



Universidad de Valladolid



GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA EN LA PROVINCIA DE SORIA.

Fernando Osés Solana

Tutelado por: Ana M^a Fernández Araque/Claudia Casilda Ollauri
Ibáñez

Soria, 10 de mayo de 2022

Resumen

Introducción: en el año 2019 en Wuhan (China) se observaron una serie de casos de neumonía con un cuadro de síntomas común los cuales fueron relacionados con un nuevo virus llamado SARS-CoV 2. Debido a la elevada morbimortalidad junto a la velocidad de transmisión y la falta de información ante el virus la OMS decidió catalogar dicho brote como emergencia para la salud pública internacional. Esta nueva patología pone en riesgo la salud mental de la población, acentuándose en las personas en contacto directo ante el virus tales como los profesionales sanitarios.

Justificación: existe evidencia científica de que hay una relación directa entre la COVID-19, factores psicológicos como la depresión, la ansiedad, el estrés y el insomnio, y una menor satisfacción con el trabajo y su consecuente disminución de calidad asistencial en el mismo.

Objetivos: evaluar el daño psicológico sufrido por los profesionales de enfermería en primera línea de defensa frente a la COVID-19 en la provincia de Soria.

Metodología: estudio observacional transversal llevado a cabo con los profesionales en primera línea de defensa ante la COVID-19 pertenecientes al hospital Santa Bárbara de Soria. El nivel de depresión, ansiedad y estrés fueron evaluados mediante la versión española *Depression Anxiety and Stress Scale-21*. Por su parte el insomnio fue evaluado mediante la escala de insomnio de Atenas.

Resultados: en relación a la muestra de estudio, el 44,2 % de los participantes han presentado depresión, 55,6% ansiedad, 61,5% estrés y 44,2% insomnio. Variables como el género, la edad, ser considerado persona de riesgo y convivir con personas de riesgo aumentaron los niveles de daño psicológico. La óptima salud mental de los profesionales sanitarios debe de ser uno de los objetivos a tener en cuenta para la correcta evolución de la pandemia COVID-19.

Conclusión: los datos obtenidos en los profesionales de enfermería de Soria son superiores en cuanto a los niveles de depresión, ansiedad, estrés e insomnio en comparación con estudio a nivel nacional e internacional.

Palabras clave: COVID-19, SARS-CoV2, daño psicológico, enfermería.

Índice de contenido

Introducción	1
Justificación	4
Objetivos	5
Metodología	6
Resultados	10
Discusión	15
Conclusión	17
Agradecimientos	18
Bibliografía	19

Índice de gráficos

Tabla 1. Porcentaje de sanitarios que presentan niveles de depresión, ansiedad, estrés e insomnio en relación al género y la edad	10
Tabla 2. Resumen estudio t de Student	11
Gráfico 1. Comparativa de depresión, ansiedad, estrés e insomnio según la edad.	12
Gráfico 2. Comparativa depresión, ansiedad, estrés e insomnio según características sociodemograficas.	13
Tabla 3. Puntuaciones medias según factores sociodemográficos.	13
Gráfico 3. Comparativa de promedio de depresión, ansiedad, estrés e insomnio según unidades del Hospital Santa Bárbara.	14

Índice de anexos

ANEXOS	I
ANEXO I	I
ANEXO II	I
ANEXO III.	II
ANEXO IV.	III
ANEXO V	IV
ANEXO VI	V
ANEXO VII.	VII

Introducción

A finales de diciembre de 2019 en la ciudad china de Wuhan se comenzaron a detectar una serie de casos de neumonías de origen desconocido. Tras analizar las muestras de estos pacientes se llegó a la conclusión de que el patógeno causante era un betacoronavirus con una gran similitud filogenética con el responsable del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS, del inglés *Severe Acute Respiratory Syndrome*), también originado en China en el 2003. Por este motivo, el nuevo betacoronavirus pasó a denominarse SARS-CoV 2 y la patología que provoca enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19, del inglés *Coronavirus Disease 19*)¹.

Los coronavirus forman una extensa familia de virus llamada *Coronaviridae* capaz de causar enfermedades tanto en animales como en humanos¹. Su principal vía de transmisión son las gotas respiratorias y esputos que se expulsan al hablar, gritar, toser, etc^{2,3}.

La COVID-19 produce síntomas similares a los de la gripe tales como fiebre, tos, disnea, astenia, mialgia y fatiga. Los casos con peor pronóstico se caracterizan por producir neumonía, síndrome de dificultad respiratoria aguda y sepsis, alcanzando una tasa de mortalidad de un 4,48% a nivel mundial que afortunadamente ha ido descendiendo gracias a los avances sanitarios producidos durante la pandemia³.

El 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró al brote “emergencia de salud pública de interés internacional” debido a la rápida expansión de la enfermedad por todo el mundo y la alta morbilidad asociada a la enfermedad. Posteriormente, el 11 de marzo de ese mismo año, pasaría a ser denominada pandemia¹.

Consecuencias en los profesionales sanitarios

Frente a esta situación crítica, la salud mental de la población general se vio comprometida, siendo especialmente exacerbada en los profesionales sanitarios al tratarse de personas que están en primera línea de la defensa contra el virus¹. El personal sanitario se enfrentó a escenarios laborales muy intensos y estresantes, tales como jornadas laborales prolongadas, sobrecarga de trabajo, instrucciones y medidas de seguridad estrictas, necesidad permanente de concentración y vigilancia, escasez de equipamientos de protección y reducción del contacto social, además de tener que realizar tareas para las que muchos no estaban preparados⁴.

Estos profesionales deben usar equipos de protección personal, lo que dificulta la realización de procedimientos médicos. Esto, junto con el miedo a ser contagiosos e infectar a otros y los factores estresantes mencionados anteriormente, ha desencadenado un impacto psicológico que perjudica y compromete su salud mental en los profesionales sanitarios, manifestando ansiedad depresión, estrés, insomnio o estrés postraumático, entre otras¹.

La revisión sistemática llevada a cabo por Pappa et al. destaca estudios realizados en profesionales de la salud, como el estudio de Guo et al. llevado a cabo en China en el año 2020 el cual muestra, mediante una muestra de 11.118 profesionales de la salud entre los cuales el 53,07% fue personal de enfermería, que el 31,45 % presentó depresión y el 17,45% manifestó ansiedad en cualquiera de sus grados⁵.

Otro estudio llevado a cabo por Lai et al. en Wuhan entre el 29 de enero de 2020 y el 2 de febrero de ese mismo año, revela que el 50,4% de los profesionales de la salud presentaban depresión en cualquiera de sus grados (leve, moderada, severa, extremadamente severa), el 44,6% mostraba ansiedad y el 34% sufría insomnio o diferentes problemas de sueño⁶.

A nivel nacional, Dosil Santamaria et al. en su estudio realizado en mayo de 2020 a 421 profesionales de la salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco y Navarra, expone que el 46,7% de los participantes indicaron sufrir estrés, el 37% ansiedad, el 27,4% depresión y el 28,9% problemas de sueño, destacando mayores niveles de ansiedad y estrés en mujeres que en hombres⁴.

Estudios previos a la pandemia, como el de Fernández Araque et al., realizado en 2016 en el hospital Miguel Servet de Zaragoza, exponen que la calidad de vida de los profesionales sanitarios de las unidades de urgencias y la unidad de cuidados intensivos (UCI) es menor que la de otras unidades y servicios como atención primaria, presentando más carga de trabajo y mayor complejidad de cuidado y responsabilidad percibida⁷. Ésto, junto a los problemas psicológicos provocados por la pandemia, puede disminuir la eficacia sanitaria ya que, según el Comité Técnico Internacional de Enfermería, la carga de trabajo no solo afecta física y mentalmente a los profesionales sanitarios, sino que disminuye la calidad de cuidado prestado a los pacientes a los que se les atiende⁸.

Situación actual sobre la pandemia COVID-19

Hasta marzo de 2021, se ha registrado una incidencia acumulada de 114,4 millones de casos de COVID-19 en todo el mundo, provocando la modificación de la estructura asistencial en los hospitales que buscan la mejor forma de adaptarse para responder al incremento de

pacientes infectados por el virus y su necesidad de aumentar la atención especializada hospitalaria, sin desatender, en la medida de lo posible, las necesidades de los pacientes no afectados por el mismo⁹.

Las Comunidades Autónomas, en coordinación con el Ministerio, revisan de manera periódica la situación epidemiológica en grupos vulnerables para valorar la necesidad de proponer medidas de control específicas. Desde el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España se consensuaron unos indicadores para la medición del riesgo presente en el momento de estudio de la muestra de cada comunidad (ANEXO I)¹⁰.

En el momento de la realización del presente estudio, Castilla y León se encuentra en quinto lugar entre las Comunidades Autónomas españolas con mayor número de infectados de COVID-19 por cada 100.000 habitantes. La provincia de Soria presenta el máximo grado de riesgo (grado 4 considerado como riesgo muy alto) en cuanto a: tasa de incidencia acumulada de 140,63 y 307,14 casos confirmados por cada 100.000 habitantes en 7 y 14 días, respectivamente, duplicando la incidencia acumulada del país; tasa de incidencia acumulada de casos de más de 65 años diagnosticados en los últimos 7 y 14 días es de 114,36 y 241,92 casos por cada 100.000 habitantes respectivamente; porcentaje de ocupación de camas de hospitalización por casos de COVID-19 es un 16,55%; y la ocupación de camas de cuidados críticos por casos COVID-19 alcanza un 64% (Anexo II)¹¹.

Justificación

La incertidumbre y el estrés que conllevan las dificultades en la atención sanitaria durante un brote epidémico como la COVID-19 exige una especial atención a las necesidades de apoyo emocional del personal sanitario. Cuidarse a sí mismo y animar a otros a autocuidarse mantiene la capacidad de atender correctamente a los pacientes.

Los últimos artículos publicados demuestran que los profesionales sanitarios presentes en la primera línea de defensa contra la COVID-19 tienen un mayor riesgo de desarrollar daños psicológicos y trastornos de salud mental¹². Dicha alteración puede suponer un problema importante a nivel personal y un menoscabo en las funciones prestadas a nivel profesional, pudiendo aumentar el riesgo de contagio y de una mala praxis profesional, ya que las posibles consecuencias psicológicas negativas no solo son perjudiciales para el bienestar de los trabajadores sanitarios, sino también podría reducir su capacidad para abordar eficazmente los problemas de emergencia para la salud¹.

Por otra parte, el sueño ha mostrado ser un indicador clave de la salud ya que, además de mejorar la eficacia y el trato a los pacientes, mantiene una función inmunológica óptima para prevenir las infecciones⁴.

En el contexto de otras epidemias, y más concretamente en la lucha contra el anterior SARS, el daño psicológico entre los profesionales de la salud fue apareciendo gradualmente, manifestándose como miedo y ansiedad en las primeras etapas del brote, y posteriormente como depresión y estrés postraumático, llegando a generar bajas laborales que oscilaban entre los 6 meses y los 2 años¹³.

Por ello creemos de vital importancia llevar un exhaustivo control sobre la salud mental de los profesionales sanitarios, así como proporcionar atención psicológica a los mismos que la precisen.

Objetivos

Objetivo general:

Evaluar el daño psicológico sufrido por los profesionales de enfermería en primera línea de defensa frente al virus de la COVID-19 en la provincia de Soria.

Objetivos específicos:

- Determinar los niveles de estrés, ansiedad, depresión y alteraciones del sueño entre los profesionales de enfermería en primera línea de defensa frente al virus de la COVID-19 en la provincia de Soria.
- Hallar una relación entre las características sociodemográficas de los enfermeros presentes en primera línea de defensa en relación con el daño psicológico presentado.

Metodología

Tipo de estudio y muestra

Estudio observacional descriptivo transversal llevado a cabo en enfermeros en primera línea pertenecientes a los servicios de urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Reanimación reconvertida en Unidad de Cuidados Intensivos (REA-UCI) y las plantas en las que se hospitalizaron los pacientes infectados por SARS-CoV2 (Plantas COVID) del hospital Santa Bárbara de Soria. El estudio se realizó entre febrero y mayo de 2021. En una primera aproximación respecto a la muestra, realizada tanto por investigador como por el tutor, se estimó que la muestra del estudio estaría comprendida en un total de 60 participantes profesionales de enfermería.

Recogida de información

Para la recogida de la información el investigador entregará a los profesionales sanitarios diferentes cuestionarios que permitan estudiar el nivel de depresión y la calidad del sueño.

La depresión se evaluará con la versión española de la escala Depresión, Ansiedad Estrés 21 (DASS-21, del inglés *Depression Anxiety and Stress Scale-21*) (Anexo III)¹⁴. Consta de 21 ítems con 4 opciones de respuesta (0=No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2= Me ha ocurrido bastante, o durante buena parte del tiempo; 3= Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo).

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

Para el estudio, se emplearán los puntos de corte de: sin sintomatología (depresión de 0-5 puntos; ansiedad 0-3 puntos; estrés 0-7 puntos), sintomatología leve (depresión de 5-6 puntos; ansiedad 4 puntos; estrés 8-9 puntos), moderada (depresión de 7-10 puntos; ansiedad 5-7 puntos; estrés 10-12 puntos), severa (depresión 11-13 puntos; ansiedad 8-9 puntos; estrés 13-16 puntos) y extremadamente severa (depresión 14 o más puntos; ansiedad 10 o más puntos; estrés 17 o más puntos).

En relación a la fiabilidad de la escala, el coeficiente alfa de Cronbach fue de $\alpha=0.76$ para la escala de depresión, $\alpha=0.82$ para la de ansiedad y $\alpha=0.75$ para la de estrés⁴.

Para estudiar la calidad del sueño, se utilizará la versión española de la escala de insomnio de Atenas (AIS, del inglés *Athens Insomnia Scale*) (Anexo IV)¹⁵. Se trata de un instrumento diseñado para cuantificar la dificultad del sueño en base en la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Se compone de 8 elementos; los 4 primeros se refieren a variables cuantitativas del sueño, incluyendo la inducción del mismo y despertares nocturnos, despertar final y la duración total del sueño. El quinto se refiere a la calidad del sueño, y los 3 últimos hacen referencia al impacto del insomnio sobre el rendimiento durante el día. Los ítems se puntúan de 0 a 3, siendo las puntuaciones más altas las que denotan un sueño más deteriorado. La puntuación total varía de 0 a 24 puntos. En el presente estudio, se utilizó una puntuación AIS total de 6 o más para considerar el insomnio. Con relación a la fiabilidad de la escala, el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,70⁴.

Además de éstas escalas, el investigador ha diseñado un cuestionario destinado a recoger los datos sociodemográficos de los profesionales participantes en el estudio (ANEXO V), incluyendo información acerca de: edad, sexo, unidad en la cual prestan su atención, años de experiencia como profesional sanitario, años de experiencia en la unidad actual, si sufren alguna enfermedad crónica, si viven acompañados de alguna persona con enfermedad crónica o de riesgo y si ha precisado de atención psicológica por un profesional desde el comienzo de la pandemia.

Recordamos que la COVID-19 tiene un mayor riesgo de provocar síntomas que ponen en peligro la integridad de la vida en las personas según diversos factores: edad > a 65 años, problemas pulmonares crónicos, enfermedades cardíacas, diabetes, obesidad, enfermedades renales crónicas, cáncer y enfermedades debilitadoras del sistema inmunitario (ej. VIH/SIDA)¹⁶.

Procedimiento

El investigador entregará los cuestionarios en formato papel el día 9 de abril del 2021 en las diferentes unidades, junto con su debido consentimiento informado (ANEXO VI) y una breve explicación sobre la investigación y el objetivo de la misma. La información se ofrecerá en los diferentes turnos laborales, con previo permiso del supervisor/ra de la unidad, y en diferentes días durante una semana con el fin de mantener informados y atender las dudas de cada uno de los profesionales participantes.

Los cuestionarios serán recogidos por el investigador en un plazo máximo de 3 semanas siendo el último día de recogida el 30 de abril de 2021, o en el momento en el que el 100% de los participantes realicen los cuestionarios (siempre que se alcance dicha cifra antes del cumplimiento de la fecha acordada).

Análisis de datos

Los datos se analizarán mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics for Windows y la opción de análisis de datos de Excel. En primer lugar, se describirán tanto las frecuencias como los porcentajes de las variables sociodemográficas. Posteriormente, se realizará un análisis estadístico mediante la t de Student, con el fin de probar las diferencias entre los niveles de depresión, ansiedad, estrés e insomnio en función de las variables sociodemográficas analizadas.

Cuestiones ético-legales

Se solicita la aprobación de la Unidad de Apoyo a la Investigación del Área de Salud de Soria, donde se encuentran las unidades de urgencias, UCI, REA-UCI y actuales plantas destinadas a pacientes COVID. El contacto con esta Unidad se realizó a través de vía telefónica y correo electrónico. El Anexo VII incluye la solicitud que se remitió debidamente firmado por el investigador y la tutora académica con la que se inició este estudio, la Dra. Ana M^a Fernández Araque.

Se seguirán todos los requerimientos establecidos por la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, el Real Decreto 1720/2007 en el que se aprueba el desarrollo de la Ley anterior citada, y las previsiones al respecto contempladas en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Búsqueda bibliográfica

Con el fin de obtener datos epidemiológicos y sobre salud mental de carácter internacional, además del estudio observacional transversal llevado a cabo en el Hospital Santa Bárbara de Soria, se realizará una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed Plus, Scielo y el metabuscador Google Académico.

Para efectuar una selección adecuada de los artículos, se hará uso de los siguientes criterios de inclusión: estudios en castellano e inglés; texto completo y gratuito; y que hayan sido publicados en los últimos 5 años.

Las palabras claves y tesauros seleccionados para realizar la búsqueda han sido: SARS-CoV2, COVID-19, enfermería, daño psicológico, depresión, estrés, ansiedad, insomnio, UCI y urgencias. Dichas palabras fueron buscadas tanto en español como en su traducción al inglés. Como operadores y a modo de nexo de unión y exclusión han sido utilizados los operadores Booleanos AND, OR Y NOT. En cuanto a los criterios de exclusión, se han desechado aquellos artículos que su antigüedad fuera superior a 5 años, que no sean de libre acceso mediante los privilegios ofrecidos por la biblioteca de la Universidad de Valladolid y que estén redactados en un idioma diferente al castellano o inglés.

Resultados

Al término del plazo establecido con las diferentes unidades del Hospital Santa Bárbara de la ciudad de Soria, se recogieron un total de 52 encuestas de las cuales 44 eran mujeres, representando un 84,6%, y 8 hombres, siendo un 15,4% de la muestra. El 23% de los profesionales son considerados personas de riesgo, 38,4% convive con personas de riesgo y solo el 5,3% de los profesionales han recibido atención psicológica profesional durante la pandemia COVID-19.

El 44,2 % de los participantes han presentado puntuaciones equivalentes a depresión, 55,6% ansiedad, 61,5% estrés y 44,2%% presentaron insomnio. En la tabla 1 se recoge el número de profesionales que presentan puntuaciones equivalentes con depresión, ansiedad, estrés e insomnio en función de la edad y el sexo.

Tabla 1. Porcentaje de sanitarios que presentan niveles de depresión, ansiedad, estrés e insomnio en relación al género y la edad

		GENERO			EDAD		
		Mujeres	Hombres	Total	22-35	35-50	50-65
Depresión	<i>Sin Sinto*</i>	24 (46,1%)	5 (9,6%)	29 (55,7%)	10 (19,2%)	13 (25%)	6 (11,5%)
	<i>Leve</i>	8 (15,4%)	1 (1,9 %)	9 (17,3%)	1 (1,9 %)	6 (11,5%)	2 (3,8%)
	<i>Moderada</i>	7 (13,5%)	2 (3,8%)	9 (17,3%)	1 (1,9 %)	2 (3,8%)	6 (11,5%)
	<i>Severa</i>	3 (5,7%)	0 (0%)	3 (5,7%)	0 (0%)	1 (1,9 %)	2 (3,8%)
	<i>Ext. Severa**</i>	2 (3,8%)	0 (0%)	2 (3,8%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (3,8%)
Ansiedad	<i>Sin Sinto*</i>	20 (38,4%)	3 (5,7%)	23 (44,2%)	8 (15,4%)	9 (17,3%)	6 (11,5%)
	<i>Leve</i>	7 (13,5%)	3 (5,7%)	10 (19,2%)	2 (3,8%)	6 (11,5%)	2 (3,8%)
	<i>Moderada</i>	9 (17,3%)	2 (3,8%)	11 (21,1%)	2 (3,8%)	4 (7,6%)	5 (9,6%)
	<i>Severa</i>	5 (9,6%)	0 (0%)	5 (9,6%)	0 (0%)	3 (5,7%)	2 (3,8%)
	<i>Ext. Severa**</i>	3 (5,7%)	0 (0%)	3 (5,7%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (5,7%)
Estrés	<i>Sin Sinto*</i>	17 (32,6%)	3 (5,7%)	20 (38,4%)	7 (13,5%)	8 (15,4%)	5 (9,6%)
	<i>Leve</i>	11 (21,1%)	4 (7,6%)	15 (28,9%)	2 (3,8%)	7 (13,5%)	6 (11,5%)
	<i>Moderada</i>	9 (17,3%)	1 (1,9 %)	10 (19,2%)	3 (5,7%)	3 (5,7%)	4 (7,6%)
	<i>Severa</i>	5 (9,6%)	0 (0%)	5 (9,6%)	0 (0%)	2 (3,8%)	3 (5,7%)
	<i>Ext. Severa**</i>	2 (3,8%)	0 (0%)	2 (3,8%)	0 (0%)	2 (3,8%)	0 (0%)
Insomnio					7		10
	<i>No</i>	24 (46,1%)	5 (9,6%)	29 (55,7%)	(13,5%)	12 (23%)	(19,2%)
	<i>Sí</i>	20 (38,4%)	3 (5,7%)	23 (44,2%)	5 (9,6%)	10 (19,2%)	8 (15,4%)

% respecto al total de la muestra

*Sin Sinto**=sin sintomatología

*Ext. Severa***= extremadamente severa

Con el fin de hallar una relación entre las características sociodemográficas de los participantes del estudio y los niveles de depresión, ansiedad, estrés e insomnio recogidos en

las escalas entregadas, se realizó un estudio estadístico mediante el análisis de la t de Student, permitiendo hallar relaciones entre variables cualitativas (sociodemográficas) y variables cuantitativas (puntuaciones de las escalas).

Para la realización e interpretación de dicho análisis se presentaron dos hipótesis de estudio, H_0 y H_1 , representando H_0 confirmación de que las medias de las variantes puestas a estudio son similares (no existe relación entre las variables) mientras que H_1 defiende que existe diferencia entre las medias de las variantes estudiadas. Gracias al valor de t, el valor crítico de t, el p-valor y el valor de alfa (α) podemos confirmar cuál de las dos hipótesis planteadas es verdadera en la muestra estudiada. Para los valores t comprendidos entre el valor crítico de t y 0-valor crítico de t; y valores de p-valor superiores a alfa, podremos afirmar la hipótesis H_0 ; por otro lado, para valores de t mayores al valor crítico y valores de p-valor menores a alfa afirmaremos que H_1 es cierta y podremos afirmar con evidencia que existe relación entre las variables estudiadas en la muestra de estudio seleccionada.

La tabla 2 representa un resumen sobre el estudio estadístico realizado mediante el análisis de la t de Student.

Tabla 2. Resumen estudio t de Student

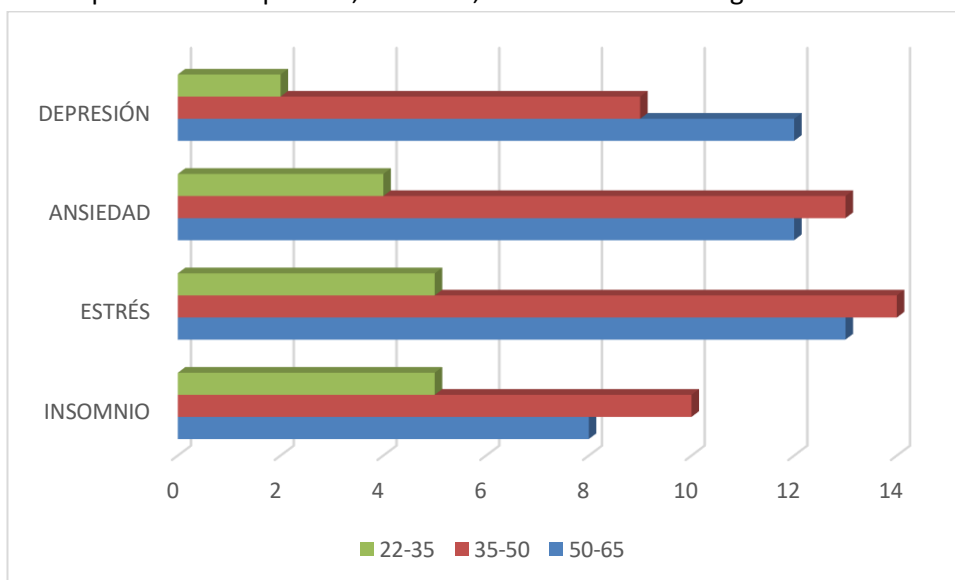
	t	Valor Crítico	P-valor	Alfa (α)
Género				
Depresión	0,923	2,201	0,375	0,05
Ansiedad*	2,032	2,021	0,048	0,05
Estrés	2,043	2,119	0,057	0,05
Insomnio	1,455	2,085	0,16	0,05
Persona de Riesgo				
Depresión*	2,126	2,055	0,043	0,05
Ansiedad*	2,232	2,032	0,025	0,05
Estrés *	2,092	2,055	0,046	0,05
Insomnio	0,929	2,048	0,36	0,05
Convivir con personas de riesgo				
Depresión*	2,239	2,051	0,033	0,05
Ansiedad*	2,102	2,039	0,043	0,05
Estrés *	2,329	2,034	0,026	0,05
Insomnio	1,856	2,039	0,072	0,05

*= existe relación entre las variables.

La comparativa respecto al daño psicológico y el género del profesional de enfermería, las mujeres presentaron mayores niveles de ansiedad ($t [2,021] = 2,043$ p-valor = 0,048 y $\alpha: 0,05$). Las mujeres pertenecientes al grupo de edad comprendido entre los 50 y los 65 años son las que

evidencian mayor media de depresión (23%), mientras que las mujeres de entre 35 y 50 años presentaron mayores niveles de ansiedad (25%), estrés (26.,9%), e insomnio (19,2%) en cualquier tipo de sus grados.

Gráfico 1. Comparativa de depresión, ansiedad, estrés e insomnio según la edad.



Los profesionales considerados personas de riesgo presentan un mayor nivel de depresión ($t [2,055] = 2,126$, p -valor = 0,043 y α : 0,05), ansiedad ($t [2,051] = 2,232$ p -valor = 0,025 y α : 0,05) y estrés ($t [2,055] = 2,092$ p -valor = 0,046 y α : 0,05) en comparación con los profesionales no considerados de riesgo.

Por último, los profesionales que conviven con personas de riesgo evidenciaron mayores niveles de depresión ($t [2,051] = 2,239$; p -valor = 0,033 y α : 0,05), ansiedad ($t [2,039] = 2,102$; p -valor = 0,043 y α : 0,05) y estrés ($t [2,034] = 2,329$ p -valor = 0,026 y α : 0,05) que las personas que no conviven junto a personas de riesgo.

El gráfico 2 y la tabla 3 representan una comparativa entre las puntuaciones medias de depresión, ansiedad, estrés y depresión según las diferentes características sociodemográficas.

Gráfico 2. Comparativa depresión, ansiedad, estrés e insomnio según características sociodemográficas.

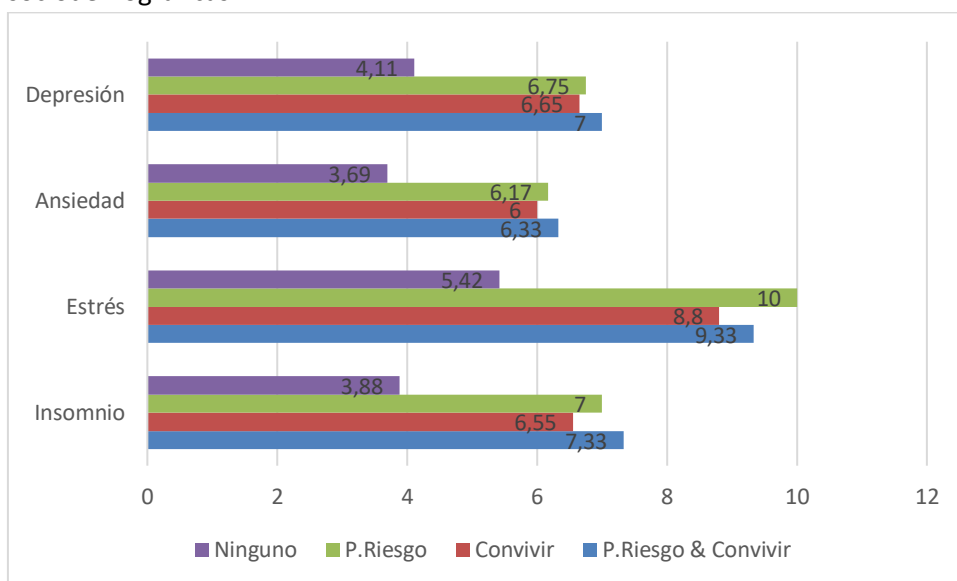


Tabla 3. Puntuaciones medias según factores sociodemográficos.

	Nº	Depresión		Ansiedad		Estrés		Insomnio	
		M	INT*	M	INT*	M	INT*	M	INT*
<i>Persona de riesgo</i>									
Si	12 (23%)	6,75	LEVE	6,17	MODERADA	10,00	MODERADA	7,00	SI
No	40 (77%)	4,83	NO	4,38	LEVE	6,43	LEVE	4,95	NO
<i>Convive con personas de riesgo</i>									
Si	20 (38,4%)	6,65	MODERADA	6,00	MODERADA	8,80	MODERADA	6,55	SI
No	32 (61,6%)	4,81	NO	4,28	LEVE	6,56	LEVE	5,34	NO
<i>Atención psicológica durante la pandemia</i>									
Si	3 (5,7%)	7,00	MODERADA	6,33	MODERADA	9,33	MODERADA	7,33	SI
No	49 (94,3%)	5,27	LEVE	4,78	LEVE	7,10	MODERADA	5,22	NO
<i>INT*- Interpretación</i>									

En la muestra analizada, se encuentra una diferencia evidente en cuanto a las puntuaciones medias de los profesionales que manifestaron ser consideradas personas de riesgo y/o que conviven con personas de riesgo respecto a los profesionales que no presentan dichas características.

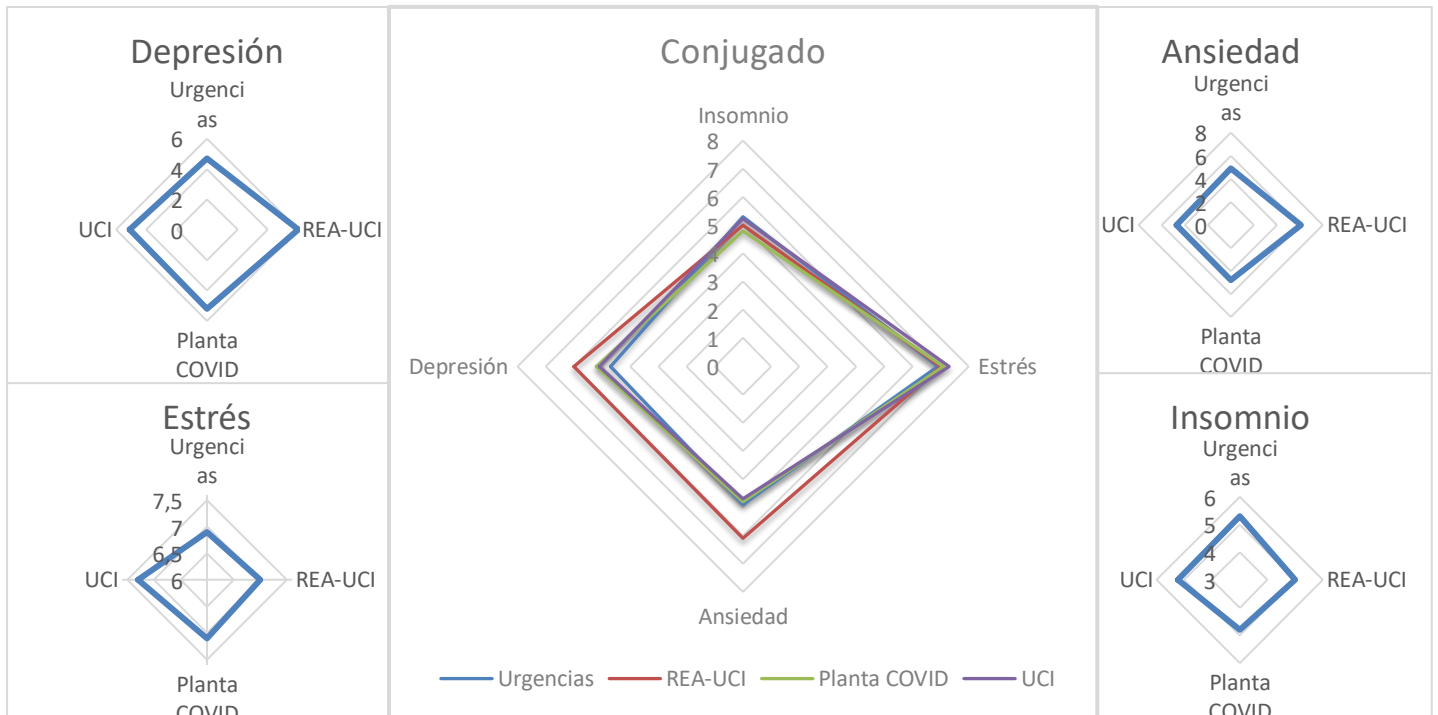
Los profesionales que cumplen las cualidades para ser considerados personas de riesgo presentan unas puntuaciones equivalentes a depresión leve, ansiedad moderada, estrés moderado y problemas de sueño o insomnio.

A su vez, los profesionales que manifestaron convivir junto a personas de riesgo presentan unas puntuaciones equivalentes a un nivel moderado de depresión, ansiedad y estrés, además de presentar problemas para conciliar el sueño.

Por su parte, los profesionales que no cumplen ninguna de esas dos características presentan niveles equivalentes a estrés moderado y no presentan problemas respecto a depresión, ansiedad ni insomnio.

No se encontró relación entre el daño psicológico y las diferentes unidades analizadas en el presente estudio mediante el método t de Student. Sin embargo, la unidad REA-UCI presenta un mayor promedio en cuanto a depresión y ansiedad en comparación con las demás unidades, la UCI presento mayores niveles de estrés y el servicio de Urgencias presento el mayor nivel de insomnio.

Gráfico 3. Comparativa de promedio de depresión, ansiedad, estrés e insomnio según unidades del Hospital Santa Bárbara.



Discusión

El miedo tanto al contagio como a la transmisión y posibles consecuencias del virus COVID-19 es un sentimiento que está presente en toda la población. Los profesionales de la salud son personas total o parcialmente expuestas a dichos sentimientos y emociones por su gran exposición ante el virus. Estos pensamientos pueden provocar una inestabilidad emocional en los profesionales¹.

El presente estudio evidencia que existe relación entre dichos pensamientos junto a diversas características sociodemográficas y el nivel de depresión, ansiedad y estrés en la muestra analizada.

Al interpretar los datos analizados se encuentran similitudes respecto a otros estudios como el llevado a cabo por Sofía Pappa et al.⁵, evidenciando mayor prevalencia de daño psicológico en el sexo femenino y una mayor prevalencia en las edades comprendidas entre 35 y 50 años, este dato puede estar relacionado con el papel como cuidador principal tanto de padres como de hijos que está mayormente relacionado con el género femenino. Por su parte, la muestra de profesionales de enfermería hombres es escasa, por lo que los resultados pueden ser menos significativos que en los estudios realizados con una participación mayor^{5,6}.

Por otro lado, son notables las diferencias respecto al porcentaje de profesionales que presentan valores relacionados con el daño psicológico ya que los profesionales de enfermería del hospital Santa Bárbara de Soria presentan una incidencia e índices superiores a los estudios realizados en profesionales sanitarios tanto a nivel nacional como internacional^{5,6}. Esto puede estar relacionado con el momento de realización del estudio sumado a la situación extrema que se vivió en el Hospital Santa Bárbara de Soria que se vio obligado a precisar ayuda de otros servicios de salud (ej. SAMUR).

A diferencia de lo que preveníamos, no se evidenció mayor daño psicológico mediante el análisis de t de Student entre las diferentes unidades del hospital. A pesar de ello, se vieron mayores niveles de depresión y ansiedad en el servicio de REA-UCI. Esto puede estar relacionado con la modificación que sufrió dicho servicio, recibiendo pacientes de la UCI para aumentar la capacidad de atención en cuidados intensivos.

A su vez, respecto a la experiencia en el servicio tampoco se evidencio una relación entre la experiencia en la unidad y un mayor daño psicológico. Esto se debe a que gran parte de la muestra posee una corta experiencia debido a las modificaciones en las unidades en los que

están localizados los profesionales (cambio de plantas de hospitalización a plantas COVID y cambio de REA a REA-UCI).

El haber recibido atención psicológica especializada durante la pandemia COVID-19 es un factor que no se ha contemplado en los diferentes artículos que hemos consultado. Consideramos un factor realmente relevante y nos sorprendió los pocos profesionales que han sido atendidos psicológicamente desde el comienzo de la pandemia COVID-19 teniendo en cuenta los niveles tan elevados de depresión, ansiedad, estrés e insomnio que presentan los profesionales recogidos en nuestro estudio.

Debemos de especificar que los cuestionarios fueron realizados en abril de 2021 por lo que los valores analizados en el presente estudio pueden haber variado debido al positivo avance de la pandemia COVID-19. Hubiera sido muy interesante ofrecer los mismos cuestionarios en una muestra similar en el año 2022, pero esta idea fue finalmente rechazada debido a la incapacidad de identificar a los profesionales participantes de la muestra correspondiente a la del año 2021 debido al anonimato de los formularios realizados y que algunos de los participantes ya no trabajan en el mismo Servicio.

Así mismo, al ser un estudio de voluntario, la participación en el estudio entre los diferentes profesionales de enfermería puede estar incentivada por la situación psicológica actual que presente cada usuario, aumentando la probabilidad de participación de los profesionales que sean conscientes o no de la presencia de un problema psicológico presente en sus vidas.

La optima salud mental de los profesionales sanitarios debe de ser uno de los objetivos a tener en cuenta para la correcta evolución de la pandemia COVID-19. Con el fin de mejorar/mantener la salud mental de los profesionales no debemos dejar de lado los estudios de índole similar al presente estudio ya que gracias a ellos obtenemos información directa sobre la salud mental de los profesionales que ejercen la profesión de Enfermería. La rápida actuación y la prevención deben de ser los pilares básicos para afrontar este reto.

Conclusión

Los resultados obtenidos en la muestra analizada reflejan que:

- El 44,2 % de los participantes han presentado puntuaciones equivalentes a depresión, 55,6% ansiedad, 61,5% estrés y 44,2%% presentaron insomnio, valores superiores a los estudios similares realizados tanto a nivel nacional como internacional.
- Los profesionales comprendidos en la edad de 35-50 años presentaron mayores niveles de ansiedad, estrés e insomnio; mientras que los pertenecientes al rango de edad de 50-65 años presentaron mayores niveles de depresión.
- La salud mental de los profesionales considerados personas de riesgo y de los que conviven con una o más personas de riesgo presentaron mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés.
- No existe una relación directa entre el servicio y el daño psicológico global, sin embargo, el mayor número de enfermeros de REA-UCI obtuvo una puntuación equivalente a ansiedad y depresión.
- La atención psicológica sigue siendo una tarea pendiente entre el personal de enfermería y concretamente en los profesionales que han estado en la primera línea contra la COVID-19.

Agradecimientos

Querría manifestar mi más sincero agradecimiento a mis dos tutoras a lo largo de este Trabajo de Fin de Grado Ana Fernández Araque y Claudia Casilda Ollauri Ibáñez por su continuo esfuerzo y dedicación.

Por su parte, quisiera agradecer a todos y cada uno de los profesionales de enfermería del Hospital Santa Bárbara de la ciudad de Soria por su participación, atención y tiempo prestado, sin ellos no podría haber realizado el presente estudio.

Bibliografía

1. Jesús García-Iglesias J, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Ramón Martínez-Riera J, et al. Impacto del sars-cov-2 (covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2020 [cited 2022 May 23];94:23–4. Available from: www.mscbs.es/resp
2. Capará FDV, Pinedo I, Villalba C, Gerometta R, Capará FDV, Pinedo I, et al. Conocimientos de vías de transmisión, medidas de prevención y actitudes sobre covid-19 en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional del Nordeste. *Rev la Fac Med Humana* [Internet]. 2020 Sep 11 [cited 2022 May 23];20(4):589–96. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000400589&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19 [Internet]. [cited 2022 May 23]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000200005&lng=es. Epub 22-Abr-2020.
4. Dosil Santamaría M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo Rodríguez I, Jaureguizar Alboniga-Mayor J, Picaza Gorrotxategi M. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Rev Psiquiatr y Salud Ment*. 2021 Apr 1;14(2):106–12.
5. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsi E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2022 May 23];88:901. Available from: [/pmc/articles/PMC7206431/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32620325/)
6. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2020 Mar 2 [cited 2022 May 23];3(3):e203976–e203976. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2763229>
7. Fernández Araque A, Cuairan Sola M, Curbelo Rodríguez R. Calidad de vida profesional de enfermería en urgencias de un hospital de referencia [Internet]. 216AD [cited 2022 May 23]. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412016000200013
8. Las enfermeras: Una fuerza para el cambio Un recurso vital para la salud [Internet]. 2014 [cited 2022 May 23]. Available from: <http://www.unq.edu.ar/advf/documentos/5370c85b69a41.pdf>
9. Coronavirus: número acumulado mundial de casos 2020-2022 | Statista [Internet]. [cited 2022 May 23]. Available from: <https://es.statista.com/estadisticas/1104227/numero-acumulado-de-casos-de->

coronavirus-covid-19-en-el-mundo-enero-marzo/

10. Gobierno de España. Estrategia de vigilancia y control frente a covid-19 tras la fase aguda de la pandemia Actualizado a 23 de marzo de 2022. 2022;
11. Situación epidemiológica del coronavirus en Castilla y León — Análisis de datos abiertos JCyL [Internet]. [cited 2022 May 23]. Available from: <https://analisis.datosabiertos.jcyl.es/pages/coronavirus/>
12. Buselli R, Corsi M, Baldanzi S, Chiumiento M, Lupo E Del, Dell'oste V, et al. Professional quality of life and mental health outcomes among health care workers exposed to SARS-CoV-2 (COVID-19). *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(17):1–12. Available from: www.mdpi.com/journal/ijerph
13. Trumello C, Bramanti SM, Ballarotto G, Candelori C, Cerniglia L, Cimino S, et al. Psychological Adjustment of Healthcare Workers in Italy during the COVID-19 Pandemic: Differences in Stress, Anxiety, Depression, Burnout, Secondary Trauma, and Compassion Satisfaction between Frontline and Non-Frontline Professionals. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Nov 2 [cited 2022 May 23];17(22):1–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33198084/>
14. DASS-21 [Internet]. [cited 2022 May 23]. Available from: <https://blogs.konradlorenz.edu.co/files/dass-21.pdf>
15. Escala Athens de Insomnio [Internet]. [cited 2022 May 23]. Available from: <http://www.sleepontario.com/docs/scales/Athens-Insomnia-Scale/Athens-Insomnia-Scale-Spanish.pdf>
16. MAYO CLINIC. COVID-19: ¿quién está a un mayor riesgo para los síntomas de gravedad? - Mayo Clinic [Internet]. [cited 2022 May 23]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/coronavirus-who-is-at-risk/art-20483301>

ANEXOS

ANEXO I. Indicadores para medir el riesgo. ¹⁰

Indicadores		Fórmula de cálculo	Valoración del riesgo				
			Nueva normalidad	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
BLOQUE I: Evaluación del nivel de transmisión							
T1	Incidencia acumulada de casos diagnosticados en 14 días	Casos confirmados (por fecha de diagnóstico) en 14 días *100.000 / número de habitantes	<=25	>25 a <=50	>50 a <=150	>150 a <=250	>250
T1'	Incidencia acumulada de casos diagnosticados en 7 días	Casos confirmados (por fecha de diagnóstico) en 7 días *100.000 / número de habitantes	<=10	>10 a <=25	>25 a <=75	>75 a <=125	>125
T2	Incidencia acumulada de casos de más de 65 años diagnosticados en 14 días	Casos >= 65 años confirmados (por fecha de diagnóstico) en 14 días *100.000 / número de habitantes >= 65	<=20	>20 a <=50	>50 a <=100	>100 a <=150	>150
T2'	Incidencia acumulada de casos de más de 65 años diagnosticados en 7 días	Casos >= 65 años confirmados (por fecha de diagnóstico) en 7 días *100.000 / número de habitantes >= 65	<=10	>10 a <=25	>25 a <=50	>50 a <=75	>75
T3	Positividad global de las pruebas diagnósticas por semana	Número de pruebas con resultado positivo en 7 días *100 / Número de pruebas realizadas en 7 días	<=4%	>4% a <=7%	>7% a <=10%	>10% a <=15%	>15%
T4	Porcentaje de casos con trazabilidad	Número de casos diagnosticados con trazabilidad *100 / Número total de casos confirmados diagnosticados los últimos 7 días	>80%	<=80% a >65%	<=65% a >50%	<=50% a >30%	<=30%
BLOQUE II: Nivel de utilización de servicios asistenciales							
A1	Ocupación de camas de hospitalización por casos de COVID-19	Número de camas de hospitalización ocupadas por casos de COVID *100 / Número total de camas de hospitalización en funcionamiento	<=2%	>2% a <=5%	>5% a <=10%	>10% a <=15%	>15%
A2	Ocupación de camas de cuidados críticos por casos de COVID-19	Número de camas de cuidados críticos ocupadas por casos de COVID *100 / Número de camas de cuidados críticos totales en funcionamiento	<=5%	>5% a <=10%	>10% a <=15%	>15% a <=25%	>25%

ANEXO II. Situación epidemiológica del coronavirus (COVID 19) en Castilla y León

(datos 8/03/2021).¹¹

Provincia	Tasa de incidencia acumulada de casos diagnosticados en 14 días (*)	Tasa de incidencia acumulada de casos diagnosticados en 7 días (*)	Tasa de incidencia acumulada de casos de más de 65 años diagnosticados en 14 días (*)	Tasa de incidencia acumulada de casos de más de 65 años diagnosticados en 7 días (*)	Positividad global de las pruebas diagnósticas por semana (*)	Porcentaje de casos con trazabilidad (*)	Ocupación de camas de hospitalización por casos de COVID-19 (*)	Ocupación de camas de cuidados críticos por casos de COVID-19 (*)	Indicador de nivel de alerta en Castilla y León
Ávila	41,23	15,22	34,04	17,02	3,01%	67,65%	5,93%	27,78%	4
Burgos	193,21	90,31	148,04	75,77	8,09%	74,93%	6,07%	30,34%	4
León	124,22	53,02	68,74	30,37	9,68%	69,64%	3,24%	25,26%	4
Palencia	109,16	48,65	62,94	29,05	9,10%	74,70%	4,62%	37,50%	4
Salamanca	104,79	48,60	67,95	36,24	4,82%	70,59%	5,24%	18,92%	4
Segovia	93,17	44,96	43,01	11,47	4,90%	69,57%	4,00%	41,94%	4
Soria	307,14	140,63	241,92	114,36	8,35%	86,84%	16,55%	64,00%	4
Valladolid	87,78	39,18	86,49	39,54	4,42%	72,20%	7,28%	37,21%	4
Zamora	35,76	14,07	47,13	15,08	2,49%	82,35%	5,52%	21,05%	4
Castilla y León	115,95	52,15	83,59	39,11	6,42%	73,99%	6,11%	31,92%	4

Niveles de riesgo: Nueva normalidad Bajo Medio Alto Muy alto

ANEXO III. Depression Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21).¹³

DASS-21

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

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

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

ANEXO IV. Escala de insomnio de Atenas (AIS)¹⁴

ESCALA ATHENS DE INSOMNIO

Esta escala intenta recoger tu propia evaluación de cualquier dificultad para dormir que puedas haber experimentado. Por favor comprueba (realizando un círculo en el número correcto) los siguientes apartados más abajo para estimar cualquier dificultad que puedas padecer, siempre y cuando ocurran al menos tres veces por semana durante el último mes.

1. INDUCCIÓN AL SUEÑO (el tiempo que te lleva dormirte desde que apagas la luz)

0	1	2	3
No tengo ningún problema	Un poco de retraso	Tardo bastante	Muy retrasado o no duermo nada

2. DESPERTARES DURANTE LA NOCHE

0	1	2	3
No tengo ningún problema	Problema menor	Un problema considerable	Un serio problema o no duermo nada

3. ME DESPIERTO FINALMENTE ANTES DE LO QUE ME GUSTARÍA

0	1	2	3
No antes	Un poco antes	Bastante antes	Mucho antes o no duermo nada

4. DURACIÓN TOTAL DE SUEÑO

0	1	2	3
Suficiente	Ligeramente insuficiente	Marcadamente insuficiente	Muy insuficiente o no duermo nada

5. CALIDAD DEL SUEÑO EN GLOBAL (No importa durante cuánto tiempo hayas dormido)

0	1	2	3
Satisfactorio	Ligeramente insatisfactorio	Marcadamente insatisfactorio	Muy insatisfactorio o no duermo nada

6. BIENESTAR DURANTE EL DÍA

0	1	2	3
Normal	Ligeramente disminuido	Marcadamente disminuido	Muy disminuido

7. FUNCIONAMIENTO (FÍSICO Y MENTAL) DURANTE EL DÍA

0	1	2	3
Normal	Ligeramente disminuido	Marcadamente disminuido	Muy disminuido

8. SOMNOLENCIA DURANTE EL DÍA

0	1	2	3
Nada	Leve	Considerable	Intensa



ANEXO V. Cuestionario sociodemográfico (Elaboración propia).

Este cuestionario se entrega a los participantes en el estudio llevado a cabo por Fernando Osés Solana como investigador principal y Ana Fernández Araque como tutora principal, con el fin de concretar sus características sociodemográficas para su posterior estudio y comparación.

(Recordamos que la covid-19 tiene un mayor riesgo de provocar síntomas que ponen en peligro la integridad de la vida en las personas según diversos factores. Dichas características son: edad > a 65 años, problemas pulmonares crónicos, enfermedades cardíacas, diabetes, obesidad, enfermedades renales crónicas, cáncer y enfermedades debilitadoras del sistema inmunitario [ej. VIH/SIDA]).

A continuación se exponen los diferentes cuestionarios a rellenar:

Edad: _____ Sexo: _____

Unidad en la que trabaja: _____

Años de experiencia profesional: _____ Años de experiencia en dicha unidad: _____

¿Sufre usted alguna enfermedad crónica o característica que podría considerarle como persona de riesgo?(SI/NO)

En caso de ser afirmativa la respuesta anterior especifique la enfermedad o característica de riesgo:

¿Tiene contacto en su hogar de residencia con alguna persona que presente alguna enfermedad crónica o que se considere persona de riesgo? (SI / NO)

En caso de ser afirmativa la respuesta anterior especifique la enfermedad o característica de riesgo:

¿Ha precisado atención psicológica profesional desde el inicio de la pandemia covid-19?(SI/NO).

¿Habías precisado atención psicológica profesional previa al inicio de la pandemia covid-19? (SI/NO).



ANEXO VI

Consentimiento informado

Se le ofrece la posibilidad de participar en el estudio clínico de investigación titulado *“Impacto de la pandemia covid-19 en los profesionales de enfermería en primera línea de defensa en la provincia de Soria”* dirigido por el investigador Fernando Osés Solana, estudiante de cuarto curso de Enfermería en el Campus Duques de Soria perteneciente a la Universidad de Valladolid y tutelado por Ana Fernández Araque, que ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Área de Salud de Soria.

El objetivo del presente estudio es evaluar el daño psicológico sufrido por los profesionales de enfermería en primera línea de defensa frente al virus de la covid-19 en la provincia de Soria.

Todos sus datos, así como toda la información médica serán tratados con absoluta confidencialidad por parte del personal encargado de la investigación. Así mismo, si los resultados del estudio fueran susceptibles de publicación en revistas científicas, en ningún momento se proporcionarán datos personales de los pacientes que han colaborado en esta investigación. Tal y como contempla la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal, podrá ejercer su derecho a acceder, rectificar o cancelar sus datos contactando con el investigador principal de este estudio.

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Así mismo, podrá retirarse del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones.

Es importante que comente con el investigador de este proyecto los pormenores o dudas que surjan antes de firmar el consentimiento para su participación. Así mismo, podrá solicitar cualquier explicación que desee sobre cualquier aspecto del estudio y sus implicaciones a lo largo del mismo contactando con el investigador principal del proyecto, Fernando Osés Solana, en el correo fernando.oses@alumnos.uva.es.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Proyecto: Impacto de la pandemia covid-19 en los profesionales de enfermería en primera línea de defensa en la provincia de Soria.

Investigador principal: Fernando Osés Solana

Tutor: Ana Fernández Araque

Yo, _____ he sido informado por el Sr. Fernando Osés Solana, investigador principal del citado proyecto de investigación, y declaro que:

- He leído la Hoja de Información que se me ha entregado
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas
- He recibido suficiente información sobre el estudio

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

Con esto doy mi conformidad para participar en este estudio,

El DNI y la fecha deben ser escritos a mano por el voluntario, junto con la firma

DNI del paciente:

Fecha:

Firma:

Fecha:

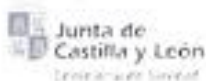
Firma del investigador:

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

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

Firma

ANEXO VII. Solicitud de aprobación.



SOLICITUD DE TRÁMITE PARA LA APROBACIÓN DE UN TRABAJO DE FIN DE GRADO POR LA UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN DEL AREA DE SALUD DE SORIA.

Atn: D. Jose M^o Sierra
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Investigación del Área de Salud de Soria

Título del proyecto.- Impacto de la pandemia covid-19 en los profesionales de enfermería en primera línea de defensa en la provincia de Soria.

Nombre de alumna/o: Fernando Osés Solana y DNI 37495355Z

Nombre del tutor/a académico y cargo Ana M^o Fernández Araque

El proyecto que se adjunta incluye los apartados marcados: {1 ejemplar}

- Introducción. Objetivos. Material y método.
 Compromiso de cumplimiento de los aspectos legales y éticos de la investigación y los derechos de los pacientes.
 Previsiones para el Consentimiento informado, si se requiere.
 Determinación de beneficios y riesgos potenciales del estudio.
 Garantías de confidencialidad y anonimización de datos personales.
 Conformidad del responsable asistencial de los pacientes, si procede.
 Estudio estadístico. Bibliografía.
 Si procede, previsión de compensación a los participantes y cobertura en caso de posibles daños.

La/El alumna/o, **Manifiesta su compromiso** de guardar absoluta confidencialidad sobre todos los datos de información de los pacientes y del Centro sanitario a los que tenga acceso en el desempeño de su formación práctica, salvo que tenga que cumplir deberes de comunicación y denuncia en los supuestos previstos en la normativa aplicable. Asimismo se compromete a no acceder ni utilizar los datos de los pacientes, su historia clínica, y cualquier otra información a la que tenga acceso dentro del ámbito sanitario, sin la debida autorización expresa. El compromiso de confidencialidad y demás obligaciones anteriormente referidas subsistirán incluso una vez finalizadas las prácticas en el Centro sanitario correspondiente.

Los abajo firmantes, declaran conocer y entender: La Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal, el Real Decreto 1720/2007 en el que se aprueba el desarrollo de la Ley anterior citada, y las previsiones al respecto contempladas en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica¹.

Soria 22 de Marzo de 2021

El alumno/a

El Tutor/a académico

¹ Normativa aplicable: Constitución Española; Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; Ley 33/2001, de 4 de octubre, General de Salud Pública; Ley 8/2003, de 8 de abril, Sobre Derechos y Deberes de las Personas en Relación con la Salud; Decreto 101/2005, de 22 de diciembre, por el que se regula la Historia Clínica.



Paseo de Santa Bárbara, s/n. - 42005 SORIA

Tel: 975 23 43 00.- Fax: 975 23 43 05



