



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

MÁSTER EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Trabajo de Fin de Máster

**IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA
PANDEMIA DEL VIRUS SARS-COV-2 EN EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA Y TÉCNICO
EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN PLANTAS DE
HOSPITALIZACIÓN SIN PACIENTES
COVID-19 DE UN CENTRO HOSPITALARIO**

DIRECTOR

D. Rafael Ramos Muñoz

AUTOR

D. Manuel Jacobo Salinas

Curso 2021/2022



INFORME DEL DIRECTOR DEL TRABAJO FIN MASTER DEL MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

D. Rafael Ramos Muñoz, Tutor del Trabajo Fin de Máster, titulado **IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA PANDEMIA DEL VIRUS SARS-COV-2 EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN SIN PACIENTES COVID-19 DE UN CENTRO HOSPITALARIO** y realizado por el estudiante **D. MANUEL JACOBO SALINAS**

Hace constar que el TFM ha sido realizado bajo mi supervisión y reúne los requisitos para ser evaluado.

Fecha de la autorización: 21 de julio de 2021.

RAMOS MUÑOZ, Firmado digitalmente
RAFAEL por RAMOS MUÑOZ,
(AUTENTICACIÓN) RAFAEL
N) Fecha: 2021.07.21
20:08:57 +02'00'

Fdo.: Rafael Ramos Muñoz
Tutor TFM



Resumen/Abstract.

Resumen

Tras la declaración en marzo de 2020 de la pandemia por el virus SARS-CoV-2, el sistema sanitario se ha convertido en la primera línea contra la lucha contra el virus. Ante esta situación, el personal sanitario se enfrenta a un aumento de una carga asistencial, y a unas condiciones de trabajo totalmente nuevas. de estos trabajadores. En este estudio se evaluará los niveles de ansiedad, estrés y depresión de los profesionales de Enfermería y Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería mediante la escala DASS-21.

PALABRAS CLAVE: COVID-19, estrés, ansiedad, depresión, personal sanitario.

Abstract

Following the declaration of the SARS-CoV-2 virus pandemic in March of 2020, the health system has become first line against the fight against the virus. Under given circumstances, health personnel are facing an increase in care burden, and totally new working conditions of these workers. In this study, the levels of anxiety, stress and depression of nursing professionals and auxiliary nursing care technicians will be evaluated using the DASS-21 scale.

ÍNDICE

Introducción	6
Ansiedad. Aspectos conceptuales y definiciones	7
Concepto	7
Manifestaciones clínicas	8
Tipos trastornos de ansiedad	8
Estrés laboral	11
Concepto	11
Efectos del estrés laboral en el individuo	13
Burnout	13
Concepto	13
Fases del proceso de burnout	14
SARS-CoV2	15
Información cínica	15
Transmisión	16
Descripción epidemiológica	17
Medidas para la distribución de pacientes según patología COVID-19 en el centro hospitalario	17
Justificación	20
Objetivos	21

Objetivo principal	21
Objetivos específicos	21
Material y método	22
Tipo de estudio	22
Ámbito y periodo de estudio	22
Procedimiento y recogida de información	22
Resultados y discusión	28
Conclusiones	57
Bibliografía	58



Introducción

A finales de diciembre de 2019, en Wuhan, capital de la provincia de Hubei en China, se alertó sobre un brote de neumonía de etiología hasta ese momento desconocida, cuyo origen se cree que fue el mercado de alimentos y animales de Wuhan. En enero de 2020 se consigue aislar el agente del brote que se trata de un nuevo virus perteneciente de la familia de los Coronaviridae, llamado SARS-CoV-2. El día 11 de marzo de 2020 la OMS declara el estado de pandemia mundial ⁽¹⁾.

La presente situación de pandemia a la que está sometido el planeta a causa del COVID-19 ha supuesto un reto sin precedentes para todos los ámbitos económicos y sociales, educación, salud, o medio ambiente, carente de experiencia ante esta situación. En esta situación, el interés general y el bien común ha prevalecido sobre el individual, llegando a requerir restricciones en los derechos individuales de las personas, en favor del colectivo. Este impacto producido, unido con el confinamiento general producido de marzo a mayo de 2020, han sido los responsables de una alteración en el bienestar emocional y en la salud mental de la población en general, desencadenado de manera directa por los efectos producidos por la enfermedad, así como los relacionados con el resto de los elementos que indirectamente han afectado al desarrollo personal y laboral de las personas. Los distintos factores de la salud mental incluyen tanto características individuales como sociales culturales, económicos o ambientales. Lalonde indica que los factores que influyen en el estilo de vida y el entorno de la persona, está directamente relacionado en un 60% con el mantenimiento de una buena salud mental ⁽²⁾.

La pandemia está generando una crisis sanitaria por alto grado de inafectabilidad que supone el SARS-Cov-2, lo que ha requerido de medidas extraordinarias de diversa tipología. Esto ha supuesto un cambio de paradigma a la hora de desempeñar el desarrollo de la actividad laboral en el sistema sanitario actual debido a los nuevos retos a los que se ha visto sometido, debido a cambios en el sistema de trabajo, nuevas jornadas laborales, sobrecarga de trabajo, medidas especiales, y la incertidumbre constante por la falta de medios durante gran parte de la pandemia.

La gran demanda producida de recursos materiales y humanos, unido a la escasez de recursos al principio de la pandemia, o durante los momentos más críticos que ha habido en las diferentes olas, ha dado lugar, de manera temporal, el deber de realizar una priorización de todos los recursos en los centros sanitarios⁽³⁾.

Este cambio dentro del sistema sanitario ha resultado en consecuencias físicas y mentales a los trabajadores, produciendo la aparición de estrés, miedos, insomnio, cambios de conductas, estrés postraumático, ansiedad, depresión, etc. No sólo han influido las nuevas condiciones de trabajo, el distanciamiento producido a partir del estado de alarma que desembocó en un confinamiento obligatorio, el largo periodo por el que se extendió este, el miedo al contagio, la apatía o los cambios constantes en la información recibida por parte de nuestros dirigentes han agravado todas estas consecuencias.

La exposición de forma continuada a todo estos condicionantes estresantes observadas en la pandemia por el COVID-19, afecta a todas las funciones cognitivas, conductuales y afectivas de la persona. Las reacciones emocionales más comunes dentro del personal sanitario y que se relacionan con una falta de adaptación a las nuevas circunstancias son miedo, tristeza, desesperanza, irritabilidad, sentimiento de culpa, falta de sueño, falta de apetito, aislamiento social o falta de atención y concentración. La falta de adaptación a todos estos elementos que han ocurrido de manera recurrente durante un largo periodo de tiempo contribuye a la aparición de síntomas de estrés, ansiedad y depresión. También se ha relacionado un aumento en el consumo de sustancias como alcohol, drogas y fármacos para tratar todos estos síntomas, y que pueden llegar a tener un riesgo de dependencia y otras complicaciones psiquiátricas ⁽⁴⁾.

Ansiedad. Aspectos conceptuales y definiciones

Concepto

La ansiedad se define, según el diccionario de Medicina Interna Océano, como “el estado o sensación de aprensión, desasosiego, agitación o temor resultante de la presión de una amenaza o peligro, cuya fuente suele ser desconocida o no puede determinarse” ⁽⁵⁾. La ansiedad se manifiesta de forma fisiológica, y nos prepara para actuar ante una situación que se percibe como peligrosa. Esta se conoce como ansiedad positiva. En cambio, la ansiedad negativa hace que afrontemos la situación con ideas de huida y miedo.

Spielberger hace una distinción entre dos tipos diferentes de ansiedad. La *ansiedad estado* es una emoción desagradable que surge por una amenaza o daño y

que es transitoria, y la *ansiedad rasgo*, que es una característica de la personalidad de la persona y hace referencia a la forma de percibir situaciones como peligrosas y la forma de actuar ante éstas ⁽⁶⁾.

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad son variadas. Estas manifestaciones se clasifican en ⁽⁷⁾:

- Manifestaciones físicas: Temblores, taquicardia, tensión muscular, cefalea, cansancio, falta de aire, molestias digestivas, náuseas, alteración del sueño, sequedad en la boca o alteración en la marcha.
- Manifestaciones psíquicas: sensación de inquietud, agobio, temor, peligro, nerviosismo, sensación de muerte o peligro inminente, sospecha, pensamientos negativos, distorsión de la realidad
- Manifestaciones de conducta: bloqueo de movimientos, estado de alarma y de vigilancia, inquietud psicomotora, llanto ante la impotencia, dificultad de concentración, dificultad a la hora de realizar acciones, o cambios en el habla.
- Manifestaciones somáticas: aparición de síntomas cardiovasculares, respiratorios, sensoriales, digestivos y vegetativos (fiebre, escalofríos, sudoración, sequedad de las mucosas, manos frías y húmedas).

Tipos trastornos de ansiedad

Clasificación de los trastornos de ansiedad según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-IV ⁽⁸⁾.

- Crisis de angustia
Una crisis de angustia es la aparición de forma repentina y aislada de un malestar o miedo, acompañándose de una sensación de muerte repentina o de peligro. A este miedo le acompañan alguno de los siguientes síntomas: palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento, sensación de atragantamiento, opresión torácica, náuseas, mareo, alteración de la percepción de la realidad, miedo a perder el control de la situación, miedo a morir, parestesias, y escalofríos o sofocaciones.

Estas crisis son muy recurrentes en el resto de trastorno de ansiedad. Las crisis de ansiedad se clasifican según el tipo de desencadenante que lo provoca. Estas son las crisis inesperadas, sin ningún estímulo o motivo, las crisis situacionales, relacionadas con una exposición o previsión de un estímulo, y las crisis de angustia que pueden desencadenarse por un estímulo ambiental, aunque no siempre existe una relación con este estímulo.

Tabla 1: Síntomas somáticos y cognoscitivos de una crisis de angustia

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. Escalofríos o sofocaciones

➤ Trastorno de angustia

El trastorno de angustia tiene como principal característica la presencia de una crisis de angustia de forma repetida con preocupaciones persistentes por la posibilidad de sufrir otra crisis de angustia. Estas crisis deben de repetirse al menos dos veces en un espacio de tiempo de un mes. Estas crisis no se producen por los efectos del consumo de sustancias, o por enfermedad médica, sino que se producen sin motivo aparente, aunque también existen casos en donde estas crisis tienen un origen determinado.

➤ Agorafobia

La agorafobia es la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde el individuo le resulte difícil escapar, o donde en caso de sufrir una crisis de angustia no pueda disponer de ayuda. Este trastorno lleva a comportamientos de evitación ante el estímulo al que se teme. Estos estímulos pueden ser quedarse solo en casa, viajar en coche o avión, encontrarse en un ascensor, etc... A menudo estas personas son capaces de enfrentarse a la situación estresante si se encuentran con alguien de confianza cerca, aunque esta situación se sigue produciendo un gran miedo.

➤ Trastorno de ansiedad generalizada

Se trata de una ansiedad y preocupación excesiva ante una situación, durante un periodo de tiempo superior a 6 meses. Esta ansiedad no tiene un único origen, sino que tiene una gran cantidad de desencadenantes, normalmente por circunstancias normales de la vida diaria como el trabajo, la familia, o las labores domésticas, afectando a la realización de estas tareas. Este trastorno no tiene origen por consumo de sustancias o por enfermedad. Se caracteriza por un miedo y malestar acompañado de tensión muscular, alteración del sueño, temblores o dolores.

➤ Fobia social

Es la aparición de un miedo ante una situación social o un acto público por temor a una situación embarazosa. La exposición a estos estímulos desencadena una respuesta ansiosa o una crisis de ansiedad. El individuo que padece una fobia social termina evitando los actos públicos, afectando a sus relaciones sociales.

➤ Fobia específica

Es un miedo a objetos o situaciones determinadas, en donde la exposición o la previsión de encontrarse con el estímulo produce de forma irreversible una respuesta de ansiedad. El nivel de ansiedad varía según la proximidad del estímulo. Existen tres tipos: tipo animal, referente a animales o insectos, tipo ambiental, referente con fenómenos de la naturaleza, y el tipo situacional, referente a una situación específica

➤ Trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por una obsesión que produce una pérdida de tiempo ante una acción rutinaria, alterando con la rutina diaria de la persona. Esto produce una pérdida de rendimiento en su actividad laboral o en la realización de las

actividades domésticas. No realizar esta tarea como se quiere, produce un gran malestar y ansiedad.

➤ Trastorno de estrés postraumático

Aquí la persona ha experimentado un acontecimiento traumático, en donde la persona revive esa situación produciendo malestar y ansiedad. Incluye pensamientos y conductas evitativas, evitando acudir al lugar donde ha sucedido el evento, alteraciones en el estado del ánimo, distorsión en los pensamientos, alteración del estado de alerta, falta de sueño, pérdida de interés, o irritabilidad.

➤ Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

Se caracteriza por la aparición de ansiedad o temor, como consecuencia de los signos y síntomas de una enfermedad. Para diagnosticar este trastorno de ansiedad tiene que haber en la historia clínica, en el examen físico, o en las pruebas de laboratorio indicios de que la ansiedad es sintomatológico de la enfermedad.

➤ Trastorno por estrés agudo

Su característica principal es la aparición de ansiedad, síntomas disociativos y de otra clase durante el mes siguiente a la exposición a un acontecimiento traumático de carácter extremo. El individuo presenta en este trastorno sensación subjetiva de embotamiento, ausencia de lo que le rodea y amnesia disociativa. Tras el acontecimiento traumático, el individuo evita los estímulos que recuerden el trauma.

➤ Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Se caracteriza por la aparición de síntomas de ansiedad como efecto secundario a los efectos fisiológicos del consumo de sustancias (drogas, fármacos, etc.). Entre los síntomas se incluye ansiedad, crisis de angustia y obsesiones y compulsiones. Debe existir unas pruebas de laboratorio que confirmen que la alteración es una consecuencia fisiológica directa del consumo de sustancias.

Estrés laboral

Concepto

Según Mc.Grath, el estrés se trata de un “desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en la

que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias (percibidas)”⁽⁹⁾. En muchas ocasiones la presión o la exigencia en el trabajo, una mala gestión, o unas condiciones laborales no satisfactorias son el desencadenante de este fenómeno cada vez más común en el ámbito laboral. Al referirnos al estrés, se trata de una reacción de tipo fisiológico y psicológico⁽¹⁰⁾. Entre los desencadenantes más comunes encontramos los estresores exteriores, aunque estos no son los únicos que la desencadenan:

Tabla 2: Peligros relacionados con el estrés

<p>Características del trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Características del puesto <ul style="list-style-type: none"> ○ Tareas monótonas, aburridas y triviales. ○ Falta de variedad. ○ Tareas desagradables. ○ Tareas que producen aversión. • Volumen y ritmo de trabajo <ul style="list-style-type: none"> ○ Exceso o escasez de trabajo. ○ Trabajos con plazos muy estrictos. • Horarios de trabajo <ul style="list-style-type: none"> ○ Horarios de trabajo estrictos e inflexibles. ○ Jornadas de trabajo muy largas o fuera del horario normal. ○ Horarios de trabajo imprevisibles. ○ Sistema de turnos mal concebidos • Participación y control <ul style="list-style-type: none"> ○ Falta de participación en la toma de decisiones. ○ Falta de control (por ejemplo, sobre los métodos de trabajos, el ritmo de trabajo, el horario y el entorno laborales).
--

No sólo intervienen estos agentes externos, existe una clara influencia dependiendo del tipo de personalidad en la generación del estrés. Estas características están influenciadas por una gran variabilidad individual que, dependiendo de las distintas situaciones, van a producir una mayor probabilidad de sufrir una situación de estrés. Entre estas características cabe citar:

- Personalidad tipo A: Se caracteriza por personas con un interés muy grande por la perfección o las metas difícilmente alcanzables. Son personas con una gran implicación en el trabajo que lleva a desarrollar un gran gasto emocional y físico, unido a la poca capacidad de relajación.
- Dependencia: La poca autonomía puede acarrear la aparición del estrés debido a la dificultad de la toma de decisión ante un problema.
- Ansiedad: Las personas ansiosas tienen un nivel mayor de conflicto que las que no.
- Rigidez: Las personas rígidas tienen un nivel de conflicto mayor en escenarios que impliquen un cambio para adaptarse a la nueva situación.
- Experiencia: Es un elemento clave la formación, la destreza y los conocimientos adquiridos a lo largo del tiempo.
- Mala condición física o malos hábitos de salud.: Estos pueden disminuir la capacidad de adaptación y de enfrentarse a un problema en el trabajo.

Efectos del estrés laboral en el individuo

El estrés laboral afecta al funcionamiento de la persona y al de la empresa o entidad para la que trabaja. Este puede dar lugar a comportamientos no habituales en el trabajo, contribuyendo a una deficiente salud física y mental del individuo. Estos acontecimientos alargados en el tiempo pueden desembocar en trastornos psiquiátricos y psicológicos que den como resultado el absentismo laboral o el abuso de sustancias.

Burnout

Concepto

El Burnout fue definido por Pines y Aronson en 1988 como “El estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales”. Esto desemboca en una sensación de fracaso personal y profesional, y fracaso en las relaciones interpersonales en el trabajo, así como con los usuarios, además de un deterioro físico, mental y emocional. El burnout es

consecuencia de la exposición a unas determinadas condiciones laborales de riesgo que pueden desencadenar un síndrome, y por lo tanto, afectar significativamente a la salud de la persona. Cabe resaltar que no se da a consecuencia de una falta de conocimientos, limitaciones físicas, o la presencia de algún trastorno mental en el individuo ⁽¹¹⁾.

Esta patología es consecuencia a unas determinadas condiciones en el trabajo, no por un desencadenante por la personalidad del individuo. Los factores de riesgo más relacionados con este síndrome son la sobrecarga de trabajo, la alta exigencia emocional que puede llegar a haber, la falta de atención que se podría dar, la carga emocional excesiva, la falta de apoyo social y profesional, así como la disfunción dentro del rol del trabajo.

Hay que clasificar el burnout como un síndrome con sintomatología de despersonalización, baja realización personal y agotamiento emocional. Se trata de un mecanismo de afrontamiento y protección frente al estrés que se genera en el puesto de trabajo. En él, aparece un deterioro cognitivo, con frustración y desencanto personal, deterioro afectivo, con un estado de culpa, y deterioro actitudinal, en el que aparece apatía, indiferencia ⁽¹²⁾.

Fases del proceso de burnout

Se distinguen cinco fases en el desarrollo del burnout:

- Fase inicial de entusiasmo: Ocurre cuando se llega a un nuevo puesto de trabajo, con energía y lleno de buenas expectativas.
- Fase de estancamiento: Comienzan a no cumplirse las expectativas profesionales. La relación entre esfuerzo y recompensa ya no es satisfactoria, y tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos.
- Fase de frustración: La desilusión y la frustración comienzan a aparecer en el trabajador. Para la persona no existe la motivación inicial, existe una gran irritación y empiezan a aparecer los conflictos dentro del entorno de trabajo. Comienzan a aparecer problemas físicos, psíquicos y conductuales.
- Fase de apatía: En esta etapa comienza un distanciamiento en el entorno laboral, prevaleciendo las necesidades de uno mismo a la de los demás. Se trata de un afrontamiento defensivo de las tareas que le producen aversión.
- Fase de quemado: Fase en la que los problemas de salud son evidentes, con un gran problema emocional y cognitivo. Existe la idea de dejar el puesto de trabajo.

SARS-CoV2

El SARS-CoV2 se trata de un virus de la familia de los Coronaviridae cuya secuencia genética se descubrió el día 12 de enero de 2020. Es una enfermedad zoonótica, cuya fuente primaria se desconoce actualmente. Desde el inicio de la pandemia en marzo de 2020, la franja de edad más afectada ha sido la que comprende entre los 50 y 59 años con un 16% del total de los casos, mientras que la franja de edad que ha requerido de más hospitalización ha sido la de 70 y 79 años. La tasa de mortalidad del COVID-19 es menor que la que presentaba el síndrome respiratorio agudo grave (SARS), o que el síndrome respiratorio producido por el Coronavirus de Oriente Medio (MERS), pero en términos de infectividad, su tasa de reproducción básica (valor R0) es mayor que en los brotes anteriormente descritos, o que el del Influenza A (H1N1)⁽¹³⁾.

Información clínica

Tras el estudio de seroprevalencia que se realizó en 2020 en España, se determinó que el 33% de los casos por COVID-19 fueron asintomáticos. En caso de desarrollar síntomas, los más frecuentes son: fiebre (75,3%), tos seca (65,7%), disnea (58,1%), dolor de garganta (24,1%), escalofríos (27%), vómitos (6%), diarrea (14%). Además de estos síntomas, se conoce otro gran grupo de síntomas asociados al SARS-CoV2, como la pérdida de olfato y gusto, siendo estos en muchos casos el primer síntoma de padecer la enfermedad. También se ha relacionado con un aumento de fenómenos trombóticos, afectación neurológica (mareos, alteración de nivel de conciencia, accidente cerebrovascular, ataxia o neuralgias), o afectación cardiológica⁽¹⁴⁾.

Las complicaciones clínicas más frecuentes al COVID-19 son:

- Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA): Se trata de la complicación más grave que se inicia tras la aparición de la disnea y el motivo más frecuente de hospitalización. El SDRA puede desembocar en la aparición de una fibrosis pulmonar. El daño agudo producido en el pulmón favorece la aparición de material hialino en las membranas alveolares y pulmonares, convirtiéndose en material fibrótico.
- Tromboembólicas: La activación de la coagulación que aparece en las enfermedades infecciosas como el COVID-19 está asociada a fenómenos trombóticos como tromboembolismo pulmonar o accidente cerebro vascular.

➤ Cardiacas: Los daños producidos en el miocardio se ha relacionado con el desarrollo de insuficiencia cardiaca, dando lugar a arritmias, shock cardiacos o miocardiopatías.

En cuanto a las comorbilidades, la diabetes mellitus y la enfermedad cardiopulmonar y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se han relacionado con los casos más graves que han requerido hospitalización en las unidades de cuidados intensivos. Respecto a la hipertensión arterial, enfermedades renales, la inmunosupresión, o enfermedades hepáticas, no se han asociado a una evolución más desfavorable en caso de infección ⁽¹⁵⁾.

Transmisión

Las principales vías de transmisión entre humanos del SARS-CoV2 son la inhalación de gotas y aerosoles aéreos expulsados por una persona contagiada hasta la vía respiratoria de la persona susceptible y el contacto directo a través de objetos contaminados con las secreciones o a través de las manos.

Las emisiones respiratorias en forma de gotas (≥ 5 micras) y aerosoles (<5 micras) emitidas al hablar o respirar pueden alcanzar a una persona que estuviera cerca, llegando a contactar en alguna zona susceptible de causar infección. Los aerosoles al quedar suspendidos en el aire, puede ser inhalado a una distancia superior de dos metros de la persona que lo ha emitido, y también sin la presencia de este al quedar suspendidas en el aire durante un tiempo. Estas gotas y aerosoles deben de contener virus viables que tengan capacidad de generar infección. El riesgo de transmisión aumenta en las distancias cortas, entornos cerrados, mal ventilados y con gran afluencia de gente.

En cuanto a la transmisión en superficies contaminadas (fómites), se han realizado varios estudios a cerca de la permanencia del virus en distintas superficies inanimadas. En los estudios se ha detectado la permanencia del virus en condiciones de 22°C y 60% de humedad durante cuatro días en superficies de acero inoxidable, plástico, billetes o mascarillas quirúrgicas, uno o dos días sobre madera, ropa o vidrio, y unas tres horas sobre papel (papel de imprimir o pañuelos). Sin embargo, en condiciones reales con los métodos de limpieza y desinfección, esta transmisión del virus por fómites no sería la más frecuente ⁽¹⁶⁾.

Descripción epidemiológica

La franja de edad más afectada durante la pandemia ha sido entre los 50 y 59 años, y el 55% del total han sido caso de mujeres, sin embargo, los casos hospitalizados han supuesto un 55% en hombres, la mayoría de los ingresos en una edad comprendida entre los 70 y 79 años. La tasa de letalidad en España ha alcanzado el 8% a día 1 de Mayo de 2020.

El periodo de incubación del SARS-CoV2 medio es de 5,1 días, y a los 11,7 días la mayoría de los casos sintomáticos han desarrollado sus síntomas. Este es el parámetro utilizado para determinar el tiempo de cuarentena se debe de realizar para evitar la transmisión del virus. Sin embargo, se han documentado casos de personas que desarrollan los síntomas durante semanas o meses, algo que se ha denominado COVID-19 persistente o “Long Covid” ⁽¹⁷⁾.

La transmisión del virus ocurrirá mayoritariamente en los casos más leves durante la primera semana de la presentación de los síntomas, desde dos o tres días antes, hasta siete u ocho días después. En los casos más graves, la carga viral es de hasta 60 veces mayor que las que tienen una carga viral menor, en cuyo caso el periodo de transmisión aumenta ⁽¹⁸⁾.

Medidas para la distribución de pacientes según patología COVID-19 en el centro hospitalario

Desde el inicio de la pandemia y, sobre todo después del verano de 2020 donde se inició la segunda ola, se decidió restringir la libre circulación dentro de los espacios en los centros sanitarios para limitar la posible propagación del virus entre los pacientes, como de los profesionales sanitarios. Se requirió de una disminución de todos los recursos asistenciales dentro del hospital, como la atención de consultas externas o las cirugías programadas, hasta el extremo de realizar sólo los procedimientos urgentes.

Se realizó una separación de los espacios físicos del hospital con circuitos independientes, dentro de las distintas alas hospitalarias; un circuito para pacientes positivos por SARS-CoV-2, uno para pacientes sospechosos o que siguen pendientes de resultado, y otro para pacientes libres de COVID-19. Estas áreas libres de COVID-19 las componen el circuito de entrada al hospital, ascensores, pasillos y escaleras específicos para acceder a las plantas libres de COVID-19, ala de Servicio de Urgencias para pacientes con prueba

negativa, ala en la Unidad de Cuidados Intensivos, y los servicios de hospitalización médica de Maternidad y Medicina Interna, y hospitalización quirúrgica en el servicio de Traumatología⁽¹⁹⁾.

También, se decidió no permitir las visitas a los pacientes, y sólo se permitió acompañar durante la estancia hospitalaria a las personas ingresadas bajo unas estrictas condiciones. En planta con pacientes no COVID-19, se permite actuar como acompañantes de los pacientes ingresados hasta un máximo de dos personas que deberían de alternarse entre sí, de manera que sólo permanecería en la habitación una sola persona acompañante a lo largo del tiempo que dure el ingreso. Las dos personas que actúan como acompañantes deben ser siempre las mismas, y el relevo entre ambas se realizará fuera del hospital. Se puede solicitar la sustitución de una de esas personas por una tercera cuando concurra alguna circunstancia de fuerza mayor. La sustitución se debe de comunicar y autorizar por parte del supervisor o supervisora de enfermería del servicio donde se encuentre el paciente ingresado. Dentro de estas dos personas, se nombra a un portavoz que actuará como canal de comunicación con el equipo sanitario y la familia. Estas personas no pueden acceder al centro sanitario si presenta síntomas compatibles con el COVID-19, o se está en aislamiento domiciliario debido a un diagnóstico por COVID-19, o se encuentra en un periodo de cuarentena domiciliaria por haber tenido un contacto estrecho con alguna persona con síntomas o diagnosticada de COVID-19. Los acompañantes deben de usar siempre mascarilla higiénica o quirúrgica, sin guantes, y realizar un lavado periodo de manos o desinfección con solución hidroalcohólica. Los familiares tienen terminantemente prohibido permanecer en los espacios comunes del centro, y se evitará transitar por el hospital salvo para entrar o salir del centro. Cuando se establezca que el paciente se encuentra en una situación terminal, se intentará trasladar al paciente a una habitación individual lo más distanciada posible de las otras habitaciones del servicio. Una vez el paciente se encuentre en una habitación de uso individual, se permite la posibilidad de manera excepcional de estar en la habitación hasta un máximo de tres personas simultáneamente, siempre que las medidas preventivas los permitan.

En cuanto a los servicios de hospitalización de pacientes con COVI-19, siempre y cuando se encuentren dentro de unos supuestos de persona menor, o persona dependiente para las actividades de la vida diaria, podrán estar acompañadas por una única persona que deberá ser siempre la misma. En este caso se proporcionará a la persona acompañante el material de protección adecuado y se comportarán siguiendo la misma normativa establecida para el acompañamiento a personas sin COVID-19. En pacientes

independientes, para garantizar la comunicación entre este y la familia, se nombra un familiar como portavoz, y se le proporcionará el uso de dispositivos Smart en caso de no poder disponer de otro medio de comunicación.

Se hace una excepción a esta norma en el caso de pacientes con COVID-19 en situación terminal. El paciente es trasladado a una habitación individual, silenciosa y lo más distanciada posible de las otras habitaciones. El acompañamiento seguirá siendo de una única persona, aunque se permite la presencia excepcional de hasta tres personas a la vez si forman parte de la misma unidad de convivencia con el paciente, y se les proporcionará los equipos de protección individual necesarios para permanecer dentro de la habitación. Una vez dentro, las personas deben de seguir de todas las directrices que se les de por parte del personal de planta, y deberán permanecer dentro de la habitación en todo momento.



Justificación

La declaración del estado de alarma en marzo de 2020 por la pandemia producida debido al virus SARS-CoV-2, ha supuesto un nuevo reto para todo el sistema sanitario del país. Los profesionales sanitarios son la primera línea de defensa contra la COVID-19, lo que supone una gran intensificación de toda su actividad laboral, tanto a nivel físico como emocional. Durante la primera ola, la alta incidencia de contagios entre los propios profesionales sanitarios, sobre todo al inicio de la pandemia, donde el desconocimiento de la enfermedad, unido a la falta de organización y planificación de los centros sanitarios y a una escasez de recursos materiales y humanos, supuso un reto debido a los cambios organizativos y normativos implementados a raíz de la situación.

Durante la tercera ola, la última que tuvo lugar a partir de principios de enero de 2021, el centro hospitalario se vio especialmente afectado por una altísima incidencia que acumulaban las poblaciones a las que da soporte este hospital. Esta situación derivó en un agotamiento emocional de los profesionales sanitarios que ya arrastraban desde marzo de 2020. En el desarrollo esta tercera ola, las áreas de hospitalización de Medicina Interna, Traumatología, y Maternidad y Obstetricia fueron los servicios hospitalarios dedicados al ingreso de pacientes sin patología Covid. Los servicios de Medicina Interna y Maternidad y Obstetricia se dedicaban a acoger a todos los pacientes con patología médica, mientras que el servicio de Traumatología se encargaba de los pacientes quirúrgicos.

Con esta investigación se pretende conocer el grado de afectación psicológica derivada de la situación que ha provocado el COVID-19 en los profesionales de Enfermería y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería de las áreas de hospitalización que quedaron dedicadas a pacientes no Covid, y que supuso una sobrecarga de trabajo debido a la reducción de personal que fue derivado a otros servicios, así como la disparidad de las patologías de los diferentes pacientes que ingresaban.

Objetivos

Objetivo principal

Determinar el estado de depresión, ansiedad y/o estrés que provoca la situación de emergencia en los profesionales sanitarios de los servicios de hospitalización no Covid mediante la escala DASS-21.

Objetivos específicos

Analizar el nivel de estrés, ansiedad y/o depresión percibida por el personal sanitario de estos servicios de hospitalización.

Investigar los diferentes factores que influyen en el impacto psicológico de los profesionales sanitarios.

Comparar los resultados con los estudios existentes.



Material y método

Tipo de estudio

La investigación de este proyecto es un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal. En cuanto al tratamiento de los datos, se ha realizado la anonimización de los datos del centro donde se ha realizado el estudio con el fin de cumplir la normativa de protección de datos.

Ámbito y periodo de estudio

El ámbito de estudio son los trabajadores de Enfermería y Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería de los servicios de hospitalización de Medicina Interna, Traumatología y Maternidad del centro hospitalario, que durante la tercera ola de la pandemia del SARS-COV-2 se encargaron del ingreso de pacientes no COVID-19. El centro hospitalario se trata de un hospital público que consta de 3 plantas, divididas en 3 secciones, y que cuenta con 336 camas.

El periodo de elaboración del estudio tendrá una duración de siete meses. De marzo a mayo se realizará el borrador de la primera parte del proyecto, elaborando la introducción, justificación, objetivos y realización del método del estudio. Entre los meses de junio y julio se realizará la recogida de la información mediante la encuesta a los trabajadores. En el mes de julio se analizarán los resultados y se hará el procesado de los datos. Finalmente, en el mes de septiembre se presentará el informe final mediante la presentación del Trabajo de Fin de Máster.

Procedimiento y recogida de información

En primer lugar, se pedirá la autorización de los jefes de servicio en donde se va a realizar el estudio, y se rellenará la relación del equipo investigador.

AUTORIZCAIÓN DEL JEFE DE SERVICIO

El Dr. Jefe de Servicio de

Declaro:

Que conozco la documentación aportada para el estudio titulado “”, y cuyo investigador principal en el centro es

Que el investigador principal y el resto del equipo reúnen las características de competencia necesarias, así como la metodología específica para que el estudio sea viable. Que las instalaciones necesarias para la ejecución del estudio son las idóneas. Que autorizo la colaboración para la realización de este estudio.



Fdo.
Jefe de Servicio

Se distribuirá la encuesta a los trabajadores junto al consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Proyecto: Impacto psicológico durante la pandemia del virus SARS-COV-2 en el personal de Enfermería y Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en plantas de hospitalización sin pacientes con COVID-19 del Centro hospitalario.

Yo, _____ he sido informado por Manuel Jacobo Salinas, investigador del citado proyecto de investigación, y declaro que:

He leído la Hoja de Información que se me ha entregado

Comprendo que mi participación es voluntaria

Comprendo que todos mis datos serán tratados confidencialmente

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Con esto doy mi conformidad para participar en este estudio,

DNI del trabajador:

Fecha:

Firma:

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____ revoco el consentimiento de participación en el estudio, arriba firmado, con fecha _____

Firma

La información de las variables sociodemográficas se va a recoger mediante un cuestionario con las siguientes variables:

- Sexo:
 - Mujer
 - Hombre
- Edad
- Tiempo de trabajo en la unidad:
 - < 1 año
 - Entre 1 y 5 años
 - Entre 5 y 10 años
 - > de 10 años
- Servicio al que pertenece:
 - Maternidad
 - Traumatología
 - Medicina Interna
- Ha tenido que realizar turnos extra durante el periodo de la pandemia:
 - Sí
 - No
- Convive con familia durante la pandemia del COVID-19:
 - Sí
 - No
- Presenta alguna patología de riesgo para el COVID-19 (patología cardiovascular, patología respiratoria crónica, diabetes, embarazo, etc....)
 - Sí
 - No

Los datos para las variables psicológicas del estudio se van a recoger y analizar mediante la utilización de la escala DASS-21⁽²⁰⁾ (The Depression Anxiety Stress Scale). Se trata de un conjunto de tres subescalas con 21 ítems de tipo Likert, de cuatro puntos cada una. Cada subescala está compuesta por 7 ítems que evalúan parámetros de estrés, ansiedad y depresión. Cada ítem se valora de 0 a 3 con los siguientes niveles:

- 0: No se aplica en mí en absoluto.
- 1: Aplica en mí en cierta medida.
- 2: Aplica en mí en una medida considerable, o buena parte del tiempo.
- 3: Aplica en mí bastante, o la mayoría de las veces.

1. Me costó mucho relajarme	0 1 2 3
2. Sentí la boca seca	0 1 2 3
3. No podía sentir sentimientos positivos	0 1 2 3
4. He tenido dificultades para respirar	0 1 2 3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0 1 2 3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0 1 2 3
7. Sentí que mis manos temblaban	0 1 2 3
8. Sentí que tenía muchos nervios	0 1 2 3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0 1 2 3
10. Sentí que no tenía nada por lo que vivir	0 1 2 3
11. Noté que me agitaba	0 1 2 3
12. Se me hizo difícil relajarme	0 1 2 3
13. Me sentí triste y deprimido	0 1 2 3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0 1 2 3
15. Sentí que estaba al borde del pánico	0 1 2 3
16. No me pude entusiasmar por nada	0 1 2 3
17. Sentí que valía muy poco como persona	0 1 2 3
18. Sentí que estaba muy irritable	0 1 2 3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0 1 2 3
20. Tuve miedo sin razón	0 1 2 3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0 1 2 3

A continuación, se detallan las tres subescalas y cómo se evalúa el resultado en cada una de ellas:

- Subescala de depresión: Está conformada por los ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21. La suma de las puntuaciones de los ítems se interpretan de la siguiente forma: normal (0 – 4); depresión leve (5 – 6); depresión moderada; (7 – 10); depresión severa (11 – 13); depresión extremadamente severa (14 – 21).

- Subescala de ansiedad: Está conformada por los ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19, y 20. La suma de las puntuaciones de los ítems se interpreta de la siguiente forma: normal (0 – 3); ansiedad leve (4); ansiedad moderada (5 – 7); ansiedad grave (8 – 9); ansiedad extremadamente grave (10 – 21).

- Subescala de estrés: Está conformada por los ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18. La suma de las puntuaciones de los ítems se interpretan de la siguiente forma: normal (0 – 7); estrés

leve (8 – 9); estrés moderado (10 – 12); estrés severo (13 – 16); estrés extraordinariamente severo (17 – 21).

El cuestionario y hoja de información del estudio al trabajador se entregará de forma impresa en el centro de trabajo durante el plazo previsto.

Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se utilizarán medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y medidas de dispersión (desviación típica y rango). Las variables cualitativas se analizarán con frecuencias y porcentajes.



Resultados y discusión

La pandemia ha golpeado fuertemente a todo el colectivo del sistema sanitario del país al constituir la primera línea de asistencia para combatir el SARS-CoV-2. Como resultado, en el último informe presentado sobre la situación de COVID-19 en personal sanitario en España de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica ⁽²¹⁾ publicado en mayo de 2020 reveló que, en apenas 3 meses de pandemia, un total de 40.921 profesionales sanitarios habían sido notificados como casos de COVID-19, lo que en ese momento suponía un 24,1% del total de todos los casos declarados en España. El informe declara que de esos casos el 76% de los casos de COVID-19 son mujeres, por un 24% de hombres, y del total un 16,2% han requerido ser hospitalizados en planta, un 1,1% han sido ingresados en UCI, y un 0,1% habían fallecido. En un estudio realizado en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida a personal sanitario infectado con COVID-19 indicó que el personal de enfermería fue el más castigado por los contagios producidos en ese hospital (67%), seguido del personal facultativo (25,7%), Técnicos en Cuidados Auxiliares de enfermería (16,8%) y personal administrativo (13,9%) ⁽²²⁾.

Esta alta incidencia producida sobre todo al principio de la pandemia puede deberse a varios factores. La falta de conocimiento acerca de la enfermedad, aunque la tasa de contagios era al principio muy baja, pudo producir que, por el desconocimiento de la transmisión, se produjera un elevado número de casos de contagios entre los sanitarios que no estaban protegidos. Además de este desconocimiento, se unió la escasez de recursos por el gran desabastecimiento de equipos de protección.

Aunque el foco mediático se centraba en los servicios que acogían a los pacientes con COVID-19, como los servicios de Urgencias, Unidades de Cuidados Intensivos o Neumología, no hay que olvidar que los servicios de hospitalización encargados de los pacientes de una patología diferente al COVID-19 también sufrió un gran aumento de carga asistencial. Además de esto, los trabajadores de estos servicios se vieron igualmente golpeados por un gran número de contagios debido a la escasez de recursos, que eran destinados a otros servicios, y que en muchas ocasiones, pacientes sin patología COVID-19, o pacientes con prueba diagnóstica para el COVID-19 negativa pero que al cabo de los días realizaban un positivo.

En un estudio realizado en Marzo de 2020 en un hospital de Madrid, evidenció que la tasa de contagios entre profesionales era similar en los sanitarios con contacto con

pacientes con COVID-19 (servicio de UCI, Urgencias o servicios con pacientes COVID-19), con los sanitarios que no tenían contacto con este tipo de pacientes que, en principio, no estaban infectados ⁽²³⁾.

El estudio se va a centrar en los servicios de un centro hospitalario que no acogieron pacientes COVID-19, pero que se encargaron del resto de pacientes que presentaban cualquier otra patología. La muestra recogida es de 35 participantes de los cuales 28 son mujeres y 7 son hombres. La edad media de todos en su conjunto es de 42,9 años. Las variables sociodemográficas estudiadas son el tiempo trabajado en la unidad, servicio al que pertenecen, si han tenido que realizar turnos extra durante la pandemia de COVID-19. Si convivieron con familia durante la pandemia o si padecen de alguna patología de riesgo para el COVID-19.

Los trabajadores con experiencia inferior a un año son 4, 11,43%; con experiencia entre 1 y 5 años contamos con 13 profesionales, un 37,24%; con experiencia entre 5 y 10 años han participado 4 profesionales, 11,43%; y con experiencia superior a 10 años han participado 14 profesionales, 40%.

De los profesionales que han participado en el estudio, 17 pertenecían al servicio de medicina interna, 10 al servicio de traumatología y 8 al servicio de maternidad.

Referente a los turnos extra, cabe resaltar que durante la pandemia de la COVID-19, 22 profesionales tuvieron que realizar turnos adicionales, lo que supone un 62,86% de las encuestas realizadas.

De los encuestados, 33 profesionales indicaron que convivían con la familia durante la evolución de la pandemia, lo que se puede traducir a un 94,29%.

Finalmente, solo 2 profesionales encuestados presentaban patología de riesgo para el COVID-19.

Los datos se pueden observar en la tabla 3.

TABLA 3. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		
Mujeres		28 (80%)
Hombres		7 (20%)
Edad media		42,9 AÑOS
Tiempo trabajado en la unidad	<1 AÑO	4 (11,43%)
	ENTRE 1 Y 5 AÑOS	13 (37,14%)
	ENTRE 5 Y 10 AÑOS	4 (11,43%)
	>10 AÑOS	14 (40%)
Servicio al que pertenece	MEDICINA INTERNA	17 (48,56%)
	TRAUMATOLOGÍA	10 (28,56)
	MATERNIDAD	8 (22,88%)
¿Ha tenido que realizar turnos extra durante el periodo de la pandemia del COVID-19?	SI	22 (62,86%)
	NO	13 (37,14%)
¿Convive con familia durante la pandemia del COVID-19?	SI	33 (94,29%)
	NO	2 (5,71%)
¿Presenta alguna patología de riesgo para el COVID-19 (patología cardiovascular, patología respiratoria crónica, diabetes, embarazo...)?	SI	33 (94,29)
	NO	2 (5,71%)

A continuación, vamos a analizar los datos obtenidos en la encuesta en los tres servicios y después analizarlo de forma individual. Comenzamos con el análisis de la subescala del nivel de depresión (Tabla 4).

De las 28 mujeres encuestadas, 19 presentan un resultado normal en la subescala de depresión, 2 presentan una depresión leve, 4 una depresión moderada, 1 presenta depresión severa y 2, depresión extremadamente severa.

De los 7 hombres encuestados, 2 presentan un resultado normal en la subescala de la depresión, 3 presentan una depresión leve, 1 una depresión moderada y 1 una depresión severa.

Resultan poco comparativos los resultados si consideramos que la enfermería y los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería son profesiones ampliamente feminizadas.

De los profesionales que respondieron que disponían de experiencia profesional inferior a 1 año, 1 presentó un resultado normal, 1 presentó una depresión leve y 2 presentaron un nivel de depresión moderado.

De los profesionales que respondieron que disponían de experiencia profesional entre 1 y 5 años, 3 presentaron un resultado normal y 1 presentó una depresión severa.

De los profesionales que presentan entre 5 y 10 años de experiencia profesional, 3 presentaron un resultado normal y 1 presentó una depresión extremadamente severa.

De los profesionales que cuentan con 10 años de experiencia 5 presentaron un resultado normal, 4 presentaron una depresión leve, 3 presentaron una depresión moderada, 1 presentó una depresión severa y 1 presentó una depresión extremadamente severa.

TABLA 4. NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN GÉNERO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL						
VARIABLES		NIVELES DE DEPRESIÓN				
		NORMAL	LEVE	MODERADO	SEVERO	EXTREMADAMENTE SEVERO
GÉNERO N=35	MUJERES [n=28; 80%]	19 (54,29%)	2 (5,71%)	4 (11,43%)	1 (2,86%)	2 (5,71%)
	HOMBRES [n=7; 20%]	2 (5,71%)	3 (8,57%)	1 (2,86%)	1 (2,86%)	-
EXPERIENCIA PROFESIONAL N=35	<1 AÑO [n=4; 11,43%]	1 (2,86%)	1 (2,86%)	2 (5,71%)	-	-
	1-5 AÑOS [n=13; 37,14%]	13 (37,14%)	-	-	1 (2,86%)	-
	5-10 AÑOS [n=4; 11,43%]	3 (8,57%)	-	-	-	1 (2,86%)
	>10 AÑOS [n=14; 40%]	5 (14,29%)	4 (11,43%)	3 (8,57%)	1 (2,86%)	1 (2,86%)

A continuación, se analizan los niveles de estrés en los profesionales encuestados. (Tabla 5).

De las 28 mujeres encuestadas, 13 presentan un nivel normal en la subescala de estrés, 2 presentan un estrés leve, 5 un estrés moderado, 4 presentan un estrés severo y 4, estrés extremadamente severo.

De los 7 hombres encuestados, 1 presenta un resultado normal en la subescala de estrés, 2 presentan un estrés leve, 4 estrés moderado.

De los profesionales que respondieron que disponían de experiencia profesional inferior a 1 año, 2 presentaron un estrés moderado, 1 presentó estrés severo y 1 presentaron un nivel de estrés moderado.

De los profesionales que respondieron que disponían de experiencia profesional entre 1 y 5 años, 7 presentaron un resultado normal, 2 presentaron un nivel de estrés leve y 4 presentaron un estrés moderado.

De los profesionales que presentan entre 5 y 10 años de experiencia profesional, 2 presentaron un resultado normal y 1 presentó un nivel de estrés leve.

De los profesionales que cuentan con 10 años de experiencia 5 presentaron un resultado normal, 1 presentó un nivel de estrés leve, 3 presentaron un nivel de estrés moderado, 3 presentaron un nivel de estrés severo y 2 presentaron un estrés extremadamente severo.

TABLA 5. NIVEL DE ESTRÉS SEGÚN GÉNERO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL

VARIABLES		NIVELES DE ESTRÉS				
		NORMAL	LEVE	MODERADO	SEVERO	EXTREMADAMENTE SEVERO
GÉNERO N=35	MUJERES [n=28; 80%]	13 (37,14%)	2 (5,71%)	5 (14,29%)	4 (11,43%)	4 (11,43%)
	HOMBRES [n=7; 20%]	1 (2,86%)	2 (5,71%)	4 (11,43%)	-	-
EXPERIENCIA PROFESIONAL N=35	<1 AÑO [n=4; 11,43%]	-	-	2 (5,71%)	1 (2,86%)	1 (2,86%)
	1-5 AÑOS [n=13; 37,14%]	7 (20%)	2 (5,71%)	4 (11,43%)	-	-
	5-10 AÑOS [n=4; 11,43%]	2 (5,71%)	1 (2,86%)	-	-	1 (2,86%)
	>10 AÑOS [n=14; 40%]	5 (14,29%)	1 (2,86%)	3 (8,57%)	3 (8,57%)	2 (5,71%)

A continuación, se exponen los resultados obtenidos de la subescala de ansiedad (Tabla 6).

De las 28 mujeres encuestadas, 9 presentaron un nivel de ansiedad leve, 4 presentaron un nivel de ansiedad leve, 3 presentaron un nivel de ansiedad moderado, 2 presentaron un nivel de ansiedad severo y 10 presentaron un nivel de ansiedad extremadamente severo.

De los 7 hombres encuestados, 1 presenta un nivel de ansiedad normal, 1 presenta un nivel de ansiedad leve, 1 presenta un nivel de ansiedad moderado y 4 presentaron un nivel de estrés extremadamente severo.

De los profesionales que respondieron que disponían de menos de 1 año de experiencia, 1 respondió que presentaba un nivel de ansiedad leve, 1 presentó un nivel de ansiedad severo y 2 presentaron un nivel de ansiedad extremadamente severo

De los profesionales que respondieron que disponían entre 1 y 5 años de experiencia, 7 presentaron un nivel de ansiedad normal, 1 presentó un nivel de ansiedad leve, 1 presentó un nivel de ansiedad moderado, 1 presentó un nivel de ansiedad severo y 3 presentaron un nivel de ansiedad extremadamente severo.

De los profesionales que respondieron que disponían entre 5 y 10 años de experiencia, 1 presentó un nivel de ansiedad normal, 1 presentó un nivel de ansiedad leve, 1 presentó un nivel de ansiedad moderado y 1 presentó un nivel de ansiedad extremadamente severo.

De los profesionales que contaban con más de 10 años de experiencia, 2 presentaron nivel de ansiedad normal, 2 presentaron nivel de ansiedad leve, 2 presentaron nivel de ansiedad moderado y 8 presentaron nivel de ansiedad extremadamente severo.

TABLA 6. NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN GÉNERO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL

VARIABLES		NIVELES DE ANSIEDAD				
		NORMAL	LEVE	MODERADO	SEVERO	EXTREMADAMENTE SEVERO
GÉNERO N=35	MUJERES [n=28; 80%]	9 (25,71%)	4 (11,43%)	3 (8,57%)	2 (5,71%)	10 (28,57%)
	HOMBRES [n=7; 20%]	1 (2,86%)	1 (2,86%)	1 (2,86%)	-	4 (11,43%)
EXPERIENCIA PROFESIONAL N=35	<1 AÑO [n=4; 11,43%]	-	1 (2,86%)	-	1 (2,86%)	2 (5,71%)
	1-5 AÑOS [n=13; 37,14%]	7 (20%)	1 (2,86%)	1 (2,86%)	1 (2,86%)	3 (8,57%)
	5-10 AÑOS [n=4; 11,43%]	1 (2,86%)	1 (2,86%)	1 (2,86%)	-	1 (2,86%)
	>10 AÑOS [n=14; 40%]	2 (5,71%)	2 (5,71%)	2 (5,71%)	-	8 (22,86%)

Ahora, se van a analizar los resultados diferenciando por servicios, a saber, Medicina Interna, Traumatología y Maternidad (Tabla 7).

Comenzamos con el servicio de medicina interna. Aquí participaron 17 profesionales de los cuales 12 son mujeres y 5 son hombres. Los resultados se pueden observar en la tabla 5.

De las 12 mujeres encuestadas 10 presentaron un nivel de depresión normal y 2 presentaron un nivel de depresión moderado.

De los 5 hombres encuestados 1 presentó un nivel de depresión normal, 3 presentaron un nivel de depresión leve y 1 presentó un nivel de depresión severo.

De los profesionales que respondieron que disponían de 1 año de experiencia, 1 presentó un nivel de depresión normal y 1 presentó un nivel de depresión leve.

De los profesionales que respondieron que disponían entre 1 y 5 años de experiencia profesional, 5 presentaron un nivel de depresión normal y 1 presentó un nivel de depresión severo.

De los profesionales que respondieron que disponían entre 5 y 10 años de experiencia profesional, 2 presentaron un nivel de depresión normal.

De los profesionales que respondieron que disponían de más de 10 años de experiencia profesional, 3 presentaron un nivel de depresión normal, 2 presentaron un nivel de depresión leve y 2 presentaron un nivel de depresión moderado.

TABLA 7. NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN GÉNERO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA						
VARIABLES		NIVELES DE DEPRESIÓN				
		NORMAL	LEVE	MODERADO	SEVERO	EXTREMADAMENTE SEVERO
GÉNERO N=17	MUJERES [n=12; 70,59%]	10 (58,82%)	-	2 (11,76%)	-	-
	HOMBRES [n=5; 29,42%]	1 (5,88%)	3 (17,65%)	-	1 (5,88%)	-
EXPERIENCIA PROFESIONAL N=17	<1 AÑO [n=2; 11,76%]	1 (5,88%)	1 (5,88%)	-	-	-
	1-5 AÑOS [n=6; 35,29%]	5 (29,41%)	-	-	1 (5,88%)	-
	5-10 AÑOS [n=2; 11,76%]	2 (11,76%)	-	-	-	-
	>10 AÑOS [n=11; 41,17%]	3 (17,65%)	2 (11,76%)	2 (11,76%)	-	-

A continuación, vamos a analizar los niveles de estrés en el personal de Medicina Interna. Los resultados se pueden observar en la tabla 8.

De las 12 mujeres que respondieron a la encuesta, 7 presentaron un nivel de estrés normal, 2 presentaron un nivel de estrés leve, 1 presentó un nivel de estrés moderado y 1 presentó un nivel de estrés severo.

De los 5 hombres encuestados, 1 presentó un nivel de estrés leve y 3 presentaron un nivel de estrés moderado.

De los profesionales que respondieron que disponían de una experiencia profesional inferior a 1 año, 1 presentó un nivel de estrés moderado y 1 presentó un nivel de estrés severo.

De los profesionales que disponían entre 1 y 5 años de experiencia profesional, 3 presentaron un nivel de estrés normal, 2 presentaron un nivel de estrés leve y 1 presentó un nivel de estrés moderado.

De los profesionales que respondieron que disponían entre 5 y 10 años de experiencia, 1 presentó nivel normal y 1 presentó nivel de estrés leve.

De los profesionales que respondieron que disponían de más de 10 años de experiencia profesional, 4 presentaron nivel de estrés normal, 1 presentó nivel de estrés leve y 2 presentaron nivel de estrés moderado.

TABLA 8. NIVEL DE ESTRÉS SEGÚN GÉNERO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

VARIABLES		NIVELES DE ESTRÉS				
		NORMAL	LEVE	MODERADO	SEVERO	EXTREMADAMENTE SEVERO
GÉNERO N=17	MUJERES [n=12; 70,59%]	7 (41,18%)	2 (11,76%)	1 (5,88%)	1 (5,88%)	-
	HOMBRE [n=5; 29,42%]	-	1 (5,88%)	3 (17,65%)	-	-
EXPERIENCIA PROFESIONAL N=17	<1 AÑO [n=2; 11,76%]	-	-	1 (5,88%)	1 (5,88%)	-
	1-5 AÑOS [n=6; 35,29%]	3 (17,65%)	2 (11,76%)	1 (5,88%)	-	-
	5-10 AÑOS [n=2; 11,76%]	1 (5,88%)	1 (5,88%)	-	-	-
	>10 AÑOS [n=11; 41,17%]	4 (23,53%)	1 (5,88%)	2 (11,76%)	-	-

A continuación, vamos a analizar el nivel de ansiedad en el personal de la planta de Medicina Interna. Los resultados se pueden observar en la tabla 9.

De las 12 mujeres que respondieron a la encuesta, 5 presentaron un nivel de ansiedad normal, 3 presentaron un nivel de ansiedad leve, 2 presentaron un nivel de ansiedad moderado y 1 presentó un nivel de ansiedad severo y 1 presentó un nivel de ansiedad extremadamente severo.

De los 5 hombres que respondieron a la encuesta, 1 presentó un nivel de ansiedad moderado y 4 presentaron un nivel de ansiedad extremadamente severo.

De los profesionales sanitarios que respondieron que disponían de experiencia profesional inferior a 1 año, 1 presentó un nivel de ansiedad severo y 1 presentó un nivel de ansiedad extremadamente severo.

De los profesionales sanitarios que respondieron que disponían entre 1 y 5 años de experiencia profesional, 3 presentaron un nivel de ansiedad normal, 1 presentó un nivel de ansiedad leve, 1 presentó un nivel de ansiedad moderado y 1 presentó un nivel de ansiedad extremadamente severo.

De los profesionales sanitarios que respondieron que disponían entre 5 y 10 años de experiencia profesional, 1 presentó un nivel de ansiedad leve y 1 presentó un nivel de ansiedad moderado.

De los profesionales sanitarios que respondieron que disponían de una experiencia profesional superior a 10 años, 2 presentaron un nivel de ansiedad normal, 1 presentó un nivel de ansiedad leve, 1 presentó un nivel de ansiedad moderado y 3 presentaron un nivel de ansiedad extremadamente severo.

TABLA 9. NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN GÉNERO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL EN MEDICINA INTERNA						
VARIABLES		NIVELES DE ANSIEDAD				
		NORMAL	LEVE	MODERADO	SEVERO	EXTREMADAMENTE SEVERO
GÉNERO N=17	MUJERES [n=12; 70,59%]	5 (29,41%)	3 (17,65%)	2 (11,76%)	1 (5,88%)	1 (5,88%)
	HOMBRE [n=5;29,42%]	-	-	1 (5,88%)	-	4 (23,53%)
EXPERIENCIA PROFESIONAL N=17	<1 AÑO [n=2;11,76%]				1 (5,88%)	1 (5,88%)
	1-5 AÑOS [n=6; 35,29%]	3 (17,65%)	1 (5,88%)	1 (5,88%)		1 (5,88%)
	5-10 AÑOS [n=2; 11,76%]		1 (5,88%)	1 (5,88%)		
	>10 AÑOS [n=11; 41,17%]	2 (11,76%)	1 (5,88%)	1 (5,88%)		3 (17,65%)

A continuación, analizamos los niveles de depresión de los profesionales del servicio de Traumatología. Los resultados se pueden observar en la tabla 10.

De las 8 mujeres que respondieron, 5 presentaron nivel de depresión normal, 1 presentó un nivel de depresión leve, 1 presentó nivel de depresión moderado y 1 presentó nivel de depresión extremadamente severo.

De los 2 hombres que fueron encuestados 1 presentó un nivel de depresión normal y 1 presentó un nivel de depresión moderado.

El profesional que respondió que disponía de menos de un año de experiencia profesional presentó un nivel de depresión moderado.

De los profesionales que respondieron que disponían entre 1 y 5 años de experiencia profesional, los 4 presentaron nivel de depresión normal.

El profesional que respondió que disponía entre 5 y 10 años de experiencia profesional presentó un nivel de depresión normal.

De los profesionales que contaban con más de 10 años de experiencia, 1 presentó niveles de depresión normal, 1 presentó nivel de depresión leve, 1 presentó un nivel de depresión moderado y 1 presentó un nivel de depresión extremadamente severo.

TABLA 10. NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN GÉNERO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL EN TRAUMATOLOGÍA						
VARIABLES		NIVELES DE DEPRESIÓN				
		NORMAL	LEVE	MODERADO	SEVERO	EXTREMADAMENTE SEVERO
GÉNERO N=10	MUJERES [n=8; 80%]	5 (50%)	1 (10%)	1 (10%)	-	1 (10%)
	HOMBRES [n=2; 20%]	1 (10%)	-	1 (10%)	-	-
EXPERIENCIA PROFESIONAL N=10	<1 AÑO [n=1;10%]	-	-	1 (10%)	-	-
	1-5 AÑOS [n=4; 40%]	4 (40%)	-	-	-	-
	5-10 AÑOS [n=1; 10%]	1 (10%)	-	-	-	-
	>10 AÑOS [n=4; 40%]	1 (10%)	1 (10%)	1 (10%)	-	1 (10%)

A continuación, vamos a analizar los resultados obtenidos referente al nivel de estrés que presentaron los profesionales que trabajan en el servicio de Traumatología. Los resultados los podemos observar en la tabla 11.

De las 8 mujeres que respondieron a la encuesta, 2 presentaron un nivel de estrés normal, 3 presentaron un nivel de estrés moderado, 2 presentaron un nivel de estrés severo, y 1 presentó un nivel extremadamente severo.

De los 2 hombres encuestados, 1 presentó un nivel de estrés leve y 1 presentó un nivel de estrés moderado.

De los profesionales que respondieron que disponían de una experiencia profesional inferior a 1 año, 1 presentó un nivel de estrés normal y 1 presentó un nivel de estrés moderado.

De los profesionales que disponían entre 1 y 5 años de experiencia profesional, 2 presentaron un nivel de estrés normal, y 1 presentó nivel de estrés moderado.

De los profesionales que respondieron que disponían entre 5 y 10 años de experiencia, 1 presentó nivel normal.

De los profesionales que respondieron que disponían de más de 10 años de experiencia profesional, 1 presentó nivel de estrés moderado, 2 presentaron nivel de estrés severo y 1 presentó nivel de estrés extremadamente severo.

TABLA 11. NIVEL DE ESTRÉS SEGÚN GÉNERO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL EN TRAUMATOLOGÍA

VARIABLES		NIVELES DE ESTRÉS				
		NORMAL	LEVE	MODERADO	SEVERO	EXTREMADAMENTE SEVERO
GÉNERO N=10	MUJERES [n=8; 80%]	2 (20%)	-	3 (30%)	2 (20%)	1 (10%)
	HOMBRES [n=2; 20%]	1 (10%)	-	1 (10%)	-	-
EXPERIENCIA PROFESIONAL N=10	<1 AÑO [n=1;10%]	-	-	1 (10%)	-	-
	1-5 AÑOS [n=4; 40%]	2 (20%)	-	2 (20%)	-	-
	5-10 AÑOS [n=1; 10%]	1 (10%)	-	-	-	-
	>10 AÑOS [n=4; 40%]	-	-	1 (10%)	2 (20%)	1 (10%)

A continuación, vamos a analizar el nivel de ansiedad en el personal de la planta de Medicina Interna. Los resultados se pueden observar en la tabla 12.

De las 8 mujeres que respondieron a la encuesta, 2 presentaron un nivel de ansiedad normal, 1 presentaron un nivel de ansiedad leve, 1 presentó un nivel de ansiedad severo y 4 presentó un nivel de ansiedad extremadamente severo.

De los 2 hombres que respondieron a la encuesta, 1 presentó un nivel de ansiedad normal, y 1 presentó un nivel de ansiedad leve.

De los profesionales sanitarios que respondieron que disponían de experiencia profesional inferior a 1 año, 1 presentó un nivel de ansiedad leve.

De los profesionales sanitarios que respondieron que disponían entre 1 y 5 años de experiencia profesional, 2 presentaron un nivel de ansiedad normal, 1 presentó un nivel de ansiedad severo, y 1 presentó un nivel de ansiedad extremadamente severo.

De los profesionales sanitarios que respondieron que disponían entre 5 y 10 años de experiencia profesional, 1 presentó un nivel de ansiedad normal.

De los profesionales sanitarios que respondieron que disponían de una experiencia profesional superior a 10 años, 1 presentó un nivel de ansiedad leve, y 3 presentaron un nivel de ansiedad extremadamente severo

TABLA 12. NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN GÉNERO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL EN TRAUMATOLOGÍA

VARIABLES		NIVELES DE ANSIEDAD				
		NORMAL	LEVE	MODERADO	SEVERO	EXTREMADAMENTE SEVERO
GÉNERO N=10	MUJERES [n=8; 80%]	2 (20%)	1 (10%)	-	1 (10%)	4 (40%)
	HOMBRES [n=2; 20%]	1 (10%)	1 (10%)	-	-	-
EXPERIENCIA PROFESIONAL N=10	<1 AÑO [n=1;10%]	-	1 (10%)	-	-	-
	1-5 AÑOS [n=4; 40%]	2 (20%)	-	-	1 (10%)	1 (10%)
	5-10 AÑOS [n=1; 10%]	1 (10%)	-	-	-	-
	>10 AÑOS [n=4; 40%]	-	1 (10%)	-	-	3 (30%)

A continuación, analizamos los niveles de depresión de los profesionales del servicio de Maternidad. Los resultados se pueden observar en la tabla 13.

De las 8 mujeres que respondieron, 4 presentaron nivel de depresión normal, 1 presentó un nivel de depresión leve, 1 presentó nivel de depresión moderado, 1 presentó nivel de depresión severo, y 1 presentó nivel de depresión extremadamente severo.

El profesional que respondió que disponía de menos de un año de experiencia profesional presentó un nivel de depresión moderado.

De los profesionales que respondieron que disponían entre 1 y 5 años de experiencia profesional, los 3 presentaron nivel de depresión normal.

El profesional que respondió que disponía entre 5 y 10 años de experiencia profesional presentó un nivel de depresión extremadamente severo.

De los profesionales que contaban con más de 10 años de experiencia, 1 presentó niveles de depresión normal, 1 presentó nivel de depresión leve, y 1 presentó un nivel de depresión severo.

TABLA 13. NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN GÉNERO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL EN MATERNIDAD						
VARIABLES		NIVELES DE DEPRESIÓN				
		NORMAL	LEVE	MODERADO	SEVERO	EXTREMADAMENTE SEVERO
GÉNERO N=8	MUJERES [n=8; 100%]	4 (50%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)
	HOMBRES [n=0]	-	-	-	-	-
EXPERIENCIA PROFESIONAL N=8	<1 AÑO [n=1; 12,5%]	-	-	1 (12,5%)	-	-
	1-5 AÑOS [n=3; 37,5%]	3 (37,5%)	-	-	-	-
	5-10 AÑOS [n=1; 12,5%]	-	-	-	-	1 (12,5%)
	>10 AÑOS [n=3; 37,5%]	1 (12,5%)	1 (12,5%)	-	1 (12,5%)	-

A continuación, vamos a analizar los resultados obtenidos referente al nivel de estrés que presentaron los profesionales que trabajan en el servicio de Maternidad. Los resultados los podemos observar en la tabla 14.

De las 8 mujeres que respondieron a la encuesta, 3 presentaron un nivel de estrés normal, 1 presentó un nivel de estrés moderado, 2 presentaron un nivel de estrés severo, y 1 presentó un nivel extremadamente severo.

De los profesionales que respondieron que disponían de una experiencia profesional inferior a 1 año, 1 presentó un nivel de estrés extremadamente severo.

De los profesionales que disponían entre 1 y 5 años de experiencia profesional, 2 presentaron un nivel de estrés normal, y 1 presentó nivel de estrés moderado.

De los profesionales que respondieron que disponían entre 5 y 10 años de experiencia, 1 presentó nivel severo.

De los profesionales que respondieron que disponían de más de 10 años de experiencia profesional, 1 presentaron nivel de estrés normal, 1 presentaron nivel de estrés severo, y 1 presentó nivel de estrés extremadamente severo.

TABLA 14. NIVEL DE ESTRÉS SEGÚN GÉNERO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL EN MATERNIDAD						
VARIABLES		NIVELES DE ESTRÉS				
		NORMAL	LEVE	MODERADO	SEVERO	EXTREMADAMENTE SEVERO
GÉNERO N=8	MUJERES [n=8; 100%]	3 (37,5%)	-	1 (12,5%)	2 (25%)	1 (12,5%)
	HOMBRES [n=0]	-	-	-	-	-
EXPERIENCIA PROFESIONAL N=8	<1 AÑO [n=1; 12,5%]	-	-	-	-	1 (12,5%)
	1-5 AÑOS [n=3; 37,5%]	2 (25%)	-	1 (12,5%)	-	-
	5-10 AÑOS [n=1; 12,5%]	-	-	-	1 (12,5%)	-
	>10 AÑOS [n=3; 37,5%]	1 (12,5%)	-	-	1 (12,5%)	1 (12,5%)

A continuación, vamos a analizar el nivel de ansiedad en el personal de la planta de Maternidad. Los resultados se pueden observar en la tabla 15.

De las 8 mujeres que respondieron a la encuesta, 2 presentaron un nivel de ansiedad normal, 1 presentaron un nivel de ansiedad moderado, y 5 presentó un nivel de ansiedad extremadamente severo.

De los profesionales sanitarios que respondieron que disponían de experiencia profesional inferior a 1 año, 1 presentó un nivel de ansiedad extremadamente severo.

De los profesionales sanitarios que respondieron que disponían entre 1 y 5 años de experiencia profesional, 2 presentó nivel de ansiedad normal, y 1 presentó un nivel de ansiedad extremadamente severo.

De los profesionales sanitarios que respondieron que disponían entre 5 y 10 años de experiencia profesional, 1 presentó un nivel de ansiedad extremadamente severo.

De los profesionales sanitarios que respondieron que disponían de una experiencia profesional superior a 10 años, 1 presentó un nivel de ansiedad moderado, y 2 presentaron un nivel de ansiedad extremadamente severo.

TABLA 15. NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN GÉNERO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL EN MATERNIDAD						
VARIABLES		NIVELES DE ANSIEDAD				
		NORMAL	LEVE	MODERADO	SEVERO	EXTREMADAMENTE SEVERO
GÉNERO N=8	MUJERES [n=8; 100%]	2 (25%)	-	1 (12,5%)	-	5 (62,5%)
	HOMBRES [n=0]	-	-	-	-	-
EXPERIENCIA PROFESIONAL N=8	<1 AÑO [n=1;12,5%]	-	-	-	-	1 (12,5%)
	1-5 AÑOS [n=3; 37,5%]	2 (25%)	-	-	-	1 (12,5%)
	5-10 AÑOS [n=1; 12,5%]	-	-	-	-	1 (12,5%)
	>10 AÑOS [n=3; 37,5%]	-	-	1 (12,5%)	-	2 (25%)

A nivel general, cabe destacar en la subescala de ansiedad que el 40% de los 35 trabajadores que han cumplimentado la encuesta presentan niveles extremadamente severos frente al 28,57% que presenta niveles normales de ansiedad, siendo el servicio de Maternidad el que presenta los niveles más altos de esta, con un 62,5% de los trabajadores de ese servicio con un nivel de ansiedad extremadamente severo, seguido del servicio de Traumatología con un 40%, y un 29,41% de los trabajadores en el servicio de Medicina Interna.

En cuanto a la subescala de depresión, en líneas generales se presenta un nivel normal en un 60% de los trabajadores, aunque existe un 14,29% que tiene un nivel de depresión moderado. Por servicios, Traumatología con un 20% de los trabajadores son los que tienen un mayor nivel de depresión, Maternidad con un 12,5%, seguido por el servicio de y el servicio de Medicina Interna con un 11,76% de los trabajadores son los que tienen un nivel moderado de depresión.

Por último, en la subescala del estrés, a nivel general un 40% de los trabajadores presentan niveles normales de estrés, sin embargo, también destaca que el 25,72% presenta niveles moderados, el 11,43% presenta un nivel severo de estrés, y otro 11,43% presenta un nivel extremadamente severo. Por servicios, de nuevo Maternidad tiene los niveles de estrés más altos en el estudio, destacando el 25% de las trabajadoras presentan un 25% de estrés severo, seguido del 12,5% que tienen niveles extremadamente severos, y otro 12,5% niveles moderados. El servicio de Traumatología presenta un 40% de los trabajadores estrés moderado, seguido de un 20% nivel severo. El servicio de Medicina Interna es el que presenta niveles más bajos de estrés, aunque destaca el 23,2% que sí presenta niveles moderados.

A continuación, vamos a comparar con diferentes estudios existentes en la actualidad. Desde el inicio de la pandemia han aumentado los estudios acerca de la afectación psicosocial de los profesionales de la salud, relacionados con varios factores como son las condiciones laborales, la elevada carga de trabajo, la escasa disponibilidad de equipos de protección individual, o la falta de información ⁽²⁴⁾. En un estudio al personal sanitario en la ciudad de Wuhan, epicentro de la pandemia, indica que un 54% del total de la muestra experimentó síntomas de ansiedad, y el 58% síntomas de depresión de todos los profesionales sanitarios que trabajaron durante el comienzo de la pandemia del COVID-19⁽²⁵⁾. En otro estudio de China con una muestra de 1257 trabajadores sanitarios, de los cuales 760 eran de la ciudad de Wuhan, mostró que un 71,5% de estos trabajadores

tuvieron síntomas de angustia, un 50,4% depresión, un 44,6% ansiedad, y un 34% de insomnio. Estos síntomas fueron más exacerbados en el personal de enfermería, y resto de profesionales de primera línea ⁽²⁶⁾. En un estudio realizado con el mismo cuestionario que en esta investigación en Perú en personal de enfermería, dio como resultado unos resultados de depresión 30,8%, ansiedad 41,8% y estrés un 34,1% ⁽²⁷⁾. Otro estudio realizado en profesionales sanitarios del Departamento de Salud del Servicio del País Vasco y Navarra utilizando la escala DASS-21, el 46,7% de los participantes del estudio indicó que sufrían estrés, el 37% ansiedad, y el 27,4% depresión ⁽²⁸⁾.



Conclusiones

El personal de Enfermería y Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería que trabajaron en unidades no Covid durante la pandemia en el Centro hospitalario, demuestran tener unos niveles elevados de ansiedad, y en menor media de estrés y depresión.

El parámetro más afectado es el de ansiedad, llegando a un 40% en los distintos servicios a ser extremadamente severo. La unidad más afectada en nuestro estudio fue el servicio de maternidad. Hecho que se justifica en la necesidad de asumir pacientes diferentes a su ámbito habitual de trabajo.

Una de las posibles limitaciones de nuestro estudio es la falta de muestra representativa que se pueda extrapolar a la población general.

En futuros estudios se podría estudiar cómo ha afectado el haber padecido covid a las habilidades laborales.



Bibliografía

1. López Franco A, Latasa Zamalloa P. Coronavirus COVID-19. Rev. Esp. Salud Pública. 2020; Vol. 94: 1-2. [Internet]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/EDITORIALES/RS94C_202004037.pdf
2. Suarez Alonso AG. La salud mental en tiempos de la COVID-19. Salud Pública. 2020; Vol. 94: 1-2. [Internet]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/EDITORIALES/RS94C_202010126.pdf
3. Ministerio de Sanidad. Informe del Ministerios de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2. [Internet]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf
4. Muñoz Fernández SL, Molina Valdespino D, Ochoa Palacios R, Sánchez Guerrero O, Esquivel Acevedo JA. Stress, emotional responses, risk factors, psychopathology and management of healthcare workers during (COVID-19) pandemic. Acta Pediatr Mex 2020; 41 (Supl 1): pag 127-136. [Internet]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2020/apms201q.pdf>
5. Diccionario de medicina Oceano Mosvi. Barcelona; 2009.
6. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Trastorno de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de práctica clínica en el SNS: UETS nº 2006/10.
7. Ferre Navarrete F, Gimeno Álvarez D. Protocolo diagnóstico y tratamiento de la ansiedad generalizada. Medicine. 2011; 10 (86):5846-5850.
8. Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª ed. Barcelona: Masson; 1995.
9. Martín Daza F. NTP 318: El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral
10. Martínez Martínez L. Psychological Risks and Work Stress in Times of COVID-19: Instruments for its evaluation. Revista de Comunicación y Salud, 2020, Vol. 10, nº2, 301-321. [Internet]. Disponible en: <http://www.revistadecomunicacionysalud.es/index.php/rcys/article/view/212/182>

11. Fidalgo Vega M. NTP: 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (I): definición y proceso de generación.
12. Fidalgo Vega M. NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (II): consecuencias, evaluación y prevención.
13. Ministerio de Sanidad. Información científico-técnica. Enfermedad por Coronavirus, COVID-19. [Internet]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf>
14. Jimenez E, Jontán Vela M, Valencia J, Fernández-Jiménez I, Álvaro-Alonso EA, Izquierdo-García E, et al. Characteristics, complications and outcomes among 1549 patients hospitalised with COVID-19 in a secondary hospital in Madrid, Spain: a retrospective case series study. BMJ Open. 2020; 10(11): e042398.). [Internet]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33172949/>
15. Ministerio de Sanidad. Información científico-técnica. Información clínica COVID-19. [Internet]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento_CLINICA.pdf
16. Ministerio de Sanidad. Información científico-técnica. Transmisión de SARS-CoV-2. [Internet]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento_TRANSMISION.pdf
17. Ministerio de Sanidad. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control del COVID-19 [Internet]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf
18. Ministerio de Sanidad. Información científico-técnica. Parámetros epidemiológicos. [Internet]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento_EPIDEMIOLOGIA.pdf
19. Ministerio de Sanidad. Documento técnico. Recomendaciones de seguridad del paciente y profesionales en procedimientos intervencionistas en la fase de transición de la pandemia COVID-19. [Internet]. Disponible en:

https://www.msrebs.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Procedimientos_intervencionistas.pdf

20. Ozamiz Etxeberria N, Dosil Santamaría M, Idoiaga Mondragón N, Berasategui Santxo N. Estado emocional del profesorado de colegios y universidades en el norte de España ante la COVID-19. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 15 de febrero e202102030. [Internet]. Disponible en: https://www.msrebs.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/O_BREVES/RS95C_202102030.pdf

21. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Informe sobre la situación de COVID-19 en personal sanitario en España. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a.%20Situaci%C3%B3n%20en%20Sanitarios%20a%2021%20de%20mayo%20de%202020.pdf>

22. SARS-CoV-2 infection in Health Care Workers in a large public hospital in Madrid, Spain, during March 2020 | medRxiv [Internet]. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.07.20055723v1>

23. Bonet Beltrán M, Villarte Farré L, Barbé Illa E, Godoy P. Sintomatología inicial de la infección por SARS-CoV-2 en el personal sanitario: ¿Qué hemos aprendido?. Revista Atención Primaria 53. 202. [Internet]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-sintomatologia-inicial-infeccion-por-sars-cov-2-S0212656720303504>

24. Astrés M, Alves A. Salud mental y estrés ocupacional en trabajadores de la salud a la primera línea de la pandemia de COVID-19. Revista Cuidadarte [Internet]. 2020; 11(2): e1222. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7445009>

25. Xiao, X.; Fu, S.; Hu, Y.; Li, X.; Xiao, J. Psychological impact of healthcare workers in China during COVID-19 pneumonia epidemic: A multi-center cross-sectional survey investigation. J. Affect. Disord. 2020, 274, 405-410. [Internet]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32663970/>

26. Lai, J.; Ma, S.; Wang, Y.; Cai, Z.; Hu, J.; Wei, N.; Wu, J.; Du, H.; Chen, T.; Li, R.; et al. Factors Associated with Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease. Jama Network Open. 2020; 3(3). [Internet]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7090843/>

27. Virto Concha CA, Virto Farfán CH, Cornejo Calderón A, Loayza Bairo W, Álvarez Arce BG, Gallegos Laguna Y, et al. Estrés ansiedad y depresión con estilos de afrontamiento en enfermeras en contacto con COVID-19 Cusco Perú. Rev. Recién. 2020; Vol.9 / N°3. [Internet]. Disponible en: <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/44/49>

28. Dosil Santamaría M, Ozamiz Etxeberria, N, Redondo Rodríguez I, Jaureguizar Aoboniga-Mayor J, Picaza Gorrotxategi M. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. Rev Psiquiatría Salud Mental (Barcelona). 2020. [Internet]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-pdf-S1888989120300604>

