisis del trabajo de investigación.

Su participación es voluntaria, por cuanto podrá abandonar la investigación sin necesidad de dar una explicación previa, sin que esto signifique algún prejuicio o consecuencia para usted.

Si le surge alguna inquietud o duda respecto a esta investigación puede ponerse en contacto a los siguientes números 0999565684 Lic. María José Fierro Bósquez - Profesora investigadora y/o con el Sr. David Alexander Pilataxi Sisa teléfono 0969577001 o el Sr. Luis Humberto Velasco Moyano teléfono 0939121983 - Estudiantes de la Universidad Estatal de Bolívar, o a los siguientes correos electrónicos lvelasco@mailes.ueb.edu.ec, dpilataxi@mailes.ueb.edu.ec.

DECLARO

Que por medio del presente escrito he sido informado siendo testigo/a de la lectura exacta de lo antes mencionado, y estar en pleno conocimiento de la investigación y sus fines.

Acepta participar en el trabajo de investigación denominado "Impacto del Covid-19 en la salud mental del Profesional Enfermero del Hospital Alfredo Noboa Montenegro"

- Sí Acepto X
- No Acepto

Correo Electrónico: gladys_aries78@hotmail.es

Anexo 4: Ficha de caracterización sociodemográfica

Ficha de caracterización sociodemográfica			**Código: 000**
Fecha	**Dia**	**Mes**	**Año**
Identificación			
Nombres y apellidos:		**Correo electrónico:**	
Cédula de identidad:		**Teléfono celular:**	
Género al que pertenece • Masculino • Femenino • LGBTIQ+			
Auto identificación étnica • Mestizo • Indígena • Afroamericano • Blanco • Montubio • Mulato			
¿Cuál es su edad? (Años) • 20 - 24 • 25 - 29 • 30 - 34 • 35 - 39 • 40 - 44 • 45 -49 • 50 o más			
Estado Civil • Soltero(a) • Unión libre • Casado(a) • Separado(a) • Viudo(a)			
Número de hijos • 0 • 1 - 2 • 3 - 4 • 4 o más			
¿Cuál es el ingreso mensual de su hogar? (dólares) • Menos de 500 • 500 a 1000 • 1000 a 1500 • 1500 a 2000 • Más de 2000			
¿La vivienda que habita es? • Propia • Alquilada • Prestada			
¿Tiene discapacidad? • Si • No			

¿Qué tipo de discapacidad tiene?

- Discapacidad auditiva
- Discapacidad visual
- Discapacidad física
- Discapacidad intelectual
- Discapacidad psicosocial

¿Qué grado de discapacidad posee?

- 0 a 4%
- 5 a 24%
- 25 a 49%
- 50 a 74%
- 75 a 95%
- 96 a 100%

Nivel de formación académica:

- Licenciatura en Enfermería
- Especialista
- Magíster
- Doctorado

Años de experiencia profesional:

- Menos de 1 año
- De 1 a 5 años
- De 5 a 10 años
- De 10 a 15 años
- De 15 a 20 años
- De 20 o más años

Servicio en el que labora:

- Covid 1
- Covid 2
- Covid 3
- Covid 4
- Neonatología
- Ginecología
- Quirófano
- Consulta Externa
- Esterilización
- Laboratorio
- Hospitalización

Situación Laboral:

- Nombramiento definitivo
- Nombramiento provisional
- Contrato ocasional

¿Ha sido diagnosticado con una patología metal?

- Sí
- No

Actualmente sufre alguna de las siguientes enfermedades (Seleccione una o más de una)

- Problemas pulmonares
- Enfermedades cardiovasculares
- Obesidad
- Hipertensión
- Diabetes

• Cáncer • Trastornos sanguíneos • Sistema inmunitario debilitado • Enfermedad renal crónica • Enfermedad hepática crónica
¿Le han diagnosticado Covid-19? • Sí • No
¿Ha fallecido un miembro de su familia con covid-19? • Sí • No
¿Ha fallecido un amigo con covid-19? • Sí • No
¿ Ha experimentado violencia a causa de su trabajo? • Sí en el hogar • Si en el trabajo • No
¿ Ha consumido sustancias estupefacientes? • Sí • No

Fuente: Elaboración propia, 2021

Anexo 5: Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21)

DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación *durante la semana pasada*. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11.	Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo....	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido.....	0	1	2	3

Anexo 6: Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? *(Marque con una "✔" para indicar su respuesta)*	**Para nada**	**Varios días**	**Más de la mitad de los días**	**Casi todos los días**
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

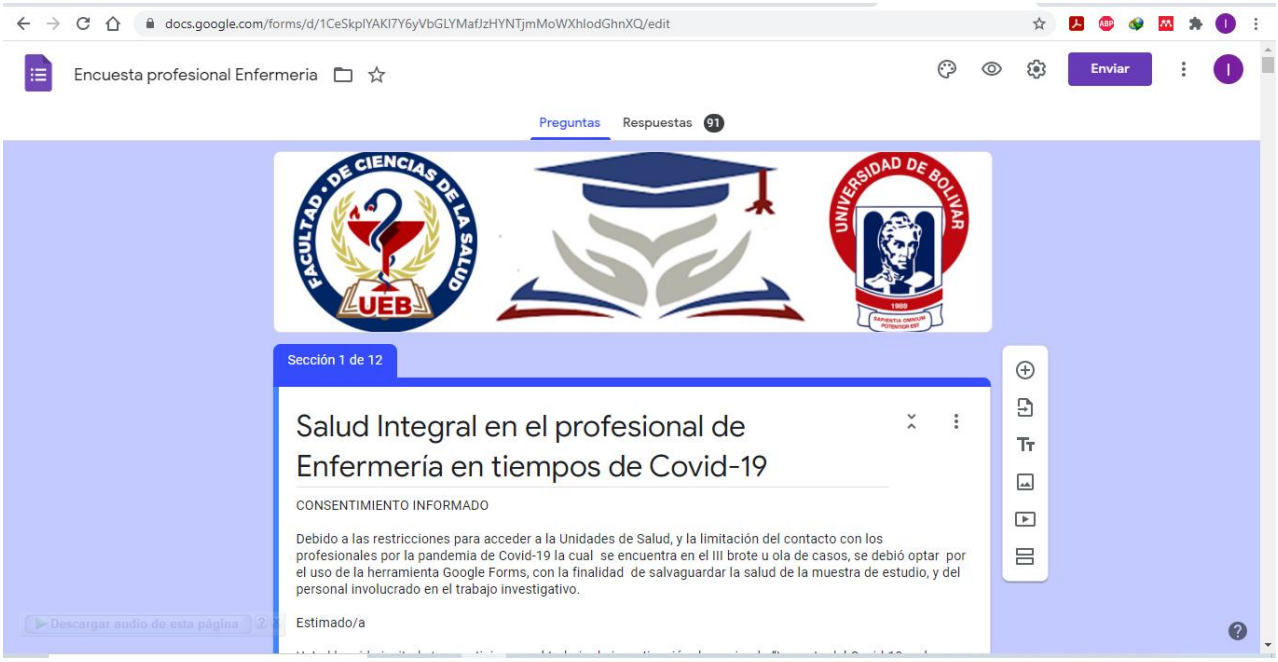
FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

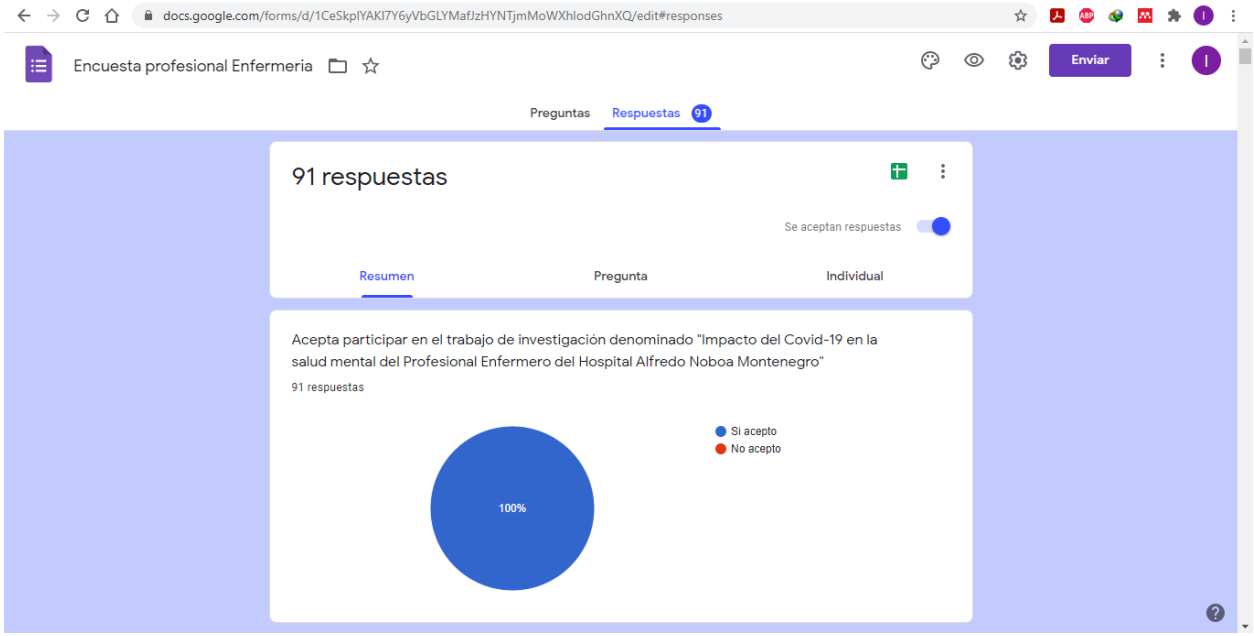
Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?

Para nada difícil	**Un poco difícil**	**Muy difícil**	**Extremadamente difícil**
☐	☐	☐	☐

Anexo 7: Encuesta en la plataforma de Google Forms
https://forms.gle/CE71jHVSDJAz8jV5A



Anexo 8: Respuestas recibidas en la plataforma del Google Forms



Anexo 9: Cronograma

Actividades		**2020**	**2021**					
		Diciembre	**Enero**	**Febrero**	**Marzo**	**Abril**	**Mayo**	**Junio**
Actividades Previas	Asignación de tutor.	**X**						
	Planteamiento y estructuración del tema del proyecto.	**X**						
	Aprobación del tema del proyecto.	**X**						
Capítulo I: El problema.	Planteamiento del problema		**X**					
	Formulación del problema		**X**					
	Formulación de objetivos		**X**					
	Redacción de la justificación		**X**					
Capitulo II: Marco teórico.	Antecedentes de la investigación			**X**				
	Bases teóricas			**X**				
	Elaboración de operacionalización variable.			**X**				
Capitulo III: metodología	Redacción del nivel, diseño de la investigación				**X**			
	Redacción de la población y muestra				**X**			
	Elaboración de las técnicas e instrumentos de recolección de datos				**X**			
	Redacción de técnicas y procesamiento				**X**			

	de datos.							
	Validación de instrumento.				**X**			
	Aplicación del instrumento.					**X**		
Capitulo IV: Resultados según los objetivos planteados	Redacción de los resultados de los objetivos						**X**	
Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones	Elaboración de conclusiones y recomendaciones						**X**	
	Incluir anexos						**X**	
Revisiones.	Presentación de primer borrador							**X**
	Correcciones							**X**

Fuente: Elaboración propia, 2021

Anexo 10: Presupuesto

DETALLE	**Presupuesto**		
	Cantidad	**Costo Unitario**	**Sub. Total**
Esferográfico	5	0.40	$2
Porta Hojas	4	1.50	$6
Cuaderno Académico	2	1.50	$3
Resma de hojas	5	4.00	$20
Impresiones	1000	0.10	$100
Foto copias	100	0.05	$5.00
CD	6	2.50	$15
Anillados	6	1.50	$9
Impresiones de borradores	3	5	$15
Empastado	3	20	$60
Alimentación	5	10	$50
Trasporte	5	10	$50
Varios	3	1..25	$3.75
TOTAL			$338.75

Fuente: Elaboración propia, 2021

Anexo 11: Oficios pertinentes para la realización del estudio

Oficio de aprobación emitido por la Universidad de Bolívar para la realización de los diferentes estudios en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Guaranda, 15 de enero del 2021
Oficio Nro. 008 – 2021 – CCE

HOSPITAL "ALFREDO NOBOA M." SECRETARÍA RECIBIDO FECHA 01-02-2021 HORA 14:55 POR

Doctora
JHOHANA DONATO
DIRECTORA MÉDICA HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO
Ciudad

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de quienes hacemos la carrera de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar augurarle éxitos en sus funciones. A la vez comedidamente solicito su autorización para qué estudiantes de nuestra institución ejecuten el Trabajo de Titulación en la Casa de Salud que usted lo dirige y facilite la recolección de información para la ejecución, los temas a investigar se detalla:

NRO	TEMA	AUTORES
1	Perfil epidemiologico del COVID – 19. En Bolivar. Periodo marzo – agosto 2020	Caluña Stefany Fierro Magaly
2	Perspectiva de los profesionales de enfermeria referente a los cuidados a pacientes covid - 19 Hospital Alfredo Noboa Montenegro 2020	Hurtado Sthephanie Ortiz Doris
3	Vivencias de los familiares por la perdidas de parientes durante la pandemia covid – 19. Hospital Alfredo Noboa Montenegro. 2020	Gordón María Guano Sandra
4	Impacto del covid- 19 en la salud mental del profesional enfermero. Hospital Alfredo Noboa Montenegro. 2020	Pilataxi David Velasco Luis
5	Evaluacion de la relación enfermera - paciente desde la teoría de Hildegard Peplau. Hospital Alferedo Noboa Montenegro 2020	López Karla

Al conocer su compromiso y contribución con la gestión académica e investigativa, agradezco.

Autorizado Docencia - Dirección médica 01/02/2021 14:57

Atentamente,

Lic. Vanessa Mite
Coordinadora

c.c: Archivo

GVM/MC

Dirección: Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira
Guaranda-Ecuador
Teléfono: (593) 3220 6059
www.ueb.edu.ec

Oficio dirigido a la jefa de enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro para la recolección de información.

Guaranda, 2 de febrero del 2021

LICENCIADA

BLANCA LLUMIGUANO

DOCENTE DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

Presente

De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo de los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar deseándoles éxitos en sus funciones. El motivo del presente es para solicitarte de la manera más comedida que se nos facilite la recolección de información a través de diferentes instrumentos como entrevistas, encuestas y cuestionario al personal de enfermería y pacientes, con la finalidad de cumplir nuestros trabajos de titulación referente a los siguientes temas detallados a continuación:

Nº	TEMA	AUTORES	Cedula	Firma
1	**Perfil epidemiológico de usuarios atendidos con COVID-19 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Periodo Marzo - Diciembre 2020"**	Caluña Bayas Stefanny Fernanda Fierro Aranda Magaly Karolina	0250280393 0250155348	
2	**Perspectivas de los profesionales de enfermería referente a los cuidados a pacientes con Covid-19 Hospital Alfredo Noboa Montenegro Período 2020-2021**	Hurtado Hinojoza Stephanie Elizabeth Ortiz Morales Doris Lisenia	0202361382 0202116679	
3	**Evaluación de la relación enfermera - paciente desde la teoría de Hildegard Peplau. Hospital Alfredo Noboa Montenegro. 2020**	López Chimborazo Karla Estefanía	1805235957	
4	**Vivencias de los familiares por la pérdida de parientes durante la pandemia covid-19. Hospital Alfredo Noboa Montenegro Noviembre 2020-Marzo 2021.**	Guano Guano Sandra Verónica María Belén Gordón Mayorga	0202350898 1803532918	
5	**Impacto del covid-19 en la salud mental del profesional enfermero del Hospital Alfredo Noboa Montenegro**	David Alexander Pilataxi Sisa Luis Humberto Velasco Moyano	0604988410 0202295549	

Al conocer su compromiso y contribución con la gestión académica e investigativa, anticipo mis más sinceros agradecimientos.

02-02-2021

Oficio dirigido a la Directora Médica del Hospital Alfredo Noboa Montenegro para la aplicación del instrumento de recolección de información.

Guaranda 17 de Marzo de 2021

Dra. Johana Donato

Directora Médica

Por medio de la presente solicito a usted muy comedidamente se nos conceda la autorización para aplicar el instrumento de recolección de información, de nuestro proyecto de titulación denominado "Impacto del Covid-19 en la salud mental del Profesional Enfermero del Hospital Alfredo Noboa Montenegro"; por las restricciones presentes por la pandemia de Covid-19 y para salvaguardar la integridad del Personal de Enfermería, el mismo se realizara a través de la plataforma de formularios de Google (Google Forms), para que sea facilitado por medio del departamento de TIC`S a todo el Personal de Enfermería que labora en el Hospital.

Todos estos datos serán de carácter confidencial y serán usados exclusivamente con fines académicos para el proyecto de tesis antes mencionado, realizado por los estudiantes de titulación Velasco Moyano Luis Humberto con C.I. 0202295549 y Pilataxi Sisa David Alexander con C.I. 0604988410 el proyecto está bajo la supervisión de la Lcda. María José Fierro Bosques MsC. Docente de la Universidad Estatal de Bolívar.

Agradecemos por la atención prestada a la presente.

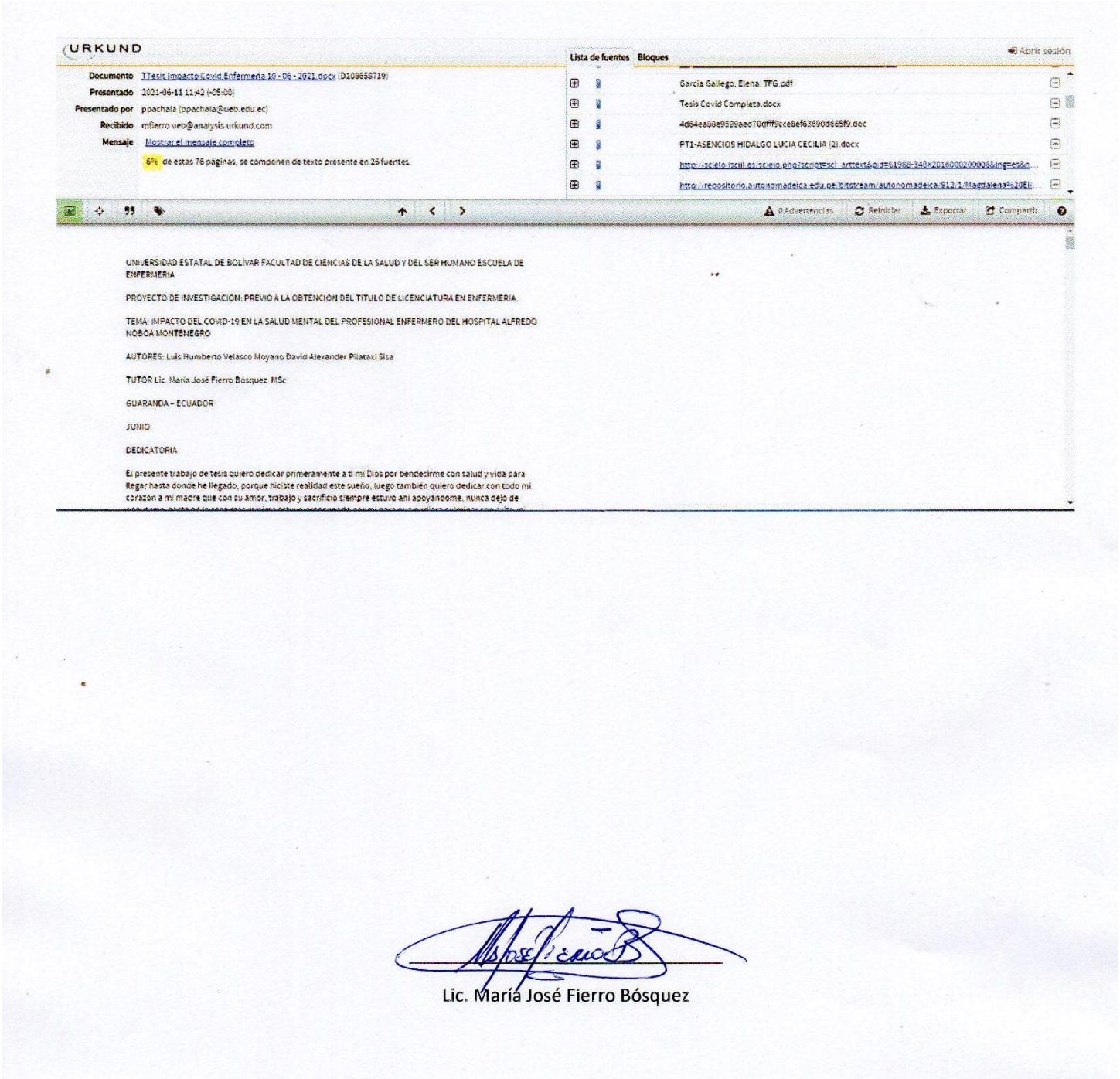
Atentamente

Velasco Moyano Luis Humberto
C.I. 0202295549

Pilataxi Sisa David Alexander
C.I. 0604988410

HOSPITAL "ALFREDO NOBOA M." SECRETARIA RECIBIDO FECHA 17-03-2021 HORA 09:08 POR

Anexo 12: Certificado Urkund



URKUND

Documento TTesis Impacto Covid Enfermeria 10 - 06 - 2021.docx (D109658719)
Presentado 2021-06-11 11:42 (-05:00)
Presentado por ppachala (ppachala@ueb.edu.ec)
Recibido mfierro.ueb@analysis.urkund.com
Mensaje Mostrar el mensaje completo
6% de estas 76 páginas, se componen de texto presente en 26 fuentes.

Lista de fuentes | Bloques | Abrir sesión

Garcia Gallego, Elena. TFG.pdf
Tesis Covid Completa.docx
4d64ea88e9599aed70dfff9cce6ef63690d665f9.doc
PT1-ASENCIOS HIDALGO LUCIA CECILIA (2).docx
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es&n...
http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/912/1/Magdalena%20Eli...

0 Advertencias | Reiniciar | Exportar | Compartir

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO ESCUELA DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

TEMA: IMPACTO DEL COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DEL PROFESIONAL ENFERMERO DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

AUTORES: Luis Humberto Velasco Moyano David Alexander Pilataxi Silsa

TUTOR Lic. María José Fierro Bósquez. MSc

GUARANDA – ECUADOR

JUNIO

DEDICATORIA

El presente trabajo de tesis quiero dedicar primeramente a ti mi Dios por bendecirme con salud y vida para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño, luego también quiero dedicar con todo mi corazón a mi madre que con su amor, trabajo y sacrificio siempre estuvo ahí apoyándome, nunca dejó de

Lic. María José Fierro Bósquez

Anexo 13: Evidencias fotográficas



Equipo de Estudiantes: Alexander Pilataxi y Luis Velasco

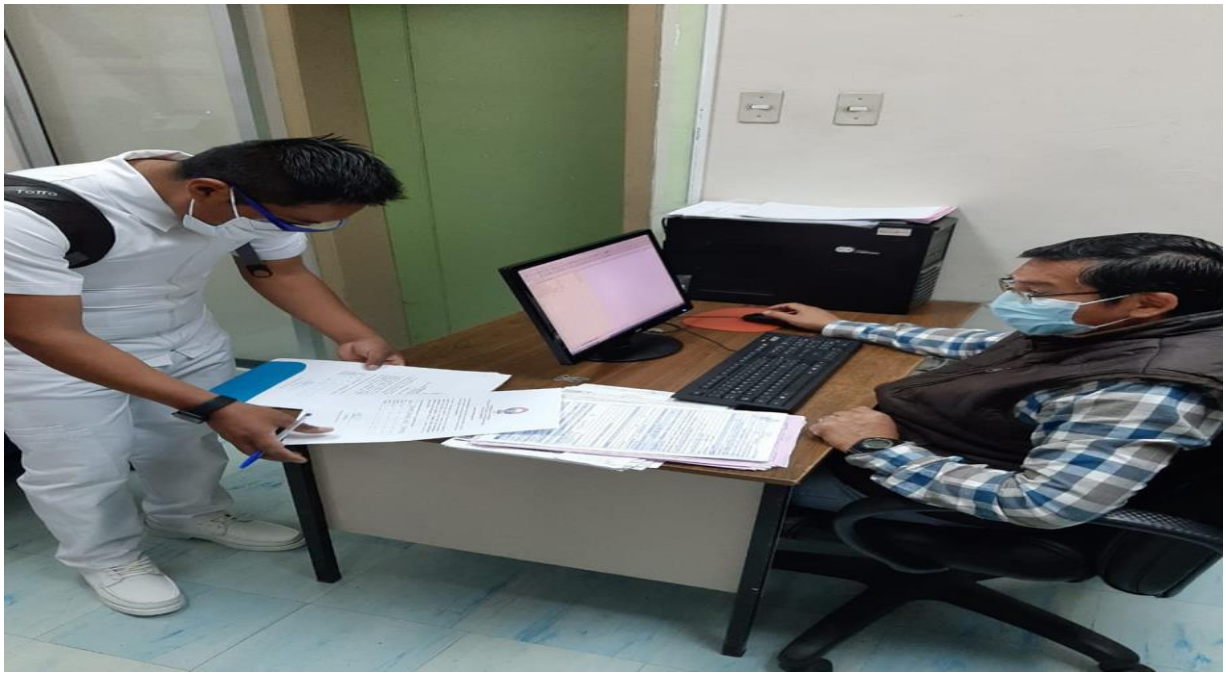


Entrega de solicitudes para la realización del estudio

Equipo de Estudiantes: Alexander Pilataxi y Luis Velasco



Departamento de Docencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Equipo de Estudiantes: Alexander Pilataxi y Luis Velasco



Entrega del instrumento para su verificación y aplicación
Equipo de Estudiantes: Alexander Pilataxi y Luis Velasco



Validación del instrumento por parte del psicólogo del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Equipo de Estudiantes: Alexander Pilataxi y Luis Velasco



Coordinación con la Licenciada María Limache (Coordinadora de Enfermería del Hospital) para la aplicación del instrumento por vía online.
Equipo de Estudiantes: Alexander Pilataxi y Luis Velasco