



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

“ANSIEDAD, DEPRESIÓN, ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DIMENSIONES DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19. ESMERALDAS, 2021”.

Proyecto de tesis, previo a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería

AUTOR: Kelly Estefania Villarreal Pozo.

TUTOR (A): Dra. Adela Janet Vaca Auz PhD.

IBARRA-2023

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de directora de la tesis de grado titulada **“ANSIEDAD, DEPRESIÓN, ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DIMENSIONES DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19. ESMERALDAS, 2021”**, de autoría de **KELLY ESTEFANIA VILLARREAL POZO**, para obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 8 días del mes de agosto de 2022.

Lo certifico



(Firma).....

Dra. Janet C. Vaca Auz PhD.

C.C: 1001927951

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1003628391		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Villarreal Pozo Kelly Estefania		
DIRECCIÓN:	Ibarra Luis Cristóbal Tobar y Luis Fernando Madera		
EMAIL:	kevillarrealp@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO:	(06)2603 432	TELÉFONO MÓVIL:	0969788875
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“ANSIEDAD, DEPRESIÓN, ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DIMENSIONES DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19. ESMERALDAS, 2021”.		
AUTOR (ES):	Kelly Estefania Villarreal Pozo		
FECHA:	8 de agosto de 2022		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería		
ASESOR /DIRECTOR:	Dra. Adela Janet Vaca Auz PhD.		

CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 18 días del mes de septiembre de 2023

EL AUTOR

(Firma).....

Kelly Estefania Villarreal Pozo

C.I.: 1003628391

REGISTRO ELECTRONICO

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN
Fecha: 08 de agosto de 2022

KELLY ESTEFANIA VILLARREAL POZO "ANSIEDAD, DEPRESIÓN, ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DIMENSIONES DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19. ESMERALDAS, 2021"/ TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 8 de agosto de 2022.

DIRECTORA: Dra. Janet C. Vaca Auz PhD.

El principal objetivo de la presente investigación fue determinar los niveles de ansiedad, depresión, estrés postraumático y dimensiones de Burnout en profesionales de enfermería en la provincia de Esmeraldas, durante la pandemia de la COVID-19. Entre los objetivos específicos se encuentran: caracterizar la población según variables sociodemográficas y laborales. Valorar los niveles de ansiedad, depresión, estrés postraumático y dimensiones de Burnout de los profesionales de enfermería durante la pandemia de la COVID-19. Diseñar una estrategia de intervención para el mejoramiento de la salud mental en la población de estudio.

Fecha: Ibarra, 08 agosto de 2022



.....
Dra. Janet C. Vaca Auz PhD.
Directora



.....
Kelly Estefania Villarreal Pozo
Autor

DEDICATORIA

A mis padres que ha sido siempre el motor que impulsan mis sueños y esperanzas, quienes estuvieron siempre a mi lado en los días y noches más difíciles durante mis horas de estudio. Siempre han sido mi mejor guía de vida. Hoy cuando concluyo mis estudios, le dedico a ustedes este logro, como una meta más conquistada. Orgullosa de que sean mis padres.

Gracias por ser quienes son y por creer en mí.

Kelly Estefania Villarreal Pozo

AGRADECIMIENTO

Me gustaría agradecer en estas líneas la ayuda que muchas personas y colegas me han prestado durante el proceso de investigación y redacción de este trabajo. En primer lugar, quisiera agradecer a mis padres que me han ayudado y apoyado en todo mi producto, a mi tutora, Dra. Janeth Vaca, por haberme orientado en todos los momentos que necesité sus consejos.

A todos mis amigos y futuros colegas que me ayudaron de una manera desinteresada, gracias infinitas por toda su ayuda y buena voluntad.

A la Universidad Técnica del Norte por ser la sede de todo el conocimiento adquirido en estos años.

Kelly Estefania Villarreal Pozo

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	2
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	3
CONSTANCIAS.....	4
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO.....	5
DEDICATORIA	6
AGRADECIMIENTO	7
ÍNDICE GENERAL	8
RESUMEN	12
ABSTRACT.....	13
TEMA.....	14
CAPÍTULO I.....	15
1. El Problema de investigación	15
1.1. Planteamiento del Problema.....	15
1.2. Formulación de Problema	16
1.3. Justificación	17
1.4. Objetivos.....	19
1.4.1. Objetivo General	19
1.4.2. Objetivos Específicos	19
1.5. Pregunta de Investigación	20
CAPÍTULO II.....	21
2. Marco Teórico.....	21
2.1. Marco Referencial.....	21
2.1.1. Salud mental entre el personal sanitario durante el COVID-19 en Asia: una revisión sistemática, 2021.....	21
2.1.2. Profesionales de la salud que enfrentan la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19): ¿Cuáles son los riesgos para la salud mental?, 2021.	22
2.1.3. Impacto de los síndromes de coronavirus en la salud física y mental de los trabajadores de la salud: revisión sistemática y metaanálisis, 2020.....	23
2.1.4. Impacto psicológico del COVID-19 en los cuidadores de la UCI, 2020.	24
2.1.5. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática, 2017.	25

2.2. Marco Contextual.....	26
2.2.1. Reseña histórica de la provincia de Esmeraldas	26
2.2.2. Provincia de Esmeraldas en la actualidad.....	26
2.2.3. Servicios de Salud	27
2.2.4. Hospital general	29
2.2.5. Hospitales básicos	31
2.3. Marco Conceptual	36
2.3.1. Modelo de la Marea en la Recuperación en salud mental de Phil Barker	36
2.3.2. Modelo de los sistemas de Betty Neuman	36
2.3.3. Familia Coronaviridae COVID-19	37
2.3.4. Impacto de la pandemia Covid-19.....	37
2.3.5. Salud Mental	38
2.3.6. Ansiedad	38
2.3.7. Depresión	40
2.3.8. Estés postraumático.....	43
2.3.9. Síndrome de Burnout	46
2.3.10. Sistema Sanitario en el Ecuador durante la COVID-19.....	47
2.3.11. Situación laboral de enfermería en la pandemia en Ecuador	48
2.3.12. Fuerza laboral de enfermería en la COVID-19.....	48
2.3.13. Instrumentos.....	49
2.4. Marco Legal.....	51
2.4.1. Constitución de la República del Ecuador.....	51
2.4.2. Ley Orgánica de salud.....	52
2.4.3. Plan de creación de oportunidades 2021-2025	52
2.5. Marco Ético.....	53
2.5.1. Código de Helsinki.....	53
2.5.2. Código Deontológico de Enfermería	54
2.5.3. Código de Ética de Enfermería del Consejo Internacional de Enfermeras	55
2.5.4. Código de Ética del del Ministerio de Salud Pública.....	56
2.5.5. Código de Ética del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.....	56
CAPÍTULO III.....	58
3. Metodología de la Investigación	58
3.1. Diseño de la Investigación	58
3.2. Tipo de la Investigación	58

3.3. Localización y Ubicación del estudio	59
3.4. Población	59
3.4.1. Muestra	59
3.4.2. Criterios de inclusión	60
3.4.3. Criterios de exclusión.....	60
3.5. Operacionalización de variables.....	62
3.6. Métodos de recolección de información.....	70
3.6.1. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	70
3.6.2. Validez y Confiabilidad de los instrumentos	72
3.7. Análisis de datos	73
CAPÍTULO IV	74
4. Resultados de la investigación	74
4.1. Caracterización Sociodemográfica	74
4.2. Caracterización laboral.....	75
4.3. Nivel de ansiedad y depresión.....	76
4.4. Nivel de estrés postraumático.....	77
4.5. Dimensiones de síndrome de burnout	78
4.6. Síntomas de Burnout	79
CAPÍTULO V	80
5. Conclusiones y recomendaciones.....	80
5.1. Conclusiones	80
5.2. Recomendaciones.....	81
CAPÍTULO VI	82
6. Poster científico	82
6.1. Introducción	82
6.2. Póster científico.....	82
6.3. Conclusión	83
BIBLIOGRAFÍA	84
ANEXOS	93
Anexo 1. Consentimiento informado	93
Anexo 2. Instrumento de la investigación	94
Anexo 3. Póster de hallazgos de la investigación.....	103
Anexo 4. Aprobación de abstract por parte de la U- emprende	104
Anexo 5. Reporte Urkund	105

ÍNDICE DE TABLAS Y DE GRÁFICOS

Tabla 1. Variables sociodemográficas	74
Tabla 2. Variables Laborales.....	75
Tabla 3. Ansiedad y Depresión	76
Tabla 4. Estrés Postraumático	77
Tabla 5. Síndrome de Burnout	78
Tabla 6. Nivel de síndrome de burnout	79

RESUMEN

“ANSIEDAD, DEPRESIÓN, ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DIMENSIONES DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19. ESMERALDAS, 2021”

Autor: Kelly Estefania Villarreal Pozo

Correo electrónico: kevillarrealp@utn.edu.ec

La salud mental durante la pandemia se ha visto afectada a nivel mundial, afectando la estabilidad mental del personal de enfermería. El objetivo principal de este estudio es determinar los niveles de ansiedad, depresión, estrés postraumático y dimensiones de burnout en profesionales de enfermería en la Provincia de Esmeraldas, durante la pandemia de la COVID-19. El estudio es de tipo cuantitativo no experimental de alcance descriptivo y de corte transversal con una muestra de 219 enfermeros y enfermeras de la provincia de Esmeraldas con un muestreo no probabilístico. Se incluyó a los profesionales de enfermería que brindaron atención a pacientes con COVID-19 durante la pandemia, que acepten el estudio mediante consentimiento informado y se excluyó a los profesionales de enfermería que por su condición laboral no pudieron participar durante el proceso de recolección de datos o que por problemas de conectividad no pudieron contestar la encuesta. Se aplicó los instrumentos de HADS, IES-R y MBI-HSS en donde la depresión (51,08%), estrés (33,95%) y las dimensiones de burnout no salieron afectadas (65,36%) mientras que la ansiedad se encuentra en un nivel moderado (47,16%). En conclusión, el personal de enfermería de la provincia de Esmeraldas presenta diferentes niveles de ansiedad va de leve a moderado, el nivel de depresión, estrés postraumático y dimensiones de burnout el nivel se encuentra en leve, que fueron valorados durante la pandemia.

Palabras clave: Ansiedad, Covid, Depresión, Síndrome de burnout

ABSTRACT

“ANXIETY, DEPRESSION, POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND BURNOUT DIMENSIONS IN NURSING PROFESSIONALS DURING THE COVID-19 PANDEMIC. EMERALDS, 2021”

Author: Kelly Estefania Villarreal Pozo

Email: kevillarrealp@utn.edu.ec

Mental health during the pandemic has been affected worldwide, affecting the mental stability of nursing staff. The main objective of this study is to determine the levels of anxiety, depression, post-traumatic stress and burnout dimensions in nursing professionals in the Province of Esmeraldas, during the COVID-19 pandemic. The study is a quantitative, non-experimental, descriptive and cross-sectional study with a sample of 219 nurses from the province of Esmeraldas with non-probabilistic sampling. Nursing professionals who provided care to patients with COVID-19 during the pandemic, who accepted the study through informed consent, were included. Nursing professionals who were unable to participate during the data collection process due to their work status or who were unable to answer the survey due to connectivity problems were excluded. The HADS, IES-R and MBI-HSS instruments were applied in which depression (51.08%), stress (33.95%) and burnout dimensions were not affected (65.36%) while anxiety was at a moderate level (47.16%). In conclusion, the nursing staff of the province of Esmeraldas presented different levels of anxiety ranging from mild to moderate, the level of depression, post-traumatic stress and burnout dimensions were at a mild level, which were assessed during the pandemic.

Keywords: Anxiety, Covid, Depression, Burnout syndrome.

TEMA

“ANSIEDAD, DEPRESIÓN, ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DIMENSIONES DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19. ESMERALDAS, 2021”.

CAPÍTULO I

1. El Problema de investigación

1.1. Planteamiento del Problema

La ansiedad se constituye una respuesta emocional que experimenta una persona en situaciones como amenazas o peligros además de presentarse alteraciones fisiológicas (1). Asociadas a estas manifestaciones ansiogénicas puede presentarse la depresión y el estrés postraumático; La primera caracterizada por ser un trastorno emocional el cual es frecuente observar presencia de manifestaciones de tristeza y la pérdida de interés en actividades cotidianas o de disfrute (2) ; la segunda es un trastorno que surge como consecuencia después de un hecho ya sea peligroso o impactante en el que se puede observar la hipervigilancia y reactividad (3).

Esta problemática ha tenido gran repercusión en el personal de enfermería como consecuencia de la sobrecarga laboral y emocional, manifiestan patrones conductuales caracterizados por el agotamiento, la pérdida de motivación y síntomas compatibles con la ansiedad y la depresión poniendo en riesgo la seguridad de los propios pacientes (4), así como es el cuestionamiento de su propio rol profesional y la sensación de encontrarse emocionalmente agotado (5).

Según un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante la pandemia del COVID-19 a nivel mundial, la ansiedad y la depresión en profesionales de enfermería alcanzó cifras del 25% en relación a todos los profesionales de la salud. La prevalencia de ansiedad en un 80% de profesionales y la depresión del 30,30%, con tasas más altas en personal femenino (6). En Latinoamérica como los describe un estudio realizado en México, la pandemia provocó niveles de ansiedad del 29,2% y 10,4% de depresión en profesionales de enfermería; además de otras manifestaciones asociadas como el aumento de apetito (7). De igual manera, otros autores en países como Brasil, México, España,

Colombia, entre otros, demuestran la enorme afectación a la salud mental del personal de enfermería, relacionado con las exigencias que supone la atención y otras insuficiencias en temas de insumos para garantizar la aplicación de medidas de bioseguridad, la capacitación continua entre otras ((8) (9)). Por su parte, en un estudio realizado en Ecuador sobre el síndrome de burnout en el personal sanitario durante la pandemia concluye que el 90% del personal médico y de enfermería presenta este síndrome niveles de agotamiento emocional físico y mental que afecta su trabajo y la interacción social (10). Así mismo un estudio realizado en la provincia de Esmeraldas en el cantón San Lorenzo en el Hospital Divina Providencia sobre el estrés laboral y la salud mental (11) muestra que el 66,66% del personal de enfermería tiene sobrecarga laboral en jornadas de 12 horas provocando así, estrés, fatiga o irritabilidad.

Es este contexto surge la necesidad de realizar un estudio que evalué los niveles de ansiedad, depresión, estrés postraumático y dimensiones de burnout en profesionales de enfermería en la Provincia de Esmeraldas, durante la pandemia de la COVID-19, además se pretende implementar una estrategia que contribuya a disminuir los riesgos y problemas de salud mental del personal de enfermería como producto de la pandemia.

1.2. Formulación de Problema

¿Cuáles son los niveles de ansiedad, depresión, estrés postraumático y dimensiones de burnout en profesionales de enfermería en la Provincia de Esmeraldas, durante la pandemia de la COVID-19?

1.3. Justificación

La salud mental es el bienestar de una persona a nivel emocional, psíquico y social. Cuando esta se ve alterada aparecen trastornos como la ansiedad y la depresión, que se constituye en indicadores que pueden estar alertando sobre trastornos más graves, convirtiéndose en un problema de salud pública en la población y específicamente en los profesionales de enfermería en donde la situación se ha agudizado como consecuencia de la pandemia por COVID-19. Esta trajo como consecuencia un aumento de la demanda asistencial de pacientes lo que ocasiono un aumento de la carga laboral del personal de enfermería, agotamiento físico y desgaste emocional ocasionando en muchos casos niveles más altos de afectación como el estrés postraumático.

Resulta de especial interés determinar los niveles de ansiedad, depresión, estrés postraumático y dimensiones de burnout; así como las estrategias de intervención para mejorar esta problemática en profesionales de enfermería de la Provincia de Esmeraldas, durante la pandemia de la COVID-19, 2021. En el Ecuador como en el resto de países del mundo la preocupación por esta problemática ha sido objeto de múltiples debates de diferentes organismos y asociaciones de enfermería que destacan la necesidad de atender este problema de salud pública.

Se considera que esta investigación es de gran interés en el campo científico pues los estudios sobre esta problemática en el contexto de la pandemia son escasos, por otro lado, se constituye en un tema actual ya que analiza los trastornos de estrés, ansiedad, depresión y síndrome de Burnout, así como las estrategias de intervención para mejorar la salud mental de los profesionales en enfermería. Así como identificar posibles factores sociodemográficos y ocupacionales relacionados, con el fin de establecer las estrategias de intervención más adecuadas. Esta investigación busca proporcionar, obtener información actualizada sobre una problemática que afecta a los profesionales de enfermería, al alcance del problema y las estrategias para su prevención y/o intervención.

El estudio tiene un alto valor social ya que permitirá contar con un diagnóstico actualizado sobre la ansiedad y depresión en los profesionales de enfermería, así como identificar algunas dimensiones de burnout que provocan impacto en el desarrollo de trabajo enfermería como producto del agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal. Por otra parte, la investigación contribuirá o aportará con el desarrollo de estrategias de intervención que mejoren la situación de vulnerabilidad en la salud mental de los profesionales enfermería. La utilidad metodológica está dada por la utilización de instrumentos validados en el contexto internacional.

La investigación es factible de realizar porque se cuenta con el apoyo de las autoridades de salud y las autoridades de la UTN además es parte de un macroproyecto que es pertinente con la línea de investigación de la facultad de ciencias de la salud, los recursos económicos que demande esta investigación serán asumidos por las investigadoras. De la misma manera la investigación es viable de realizar porque se contará con los recursos necesarios para la investigación.

Los beneficiarios directos serán los profesionales de enfermería y los pacientes y/o usuarios; beneficiarios indirectos serán las autoridades de Salud, los directivos de los colegios profesionales, carrera de enfermería de la Universidad Técnica del Norte y de la Universidad de las Islas Baleares, así como la investigadora.

El proyecto por su propia naturaleza, está vinculada de manera directa con el objetivo 1 del “Plan de Desarrollo Toda una Vida”, parte desde la necesidad de fortalecer las capacidades y potencialidades de la ciudadanía, pues recoge las aspiraciones de la comunidad universitaria, la comunidad gremial y sobre todo los usuarios y pacientes de los establecimientos de salud, orientados hacia la búsqueda de la calidad y la excelencia de la atención.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar los niveles de ansiedad, depresión, estrés postraumático y dimensiones de burnout en profesionales de enfermería en la Provincia de Esmeraldas, durante la pandemia de la COVID-19.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar la población según variables sociodemográficas y laborales.
- Valorar los niveles de ansiedad, depresión, estrés postraumático y dimensiones de burnout de los profesionales de enfermería durante la pandemia de la Covid-19.
- Elaborar un poster científico de acuerdo a los hallazgos de la investigación.

1.5. Pregunta de Investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales predominantes en la población de estudio?
- ¿Qué niveles de ansiedad, depresión, estrés postraumático y dimensiones de burnout presentaron los profesionales de enfermería durante la pandemia de la Covid-19?
- ¿Cómo un poster ayudará para sintetizar los hallazgos de la investigación?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco Referencial

2.1.1. Salud mental entre el personal sanitario durante el COVID-19 en Asia: una revisión sistemática, 2021.

La pandemia de COVID-19 es altamente contagioso además es una emergencia sanitaria mundial en donde los miembros de atención médica (HCP) de primera línea están expuestos a peligros que incluyen exposición a patógenos, largas horas de trabajo, agotamiento, fatiga, trastornos de la salud mental, estigma ocupacional, violencia física y psicológica con un posible impacto negativo en la seguridad del paciente. El objetivo de este estudio es proporcionar una revisión de la literatura médica hasta la fecha que informa sobre el estado de salud mental del HCP asociado con la pandemia de COVID-19 en Asia. Se incluyeron solo los estudios publicados como un artículo completo, independientemente del diseño, restricciones de idioma y estado de publicación. Se utilizaron análisis descriptivos para determinar la frecuencia de cada uno de los trastornos del estado de salud mental informados en la literatura, así como las estrategias para resolver los trastornos del estado de salud mental. En los resultados la búsqueda arrojó 81 informes potencialmente elegibles de los cuales 32 informes (30 análisis de prevalencia y factores de riesgo y 2 artículos sobre apoyo psicológico) cumplieron los criterios de elegibilidad. Los resultados mostraron que el personal que trabaja en el departamento de respiración, emergencia, UCI y enfermedades infecciosas tenían dos veces más probabilidades de sufrir ansiedad ($p = 0,01$) y depresión ($p = 0,02$) que el personal no clínico que trabaja en administración y operación técnica. El personal clínico de alto riesgo y bajo riesgo (que trabajaba en los otros departamentos clínicos) tenía más miedo que el personal no clínico (ORa [odds ratio ajustada] = 1,4; $p = 0,03$). En conclusión, los trastornos

de salud mental del HCP se vuelven críticos durante las pandemias de COVID y está revisión pide intervenciones estructurales para ayudar a aliviar los trastornos de salud mental con la esperanza de mantener una alta adherencia a las prácticas de equipo de prevención y control de infecciones, así como una atención de alta calidad durante la pandemia de COVID-19 (12).

2.1.2. Profesionales de la salud que enfrentan la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19): ¿Cuáles son los riesgos para la salud mental?, 2021.

El COVID-19 ha provocado una importante crisis sanitaria en todo el mundo. Los profesionales de la salud movilizaron todos sus recursos para brindar ayuda de emergencia en un clima de incertidumbre. Ahora están surgiendo preocupaciones sobre la salud mental, el ajuste psicológico y la recuperación de los trabajadores de la salud que tratan y cuidan a pacientes con COVID-19. El objetivo del presente artículo es proporcionar información actualizada sobre los posibles riesgos para la salud mental asociados con la exposición de los profesionales de la salud a la pandemia de COVID-19. Los autores realizaron una revisión narrativa identificando resultados relevantes en la literatura científica y médica considerando epidemias previas (2003 SARS-CoV-1 y 2009 H1N1) con los datos más recientes sobre la pandemia de COVID-19. Destacaron los datos más relevantes sobre las características de la enfermedad, los factores organizativos y los factores personales que pueden contribuir al desarrollo de angustia psicológica y otros síntomas de salud mental. Los resultados mostraron que las características de la enfermedad de la actual pandemia provocaron un clima de cautela e incertidumbre, particularmente entre los profesionales de la salud, debido a una variedad de causas como la rápida propagación del COVID-19, la gravedad de los síntomas que puede causar en los infectados, el desconocimiento de la enfermedad y la muerte de los profesionales de la salud. Existe un consenso en toda la literatura relevante de que los profesionales de la salud tienen un mayor riesgo de sufrir altos niveles de estrés, ansiedad, depresión, agotamiento, adicción y trastorno de estrés postraumático, lo que podría tener

implicaciones psicológicas a largo plazo. Se han identificado más factores de riesgo, que incluyen sentimientos de no recibir apoyo adecuado, preocupaciones sobre la propia salud, miedo a llevar la infección a casa a miembros de la familia u otras personas, y no tener acceso rápido a las pruebas a través de la salud ocupacional si es necesario, estar aislado, sentimientos de incertidumbre y estigmatización social, carga de trabajo abrumadora o apego inseguro. Como conclusión, esta crisis de salud de la pandemia de COVID-19 debería mejorar significativamente nuestra comprensión de los factores de riesgo de salud mental entre los profesionales sanitarios. La protección de los profesionales sanitarios es de hecho un componente importante de las medidas de salud pública para abordar las crisis a gran escala. Por lo tanto, las intervenciones para promover el bienestar mental en los profesionales de la salud expuestos al COVID-19 deben implementarse de inmediato y fortalecer las estrategias de prevención y respuesta capacitando a los profesionales de la salud en ayuda mental y manejo de crisis (13).

2.1.3. Impacto de los síndromes de coronavirus en la salud física y mental de los trabajadores de la salud: revisión sistemática y metaanálisis, 2020.

Los trabajadores de la salud tienen un alto riesgo de desarrollar problemas de salud física y mental relacionados con el coronavirus. La naturaleza y la frecuencia de estos resultados son indeterminadas. La revisión sistemática determinó estudios que informan resultados de salud física y mental en trabajadores sanitarios infectados y expuestos al síndrome respiratorio agudo severo -SARS-, -MERS- y -COVID-19-. El metaanálisis de proporciones de efectos aleatorios, estadística I 2, evaluación de la calidad y análisis de sensibilidad. En los resultados se incluyeron 115 artículos en donde se muestra que la salud física tiene 75,9% de los trabajadores sanitarios infectados informaron fiebre, 47,9% tos, 43,6% mialgias, 42,3% escalofríos, 41,2% de fatiga, 34,6%, 31,2% disnea, 25,3% dolor de garganta, 22,2% náuseas / vómitos y 18,8% de diarrea. Los resultados de salud mental fueron 62,5% de los trabajadores sanitarios expuestos a SARS / MERS / COVID-19 informaron problemas de salud general, 43,7% miedo y 37,9% de insomnio. La cantidad limitada de evidencia para

algunos resultados y diseño subóptimo en varios estudios incluidos. En conclusión, los síndromes del coronavirus tienen un impacto sustancial en la salud física y mental de los trabajadores sanitarios, lo que debería convertirse en una prioridad para las estrategias de salud pública (14).

2.1.4. Impacto psicológico del COVID-19 en los cuidadores de la UCI, 2020.

El COVID-19, al igual que toda pandemia podría generar disturbios emocionales y psicológicos entre los cuidadores, especialmente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde un estrés significativo relacionado con la afluencia de pacientes, la exposición al virus y la falta de documentación sobre este nuevo, ocurrió el presente estudio tuvo como principal analizar el impacto psicológico (ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático) del COVID-19 en el personal de la UCI. Se realizó una encuesta utilizando el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y la Escala de Impacto del Evento - Revisada (IES-R) fue propuesta a las personas que trabajan en 5 unidades de cuidados intensivos de un hospital universitario francés del 8 de abril al 21 abril de 2020. Se realizó una regresión logística para encontrar factores de riesgo independientes de ansiedad y trastorno de estrés postraumático (TEPT). Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Los resultados mostraron que la incidencia de ansiedad fue del 48% y de depresión el 16%. Los síntomas de TEPT estaban presentes en el 27% de los encuestados. Los factores de riesgo independientes para desarrollar síndrome de ansiedad se estaban asignando en la UCI COVID-19 + (OR = 2.081 [intervalo de confianza (IC) del 95%, 1.035-4.184]), y no estar capacitados en medicina de cuidados intensivos, OR = 2.570 [95 % CI, 1,344-4,901]. Los factores de riesgo independientes para el TEPT son tener antecedentes de agotamiento (OR = 4,591 [IC 95%, 1,464-14,397] y no haber recibido formación en UCI, (OR = 2,155 [IC 95%, 1,047-4,440]). Para concluir, el COVID-19 podría tener un fuerte impacto en los trabajadores de la UCI. Estos hallazgos deberían conducir a procedimientos de prevención (sesiones de formación en UCI) en personas en riesgo (15).

2.1.5. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática, 2017.

El síndrome de burnout es un desorden psicológico ampliamente estudiado en las décadas que afecta principalmente a profesionales que trabajan en contacto con personas y se desarrolla tras una exposición crónica al estrés laboral, y la definición más aceptada es la elaborada por Maslach y Jackson, que lo describieron como un síndrome tridimensional en el que el trabajador presenta cansancio emocional (CE), despersonalización (D) o tratamiento cínico y actitud negativa hacia los clientes, y una baja realización personal (RP). El objetivo es conocer los factores de riesgo y los niveles de burnout en enfermeras de atención primaria. En donde se realizó una revisión sistemática. La muestra final fue de $n = 12$. Se incluyeron estudios primarios cuantitativos que utilizasen el Maslach Burnout Inventory para evaluar el burnout en enfermeras de atención primaria, sin restricción por fecha de publicación. Las principales variables fueron la media y desviación típica de las 3 dimensiones del burnout, las prevalencias de niveles bajos, medios y altos de cada dimensión, y los factores sociodemográficos, laborales y psicológicos que potencialmente influyen en su desarrollo. Los estudios muestran prevalencias de cansancio emocional alto, por lo general, entre el 23 y el 31%. Las prevalencias de despersonalización alta y realización personal baja muestra heterogeneidad, variando entre el 8-32 y el 4-92% de la muestra respectivamente. Los estudios informan de que las enfermeras con mayor edad, mayor antigüedad laboral, ansiedad y depresión, entre otras variables, presentan mayores niveles de burnout, mientras que aquellos con mayor sueldo, satisfacción laboral alta, apoyo de la organización y buen autoconcepto lo padecen menos. Para concluir el cansancio emocional es la dimensión principal del burnout afectado en la enfermería de atención primaria. En despersonalización y realización personal existe heterogeneidad. Debe prevenirse en estos profesionales los factores protectores del burnout y vigilando su potente aparición en los que presenten factores de riesgo (16).

2.2. Marco Contextual

2.2.1. Reseña histórica de la provincia de Esmeraldas

Lo que hoy es la provincia de Esmeraldas fue descubierta por Bartolomé Ruiz el 21 de septiembre de 1526 y se independizó el 5 de agosto de 1820 ya que era parte de la Real Audiencia de Quito además llevaba como nombre en esa época como provincia de Quito. Como provincia de la República del Ecuador según la Ley de División Territorial aparece el 29 de mayo de 1861. La falta de caminos seguros mantuvo a la provincia aislada hasta fines de siglo XVIII en donde Pedro Vicente Maldonado se dedicó siete años a abrir camino. La provincia comenzaba desde la isla de Tumaco y se prolongaba hasta Bahía de Caráquez, principalmente la población era de 2000 habitantes y se ubicaban a los alrededores del río Viche. La población era principalmente negra y los primeros en llegar a estos territorios fueron esclavos que naufragaron y encontraron en estos territorios un clima similar al de África por lo cual se establecieron allí. Después de haber sido nombrada como provincia de la República de Ecuador constaba solo del cantón Esmeraldas que se componía de la parroquias de Esmeraldas, Atacames, Rioverde, La Tola, San Francisco y Concepción (17).

2.2.2. Provincia de Esmeraldas en la actualidad

Esmeraldas es una provincia situada en la región costa limitando con las provincias Carchi e Imbabura al este, Santo Domingo de los Tsáchilas y Manabí al suroeste, al norte con Colombia y al oeste con el Océano Pacífico. Está constituida por 7 cantones que son San Lorenzo, Eloy Alfaro, Rioverde, Esmeraldas, Atacames, Muisne y Quinindé. Se caracteriza por tener un mestizaje entre población afroecuatoriana, pueblos indígenas (cayapas, épera y awá) y europeos (18).

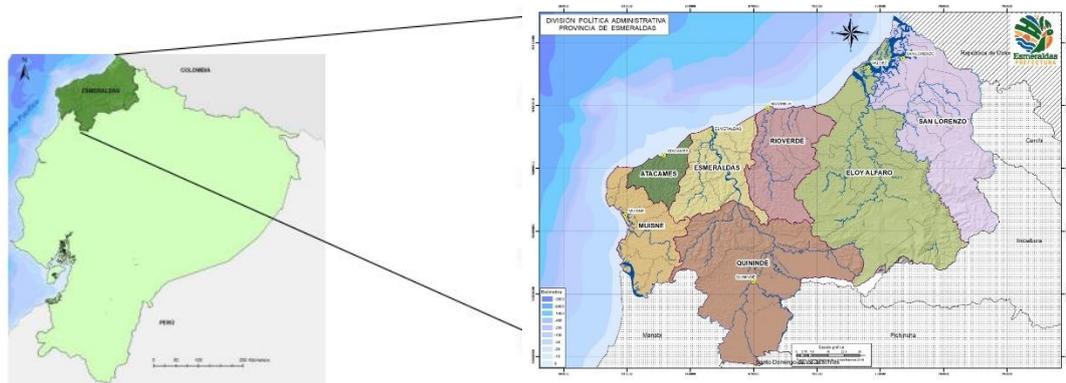


Figura 1. Provincia de Esmeraldas

Población

Según el censo de 2010 la población de la provincia de Esmeraldas se compone de la siguiente manera, además de dar información para proyección de la población en 2021:

Población de Esmeraldas

Provincia	Población 2010	Proyección de Población 2021
Atacames	41.526	55.495
Eloy Alfaro	39.739	45.629
Esmeraldas	189.509	218.727
Muisne	28.474	31.106
Quinindé	122.570	145.879
Rioverde	26.869	31.475
San Lorenzo	42.486	62.772
Población total	491.168	591.083

Fuente: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (18).

2.2.3. Servicios de Salud

Según registro del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PD y OT) de Esmeraldas en 2012 los establecimientos de salud son de 180 de los cuales 4

hospitales generales se encuentran en la ciudad de Esmeraldas. Cuenta con 78 centros de salud tipo A, 6 centros de salud tipo B, 5 centros de salud tipo C, 1 centro especializado, 5 hospitales básicos, 1 hospital general, 1 unidad móvil general y 13 puestos de salud (19). En el seguro campesino cuentan con 34 dispensarios y 2 hospitales del seguro social (20), (21).

Cobertura de salud

Las redes integradas de salud implican la articulación complementaria de instituciones y personas con el objetivo de garantizar el acceso universal de la población de servicios de salud, optimizando la organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y oportunidad en los servicios de salud, trabajando conjuntamente con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

El PD y OT informa que en la provincia de Esmeraldas en el año 2012 el personal es de 2985 entre ellos 488 médicos, 138 odontólogos, 9 psicólogos, 333 enfermeras, 139 obstetras y 459 auxiliares de enfermería que se encuentran distribuidos en los diferentes servicios de salud a lo largo de los 7 cantones en la provincia (18).

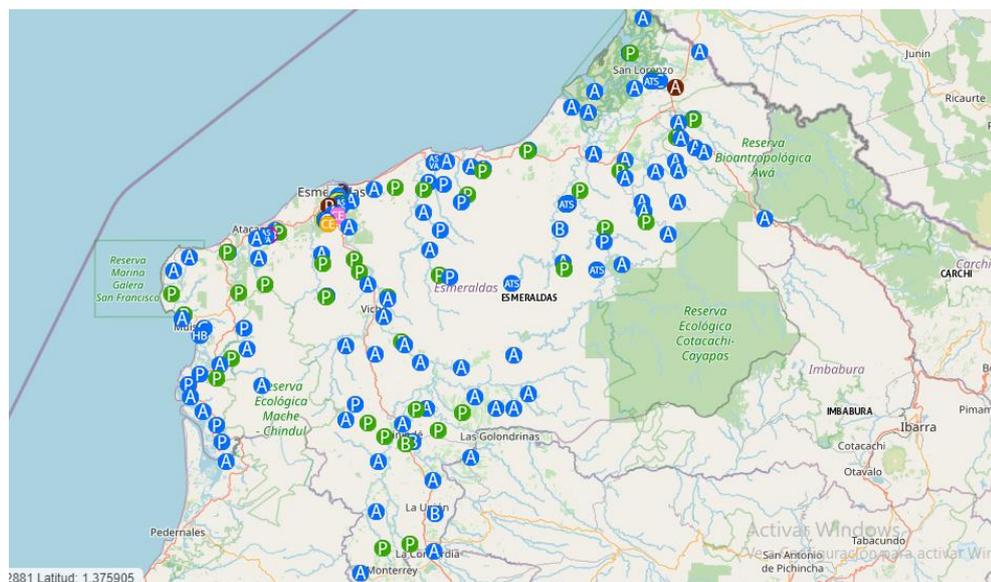


Figura 2. Establecimientos de salud en la Provincia de Esmeraldas.

2.2.4. Hospital general

Hospital general Defina Torres de Concha

El hospital comenzó a funcionar el 23 de marzo de 1936 comenzó a ofrecer sus servicios en la Avenida Libertad y Manabí de la Ciudad de Esmeraldas. En ese sitio estaba un establo que fue acondicionado por la Junta de Asistencia Pública encargada de los servicios de salud en ese período, en 1940 se reestructuró el lugar para habilitar dos salas una de hombres y otra de mujeres y niños, 10 años después el local no contaba con agua potable ni luz eléctrica, el agua provenía de pozos sépticos y la luz se obtenía por medio de Petromax. En 1958 se instalaron dos salas para niños, dos para mujeres y dos salas para hombres, un centro quirúrgico, una sala de partos y una farmacia, su construcción era mixta. Desde 1963 a 1966 el Hospital fue dirigido por la Junta Militar del Gobierno, contaba con 5 médicos, 1 enfermera, 2 auxiliares de enfermería y 1 administradora. En 1970 este local fue reducido a escombros por un incendio ocasionado por un paciente con problemas mentales, la atención por ese tiempo se brindaba en las instalaciones del ex Hospital Franklin Tello construido por esa época. En 1982 se reinauguró el Hospital y en los años 90 a través del proyecto MODERSA (Modernización de la Salud) se interviene para su remodelación. Debido a la creciente demanda de servicios de salud y siendo el Hospital Delfina Torres de Concha (HDTC) el único hospital de segundo nivel en la provincia de Esmeraldas, en el año 2011 las Autoridades de salud tomaron la decisión de repotenciar la infraestructura, equipamiento y personal del HDTC, hasta fines del 2013 el hospital se encuentra remodelado en un 50% (22).

En la actualidad el HDTC es una institución de segundo nivel de atención perteneciente al MSP y forma parte de la Red Pública Integral de Salud, es el undécimo hospital del MSP en recibir la acreditación internacional en nivel Oro, por parte de Accreditation Canada International (ACI). Esta unidad de salud tiene un porcentaje de cumplimiento del 93.9/100. Los criterios del nivel oro hospital Delfina Torres de Concha por ser un hospital general de referencia provincial, brinda

atención médica integral de calidad a usuarios, trabaja en promoción de la salud, prevención, tratamiento, rehabilitación y docencia; cuenta con especialistas altamente calificados y con la dotación de equipos tecnológicos de apoyo diagnóstico como rayos X, laboratorio clínico, los que garantizan la efectividad en la atención para recuperación de la salud siempre enfocados a la seguridad del paciente y de los cuales son 617851 beneficiarios totales de este establecimiento de salud. Cuenta con una dotación normal de 125 camas. Brinda atención en las cuatro especialidades básicas como son gineco - obstetricia, pediatría, cirugía y medicina interna; las mismas que se clasifican en las siguientes especialidades: cirugía general, ginecología, urología, traumatología, cardiología, cirugía vascular, medicina interna, gastroenterología, nefrología, psicología, oftalmología, fisioterapia, apoyo diagnóstico terapéutico, laboratorio clínico, medicina transfusional, imagenología, rehabilitación, terapia física, audiolología, terapia del lenguaje, salud mental, nutrición clínica, unidad de cuidado intensivo (23).



Figura 3. *Hospital Delfina Torres de Concha.*

Esta institución cuenta con la siguiente misión y visión (22):

Misión

“Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo

con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social”.

Visión

“Ser reconocidos por la ciudadanía como Hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente”.

2.2.5. Hospitales básicos

Hospital básico fiscomisional “Divina Providencia” San Lorenzo.



Figura 4. Hospital “Divina Providencia” de San Lorenzo.

El hospital se funda el 6 de enero de 1988 y el 1 de febrero de ese mismo año las hijas de la caridad empiezan a administrar el hospital hasta el 7 de diciembre de 2009 en donde Sor Piedad Rojas pide la renuncia irrevocable a continuar con la

administración del hospital, debido a que se enfrentaba a problemas por ello debieron dar paso al Ministerio de Salud para el manejo del hospital.

La institución de salud antes mencionada cuenta con la siguiente misión y visión (24):

Misión

“Acompañar a los hermanos más vulnerables de los barrios de San Lorenzo en atención, salud, educación y prevención de la violencia de género y trata de personas”.

Visión

“Soñar con una comunidad que acompañe y aporte a la construcción de una sociedad de la paz, justicia y unidad en solidaridad con nuestros hermanos que sufren, atendiéndoles holísticamente con espíritu de humildad, sencillez y caridad”.

Hospital básico IESS de Esmeraldas

El hospital IESS de Esmeraldas tuvo sus inicios en 1959 como dispensario médico dedicado a la atención en la consulta externa. En 1961 se lo denomina como “CLINICA DEL IESS”. En 1967 que hace apertura como hospital con un total de 30 camas para poder satisfacer las necesidades y atender a la población afiliada, ya que la mayor parte de la población asistía a Hospital Civil “Delfina Torres de Concha” con el personal del IESS. De acuerdo a las necesidades de los derecho-habientes y al incremento de la población esmeraldeña, que obliga una mayor cobertura; la institución se ha visto inmersa en el crecimiento tanto como en infraestructura como en personal médico, paramédico y administrativo.

Pertenece a la red complementaria de salud (IESS) de segundo nivel y se encuentra en la ciudad de Esmeraldas promueve condiciones de vida saludable a la población, con cuatro especialidades básicas y sub-especialidades de acuerdo al perfil epidemiológico, brinda atención de prevención, promoción, curación y

rehabilitación. Cuenta con una organización por servicios y procesos enfocada al usuario, que coordina con la Red Pública de Salud, cumpliendo normas y lineamientos del Sistema Nacional de Salud, con recurso humano preparado para atender con eficiencia, oportunidad, calidad y calidez.



Figura 5. *Hospital Básico de Esmeraldas.*

Esta institución privada de salud se orienta con la siguiente misión y visión (25):

Misión

“Prestar servicio de salud de calidad con calidez, sin fines de lucro, según el nivel de complejidad para los derecho-habientes de la Provincia de Esmeraldas; promoviendo condiciones de vida saludable a la población de acuerdo a los perfiles epidemiológicos que brinda la atención de prevención, promoción, curación y rehabilitación con procesos y servicios en concordancia con la Red Pública de Salud, en fiel cumplimiento normas y lineamientos del Sistema Nacional de Salud”.

Visión

“Ser una entidad de salud moderna con personal altamente capacitado y motivado, con alto grado de empoderamiento de sus funcionarios, con infraestructura física adecuada, equipamiento de tecnología de punta que garantice las veinte y cuatro horas atención médica integral, de conformidad con el perfil epidemiológico del entorno; a fin de brindar la

atención oportuna que satisfaga la necesidades y expectativas de los usuarios en su derecho constitucional del buen vivir”.

2.2.6. Centros de salud

Centro de Salud tipo C de San Lorenzo



Figura 6. *Centro de Salud Tipo C de San Lorenzo.*

El centro de salud tipo C fue inaugurado por el presidente Rafael Correa en compañía de la Ministra de Salud subrogante Verónica Espinosa y autoridades locales (26) en el año 2014. Se ubica ubicada en la frontera norte, provincia de Esmeraldas, cantón San Lorenzo en el Barrio nuevo Pedregal km 1 y 12 vía a Ibarra. De acuerdo a las estadísticas los beneficiarios son 56570 donde se atiende las 24 horas de lunes a domingo. Cuenta con servicios de medicina general en consulta externa, vacunación, odontología, salud mental, obstetricia y laboratorio. Además posee servicios complementarios de promoción de la salud, prevención de enfermedad, rehabilitación y cuidados paliativos, así como los servicios en medicina familiar, odontología, obstetricia, rayos X, entre otros (27). Este centro forma parte de un plan integral de intervención para garantizar el acceso a la salud a las y los ecuatorianos de San Lorenzo y de la provincia de Esmeraldas.

Centro de salud tipo A de San Lorenzo del IESS

El centro de salud tipo A de San Lorenzo, está ubicada en la frontera norte, provincia de Esmeraldas, cantón San Lorenzo, parroquia del mismo nombre, desde hace 26 años fue construida en el gobierno del Ing. León Febres Cordero, e inaugurado por el Sr. Ab, Aquiles Rigail Santisteban el 30 de junio de 1987 siendo ministro de bienestar social. Está ubicada en la ciudad de San Lorenzo, en las calles Roberto Luis Cervantes y Ángela Paredes, con una población afiliada de 4156 al IESS de San Lorenzo, más una población afiliada del Seguro Social Campesino de 3310 de acuerdo a datos obtenidos en el departamento de Estadísticas del Seguro Social Campesino de Esmeraldas. Además, se puede señalar que anualmente existe un incremento de aproximadamente del 35 % de atención de la población del cantón Eloy Alfaro. La Unidad tiene como propósito fundamental, la prevención de enfermedades, mediante la promoción de salud, rehabilitación, recuperación y cuidados atenuantes y mejoramiento de la calidad de vida de los afiliados y de la comunidad en general, mediante los servicios de consulta externa, en medicina general, odontología, enfermería y familiar. La Unidad cuenta con los siguientes servicios: medicina preventiva, medicina general, dotadas de equipamiento con un significativo número de atenciones médicas y procedimientos ambulatorios en condiciones seguras y satisfactorias. Posee los servicios complementarios de diagnóstico en laboratorio, rayos X, farmacia, ambulancia cumpliendo con las programas y normas del Ministerio de Salud Pública (28).



Figura 7. Centro de Salud tipo A de San Lorenzo.

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Modelo de la Marea en la Recuperación en salud mental de Phil Barker

El modelo de la marea fue creado por Phil Barker en 1975 el cual es un método en el cual se orienta a desarrollar el conocimiento de las necesidades de la persona y una relación terapéutica a través de métodos diferenciados de delegación de poder activo. Emplea metáforas relacionadas culturalmente al poder del agua como un método de relajación. Este modelo tiene una visión específica del mundo en donde ayuda a la enfermera a comprender la salud mental y se basa en diez principios: valorar la voz, respetar el lenguaje, desarrollar la curiosidad genuina para comprender a la persona, llegar a ser el aprendiz, utilizar el equipo de herramientas disponible, trabajar un paso más allá, dar el don del tiempo, revelar la sabiduría personal, saber que el cambio es constante en el viaje de la recuperación y ser transparente. Este modelo no solo ayuda para la resolución de problemas si no a la promoción de la salud mental (29).

2.3.2. Modelo de los sistemas de Betty Neuman

El modelo de los sistemas de Betty Neuman delimita estrategias dirigidas al fortalecimiento de las líneas flexibles de defensa del cliente, comprensión de los elementos estresantes y de los grados de reacción de los sistemas de interacción de los clientes desde una prevención primaria. Esto puede promover acciones hacia la negentropía, entendida como todos aquellos esfuerzos enfocados en la conservación de la energía y la movilización del sistema hacia un mayor estado de bienestar o estabilidad.

El modelo de Betty Neuman constituye, por tanto, un marco bastante amplio para comprender las dinámicas que ocurren en los sistemas clientes como consecuencia de su interacción con los agentes estresores, generando una visión integral sobre las experiencias que giran en torno al estrés. Sin embargo, distintas aproximaciones

teóricas han intentado delimitar esta respuesta humana desde otros campos disciplinares, como se detalla en el siguiente apartado (30).

2.3.3. Familia Coronaviridae COVID-19

Los coronavirus constituyen una familia de virus ARN, monocatenario y de cadena positiva, envueltos en una membrana conocida como espícula los cuales le dan su apariencia a una corona. Pertenece a la familia Coronaviridae, subfamilia Otrhcoronaviridae, dentro del orden de los Nidovirales. Los coronavirus se dividen en tres subgéneros y todos son a causa de transmisión por animales. La subfamilia se divide en cuatro géneros que son alfa, beta, gamma, delta siendo el alfa y beta los causantes de infectar la ser humano de los cuales siete causan enfermedades en seres humanos: 229-E (α -CoV), NL63 (α -CoV), OC43 (β -CoV), HKU1 (β -CoV), MERS-CoV (β -CoV), SARS-CoV (β -CoV) y el séptimo miembro es el descubierto actualmente SARSCoV-2 (β -CoV) (31).

2.3.4. Impacto de la pandemia Covid-19

Epidemiología

Después del aviso el 31 de diciembre de 2019 el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de China realizó un estudios epidemiológico y etiológico de la neumonía atípica en donde el 7 de enero de 2020 se identificó el brote de un nuevo virus que la OMS lo denominó como SARS-CoV-2 el cual coincidió con el ADN de un coronavirus detectado en China y que se comercializaba en el centro de Wuhan. El 11 de marzo de 2020 el gobierno ecuatoriano declaró en emergencia sanitaria al Estado ya que al 13 de ese mes de confirmaron 205 casos y 1 fallecimiento. La tasa de mortalidad alcanzó el 6.86% en hombre y 3.35% en mujeres, sienta la tasa de letalidad del 1.6% superando a países como Italia con 0.4% y China con 0.4% (32).

2.3.5. Salud Mental

La salud mental no es un término que se pueda definir con facilidad ya que existe controversia, además dependiendo del área, del autor, de la organización, se definirá de distinta manera este término. La OMS define a la salud mental como un “estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad” (33). Según (34) estado que permite el desarrollo óptimo físico, intelectual y afectivo del sujeto en la medida en que no perturba el desarrollo de sus semejantes. En el libro (35) define una buena salud como una alta percepción de la realidad, buena aceptación de uno mismo, capacidad de espontaneidad, capacidad de discriminación, capacidad de dependencia, capacidad de autonomía, capacidad expresiva, cierto grado de creatividad, capacidad para modificar la propia escala de valores y valorando las experiencias ajenas.

2.3.6. Ansiedad

La ansiedad se puede considerar como un estado emocional desagradable que está constituido por la espera de un acontecimiento impreciso y que supone un peligro además de fenómenos psíquicos objetivos y subjetivos (34).

Se caracteriza por una preocupación crónica que puede ser más de 6 meses en la cual el individuo no la puede controlar y describe síntomas como fatiga, irritabilidad, tensión muscular, insomnio, dificultad de concentración o inquietud. Afecta a más del 5% de la población mundial (35).

Fisiopatología

Los neurotransmisores más claramente implicados son el GABA, la serotonina y la noradrenalina. Se ha sugerido que estos pacientes podrían tener un aumento de la

actividad de las B-carbonilas así como una disminución de los receptores de benzodiazepinas, lo que se presume es que existe una disregulación noradrenérgica se deriva de los mayores niveles de noradrenalina y de su metabolito y de que el número de α_2 esta disminuido. Lo que estos pacientes tienen es una disregulación serotoninadrenérgica evidenciada por la respuesta ansiosa que presentan cuando se les administra un agonista parcial de serotoninérgico (35).

Tipos de ansiedad

Según el CIE-10 existen los siguientes tipos (36):

- F41 Otros trastornos de ansiedad.
- F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).
- F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.
- F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.
- F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad.
- F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados.
- F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación.

Diagnóstico

En el diagnóstico se tomará en cuenta dos aspectos: diagnóstico diferencial con trastornos orgánicos y diagnóstico diferencial con trastorno psíquicos. En los trastornos orgánicos en donde se encuentran los neurológicos, delirium, endocrino-metabólicos, cardiorrespiratorios, dieta u drogas y otros. En los trastornos psíquicos es muy común que haya una confusión entre los trastornos de angustia y los trastornos depresivos ya que comparten síntomas en el cuadro depresivo (37).

Tratamiento

Una de las mejores alternativas es la psicoterapia es un tratamiento complementario que de igual forma puede omitirse. En los jóvenes puede indicarse una terapéutica de orientación analítica, mientras que en personas de edad avanzada les beneficiaría más un plan terapéutico de origen farmacológico en donde se trata de sedantes y tranquilizantes como las benzodiazepinas, sulprida, buspirona entre otros. Hay estudios en donde la combinación de benzodiazepinas y antidepresivos y opcionalmente la pregabalina resulta interesante para el tratamiento de la ansiedad. La terapia cognitiva es la más acreditada ya que valora la presencia o no de fobia, la intensidad y duración del cuadro u otras variables, claro que también está la terapia combinada de antidepresivos más psicoterapia (37).

Ansiedad y COVID

En el primer año de la pandemia la prevalencia mundial por ansiedad y depresión aumentó en un 25% según un artículo de la OMS (38). La nueva enfermedad causó miedo, preocupación, ansiedad, tristeza y estrés en la población a nivel mundial en donde la población más joven se vio un mayor nivel de afectación durante el confinamiento por lo cual este grupo debe ser la prioridad para realizar una evaluación de salud mental y que la sintomatología no se agrave en un futuro (39).

2.3.7. Depresión

La depresión es una enfermedad grave que interfiere con las actividades diarias del ser humano además es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos (2).

Fisiopatología

La depresión es un trastorno multifactorial ya que su aparición depende de diferentes causas. Se ha demostrado que en pacientes deprimidos los neurotransmisores como la serotonina, dopamina y noradrenalina se ven disminuidos. Estos neurotransmisores se encuentran controlados por la hiperactividad del eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal que en algunos pacientes puede verse afectado. El eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal al liberar la hormona liberadora de corticotropina causa estrés y este a su vez estimula la liberación de la adrenocorticotropa la cual estimula la liberación de glucocorticoides a la circulación sanguínea. Los glucocorticoides causan una retroalimentación negativa hacia el hipotálamo y la hipófisis lo cual impide la activación del eje, además activan la amígdala que a su vez excita al hipotálamo y lo que realiza el hipocampo es tomar el control e inhibir el eje lo que impide que se active (40).

Tipos de depresión

La CIE-10 clasifica la depresión en (41):

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

Diagnóstico

Se debe iniciar con una entrevista que sea específica para pacientes deprimidos ya que a menudo estos no suelen tener una idea de lo que les sucede en donde durante la entrevista el médico deberá notas claves en la actitud, comunicación, conducta, si expresa tristeza o falta de vitalidad, además se debe asegurar que el paciente se ha

desahogado de manera suficiente al hablar de sus problemas y que pueda confiar en el médico. Si se detectan cuatro o más síntomas depresivos también se debe descartar otras enfermedades. Para el diagnóstico biológico se puede usar el test de supresión por dexametasona o el test de estimulación de tirotrópina por hormona liberadora de tirotrópina (42).

Tratamiento

Uno de los tratamientos es la psicoterapia, pero se centra en aquellas depresiones no endógenas, no modifica el estado depresivo y gran parte del pensamiento atribuidas a muchos pacientes son consecuencia y no causa de la depresión, las usadas son la terapia cognitiva que se enfoca en hacia la modificación del estilo cognitivo peculiar y la interpersonal. La terapéutica electroconvulsiva se usa cuando ha fracasado el tratamiento farmacológico, depresiones muy inhibidas, situaciones somáticas críticas, riesgo grave de suicidio, reacciones adversas a los fármacos y antecedentes en donde el fármaco no haya tenido buena respuesta además son suficientes de 6 a 10 sesiones. Antidepresivos tricíclicos son usados en depresiones endógenas cuando la dosis (amitriptilina 150–300 mg/día) es correcta ocasiona menos efectos secundarios. Imao son usadas en depresiones atípicas y resistentes en donde se usa la fenelcina (45-75mg/día) y la iproniacida (75-150mg/día) (37).

Depresión y COVID

El aislamiento y distanciamiento social durante la pandemia afecto de manera significativa no solo al personal de salud si no a la población en general. Luego de haber sido reportado el primer caso en China lo que causo la noticia fue que más allá de riesgos médicos, impacto psicológico y social el personal de salud presentaba miedo hacia la muerte, sentimiento de soledad, tristeza e irritabilidad lo que provocó que las personas experimentarán diferentes tipos de depresión (43).

2.3.8. Estés postraumático

Se puede definir como consecuencia directa de un factor estresante donde el estés aparece como mecanismo de defensa pero si se ve afectado por síntomas como recuerdos intrusivos, evasión o hipervigilancia ya hablamos de estrés postraumático (3). Aparece cuando el individuo ha estado en peligro y lo sufre del 1 al 3% de la población según el género y el entorno (35).

Fisiopatología

Existe una alteración en los siguientes neurotransmisores. Catecolaminas que a nivel periférico la activación simpática durante la exposición al estresor resulta en un incremento de la noradrenalina y la adrenalina de la médula suprarrenal y en los nervios simpáticos, lo que provoca cambios de del flujo sanguíneo a una variedad de órganos, que permite en condiciones naturales una reacción de alarma en respuesta a una amenaza. Los efectos de noradrenalina están mediados por los receptores alfa 1, beta 1 y 2 postsinápticos y alfa 2 presináptico el cual tiene funciones de retroalimentación. Una característica de los pacientes con estrés postraumático es la hiperactividad del sistema nervioso simpático en forma sostenida, evidenciado por el aumento de la frecuencia cardiaca, de la presión arterial, del nivel de conductancia de la piel y de otras medidas psicofisiológicas.

La serotonina está implicada en la fisiopatología de los trastornos de ansiedad y afectivos, así como en la modulación afectiva y de repuesta al estrés. Diversos estudios apoyan la hipótesis de una alteración en la regulación serotoninérgica central en el trastorno de estrés postraumático, tal como lo pondría de manifiesto la eficacia de los inhibidores de la recaptura de serotonina en el tratamiento. Al parecer hay una disminución de los niveles plasmáticos de serotonina en individuos afectados por el trastorno. El sistema GABA/ receptor benzodiazepínico esta involucrado en la fisiopatología del TEPT, se ha observado una disminución de este sistema en presencia de estrés incontrolable, así como disminución de receptores

benzodiazepínicos plaquetarios en paciente con TEPT. Estos resultados sugieren que la disminución de la densidad o afinidad de los receptores benzodiazepínicos juegan un papel importante en el TEPT. El Neuropeptido Y (NPY) es un neuropeptido con propiedades ansiolíticas y de atenuación del estrés. Inhibe el circuito FLC/NA involucrado en la respuesta al estrés y miedo y reduce los niveles de NA en las células del sistema nervioso simpático. Una disminución relativa del NPY puede promover una respuesta mal adaptativa al estrés y contribuir al desarrollo de TEPT. La alteración en los péptidos endógenos está involucrada en síntomas del TEPT como: adormecimiento, analgesia inducida por el estrés, y disociación. Los péptidos endógenos también tienen fuerte influencia inhibitoria sobre el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal corroborado con la administración de Naloxona (antagonista de los receptores opioides) la cual, ocasiona una estimulación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y bloquea la analgesia de los pacientes con TEPT después de la exposición a recuerdos traumáticos.(44).

Tipos de estrés postraumático

Según el CIE-10 tenemos los siguientes tipos

- F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.
- F43.0 Reacción a estrés agudo.
- F43.1 Trastorno de estrés post-traumático.
- F43.2 Trastornos de adaptación.
- F43.8 Otras reacciones a estrés grave.
- F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación.

Diagnóstico

En el TEPT (trastorno de estrés postraumático) el factor estresante debe ser un estresor traumático, según es definido en el DSM-IV-R y en la CIE-10 por tratarse de un peligro cierto para la vida. En el trastorno adaptativo el factor estresante puede

tener cualquier intensidad y no tiene un patrón de respuesta específico, como revivir un acontecimiento traumático.

El trastorno de estrés agudo se diferencia del TEPT porque el cuadro clínico aparece y se resuelve en las primeras cuatro semanas posteriores al acontecimiento traumático. Además, es necesario tener en cuenta que, si los síntomas de evitación, embotamiento emocional y aumento de la activación no cumplen los criterios para el diagnóstico de TEPT, pero si para otro trastorno mental deben ser diagnosticados como pertenecientes al mismo, como un trastorno de ánimo o bien otro trastorno de ansiedad. Los pensamientos intrusos característicos del trastorno obsesivo-compulsivo no se relacionan con un estresor traumático. Cuando medien compensaciones económicas, selecciones o determinaciones forenses, debe descartarse la simulación. Para el diagnóstico de TEPT es preciso que el paciente cumpla los criterios clínicos característicos, además de poder descartar otro trastorno mental determinado, enfermedad médica o es explicado por los efectos fisiológicos de una sustancia de abuso (45).

Tratamiento

Es la psicoterapia es el mejor enfoque de tratamiento que para esta enfermedad; tanto para los adultos como para niños y por otra parte está la farmacoterapia que resulta importante para el tratamiento de trastorno de estrés postraumático con amplio uso de los medicamentos de los cuales la mayoría se desarrolló para tratar la depresión, trastornos de ansiedad, trastornos convulsivos y condiciones médicas tales como la hipertensión. El campo de la psicoterapia como tratamiento del trastorno de estrés postraumático es amplio, se incluyen las terapias cognitivas conductuales (TCC), terapias centradas en la regulación de la emoción, terapias psicodinámicas además estas terapias pueden ser grupales, familiares o matrimoniales. El enfoque de la terapia cognitiva conductual tiene la evidencia de la investigación muestra que el tratamiento es directamente responsable de la mejoría de la condición de la enfermedad. En cuanto la duración de la terapia hay estudios que objetivan que la terapia cognitiva recibida intensamente durante poco más de una semana fue tan

eficaz como la terapia cognitiva por más de 3 meses, la eficacia de la terapia cognitiva intensiva para el trastorno en personas con ciertos tipos de enfermedades concomitantes o trastorno de estrés postraumático relacionados con traumas crónicos o repetidos, como el abuso sexual infantil o violencia doméstica, sigue siendo desconocido. Los medicamentos que son eficaces para la depresión son los agentes farmacoterapia más ampliamente aprobados y utilizados no es sorprendente teniendo en cuenta la comorbilidad frecuente de trastorno de estrés postraumático y la depresión ya que el trastorno genera embotamiento emocional se superponen con los síntomas de la depresión (46).

Estrés postraumático y COVID

La pandemia trajo consigo no solo problemas económicos si no también problemas de salud y sobre todo mental. En el personal de enfermería sobre todo el trastorno de estrés ha influido ya que han aparecido síntomas del estrés además de afrontar con el trabajo, también con el fallecimiento de familiares y amigos y una elevada percepción de riesgo por la pandemia COVID-19 (47).

2.3.9. Síndrome de Burnout

Este término se puede definir como una manera inadecuada de afrontar el estrés crónico en donde existen aspectos como el agotamiento emocional, la despersonalización y la reducción del rendimiento personal (48).

Niveles

Los niveles del síndrome de burnout se rigen por puntuaciones de acuerdo a sus dimensiones (49):

- Alto: agotamiento emocional (27 - 54), despersonalización (10 - 30) y realización personal (0 - 33)
- Medio: agotamiento emocional (19 - 26), despersonalización (6 - 9) y realización personal (34 - 39)
- Bajo: agotamiento emocional (0 - 18), despersonalización (0 - 5) y realización personal (40 - 48)

Síndrome de Burnout y COVID

Las condiciones desfavorables en las que el personal de salud trabaja, la sobrecarga de trabajo, la impotencia ante una nueva enfermedad y la tasa de contagio alta están relacionadas con la organización, la estructura del trabajo, la capacidad de afrontamiento y la gestión de factores estresantes en el trabajo ocasiono problemas graves de salud mental en el personal sanitario y que el gobierno debe actuar para fomentar y fortalecer la salud mental no solo en los profesionales de la salud si no en toda la población en general (50).

2.3.10. Sistema Sanitario en el Ecuador durante la COVID-19

La pandemia afectó a nivel mundial en cuanto a la disminución de la actividad, el incremento del desempleo, presión en los sistemas de salud, desigualdad y pobreza. Si nos centramos la atención en los servicios de salud se han establecido medidas y control para disminuir la transmisión del virus en Ecuador específicamente, el sistema de salud a pesar de las medidas y control para frenar con la pandemia no se evitó la transmisión de este virus ya que resulto ineficiente porque los recursos públicos iban destinados hacia otras obras sociales por lo cual la crisis sanitaria y la económica decayó notablemente. El sistema de salud ecuatoriano demostró ser tan frágil ya que el Gobierno no ha priorizado las necesidades de recursos financieros, materiales, humanos y de infraestructura frente a la alta demanda de atención durante la pandemia además de no tener en cuenta los costos por falta de una atención

oportuna y pérdida de productividad asociada al estado de salud de la población (51).

2.3.11. Situación laboral de enfermería en la pandemia en Ecuador

La situación laboral de enfermería es precaria ya que la enfermedad afectaba su salud y un problema para mantener su empleo además las condiciones de trabajo, salud y seguridad como la falta de equipo de protección personal no son las más propicias y la situación seguirá igual hasta que se encuentre una solución médica definitiva (52).

2.3.12. Fuerza laboral de enfermería en la COVID-19

A nivel mundial la fuerza de trabajo de enfermero es joven con el 37% de enfermeros asociados, un 69% de enfermeros profesionales y un 22% de profesionales asociados. Los profesionales de enfermería deben ser evaluados para cumplir con el nivel mínimo del conocimiento inicial, pero en América Latina según la OMS los estándares de educación interprofesional son bajos por lo cual en muchos países ahora existe la tendencia de la formación de enfermeros de practica avanzada para así aumentar el acceso y calidad de la atención de salud con el propósito de que lo profesionales de igual forma no emigren a otro país. Ahora bien con la pandemia se ha visto que el sistema de salud de los países latinoamericanos ha sido vulnerado y la enfermera al estar al cuidado directo enfrenta la situación en primera línea de atención pero al no contar con equipos de protección adecuados, condiciones laborales indignas, no cumplir con estándares internacionales se dificulta esta tarea para el personal de salud por lo cual los gobiernos deben generar estrategias para mejorar el sistema de salud pero deben ser basadas en evidencias y niveles de inversión apropiados (53).

2.3.13. Instrumentos

Escala hospitalaria de ansiedad y depresión-HADS

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS por sus siglas en inglés), fue diseñada por Zigmud y Snaith en 1983 con el fin de evaluar el malestar emocional en paciente con enfermedades valorando así síntomas cognitivos y conductuales de ansiedad y depresión (54). Es un cuestionario de 14 ítems con un formato de respuesta tipo Likert 0 a 3, en la que 0 era mínima puntuación y 3 es la máxima puntuación. Se utiliza para detectar sintomatología ansiosa y depresiva de tipo cognitivo ((55) (56)).

En las instrucciones de la HADS se le pide al sujeto que describa cómo se ha sentido durante la última semana, incluyendo «el día de hoy». Las opciones de respuesta de cada ítem son cuatro, las cuales varían dependiendo del reactivo. En general, a mayor puntuación, mayor es la presencia del rasgo. Por tanto, en los ítems directos (1, 2, 3, 5, 6, 7, 9 y 11), las opciones de respuesta que denotan ausencia o negación (e. g., nunca, nada) se califican con 0; y, en el otro extremo, las respuestas que denotan presencia o afirmación (e. g., totalmente, mucho, muy frecuentemente, sí), se califican con 3. Por el contrario, en el caso de los ítems inversos (4, 8, 10, 12, 13 y 14), las opciones de respuesta que denotan ausencia o negación (e. g., nunca, nada, no) se califican con 3, mientras que las respuestas que denotan presencia o afirmación (e. g., habitualmente, mucho, muy frecuentemente, sí), se califican con 0. Al final se hace un sumatorio de los 14 ítems y se obtiene el resultado total de la escala, que puede ir desde 0 hasta 42, en tanto que la puntuación por cada una de las dos subescalas (Ansiedad y Depresión) puede ir desde 0 hasta 21, y de acuerdo con estas se determina si la persona presenta o no ansiedad o depresión (o ambas) y en qué grado, con base en los rangos siguientes: 0-7 = ausencia, 8-10 = presencia de síntomas asociados al trastorno, y 11-21= cuadro clínico completo (54).

Escala IES-R (spanish impact of event escale-revised)-estrés postraumático

La Escala del Impacto estresante y su versión revisada (IES-R) han sido utilizadas para evaluar sintomatología en trastornos de ansiedad.

La escala EIE (IES, Impact Event Scale) fue creada originalmente por Horowitz, Wilner y Alvarez, en 1979, y mide el grado de sufrimiento provocado por un evento vital cualquiera, lo que es conceptualizado como estrés subjetivo. Está compuesta de 15 ítems y por dos subescalas: intrusión de pensamientos y evitación. Tiempo después en el año 1997 Weiss y Marmar realizaron una adaptación del instrumento a partir de inclusión de criterios diagnósticos del DSM-IV, incorporando 7 nuevos ítems, evaluando Hiperactivación.

La escala de Impacto de Evento-Revisada actualmente cuenta con 22 ítems y 3 subescalas: Intrusión, Evitación e Hiperactivación. Utiliza una escala tipo Likert, para la evaluación de la intensidad de la sintomatología (0,1,2,3,4. Desde "Nada" hasta "Extremadamente") Con un marco temporal para calificar el malestar en la escala IES como la IES-R de una semana previa.

En la IES-R el punto de corte se establece en 24/25 si se utiliza como criterio externo la entrevista psiquiátrica para evaluar sintomatología de estrés postraumático o en 33 utilizando como criterio externo otro autoinforme que evalúa sintomatología de estrés postraumático.

Los estudios de fiabilidad (consistencia interna) proporcionaron coeficientes (alpha de Cronbach) de 0,86 para la escala total, de 0,78 para la subescala de intrusión y de 0,82 para la subescala de evitación (57).

Escala MBI-HSS (spanish maslach burnout investory)

El MBI es una encuesta cuyo objetivo es establecer la existencia del Síndrome de Burnout, incluye 22 ítems valorados por medio de una escala tipo Likert, que se califican de 1 (nunca) a 6 (siempre), lo cual posibilita decidir la frecuencia con la que el individuo encuestado muestra todas las situaciones propuestas.

El análisis de los 22 ítems del Cuestionario Maslach Burnout Inventory mide tres componentes del Síndrome de Burnout a través de tres sub escalas: agotamiento emocional (AE), despersonalización (D) y realización personal en el trabajo (RPT). Para el agotamiento emocional se establece un puntaje > 26 lo que indica agotamiento emocional severo, de 19 a 26 moderado y < 19 leve. Para la despersonalización se establece un puntaje > 9 lo cual indica despersonalización severa, de 6 a 9 moderada y < 6 leve. Para la realización personal se muestra un puntaje < 34 que indica baja realización personal severa, de 39 a 34 moderada y > 39 leve. Por lo tanto, en la valoración global de la escala un puntaje > 88 indica SB severo, entre 44 y 88 moderado y < 44 leve (58).

2.4. Marco Legal

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador

En el segundo capítulo de los Derechos del Buen Vivir sección séptima nombra a Salud en el artículo 32 manifiesta lo siguiente (59):

“Art. 32.- Derecho a la Salud. - La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”.

La salud es un derecho adquirido desde el nacimiento todos los ciudadanos en donde el Estado busca la manera más idónea para garantizarlo con el manejo de los recursos materiales e intelectuales pues en la constitución nos menciona (59):

“El estado garantizara este derecho mediante políticas económicas, sociales culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.

2.4.2. Ley Orgánica de salud

Dentro del segundo capítulo denominado derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud, menciona los siguientes artículos (60):

“Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las 37 enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información”.

“Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos”.

2.4.3. Plan de creación de oportunidades 2021-2025

En el eje social objetivo seis denominado garantizar el derecho a la salud, gratuita y de calidad menciona lo siguiente (61):

Objetivo 6: “Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad”.

“Mejorar las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud de manera integral, abarcando la prevención y promoción, enfatizando la atención a mujeres, niñez, adolescencia, adultos mayores, personas con discapacidad, personas LGBTI+ y todos aquellos en situación de vulnerabilidad”.

2.5. Marco Ético

2.5.1. Código de Helsinki

Como cuerpo de principio éticos para la práctica médica e investigación con seres humanos todo miembro que conforma la comunidad médica deberá regirse con estos principios para la buena práctica investigativa y desarrollo para la ciencia, siendo importante siendo principios importantes para esta investigación los siguientes:

Principios General n° 6 (62):

“El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad”.

Privacidad y confidencialidad (62):

Princ. 24. “Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal”.

Consentimiento informado (62):

Princ. 25. “La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente”.

2.5.2. Código Deontológico de Enfermería

El Código deontológico del CIE (Consejo Internacional de Enfermería) para la profesión, cuenta con cuatro elementos principales que involucran al personal de enfermería en: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.

La enfermera y las personas

- La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería.
- La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente.
- La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla.
- La enfermera demostrará valores profesionales tales como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad (63).

La enfermera y la práctica (63):

“Al dispensar los cuidados, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas”.

2.5.3. Código de Ética de Enfermería del Consejo Internacional de Enfermeras

Los principios de bioética son normas básicas que deben guiar en la práctica profesional de enfermería (64):

“Autonomía: se ve reflejado en la potestad de respetar las decisiones de los pacientes en relación con sus valores y preferencias personales y obliga a los profesionales de la salud a decir la verdad en todo momento de la relación clínica, respetar su vida privada, proteger la información confidencial y obtener el consentimiento para cualquier tipo de intervención sobre los pacientes”.

“Beneficencia: se encuentra basado en la responsabilidad de causar el bien, maximizando la autonomía, forma de vida, valores y deseos, tanto de la familia como del paciente”.

“No maleficencia: fue acuñado en la medicina hipocrática y basado en una medicina paternalista, anteponiendo ante todo el no hacer daño a los pacientes”.

“Justicia: se fundamenta en la distribución equitativa de beneficios desde el punto de vista del bienestar vital, evitando en todo momento la discriminación en el acceso a los recursos para la protección de la salud”.

2.5.4. Código de Ética del del Ministerio de Salud Pública.

El código de Ética del Ministerio de Salud Pública se basa en artículos que propician el buen comportamiento de los que forman parte de esta entidad fomenta el uso correcto, claro y transparente de los recursos que y que prevalezcan los buenos valores con lo que se suma a la construcción de ética laica deber que manda la constitución del Republica a todos los ciudadanos para mantener un buen vivir, manifestando lo siguiente (65):

Art 3.- Valores: “Los valores orientados sobre los que se sustentaran las interrelaciones, decisiones y prácticas de los/as servidores/as del Ministerio de Salud Pública son: respeto, inclusión, vocación de servicio, compromiso, integridad, justicia”.

Art 4.- Compromisos: “El proceder ético compromete a los servidores/as del Ministerio de Salud Pública a:

- a) Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de toda la población, entendiendo que la salud es un derecho humano inalienable, indivisible e irrenunciable, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del estado”.

2.5.5. Código de Ética del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

El código de ética establece y promueve los principios, valores, deberes y compromisos éticos que deben tener los funcionarios, servidores y trabajadores para así garantizar los derechos de las y los afiliados (66).

Art 5.- Principio de lealtad: “Los colaboradores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, deberán demostrar en sus

actividades diarias fidelidad, probidad y honradez, a fin de cumplir con la misión, visión y los objetivos institucionales”.

Art 6.- Principio de eficiencia: “Los colaboradores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, en el desempeño de sus funciones, deberán mejorar y optimizar los resultados alcanzados en la gestión institucional, con relación a los recursos disponibles e invertidos para su consecución”.

Art 7.- Principio de probidad: “Los colaboradores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, desempeñarán sus funciones con prudencia, integridad, honestidad, seriedad, ecuanimidad y rectitud, actuando con honradez tanto en el ejercicio del cargo como en el uso de los recursos institucionales que les son confiados, debiendo repudiar, combatir y denunciar toda forma de corrupción”.

Art 10.- Principio de imparcialidad: “- Los colaboradores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, actuarán sin conceder preferencias o privilegios indebidos a entidades o persona alguna. Tomarán las mejores decisiones y ejercerán las funciones de manera objetiva, sin prejuicios personales y sin permitir la influencia de otras personas”.

Art 11.- Principio de integridad: “Los colaboradores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, desarrollarán sus funciones con honradez, rectitud, dignidad y profesionalismo. En cualquier circunstancia actuarán para que su desempeño fortalezca la confianza en el IESS y se alcance el reconocimiento social”.

Art 12.- Principio de respeto: “Los colaboradores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, deben ser justos, cuidadosos, respetuosos, amables y considerados en sus relaciones laborales y de

servicio con las y los afiliados, jubilados, beneficiarios, asegurados y partícipes, compañeros de trabajo y superiores jerárquicos”.

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la Investigación

Se utilizó un diseño no experimental cuantitativo.

- Enfoque cuantitativo: el enfoque cuantitativo, de acuerdo con Hernández permite medir, estimar magnitudes; también siguen un patrón predecible y estructurado (67). En este estudio se recurrirá a la estadística descriptiva e inferencial para el análisis de datos.
- No experimental: es aquel diseño en el cual no hay ningún tipo de intervención de las variables en estudio y solo se observa los hechos o fenómenos de investigación (67). Se observa en fenómeno natural para luego analizarlo. Por lo anterior, la investigación se enfocará en medir la situación problemática en la población objeto de estudio.

3.2. Tipo de la Investigación

La investigación es de tipo descriptivo y de corte transversal.

- Descriptivo: es de tipo descriptivo porque describe propiedades, características, perfiles de personas, fenómenos, situaciones y eventos (67), en este sentido se procederá a describir la situación de las principales variables de estudio en los profesionales de enfermería.
- Transversal: los estudios de tipo descriptivo o transeccional recolectan datos en un solo momento. Su propósito es describir variables y analizar su interrelación en un momento determinado (67). Así mismo, es de corte trasversal debido a que la información que se recolectará en un tiempo determinado para la investigación.

3.3. Localización y Ubicación del estudio

El área de estudio donde se llevó a cabo la investigación, fueron las unidades operativas del primer nivel de atención y hospitales del segundo nivel de atención de la provincia de Esmeraldas.

3.4. Población

La población de estudio estuvo conformada por los/as profesionales de enfermería que brindaron atención a los usuarios contagiados por COVID-19 en los Hospitales del segundo nivel de atención y Unidades Operativas del primer nivel de atención de la provincia de Esmeraldas durante el período agosto- diciembre de 2021.

3.4.1. Muestra

La muestra según Arias (2006) “es un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible” (68). En este estudio, el proceso de selección de la

muestra es determinado mediante muestreo no probabilístico por conveniencia: correspondiendo el tamaño muestral de 219 profesionales de enfermería de la provincia de Esmeraldas durante el período

3.4.2. Criterios de inclusión

- Profesionales de Enfermería que brindaron atención a pacientes con COVID-19 durante la pandemia.
- Profesionales de enfermería que acepten el estudio mediante consentimiento informado.

3.4.3. Criterios de exclusión

- Profesionales de enfermería que por su condición laboral no pudieron participar durante el proceso de recolección de datos.
- Profesionales de enfermería que por problemas de conectividad no pudieron contestar la encuesta.

3.5. Operacionalización de variables

Objetivo 1: Caracterizar la población según variables sociodemográficas y laborales.								
Variables	Definición	Dimensión	Definición de dimensión	Indicador	Tipo de variable	Escala	Técnica	Instrumento
Características sociodemográficas y laborales.	Son el conjunto de características socioeconómicas y actividades laborales que realiza una persona o conjunto de personas.	Edad	Periodos en que se divide la vida humana (69).	Años cumplidos	Cuantitativa continua rango	<ul style="list-style-type: none"> • 18-28 • 29-38 • 39-48 • 49-58 • 59-66 	Encuesta	Cuestionario
		Estado civil	Condición en la que una persona en relación, filiación o matrimonio lo hace constar en el registro civil (70).	Situación de convivencia de una persona	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Casado • Separado • Divorciado • Soltero • Viudo 	Encuesta	Cuestionario
		Nivel de estudio	El grado es estudio de un persona (71).	Formación académica	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Tecnólogo en enfermería • Licenciado • Master 	Encuesta	Cuestionario
		Unidad/Servicio que trabaja	Conjunto de actividades que están	Tipo de servicio	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de hospitalizaci 	Encuesta	Cuestionario

			determinadas a satisfacer la necesidad del usuario (72).			<ul style="list-style-type: none"> • ón COVID • UCI/COVID • Hospitalización quirúrgica • Hospitalización ginecológica • Hospitalización pediátrica • Triage • Otros 		
		Rol profesional	Se puede decir que es desempeñar un puesto de trabajo en una institución (73).	Tipo de rol	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencial • Gestión (nivel intermedio) • Gestión (nivel superior) • Formación • Investigación 	Encuesta	Cuestionario
		Turnos	Una persona que actúa en cierto momento según lo	Tipo de turno	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Fijo de mañana • Fijo tarde 	Encuesta	Cuestionario

			acordado (74).			<ul style="list-style-type: none"> • Fijo noche • 8 horas • 12 horas • 24 horas 		
		Condición laboral	Se refiere a los aspectos con posibles consecuencias negativas que pueden comprometer el bienestar de la persona (75).	Tipo de contratación	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nombramiento definitivo • Nombramiento provisional • Contrato 	Encuesta	Cuestionario
		Años de experiencia profesional	Hace referencia al conjunto de conocimientos que adquiere una persona en cierto tiempo para un trabajo (76).	Años cumplidos en el trabajo	Cuantitativa continua rango	<ul style="list-style-type: none"> • 0-12 meses • 1-3 años • 4-6 años • 7-8 años • 9-10 años • 11-15 años • 16-20 años • 21-30 años • Más de 30 años 	Encuesta	Cuestionario
		Años de experiencia en	Es un conjunto de conocimientos que	Años de experiencia en el	Cuantitativa Continua	<ul style="list-style-type: none"> • 0 – 12 meses • 1-5 años 	Encuesta	Cuestionario

		unidad de servicio	adquiere una persona en cierto tiempo para un determinado lugar (76).	servicio	rango	<ul style="list-style-type: none"> • 11 – 15 años • 16 – 20 años • Más de 20 años 		
		COVID-19	Es una enfermedad causada por un virus llamado SARS-Cov2 (77).	Positivo en COVID	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • No • Sí, actualmente • Sí, lo he pasado 	Encuesta	Cuestionario
				Secuelas COVID	Cualitativa binaria	1=Sí 2=No	Encuesta	Cuestionario
				Síntomas de secuelas de COVID	Cualitativa nominal	1= Si 2= No		
				Escasez de equipos de protección individual	Cualitativa nominal	1= Si 2= No	Encuesta	Cuestionario
				Dosis de vacuna	Cualitativa ordinal	1= Si 2= No	Encuesta	Cuestionario
				Tipo de vacuna	Cualitativa	Pfizer Astrazeneca Cansino	Encuesta	Cuestionario

						Sinovac		
				Apoyo psicológico a los profesionales de enfermería	Cualitativa binaria	1= Sí 2= No	Encuesta	Cuestionario

Objetivo 2: Valorar los niveles de ansiedad, depresión, estrés postraumático y dimensiones de burnout de los profesionales de enfermería durante la pandemia de la Covid-19.								
Variables	Definición	Dimensión	Definición de la dimensión	Indicador	Tipo de variable	Escala	Técnica	Instrumento
Ansiedad	Es un trastorno mental que se presenta con nerviosismo, preocupación inquietud donde pone en alerta a la persona que lo padece (78).	Nivel de Ansiedad	Dependerá de los síntomas que presente la persona para determinar la magnitud de la ansiedad (78).	Síntomas cognitivos y conductuales	Cualitativa nominal	0=nunca 1=alguna vez durante la pandemia 2=una vez al mes o menos 3=algunas veces al mes 4=una vez a la semana 5=varias veces a la semana	Encuesta	Cuestionario de Escala HADS (Spanish Hospital Anxiety and Depression Scale)

						6=diariamente		
Depresión	Es un trastorno mental en donde se presentan síntomas como tristeza, melancolía, desinterés que afectan el comportamiento de las personas (2).	Estado depresivo	Se describe como un estado de ánimo donde una persona se encuentra triste o desanimada (2).	Síntomas cognitivos y conductuales	Cualitativa nominal	0=nunca 3=totalmente	Encuesta	Cuestionario de Escala HADS (Spanish Hospital Anxiety and Depression Scale)
Síndrome de Burnout	Es el desgaste profesional donde existe agotamiento mental, emocional y físico y se está en un estado de	Agotamiento emocional	Es un estado donde se puede llegar a producir un esfuerzo psíquico (80).	Grado de agotamiento	Cualitativa nominal	1= nunca 6= siempre	Encuesta	Cuestionario de la Escala MBI-HSS (Spanish Maslach Burnout Inventory)
		Despersonalización	Experiencia que experimenta una persona en donde no se percibe así misma (81).	Grado de despersonalización	Cualitativa nominal	1= nunca 6= siempre	Encuesta	

	estrés (79).	Realización personal	Proceso en el cual se llega al autodescubrimiento para poder llegar a un desarrollo potencial (82).	Nivel de realización personal	Cualitativa nominal	1= nunca 6= siempre	Encuesta	
Estrés postraumático	Es una enfermedad mental la cual se desencadena después de haber sufrido un situación aterradora o traumática (3).	Presencia de estrés postraumático	Afección de la salud mental que desarrollan algunas personas tras experimentar un evento traumático (3).	Presencia y/o ausencia de un evento que desencadene estrés postraumático.	Cualitativa nominal	0= nunca 1= Rara vez 2= A veces 3= A menudo	Encuesta	Cuestionario de la Escala IES-R (spanish impact of event scale-revised)-estrés postraumático

Objetivo 3: Elaborar un poster científico de acuerdo a los hallazgos de la investigación.							
Variables	Definición	Dimensión	Definición de dimensión	Indicador	Tipo de variable	Técnica	Instrumento

Elaboración de un poster científico	El poster científico es un documento en el que se presenta de forma breve y concisa los resultados de una investigación (83).	Cognoscitiva	Se refiere a la capacidad de conocimiento y entendimiento (84).	Componentes y estructura	Cuantitativa	Encuesta	Poster científico
-------------------------------------	---	--------------	---	--------------------------	--------------	----------	-------------------

3.6. Métodos de recolección de información

Los métodos de investigación que se aplicaron fueron los siguientes:

- Analítico sintético: se refiere a dos procesos donde operan el análisis y la síntesis. El análisis permite estudiar cada componente mientras que la síntesis es todo lo contrario donde se usa solo lo necesario para comprender el análisis (67).
- Deductivo: permite la formación de hipótesis, investigación y demostraciones además se utiliza la revisión de la literatura y el informe final (67).
- Inductivo: este método se aplica en los principios descubiertos a casos particulares, a partir de un enlace de juicios (67). Se usa cuando se procesan y analizan los datos obtenidos de un cuestionario aplicado.
- Estadístico: se utiliza para analizar dos o más variables independientes (67).

3.6.1. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Como técnicas de recolección de datos fueron la revisión bibliográfica y documental que contribuyo a la fundamentación del marco teórico de la investigación y la encuesta que será aplicada mediante un cuestionario en línea, a los profesionales de enfermería que durante el periodo de estudio atendieron a pacientes con COVID-19.

Como instrumento de recolección de datos se utilizará el cuestionario mismo que consta de los siguientes componentes:

Descripción del cuestionario

Primer Componente: variables socio-demográficas-laborales

Segundo Componente: estará integrado por los siguientes instrumentos:

- Escala hospitalaria de ansiedad y depresión-HADS
- Escala IES-R (spanish impact of event escale-revised)-estrés postraumático
- Escala MBI-HSS (spanish maslach burnout investory)

Descripción de la información sociodemográfica y laboral

Este cuestionario agrupó un conjunto de variables sociodemográficas y laborales necesarias para comprender el objeto de estudio. Estas variables fueron:

Edad, estado civil y nivel de estudio, mientras que en las laborales fueron rol profesional, turnos de trabajo, accesibilidad a vacaciones o permisos durante la pandemia, experiencia profesional en unidades desde el inicio de la pandemia COVID-19, secuelas tras haber padecido la COVID-19, si ha tenido secuelas por COVID-19 ¿cuántos meses después aparecieron?, escasez de Equipos de Protección Individual (EPI) y por último apoyo psicológico por su actividad profesional en la pandemia.

Descripción de la escala HADS

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS por sus siglas en inglés), fue diseñada por Zigmud y Snaith en 1983 con el fin de evaluar el malestar emocional en paciente con enfermedades valorando así síntomas cognitivos y conductuales de ansiedad y depresión (54). Es un cuestionario de 14 ítems con un formato de respuesta tipo Likert 0 a 3, en la que 0 era mínima puntuación y 3 es la máxima puntuación. Se utiliza para detectar sintomatología ansiosa y depresiva de tipo cognitivo ((55) (56)). En las instrucciones de la HADS se le pide al sujeto que describa cómo se ha sentido durante la última semana, incluyendo «el día de hoy». Las opciones de respuesta de cada ítem son cuatro, las cuales varían dependiendo del reactivo. En general, a mayor puntuación, mayor es la presencia del rasgo (54).

Descripción de la escala IES-R

La Escala del Impacto estresante y su versión revisada (IES-R) han sido utilizadas para evaluar sintomatología en trastornos de ansiedad.

La escala EIE (IES, Impact Event Scale) fue creada originalmente por Horowitz, Wilner y Alvarez, en 1979, y mide el grado de sufrimiento provocado por un evento vital cualquiera, lo que es conceptualizado como estrés subjetivo. Está compuesta de

15 ítems y por dos subescalas: intrusión de pensamientos y evitación. Tiempo después en el año 1997 Weiss y Marmar realizaron una adaptación del instrumento a partir de inclusión de criterios diagnósticos del DSM-IV, incorporando 7 nuevos ítems, evaluando Hiperactivación (57).

Descripción de la escala MBI

El MBI es una encuesta cuyo objetivo es establecer la existencia del Síndrome de Burnout, incluye 22 ítems valorados por medio de una escala tipo Likert, que se califican de 1 (nunca) a 6 (siempre), lo cual posibilita decidir la frecuencia con la que el individuo encuestado muestra todas las situaciones propuestas.

El análisis de los 22 ítems del Cuestionario Maslach Burnout Inventory mide tres componentes del Síndrome de Burnout a través de tres sub escalas: agotamiento emocional (AE), despersonalización (D) y realización personal en el trabajo (RPT) (58).

3.6.2. Validez y Confiabilidad de los instrumentos

En la escala HADS la validez los valores de sensibilidad y especificidad obtenidos son superiores a α 0.80 lo cual quiere decir que es confiable (54).

Los estudios de fiabilidad de la IES-R proporcionaron alpha de Cronbach de 0,86 para la escala total, de 0,78 para la subescala de intrusión y de 0,82 para la subescala de evitación (57).

En la escala MBI los niveles de consistencia interna óptimos mediante la prueba Alfa de Cronbach: burnout ($\alpha= 0,721$); agotamiento emocional ($\alpha= 0,761$); despersonalización ($\alpha= 0,606$), y baja realización personal ($\alpha= 0,652$), indica que la prueba es confiable (58).

3.7. Análisis de datos

Las variables estudiadas se codificaron en datos cualitativos y cuantitativos, se utilizó una hoja de recolección de datos (Excel) con las variables estudiadas, posteriormente se analizaron los datos obtenidos en el programa en el software estadístico 25 de SPSS.

Consideraciones Éticas

En la siguiente investigación se considerará los aspectos éticos; no se vulnerará los derechos, valores de los profesionales de enfermería, se mantendrá la confidencialidad de la información brindada, lo que se garantiza con el consentimiento informado permitirá mantener el compromiso y la voluntad personal de participar en el estudio.

CAPÍTULO IV

4. Resultados de la investigación

4.1. Caracterización Sociodemográfica

Tabla 1. Variables sociodemográficas

Variable		Frecuencia	%
Edad	18 - 28	18	8,2
	29 - 38	93	42,5
	39 - 48	78	35,6
	49 - 58	22	10,0
	59 - 66	8	3,7
Estado civil	Casado/a	58	26,5
	Divorciado/a	15	6,8
	Separado/a	2	0,9
	Soltero/a	93	42,5
	Unión libre	47	21,5
	Viudo/a	4	1,8
Nivel de estudios más alto	Licenciatura	178	81,3
	Maestría	16	7,3
	Otro	14	6,4
	Tecnología	11	5,0

Análisis 1. En esta tabla se observa que de la muestra (n=219) existe un leve predominio de edad entre los 29 y 38 años, con un alto porcentaje de estado civil solteros y predominando con un nivel de estudio de tercer grado con una licenciatura.

En comparación con el estudio realizado en Lima-Perú por Obando y colaboradores en el 2021, se encontraron los siguientes datos: en la edad 38.1% tenían entre 25 a 34 años en donde si hay una similitud en cuanto a la edad ya que son relativamente jóvenes, en el estado civil el 60.3% no tenían pareja lo que significa que se encuentran solteros y en cuanto a al nivel de estudio el 36.5% es de tercer grado de

especialidad sobre todo en emergencias y desastres (85), esto quiere decir que las condiciones sociodemográficas (edad, estado civil y nivel de estudio) son similares a los obtenidos en esta investigación pero independientemente de estos el personal de enfermería puede presentar ansiedad, depresión, estrés postraumático y síndrome de burnout.

4.2. Caracterización laboral

Tabla 2. Variables Laborales

Variable		Frecuencia	%
Rol profesional	Asistencial / ambulatoria	6	2,7
	Asistencial / cuidado directo	184	84,0
	Gestión del Proceso de Enfermería	29	13,2
	Total	219	100,0
Turnos de trabajo	12 horas	118	53,9
	24 horas	57	26,0
	8 horas	39	17,8
	Fijo de mañana	3	1,4
	Fijo de noche	2	0,9
	Total	219	100,0
Durante la pandemia ¿Se ha visto en alguna de estas situaciones?	Suspensión de días libres por COVID	66	30,1
	Suspensión de días libres, de vacaciones, de permisos (maternidad, otros dados por ley)	23	10,5
	Suspensión de vacaciones	130	59,4
	Total	219	100,0
Experiencia profesional en unidades desde el inicio de la pandemia COVID-19	0 - 2 meses	36	16,4
	3 - 4 meses	28	12,8
	5 - 7 meses	12	5,5
	8 - 10 meses	20	9,1
	Más de 10 meses	123	56,2
	Total	219	100,0

Análisis 2. Al analizar las variables laborales se observa que la mayor parte del personal de estudio su rol profesional es asistencial y cuidado directo con turnos de 12 horas, tienen una experiencia de más de 10 meses en la unidad además de haber tenido suspensión de vacaciones durante la pandemia.

En el estudio de Melchor y sus colaboradores del 2022, la labor es 80.1% en asistencial, en experiencia laboral con 40.8% de más de 20 años de experiencia a diferencia de este estudio que tienen una experiencia de 10 meses, no se han contagiado el 67.9% ni en el pasado ni actualmente (86), mientras que en la población en estudio a pesar de haber tenido COVID-19 no ha presentado secuelas.

4.3. Nivel de ansiedad y depresión

Tabla 3. Ansiedad y Depresión

Ansiedad			Depresión		
n=219	Frecuencia	%	n=219	Frecuencia	%
Presente (>11)	34	15,73	Ausente (>11)	112	51,08
Probable (8-10)	103	47,16	Probable (8-10)	51	23,48
Ausente (<7)	81	37,11	Presente (<7)	56	25,45

Análisis 3. En esta tabla se muestra el nivel de ansiedad y depresión del personal que trabajo durante la pandemia de COVID-19 en donde se observa que la ansiedad puede ser probable (8-10) evidenciado en síntomas como miedo, temor, nerviosismo, preocupaciones como los más relevantes, mientras que la depresión se encuentra ausente (<7) siendo evidente algunos síntomas como la incapacidad para experimentar placer, irritabilidad, pérdida de interés o satisfacción en la realización de las actividades laborales y de la vida diaria.

En comparación con un estudio realizado por Onofre y colaboradores en el 2021, el personal de enfermería con el 31.6% no presenta ansiedad y en cuanto a la depresión

el 34.5% de igual forma no presenta depresión (87), esto quiere decir que la mayor parte del personal no presenta ansiedad ni depresión mientras que la población en estudio el mayor porcentaje si presenta posiblemente ansiedad pero no depresión aunque cabe recalcar que en menor porcentaje si se presentan los dos por lo que si necesitarían de ayuda psicológica o psiquiátrica si es el caso.

4.4. Nivel de estrés postraumático

Tabla 4. Estrés Postraumático

Estrés postraumático		
n=219	Frecuencia	%
Grave >19	27	12,27
Medio 8,6-19	56	25,36
Leve < 8,5	62	28,41
No existe	74	33,95

Análisis 4. En esta tabla se muestra que el estrés postraumático alrededor del 33.95% no se encuentra afectado, pero las tres cuartas partes presentan un estrés postraumático de leve a grave (145 casos), por lo cual llama la atención que alrededor de un porcentaje significativo (12.27%) tienen estrés postraumático grave.

A diferencia del estudio de Rodríguez y colaboradores sobre el nivel de estrés postraumático en enfermeras, el 68% del personal de enfermería padece un estrés postraumático de gravedad mínima, mientras que el estrés muy grave no se encuentra presente (88), lo que significa que es un mínimo porcentaje el personal que sufre un estrés grave en relación al estudio en comparación.

4.5. Dimensiones de síndrome de burnout

Tabla 5. Síndrome de Burnout

Agotamiento emocional			Despersonalización		Realización personal		
n=219	Frecuencia	%	Frecuencia	%	n=219	Frecuencia	%
Ausente	143	65,36	177	80,72	Presente	165	75,56
Probable	39	17,74	16	7,19	Probable	22	10,05
Presente	37	16,90	26	12,09	Ausente	32	14,39

Análisis 5. Se observa que en esta tabla en cuanto al síndrome de burnout que la realización personal se encuentra presente, la despersonalización y el agotamiento emocional están ausentes en los enfermeros encuestados. Llama la atención que un porcentaje significativo (14.39%) de los encuestados no se encuentren realizados personalmente, mientras que con porcentajes similares (16.90% y 12.09%) de agotamiento emocional y despersonalización se encuentran presentes en la población de estudio.

A comparación del estudio de Vinueza y colaboradores sobre el síndrome de burnout en el personal sanitario ecuatoriano, en el personal de enfermería el 36.99% de agotamiento emocional se encuentra en leve al igual que la población en estudio, el 35.94% de despersonalización en moderado a diferencia de la población encuestada que no presenta este aspecto y el 43.84% de realización personal en el trabajo en bajo (10), lo que significa que existe una satisfacción en el trabajo al igual que en este estudio. A pesar que la mayor parte del personal de enfermería presenta un nivel bajo de síndrome de burnout un tercio de está si lo presenta y necesitará de atención para su salud mental.

4.6. Síntomas de Burnout

Tabla 6. Nivel de síndrome de burnout

Agotamiento emocional		Síntomas de Burnout				Realización personal		
	N	%	Despersonalización	N	%		%	
Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado/a	43	19.7	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que comenzó la pandemia	49	22.4	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes y mis compañeros/as	34	15.5
Al final de la jornada me siento agotado/a	68	31	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	28	12.8	Me enfrento muy bien con los problemas que presentan mis pacientes	37	16.8
Trabajar con pacientes COVID-19 todos los días es una tensión para mi	49	22.4	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos/as mis pacientes/compañeros/as	31	14.2	En la pandemia, trato los problemas emocionales con mucha calma	38	17.4

Análisis 6. En relación al análisis por dimensiones, en el agotamiento emocional (sentirse abrumado, mal) y en realización personal (disminución de motivación y. no puede realizar actividades cotidianas, realización laboral en el trabajo). Como principales síntomas de despersonalización, se observa (sentimientos impersonales, irritabilidad, mal humor).

En comparación con el estudio realizado por Anzules y colaboradores en el 2022 en Ecuador-Manta, en donde la prevalencia global de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal alcanzaron cifras del (18.8%, 14.4 % y 78.1% respectivamente) se asociaron con síntomas como por ejemplo, irritabilidad, alteración del sueño y alimentación (89). De los resultados mencionados en la literatura científica, se puede evidenciar la presencia que existe una mayor prevalencia de síndrome de burnout en un nivel leve en la Provincia de Esmeraldas con el 68.06%, en cambio en Manta un nivel moderado del 87.5%, tomando en cuenta la subescala de valoración de Maslach.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

Se determinó que durante el periodo investigativo la población de estudio tiene características sociodemográficas en donde existe un leve predominio de edad entre los 29 y 38 años, de estado civil solteros y con un nivel de estudio de tercer grado con una licenciatura. En cuanto a las características laborales se observa que la mayor parte del personal de estudio su rol profesional es asistencial y cuidado directo con turnos de 12 horas, tener una experiencia de más de 10 meses en la unidad además de haber tenido suspensión de vacaciones durante la pandemia. Al contagiarse el personal con COVID no se han presentado secuelas en la población de estudio a pesar de manifestar que alguna vez durante la pandemia existió escasez de equipo de protección individual y también que necesitan atención psicológica por su actividad profesional en la pandemia.

El personal de enfermería de la provincia de Esmeraldas presenta diferentes niveles de ansiedad, depresión, estrés postraumático y dimensiones de burnout con signos y síntomas frecuentes como insomnio, estado de ánimo ansioso, irritabilidad, miedo, estrés, mal humor, tristeza y desmotivación. En el nivel de ansiedad va de leve a moderado, el nivel de depresión es bajo, mientras que en estrés postraumático y dimensiones de burnout el nivel de igual forma se encuentra en leve que fueron valorados durante la pandemia.

El póster científico ayudo a sintetizar los hallazgos de la investigación en donde se contribuye al cambio de información de manera jerárquica, pero siendo atractivo visualmente. Es una herramienta que llama la atención de estudiantes y profesores que pueden mirar se manera concisa el contenido de la investigación además de interesarse por ella.

5.2. Recomendaciones

A la institución a pesar de los resultados obtenidos debe realizar un plan de mejoramiento en donde pueda capacitar de manera oportuna al personal de enfermería en áreas acerca de la salud mental y la consecuencia que esta tiene a la hora de la calidad de atención a los pacientes.

A los profesionales del servicio que estuvieron en contacto con los pacientes COVID positivo no subestimar la pandemia y fortalecer sus actitudes y conocimientos además de prácticas de autocuidado en la salud mental.

A la coordinación de la carrera de enfermería se le recomienda fomentar las acciones que aseguran la calidad en la satisfacción de las necesidades humanas, espirituales y el fortalecimiento para la investigación de temas relevantes que son necesario para la comunidad universitaria.

CAPÍTULO VI

6. Poster científico

6.1. Introducción

Es una herramienta que resume los avances o resultados de una investigación que resulta práctico y atractivo para el público. Es importante señalar que el investigador tenga conocimiento en bases de lenguaje visual ya que el póster debe ser lo más sintético, pero debe contener lo más esencial.

6.2. Póster científico

Un póster es una reunión científica o una representación gráfica ampliada que contiene título, el nombre del autor, marco teórico, figuras de la investigación y los análisis. Todo es fundamental en un póster: se debe enseñar estilo, ingenio, creatividad y originalidad. Son bastantes los componentes que debemos tomar en consideración al intentar que el cartel sea legible y visualmente llamativo. Todos dichos componentes en su grupo hacen que un cartel transmita en efecto su mensaje: los datos sobre cualquier descubrimiento que generó más entendimiento sobre el fenómeno, que es nuestro objeto de análisis.

No obstante, no es sólo una herramienta visual en el cual cuidamos cómo transmitir el razonamiento adquirido; frente a todo es fundamental tener claro qué se pretende transmitir. Se debe tener en cuenta que el público dedicará entre 2 y 5 min mayor a nuestra obra. En este tiempo tan corto nuestro cartel debería ser capaz de transmitir el mensaje que nosotros mismos deseamos que se lleve el lector. Si no somos directos y eficientes o si deseamos ofrecer demasiada información, corremos el peligro de distraer al lector y perdemos la posibilidad de difundir nuestro trabajo

Aquí no es el instante de discutir cómo hacer que el contenido del cartel sea original, pertinente, y actualizado para dar entendimiento nuevo. Estas condiciones dependen más bien de cada disciplina y de la relevancia de las cuestiones de averiguación que se han postulado. No obstante, al conceptualizar el problema a exponer en el cartel es válido preguntarnos qué estamos aportando a nuestra línea de averiguación. Para ofrecer claridad a la composición del contenido, se debe dividir el escrito con su material gráfico que corresponde en distintas secciones, cada una con su subtítulo que corresponde ((90) (91)).

6.3. Conclusión

La presentación de trabajos y proyectos de indagación en congresos puede desarrollarse por medio del póster digital. Esta modalidad de comunicación posibilita la transmisión clara y concisa del contenido que podría ser examinado con detenimiento por los asistentes al acontecimiento científico a la vez que hace viable la comunicación directa con el creador y el trueque de opiniones y de vivencias. Para elaborar un óptimo póster se debe continuar una secuencia de pasos básicos que permitan un óptimo diseño con el fin de saciar las próximas condiciones: llamativo visual, personalidad, equilibrio, calidad estética, claridad en la descripción de las ideas, comprensión instantánea de la jerarquía y repartición de las piezas, síntesis y rigor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández López O, Jiménez Hernández B, Alfonso Almirall R, Sabina Molina D, Cruz Navarro J. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *MediSur*. octubre de 2012;10(5):466-79.
2. Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de Salud. Depresión - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 19 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
3. National Institute of Mental Health. Trastorno por estrés postraumático [Internet]. National Institute of Mental Health (NIMH). [citado 19 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico>
4. Aiken LH, Sermeus W, Heede KV den, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 20 de marzo de 2012;344:e1717.
5. Romero SS. Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Médico-Quirúrgico de Jáen. *Rev Enferm Trab*. 2014;4(4):115-25.
6. OMS: Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes [Internet]. [citado 19 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>
7. Sánchez-De la Cruz JP, González-Castro TB, Pool-García S, López-Narváez ML, Tovilla-Zárate CA. Estado emocional y psicológico del personal de enfermería agredido durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 8 de octubre de 2021 [citado 19 de diciembre de 2021]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745021001487>
8. Ferreira do Nascimento V, Yuri Hattori T, Pereira Terças-Trettel AC. Dificultades y temores de las enfermeras que enfrentan la pandemia de COVID-19 en Brasil. *Humanidades Médicas*. agosto de 2020;20(2):312-33.
9. Ramírez J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela J, Escobar-Córdoba F. Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. 3 de mayo de 2020;24. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578

10. Vinueza Veloz AFV, Pachacama NRA, Segovia CMM, Veloz ECT, Veloz MFV. Síndrome de Burnout en personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19. *Correo Científico Méd* [Internet]. 6 de mayo de 2021 [citado 19 de diciembre de 2021];25(2). Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3808>
11. Chanaluisa Muilema SY. Estrés laboral y salud mental en el personal de salud relacionado con el Covid-19 del Hospital Divina Providencia 2021. 28 de octubre de 2021 [citado 19 de diciembre de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/11685>
12. Thatrimontrichai A, Weber DJ, Apisarnthanarak A. Mental health among healthcare personnel during COVID-19 in Asia: A systematic review. *J Formos Med Assoc.* 1 de junio de 2021;120(6):1296-304.
13. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *L'Encéphale.* 1 de junio de 2020;46(3, Supplement):S73-80.
14. Salazar de Pablo G, Vaquerizo-Serrano J, Catalan A, Arango C, Moreno C, Ferre F, et al. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 1 de octubre de 2020;275:48-57.
15. Danet Danet A. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Med Clínica.* 7 de mayo de 2021;156(9):449-58.
16. Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes CS, San Luis-Costas C, Fernández-Castillo R, Aguayo-Estremera R, Cañadas-de la Fuente GA. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Aten Primaria.* 1 de febrero de 2017;49(2):77-85.
17. Prefectura de Esmeraldas. Independencia de Esmeraldas [Internet]. Prefectura de Esmeraldas. [citado 1 de enero de 2022]. Disponible en: <https://prefecturadeesmeraldas.gob.ec/index.php/esmeraldas/>
18. Prefectura de Esmeraldas. Plan de desarrollo y ordenamiento territorial. Provincia de Esmeraldas. 2015.
19. Ministerio de Salud Pública. Producción ambulatoria por diagnósticos según tipo de atención. [Internet]. Tableau Software. [citado 30 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://public.tableau.com/views/CONSULTAS_RDACAA_2014_V2/Presenta

cin?%3Adisplay_static_image=y&%3AbootstrapWhenNotified=true&%3Aembed=true&%3Alanguage=es-ES&:embed=y&:showVizHome=n&:apiID=host0#navType=0&navSrc=Parse

20. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - 2020 - Cobertura de seguro social campesino 2020 consolid.pdf [Internet]. [citado 31 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/16050956/Cobertura+Seguro+Social+Campesino+2020+consolidado?version=1.0>
21. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Unidades médicas. Seguro general de salud individual y familiar [Internet]. [citado 31 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.iess.gob.ec/es/web/guest/mapa-de-unidades-medicas1>
22. Correa R. Discurso inauguración del Hospital General Esmeraldas Sur. [Internet]. 2017 [citado 2 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.presidencia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/03/2017.03.27-DISCURSO-INAUGURACION-HOSPITAL-GENERAL-ESMERALDAS-SUR-1.pdf>
23. Ministerio de Salud Pública. Hospital General Delfina Torres de Concha. [Internet]. 2015 [citado 2 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/hospital-general-delfina-torres-de-concha/>
24. Hijas de la caridad. Hospital Fiscomisional «Divina Providencia» San Lorenzo [Internet]. Compañía HDLC Ecuador. 2020 [citado 1 de enero de 2022]. Disponible en: <https://hdlcecuador.com/index.php/2020/12/14/hospital-fiscomisional-divina-providenciasan-lorenzo/>
25. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Plan médico funcional IESS– Hospital de Esmeraldas [Internet]. 2014 [citado 2 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/3321612/PMF+HOSPITAL+DE+ESMERALDAS.pdf>
26. Coordinación zonal 1. Nuevo centro de salud “tipo C” en Esmeraldas atiende a la ciudadanía. [citado 2 de febrero de 2022]; Disponible en: <http://www.saludzona1.gob.ec/cz1/index.php/sala-de-prensa/289-nuevo-centro-de-salud-tipo-c-en-esmeraldas-atiende-a-la-ciudadania>
27. Ministerio de Salud Pública. Centro de Salud Tipo C San Lorenzo [Internet]. [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/centro-de-salud-tipo-c-san-lorenzo/>
28. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Plan médico funcional de atención ambulatoria de San Lorenzo [Internet]. 2014 [citado 2 de febrero de 2022].

Disponible en:

<https://www.iess.gob.ec/documents/10162/3321612/PMF+UAA+SAN+LORE+NZO.pdf>

29. Mendo T, Díaz N, Castro M, Alfaro S, Vásquez C. Efectividad del modelo de la marea en la salud mental positiva de estudiantes de enfermería. 2018;4(1).
30. Mena HGN. Fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento en relación al estrés laboral: una experiencia de sistematización. *Enferm Actual En Costa Rica* [Internet]. 2021 [citado 4 de junio de 2022];(40). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/43713>
31. Alejandro García A, Pavón Romero GF, Carreto Binaghi LE, Bandera Anzaldo J, Alvarado Amador I. Etiología y fisiopatología del SARS-CoV-2. *Rev Latinoam Infectol Pediátrica*. 2020;33(s1):5-9.
32. Sánchez Valverde AJ, Aparicio Díaz K, Miranda Temoche CE, Castillo Caicedo CR, Arellano Hernández NB, Sánchez Valverde AJ, et al. COVID-19: epidemiología, virología y transmisibilidad. *Rev Eugenio Espejo*. diciembre de 2021;15(3):90-104.
33. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
34. Bernabeu D. *Enfermería psiquiátrica y en salud mental*. Instituto Monsa; 2006.
35. Rubio G, Jiménez M, Álvarez T, Rodríguez R. *Fundamentos de psiquiatría: Bases científicas para el manejo clínico*. Madrid: Panamericana; 2015.
36. Reyes-Ticas DJA. *Trastornos de ansiedad. Guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. :134.
37. Vallejo J. *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. 8.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
38. La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 3 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>
39. Aidé BCI, Flores-Raya D, González-López AM, Reyes-Bello J, Vázquez-Cruz E, García-Galicia A. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés ante COVID-19 en una unidad de medicina familiar. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2021 [citado 3 de junio de 2022];59(4). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4577/457769668003/html/>

40. Dávila Hernández A, González González R, Liangxiao M, Xin N. Estudio sinomédico de la fisiopatología de la depresión. *Rev Int Acupunt.* 1 de enero de 2016;10(1):9-15.
41. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Guía de práctica clínica de la depresión en el adulto. En [citado 3 de junio de 2022]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
42. Lobos A. Manual de psiquiatría general. España: Panamericana; 2013.
43. Pedroso RM, Izquierdo EDM. Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que Trabaja con Enfermos de COVID-19. *Int J Med Surg Sci.* 8(1):1-12.
44. González C. Actualidades de la fisiopatología del trastorno por estrés postraumático (TEPT). En Jalisco; 2014 [citado 3 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj142k.pdf>
45. José Carlos MA. Diagnóstico diferencial del trastorno de estrés postraumático. *Clínica Contemp.* 2011;2(2):121-4.
46. Campos MR. Trastorno de estrés postraumático. :8.
47. Blanco-Daza M, de la Vieja-Soriano M, Macip-Belmonte S, Tercero-Cano M del C. Trastorno de estrés postraumático en enfermeras durante la pandemia de COVID-19. *Enferm Clínica.* marzo de 2022;32(2):92-102.
48. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. *Med Leg Costa Rica.* marzo de 2015;32(1):119-24.
49. Vásquez-Manrique JF, Maruy-Saito A, Verne-Martin E. Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014. Lima, Perú. :7.
50. Silva-Gomes RN, Silva-Gomes VT. Pandemia de la COVID-19: síndrome de Burnout en profesionales sanitarios que trabajan en hospitales de campaña en Brasil. *Enferm Clínica.* marzo de 2021;31(2):128-9.
51. Organización Internacional del Trabajo. El sistema de salud ecuatoriano y la COVID-19 [Internet]. 2021 [citado 24 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_799790.pdf
52. Peraza de Aparicio CX, Peraza de Aparicio CX. Salud laboral frente a la pandemia del COVID-19 en Ecuador. *MediSur.* junio de 2020;18(3):507-11.

53. Cassiani SHDB, Munar Jimenez EF, Umpiérrez Ferreira A, Peduzzi M, Leija Hernández C. La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. *Rev Panam Salud Pública*. 15 de mayo de 2020;44:e64.
54. Barriguete Meléndez JA, Pérez Bustinzar AR, Vega Morales RI de la, Barriguete Chávez-Peón P, Rojo Moreno L, Barriguete Meléndez JA, et al. Validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en población mexicana con trastorno de la conducta alimentaria. *Rev Mex Trastor Aliment*. diciembre de 2017;8(2):123-30.
55. Valero S, Lacomba L, Casaña S, Prado V, Montoya I, Pérez M. La estructura factorial de la Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes adolescentes con enfermedad crónica. *Arch Argent Pediatr [Internet]*. 1 de agosto de 2019 [citado 2 de enero de 2022];117(4). Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2019/v117n4a09.pdf>
56. Yamamoto-Furusho JK, Sarmiento-Aguilar A, García-Alanis M, Gómez-García LE, Toledo-Mauriño J, Olivares-Guzmán L, et al. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterol Hepatol*. 1 de octubre de 2018;41(8):477-82.
57. Caamaño W L, Fuentes M D, González B L, Melipillán A R, Sepúlveda C M, Valenzuela G E. Adaptación y validación de la versión chilena de la escala de impacto de evento-revisada (EIE-R). *Rev Médica Chile*. septiembre de 2011;139(9):1163-8.
58. Arias Gallegos WL, Muñoz del Carpio Toia A. Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa. *Rev Cuba Salud Pública*. diciembre de 2016;42(4):0-0.
59. República del Ecuador. Constitución 2008 [Internet]. Ecuador; [citado 31 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2020-06/CONSTITUCION%202008.pdf>
60. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley orgánica de salud. [Internet]. 67 dic 18, 2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
61. Plan-de-Creación-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf [Internet]. [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-de-Creacio%CC%81n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf>
62. Asociación Médica Mundial. WMA - The World Medical Association- Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones

médicas en seres humanos [Internet]. [citado 2 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

63. Consejo internacional de enfermeras. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería [Internet]. 2012. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf
64. Consejo Internacional de Enfermeras. Código de Ética del CIE para las Enfermeras [Internet]. 2021 [citado 2 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf
65. Ministerio de Salud Pública. Código de Ética del Ministerio de Salud Pública e Instituciones Adscritas [Internet]. [citado 2 de enero de 2022]. Disponible en: https://issuu.com/saludecuador/docs/doc_codigo_etica
66. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - 2015 - Código de ética del Instituto Ecuatoriano de Segur.pdf [Internet]. [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/4440675/CODIGO+ETICA+RES.C.D.486.pdf>
67. Hernández-Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Mc Graw Hill Education; 2018. 714 p.
68. Arias F. El proyecto de investigación: introducción a la metodología científica. 6.^a ed. Caracas: Espistema; 2012. 144 p.
69. Real Academia Española. Edad | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 26 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
70. Real Academia Española. Definición de estado civil - Diccionario panhispánico del español jurídico - RAE [Internet]. Diccionario panhispánico del español jurídico - Real Academia Española. [citado 26 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/estado-civil>
71. Real Academia Española. Definición Nivel de estudios terminados [Internet]. [citado 26 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_37/elem_16846/definicion.html
72. Real Academia Española R, RAE. servicio | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 26 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/servicio>
73. Guasch JAR. Análisis de roles de trabajo en equipo: un enfoque centrado en comportamientos. :519.

74. Real Academia Española R, RAE. turno | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 26 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/turno>
75. Condiciones de trabajo y salud | ISTAS [Internet]. [citado 26 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://istas.net/salud-laboral/danos-la-salud/condiciones-de-trabajo-y-salud>
76. Real Academia Española. Definición Nivel de experiencia laboral [Internet]. [citado 26 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_1/tema_227/elem_13531/definicion.html
77. Información básica sobre la COVID-19 [Internet]. [citado 26 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19>
78. Molina DV, Pesantez XC, Molina JV, Barros JC, Ruilova MT, Solórzano CB. Niveles de ansiedad durante el tratamiento en consumidores de sustancias psicotrópicas. 31 de diciembre de 2020 [citado 26 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://zenodo.org/record/4404816>
79. Síndrome de burnout [Internet]. Ada. [citado 26 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://ada.com/es/conditions/burnout/>
80. Agotamiento Emocional en estudiantes universitarios del área de la salud [Internet]. [citado 26 de mayo de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072021000100030
81. Cruzado L, Núñez-Moscoso P, Rojas-Rojas G. Despersonalización: más que síntoma, un síndrome. :7.
82. Pegalajar M. Análisis del autoconcepto y realización personal: nuevos desafíos en la formación inicial del profesorado. 2017;17.
83. Revuelta G, Llorente C. ¿Cómo elaborar un póster científico? [Internet]. 2013 [citado 28 de julio de 2022]. Disponible en: <https://ccs.upf.edu/wp-content/uploads/Guia-1.-Poster-Cientifico-compressed.pdf>
84. Real Academia Española R. Cognoscitivo, cognoscitiva | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 3 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/cognoscitivo>
85. Obando Zegarra R, Arévalo-Ipanaqué JM, Aliaga Sánchez RA, Obando Zegarra M, Obando Zegarra R, Arévalo-Ipanaqué JM, et al. Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. Index Enferm. diciembre de 2020;29(4):225-9.

86. Simón Melchor A, Jiménez Sesma ML, Solano Castán J, Simón Melchor L, Gaya Sancho B, Bordonaba Bosque D, et al. Análisis del impacto psicoemocional de la pandemia del COVID-19 entre los profesionales de enfermería. *Enferm Glob.* 2022;21(66):184-234.
87. Santiago MCEM de los ÁO, García MSR, Vázquez MJJ, Mendoza DJS, Montesinos MCEMGH, Hernández LODL. Ansiedad, depresión y estrés en prestadores de servicios de salud ante el COVID-19. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip.* 11 de septiembre de 2021;5(5):6837-57.
88. Rodríguez SA, Barragán LD, Hernández MCM, Almendra EKV, Urcid LYH, Martínez MC, et al. Nivel de estrés postraumático en el personal de enfermería que rotó por el servicio COVID-19. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip.* 29 de mayo de 2022;6(3):878-96.
89. Guerra JBA, Pin T del RM, Chiriboga MEV, Cedeño MPM, Vélez KGL. Desgaste profesional en enfermeras durante la COVID-19, Hospital de segundo nivel en Ecuador. *RECIMUNDO.* 31 de enero de 2022;6(1):289-300.
90. Van't Hooft A. Cómo elaborar un cartel científico. *Rev El Col San Luis.* junio de 2013;3(5):134-45.
91. Díaz V. Recomendaciones para la elaboración de un póster científico. 16 de enero de 2017;(3):48-57.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

“Ansiedad, depresión, estrés postraumático y dimensiones de burnout en profesionales de enfermería durante la pandemia de COVID-19. Esmeraldas, 2021”.

Investigadora: Kelly Estefania Villarreal Pozo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente encuesta se realizará para obtener datos verídicos con el propósito de cubrir los objetivos del proyecto de investigación titulado: **“ansiedad, depresión, estrés po3straumático y dimensiones de burnout en profesionales de enfermería durante la pandemia de COVID-19. Esmeraldas, 2021”**, con el fin de implementar estrategias de afrontamiento ante el tratamiento antes estos pacientes mejorando así su calidad de vida.

Yo....., de..... años de edad y con cédula de ciudadanía N°....., manifiesto que he sido informada con claridad y veracidad sobre el siguiente proyecto de investigación que

el estudiante me ha invitado a participar, actúo voluntariamente y de manera libre como colaborador, contribuyendo a la ejecución de este proyecto y por el cual se respetará mi buena fe, confiabilidad e intimidad de la información suministrada para utilizar la información con fines exclusivos de educación e investigación.

Firma colaborador

Anexo 2. Instrumento de la investigación

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

“Ansiedad, depresión, estrés postraumático y dimensiones de burnout en profesionales de enfermería durante la pandemia de covid-19. Esmeraldas, 2021”.

Investigadora: Kelly Estefania Villarreal Pozo

Objetivo: Determinar los niveles de ansiedad, depresión, estrés postraumático y dimensiones de burnout en profesionales de enfermería en la Provincia de Esmeraldas, durante la pandemia de la COVID-19.

Anonimidad y Confidencialidad de los Datos

“Esta encuesta es anónima. No contiene ninguna información de identificación sobre usted”

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales de Ecuador (LOPD), publicada el 11 de mayo del 2021, le informamos que los datos recogidos serán incluidos en un único fichero gestionado por los investigadores del proyecto en que se enmarca esta actividad investigadora. Los datos solicitados son necesarios con el propósito mencionado. La Universidad Técnica del Norte, a través de los investigadores del presente proyecto, es el responsable del tratamiento de los datos y como tal, le garantiza el derecho al acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento en cuanto a los datos facilitados. Para ejercer los derechos indicados, se deberá dirigir por escrito al correo del Director del Proyecto de la UTN (ajvaca@utn.edu.ec). Del mismo modo el grupo de investigadores de la UTN, se compromete a respetar la confidencialidad de sus datos y utilizarlos de conformidad a la finalidad de los ficheros.”

Instrucciones para responder al cuestionario

Lee detenidamente cada una de las afirmaciones del cuestionario y elija la respuesta que mejor represente su opinión. El cuestionario cuenta con 3 apartados. El primero recoge datos sociodemográficos, el segundo evalúa el Burnout, el tercero la ansiedad y el cuarto valorará el estrés postraumático, en el caso de que el profesional haya vivido la experiencia de muerte de un paciente COVID.

Tenga en cuenta que no existen respuestas correctas ni incorrectas, sino que se trata de responder con la mayor sinceridad posible a las cuestiones que se plantean.

El tiempo estimado de cumplimentación del cuestionario es de 10-15 minutos.

Información sociodemográfica			
Edad		Género	
	18-28		Masculino
	29-38		Femenino

	49-58		Otros
	59-66		
	Más de 66 años		
Estado civil		Durante la pandemia usted estuvo viviendo con	
	Casado/a		Pareja
	Separado/a		Padres
	Divorciado/a		Compañeros/as
	Soltero/a		Solo/a
	Viudo/a		
	Unión libre		
Durante la pandemia con cuántos hijos estuvo viviendo		Nivel de estudios más alto	
	Ninguno		Licenciatura
	1		Maestría
	2		Doctorado
	3		Tecnología
	4		Otro
	Más de 4		
Unidad de salud			
Hospital/Servicio		Rol profesional	
	UCI		Asistencial / cuidado directo
	Emergencia		Gestión del Proceso de Enfermería
	Triage		Asistencial / ambulatoria
	Hospitalización/COVID		
	Hospitalización Ginecología		
	Hospitalización Pediatría		
	Hospitalización Cirugía		
	Consulta Externa		
	Unidades de atención primaria		
	Otros:		
Turnos (en su trabajo principal)		Condición laboral	
	Fijo de mañana		Nombramiento definitivo
	Fijo de tarde		Nombramiento provisional
	Fijo de noche		Contrato
	8 horas		
	12 horas		
	24 horas		
Años de experiencia profesional			
	0 a 12 meses		
	1 - 3 años		
	4 - 6 años		
	7 - 8 años		
	9 - 10 años		
	10 - 15 años		
	16 - 20 años		
	21 - 30 años		
	Más de 30 años		

Experiencia en unidades de servicio			
Experiencia en la unidad o servicio antes de la pandemia pacientes COVID-19		Experiencia profesional en unidades desde el inicio de la pandemia COVID-19	
	0-12 meses		0-2 meses
	1-5 años		3-4 meses
	6-10 años		5-7 meses
	11-15 años		8-10 meses
	16-20 años		Más de 10 meses
	Más de 20 años		
28. Positivo en COVID-19			
	Si, actualmente		
	Si, lo he pasado		
	No		
Positivo para la COVID-19			
¿Ha tenido secuelas tras haber padecido la COVID-19?		Si ha tenido secuelas por COVID-19, señale cuales:	
	Si	Afectación muscular y/o pérdida de fuerza	
	No	Afectación pulmonar (fibrosis, disnea u otras)	
	Positivo secuelas COVID-19	Cefaleas	
		Afectación cutánea (necrosis, hiperreactividad, urticarias u otras)	
		Caída de pelo (efluvio telógeno u otros)	
		Afectación cardíaca (miocarditis u otras)	
		Tromboembolismo (síndrome postrombótico, la hipertensión pulmonar tromboembólica u otras)	
		Otros:	
Percepciones			
¿Ha tenido escasez de Equipos de Protección Individual (EPI)?		¿Ha recibido la vacuna de la COVID-19?	
	Siempre		Si
	Al inicio de la pandemia		No, por opción personal
	Nunca		No, porque aún no me ha llegado el turno
	Alguna vez (Por favor especifique en "Otra": Traje, mascarilla, guantes, gel, pantallas, etc)		No, por contraindicación personal
	Otros:		Otros:
¿Cree usted que los profesionales de enfermería necesitan recibir apoyo psicológico por su actividad profesional en la pandemia?			
	Si		
	No		

Burnout

A continuación, se pretende medir el Burnout según la escala MBI-HSS (Spanish Maslach Burnout Inventory). Para responder a las preguntas planteadas, se debe expresar en frecuencia de la intensidad del sentimiento (1 indica "Nunca" y 6 "Diariamente").

Las respuestas expresadas serán en contexto de la Pandemia COVID-19

Código	Pregunta	Nunca	Alguna vez durante la pandemia	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
73. EE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado/a							
74. EE	Al final de la jornada me siento agotado/a							
75. EE	Me encuentro cansado/a cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
76. PA	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes y mis compañeros/as							
77. D	Creo que trato a algunos pacientes/compañeros/as como si fueran objetos							
78. EE	Trabajar con pacientes COVID-19 todos los días es una tensión para mi							
79. PA	Me enfrento muy bien con los problemas que presentan mis pacientes							
80. PA	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros/as							
81. D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que comenzó la pandemia							
82. D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
83. PA	Me encuentro con mucha vitalidad							
84. EE	Me siento frustrado por mi trabajo desde que comenzó la pandemia							

85. EE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro							
86. D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos/as mis pacientes/compañeros/as							
87. EE	Trabajar directamente con pacientes COVID me produce bastante estrés							
88. PA	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes							
89. PA	Me encuentro animado/a después de trabajar con los/as pacientes/compañeros/as							
90. PA	He realizado muchas cosas que merecen la pena durante la pandemia en mi trabajo							
91. EE	Siento que estoy al límite de mis posibilidades en el trabajo							
92. PA	En la pandemia, trato los problemas emocionales con mucha calma							
93. D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas							

Ansiedad y depresión

A continuación, se pretende medir la Ansiedad y Depresión según la escala HADS (Spanish Hospital Anxiety and Depression Scale). Para responder a las preguntas planteadas, debe marcar como se siente o expresa mejor su estado emocional.

Las respuestas expresadas serán en contexto de la Pandemia COVID-19 y se valora más una respuesta espontánea que las que se piensan demasiado

Código	Pregunta	Código	Pregunta
94. A1	Me siento tenso/a o nervioso/a	95. D1	Sigo disfrutando de las cosas como siempre
	Nunca		Ciertamente igual que antes
	De vez en cuando		No tanto como antes
	Gran parte del día		Solamente un poco
	Casi todo el día		Ya no disfruto con nada
96. A2	Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder	97. D2	Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas
	No siento nada de eso		Actualmente en absoluto
	Si, pero no me preocupa		Actualmente mucho menos
	Si, pero no muy intenso		Actualmente algo menos
	Si, muy intenso		Igual que siempre
98. A3	Tengo la cabeza llena de	99. D3	Me siento alegre

	preocupaciones		
	Nunca		Nunca
	De vez en cuando		Muy pocas veces
	Gran parte del día		En algunas ocasiones
	Casi todo el día		Gran parte del día
100. A4	Soy capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajado/a	101. D4	Me siento lento/a y torpe
	Siempre		Gran parte del día
	A menudo		A menudo
	A veces		A veces
	Nunca		Nunca
102. A5	Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueo" en el estómago	103. D5	He perdido el interés por mi aspecto personal
	Nunca		Completamente
	Solo en algunas ocasiones		No me cuida como debería hacerlo
	A menudo		Es posible que no me cuide como debería
	Muy a menudo		Me cuida como siempre lo he hecho
104. A6	Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme	105. D6	Espero las cosas con ilusión
	Realmente mucho		Como siempre
	Bastante		Algo menos que antes
	No mucho		Mucho menos que antes
	En absoluto		En absoluto
106. A7	Experimento de repente sensaciones de gran angustia y temor	107. D7	Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión
	Muy a menudo		A menudo
	Con cierta frecuencia		Algunas veces
	Raramente		Pocas veces
	Nunca		Casi nunca

Estrés postraumático

A continuación, se pretende medir el estrés postraumático según la escala IES-R (Spanish Impact of Event Escala- Revised). Para responder a las afirmaciones planteadas, debe marcar Nunca, Rara vez, A veces o A menudo.

Las respuestas expresadas consideran el evento traumático en dos casos: (1) si ha vivido la muerte de un paciente directamente por COVID-19 o (2) respecto al impacto de la pandemia en su actividad profesional.

108. ¿Qué considerará como evento traumático para contestar a la escala?					
	La muerte de un paciente COVID-19 vivida en primera persona				
	El impacto de la pandemia en mi actividad profesional				
Código	Pregunta	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo
109.	Cualquier recuerdo me hace volver a sentir lo que sentí en el evento				
110.	Tengo problemas para permanecer dormido/a				
111.	Otras cosas me hacen pensar en el suceso				
112.	Me siento irritable y enfadado/a				
113.	Procuro no alterarme cuando pienso o recuerdo lo sucedido				
114.	Pienso en ello aún cuando no quiero				
115.	Siento como si no hubiese sucedido o no fuese real				
116.	Me mantengo lejos de cualquier cosa que me recuerde lo sucedido o la situación				
117.	Imágenes del suceso asaltan mi mente				
118.	Me sobresalto y asusto fácilmente				
119.	Intento no pensar en el suceso				
120.	Me daba cuenta de que quedan muchos sentimientos sin resolver				
121.	Mis sentimientos sobre el suceso están como adormecidos				
122.	Me encuentro como si estuviese funcionando o sintiendo como durante el evento				
123.	Tengo problemas para conciliar el sueño				
124.	Me invaden oleadas de fuertes sentimientos sobre lo sucedido				
125.	Intento apartarlo de mi memoria				

126.	Tengo problemas de concentración				
127.	Cosas que me recuerdan lo sucedido me causan reacciones fisiológicas tales como transpiración, dificultad al respirar, náuseas o taquicardia				
128.	Sueño con lo sucedido				
129.	Me siento vigilante y en guardia				
130.	Intento no hablar de ello				

Anexo 3. Póster de hallazgos de la investigación



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

ANSIEDAD, DEPRESIÓN, ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DIMENSIONES DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19. ESMERALDAS, 2021

Autora: Kelly Villarreal Pozo. Directora: Dra. Janet C. Vaca Auz PhD.

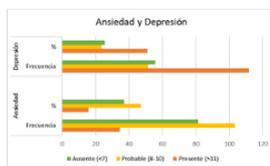
INTRODUCCIÓN

La salud mental durante la pandemia se ha visto afectada a nivel mundial, afectando la estabilidad mental del personal de enfermería. El objetivo principal de este estudio es determinar los niveles de ansiedad, depresión, estrés postraumático y dimensiones de burnout en profesionales de enfermería en la Provincia de Esmeraldas, durante la pandemia de la COVID-19.

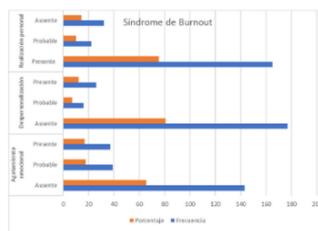
METODOLOGÍA

El estudio es de tipo cuantitativo no experimental de alcance descriptivo y de corte transversal con una muestra de 219 enfermeros y enfermeras de la provincia de Esmeraldas con un muestreo no probabilístico.

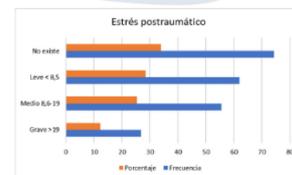
RESULTADOS



En esta tabla se muestra el nivel de ansiedad y depresión del personal que trabajó durante la pandemia de COVID-19 en donde se observa que la ansiedad puede ser probable (8-10) evidenciado en síntomas como miedo, temor, nerviosismo, preocupaciones como los más relevantes, mientras que la depresión se encuentra ausente (<7) siendo evidente algunos síntomas como la incapacidad para experimentar placer, irritabilidad, pérdida de interés o satisfacción en la realización de las actividades laborales y de la vida diaria..



Esta tabla se observa que en esta tabla en cuanto al síndrome de burnout que la realización personal se encuentra presente, la despersonalización y el agotamiento emocional están ausentes en los enfermeros encuestados. Llama la atención que un porcentaje significativo (14.39%) de los encuestados no se encuentren realizados personalmente, mientras que con porcentajes similares (16.90% y 12.09%) de agotamiento emocional y despersonalización se encuentran presentes en la población de estudio.



En esta tabla se muestra que el estrés postraumático alrededor del 33.95% no se encuentra afectado, pero las tres cuartas partes presentan un estrés postraumático de leve a grave (145 casos), por lo cual llama la atención que alrededor de un porcentaje significativo (12.27%) tienen estrés postraumático grave.

CONCLUSIÓN

El personal de enfermería de la provincia de Esmeraldas presenta diferentes niveles de ansiedad, depresión, estrés postraumático y dimensiones de burnout con signos y síntomas frecuentes como insomnio, estado de ánimo ansioso, irritabilidad, miedo, estrés, mal humor, tristeza y desmotivación. En el nivel de ansiedad va de leve a moderado, el nivel de depresión es bajo, mientras que en estrés postraumático y dimensiones de burnout el nivel de igual forma se encuentra en leve.

BIBLIOGRAFÍA:

1. FERNÁNDEZ LÓPEZ O, JIMÉNEZ HERNÁNDEZ B, ALFONSO ALMIRALL R, SABINA MOLINA D, CRUZ NAVARRO J. MANUAL PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS ANSIOSOS. MEDISUR. OCTUBRE DE 2012;10(5):466-79.
2. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. DEPRESIÓN - OPS/OMS | ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [INTERNET]. [CITADO 19 DE DICIEMBRE DE 2021]. DISPONIBLE EN: [HTTPS://WWW.PAHO.ORG/ES/TEMAS/DEPRESION](https://www.paho.org/es/temas/depresion)
3. VAN T'HOOF A. CÓMO ELABORAR UN CARTEL CIENTÍFICO. REV EL COL SAN LUIS. JUNIO DE 2013;3(5):134-45.
4. DÍAZ V. RECOMENDACIONES PARA LA ELABORACIÓN DE UN PÓSTER CIENTÍFICO. 16 DE ENERO DE 2017;(3):48-57.

Anexo 4. Aprobación de abstract por parte de la U- emprende



ABSTRACT

“ANXIETY, DEPRESSION, POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND BURNOUT DIMENSIONS IN NURSING PROFESSIONALS DURING THE COVID-19 PANDEMIC. EMERALDAS, 2021”

Author: Kelly Estefania Villarreal Pozo

Email: kevilarrrealp@utn.edu.ec

Mental health during the pandemic has been affected worldwide, affecting the mental stability of nursing staff. The main objective of this study is to determine the levels of anxiety, depression, post-traumatic stress, and burnout dimensions in nursing professionals in the Province of Esmeraldas, during the COVID-19 pandemic. The study is a quantitative, non-experimental, descriptive, and cross-sectional study with a sample of 219 nurses from the province of Esmeraldas with non-probabilistic sampling. Nursing professionals who provided care to patients with COVID-19 during the pandemic and who accepted the study using informed consent were included. A questionnaire containing socio-demographic questions and the instruments of anxiety and stress, post-traumatic stress, and burnout syndrome was applied, where depression (51.08%), stress (33.95%), and burnout dimensions were unaffected (65.36%) while anxiety was at a moderate level (47.16%). In conclusion, the nursing staff in the province of Esmeraldas presented different levels of anxiety ranging from mild to moderate, the level of depression, post-traumatic stress and burnout dimensions were at a mild level, which was assessed during the pandemic and the institutions generated a policy for psychological support.

Keywords: Anxiety, Covid, Depression, Burnout syndrome.

Reviewed by Víctor Raúl Rodríguez Viteri

Anexo 5. Reporte Urkund



Document Information

Analyzed document	URKUND.docx (D142622664)
Submitted	8/3/2022 7:49:00 AM
Submitted by	
Submitter email	kevillaarealp@utn.edu.ec
Similarity	3%
Analysis address	ajvaca.utn@analysis.orkund.com

Sources included in the report

SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / TESIS_ARACELY_GOYES_2020.docx Document TESIS_ARACELY_GOYES_2020.docx (D142621565) Submitted by: zagoyesp@utn.edu.ec Receiver: gnaltamirano.utn@analysis.orkund.com	14
W	URL: https://news.un.org/es/story/2022/03/1504932 Fetched: 3/2/2022 11:54:42 PM	1
SA	PROYECTO DE INVESTIGACION-TRABAJO FINAL- YADYRA MEZA MEDINA.docx Document PROYECTO DE INVESTIGACION-TRABAJO FINAL- YADYRA MEZA MEDINA.docx (D110999218)	1
SA	Manuel+Taizha+Tesis+2022.docx Document Manuel+Taizha+Tesis+2022.docx (D142559596)	1

Entire Document

CAPÍTULO I

1. El Problema de investigación

1.1. Planteamiento del Problema

La ansiedad se constituye una respuesta emocional que experimenta una persona en situaciones como amenazas o peligros además de presentarse alteraciones fisiológicas (1). Asociadas a estas manifestaciones ansiogénicas puede presentarse la depresión y el estrés posttraumático; La primera caracterizada por ser un trastorno emocional el cual es frecuente observar presencia de manifestaciones de tristeza y la pérdida de interés en actividades cotidianas o de disfrute (2) ; la segunda es un trastorno que surge como consecuencia después de un hecho ya sea peligroso o impactante en el que se puede observar la hipervigilancia y reactividad (3).

Esta problemática ha tenido gran repercusión en el personal de enfermería como consecuencia de la sobrecarga laboral y emocional, manifiestan patrones conductuales caracterizados por el agotamiento, la pérdida de motivación y síntomas compatibles con la ansiedad y la depresión poniendo en riesgo la seguridad de los propios pacientes (4), así como es el cuestionamiento de su propio rol profesional y la sensación de encontrarse emocionalmente agotado (5).

Según un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante la pandemia del COVID-19 a nivel mundial, la ansiedad

y la depresión en profesionales de enfermería alcanzó cifras del 25% en relación a todos los profesionales de la salud. La prevalencia de ansiedad en un 80% de profesionales y la depresión del 30,30%, con tasas más altas en personal femenino (6). En Latinoamérica como los describe un estudio realizado en México, la pandemia provocó