



Universidad de Oviedo

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ENFERMERAS ASTURIANAS DURANTE LA
PANDEMIA POR COVID-19**

REALIZADA POR:

AIDA GÁMEZ FERNÁNDEZ



Universidad de Oviedo

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ENFERMERAS ASTURIANAS DURANTE LA
PANDEMIA POR COVID-19**

REALIZADO POR
AIDA GÁMEZ FERNÁNDEZ

DIRIGIDA POR
Prof. Dra. M.^a PILAR MOSTEIRO DIAZ

RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis (en español)	
Ansiedad y depresión en enfermeras asturianas durante la pandemia por covid-19	
2.- Autor	
Nombre: Aida Gámez Fernández	
Programa de Doctorado: Ciencias de la Salud	
Órgano responsable: CIP	
3. Resumen (en español)	
Introducción. La OMS, el pasado 11 de marzo de 2020, declaró la COVID-19 como pandemia. Al cabo de tres días, se declaró en España el estado de alarma. La repercusión psicológica de la COVID-19 en profesionales sanitarios, ha sido enorme durante la pandemia. A lo largo de este tiempo, han manifestado niveles elevados de estrés, ansiedad y depresión, por lo que precisan de ayuda para su gestión. Las enfermedades infecciosas, de por sí ya tienen un impacto negativo en la salud mental de la población general y, en particular, de los profesionales sanitarios. Además, otro aspecto importante asociado a las enfermedades infecciosas es el aislamiento social para evitar la propagación de la enfermedad. La pandemia por COVID-19 ha generado un enorme impacto psicológico tanto a nivel general como en los profesionales sanitarios. Los indicadores más relevantes de este fuerte impacto son la ansiedad y la depresión, siendo la prevalencia respectiva del 33% y del 28%.	

Objetivo principal. Conocer el impacto psicológico del confinamiento y atención sanitaria en una muestra de enfermeros asturianos durante la pandemia de COVID-19.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, de corte transversal y de carácter correlacional. La muestra estuvo constituida por enfermeros del Principado de Asturias. Tras contar con el permiso del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Principado de Asturias, se elaboró un formulario a través Google Forms®. Se recogieron variables sociodemográficas, laborales y relacionadas con la COVID-19.

Resultados. La mayor parte de la muestra eran mujeres, casadas y sin hijos. La experiencia profesional fue de 18.48 años de media. Eran eventuales, a turno rotatorio y habían visto, a consecuencia de la pandemia, modificado su turno. Afirmaron no tener ninguna persona a su cargo, la no dependencia económica del sueldo en su hogar y la realización de algún tipo de deporte o actividad lúdica en su tiempo libre. La gran mayoría estaban vacunados y se habían contagiado durante la primera ola. Con respecto a la ansiedad, HADS-A binaria: Si (59.0%) y No (41.0%). Mientras que, para la depresión, HADS-D binaria: Si (14.1%) y No (85.9%).

Conclusiones. Se evidencia la fuerte asociación entre ansiedad y depresión en enfermeros. Nuestro estudio mostró que más del 50% de los enfermeros presentaron niveles elevados de ansiedad mientras que un 14% de los participantes revelaron síntomas elevados de depresión. Una mayor predisposición a padecer síntomas ansiosos se encuentran relacionados con los siguientes indicadores: ser mujer, practicar algún tipo de deporte o actividad lúdica, con quien vive, haber experimentado cambios en el horario laboral, sentir miedo, creer que los profesionales sanitarios están muy expuestos a la COVID-19 en su lugar de trabajo, y sentir estrés. Mientras que, para el desarrollo de síntomas depresivos, parecen ser posibles indicadores: considerar que los

profesionales sanitarios están muy expuestos a la COVID-19 en su lugar de trabajo y sentir miedo. **Palabras-clave:** Ansiedad; Depresión; HADS; enfermería; pandemia; COVID-19.

1.- Título de la Tesis (en inglés)	
Anxiety and depression in Asturian nurses during the COVID-19 pandemic	
2.- Autor	
Nombre: Aida Gámez Fernández	DNI: 71732596N
Programa de Doctorado: Ciencias de la Salud	
Órgano responsable: CIP	
3. Resumen (en inglés)	
Introduction. The WHO, on March 11th, 2020, declared COVID-19 a pandemic. After three days, the state of alarm was declared in Spain. The psychological impact of COVID-19 on health professionals has been enormous during the pandemic. Throughout this time, they have manifested high levels of stress, anxiety, and depression, which is why they need help to manage them. Infectious diseases already have a negative impact on the mental health of the general population and health professionals. In addition, another important aspect associated with infectious diseases is social isolation to prevent their spread. The COVID-19 pandemic has generated an enormous psychological impact both at a general level and in health professionals. The most relevant indicators of this strong impact are anxiety and depression, with a respective prevalence of 33% and 28%. Aim. To know the psychological impact of confinement and healthcare because of the COVID-19 pandemic on nurses in Asturias. Material and methods. A descriptive, quantitative, cross-sectional, and correlational study was carried out. The sample consisted of patients from the Principality of Asturias. After having the permission of the Ethics Committee for Research with Medicines of the Principality	

of Asturias, a form, using Google Forms® was created. Sociodemographic, labor and COVID-19-related variables were also collected.

Results. The majority of the sample consisted of married women with no children. Professional experience was 18.48 years on average. They had temporary contracts and were working a rotating shift which, because of the pandemic, was changed. They stated that they did not have anyone in their care, that they were financially independent, and that they practiced some kind of sport or recreational activity during their free time. The vast majority were vaccinated and had been infected during the first wave. Regarding anxiety, HADS-A binary: Yes (59.0%) and No (41.0%). While, for depression, HADS-D binary: Yes (14.1%) and No (85.9%).

Conclusions. The strong association between anxiety and depression in patients is evident. Our study showed that more than 50% of the nurses presented high levels of anxiety while 14% of the participants revealed high symptoms of depression. A greater predisposition to suffer from anxiety symptoms is related to the following indicators: being a woman, practicing some type of sport or recreational activity, who they live with, having experienced changes in working hours, feeling afraid, believing that health workers are highly exposed to COVID-19 in their workplace, and feeling stress. While, for the development of depressive symptoms, there seems to be possible indicators: considering that healthcare professionals are highly exposed to COVID-19 in their workplace and feeling fear.

Keywords: Anxiety; Depression; HADS; nursing; pandemic; COVID-19.

**SRA. PRESIDENTA DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**

*A mi marido Juanca, mi vida, por quererme y apoyarme
incondicionalmente.*

A Adri y Valen por la alegría y fuerza que me dan.

A Franín, por enseñarme a que no nos podemos rendir.

A Juan, que vendrás para ser el centro de mis días.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. M^a del Pilar Mosteiro Díaz, directora de esta tesis por su gran apoyo, dedicación y por el conocimiento aportado. Gracias por la flexibilidad y las horas de trabajo realizado, para poder alcanzar el final de esta tesis doctoral. Nada hubiera sido lo mismo sin ti. ¡Muchas gracias!

A la Profesora Dra. Lisa Alves Gomes, por las facilidades, por el conocimiento aportado y por permitirme la posibilidad de una experiencia internacional.

A la Dra. Sara Franco Correia, por el apoyo continuo y el conocimiento aportado.

Agradecer el apoyo recibido por parte de la Unidad de Consultoría Estadística de los Servicios Científico-Técnicos de la Universidad de Oviedo.

A mis padres, Paco y Chiti, a mi hermano, Fran y, a mi abuela, Amelia, por su apoyo incondicional a lo largo de los años, por educarme y quererme. Gracias por estar siempre conmigo y darme la fuerza que a veces me faltaba para seguir. Sois el mejor ejemplo que tengo en la vida.

A los compañeros de sanitarios, en especial a los enfermeros que, de forma desinteresada, participaron en el estudio, compartiendo sus vivencias durante un momento tan complicado, permitiéndome así realizar esta tesis doctoral.

A todos los profesionales sanitarios que continuaron con su labor asistencial durante la pandemia por COVID-19, pese a estar inmersos en una situación desconocida hasta el momento.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN, ESTADO ACTUAL Y JUSTIFICACION.....1

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. ESTADO ACTUAL DEL TEMA	7
1. EPIDEMIOLOGÍA.....	7
2. COVID 19	8
3. COVID 19 Y VACUNACION	10
4. COVID-19 Y SANITARIOS	13
5. IMPACTO PISCOLOGICO	15
III. JUSTIFICACION	26

CAPITULO II. PREGUNTA DE INVESTIGACION, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS29

CHAPTER II. RESEARCH QUESTION, HYPOTHESIS AND OBJECTIVES...29

I. RESEARCH QUESTION.....	31
II. HYPOTHESIS.....	31
III. OBJECTIVES	32

CAPITULO III. MATERIAL Y MÉTODOS34

I. DISEÑO	36
II. RECOGIDA DE DATOS	36
III. POBLACIÓN A ESTUDIO	36
IV. VARIABLES	37
1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	37
2. OTRAS VARIABLES INDEPENDIENTES EVALUADAS CON PREGUNTAS DE RESPUESTA DICOTÓMICA: SI/NO	40
3. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	41
V. INSTRUMENTOS DE MEDIDA	41
1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y OTRAS VARIABLES RELACIONADAS CON LA PROFESIÓN SANITARIA Y LA COVID-19	41
2. THE HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)	41
VI. PROCEDIMIENTO	43
VII. ANALISIS DE DATOS	43
VIII. ASPECTOS ÉTICOS	45

CAPITULO IV: RESULTADOS

I. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	49
II. DISTRIBUCION DE VARIABLES RELACIONADAS CON ASPECTOS FAMILIARES, SOCIALES Y DE OCIO.....	54
III. DISTRIBUCION DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON LA COVID- 19	55
HADS: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	57
1. HADS: PUNTUACIÓN Y NIVELES	57

2. ANÁLISIS CORRELACIONAL DE LA HADS	58
--	----

CAPÍTULO V. DISCUSION.....77

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, LABORALES Y RELACIONADAS CON LA COVID-19	80
II. HADS: PUNTUACIÓN Y NIVELES	84
III. HADS: ANÁLISIS CORRELACIONAL.....	87
IV. LIMITACIONES Y SESGOS.....	89
V. RELEVANCIA PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	90

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES.....93

CHAPTER VI. CONCLUSIONS.....93

CAPITULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....96

CAPITULO VIII: ANEXOS.....112

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución según especialidad	49
Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes	50
Tabla 3. Características de las variables tipo de contrato, turno y cambios en el turno.....	52
Tabla 4. Pensamiento de los profesionales con respecto al riesgo de contagio que experimentan sus compañeros en el servicio.....	53
Tabla 5. Tabaquismo	53
Tabla 6. Respuestas a las preguntas relacionadas con aspectos familiares, sociales y de ocio	54
Tabla 7. Respuestas a las preguntas relacionadas con la COVID-19.....	56
Tabla 8. Puntuaciones en la HADS	57
Tabla 9. Niveles de HADS	58
Tabla 10. Correlación entre las variables sociodemográficas y los niveles de ansiedad	59
Tabla 11. Correlación entre variables laborales y los niveles de ansiedad	60
Tabla 12. Correlación entre las variables relacionadas con la COVID-10 y los niveles de ansiedad	61
Tabla 13. Correlación entre la variable practica algún deporte o actividad lúdica y los niveles de ansiedad.....	62

Tabla 14. Correlación entre la variable depresión y los niveles de ansiedad....	62
Tabla 15. Correlación entre las variables edad, experiencia profesional, experiencia profesional en el servicio y ansiedad	63
Tabla 16. Modelos de regresión logística	65
Tabla 17. Correlación entre variables laborales y niveles de depresión	69
Tabla 18. Correlación entre las variables relacionadas con la COVID-19 y los niveles de depresión.....	69
Tabla 19. Correlación entre la variable ansiedad y los niveles de depresión.....	70
Tabla 20. Correlación entre las variables edad, experiencia profesional, experiencia profesional en el servicio y depresión	71
Tabla 21. Modelos de regresión logística	72

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

COVID-19 – Coronavirus disease 19

DASS- 21 – Escala en versión abreviada de las DASS

ESPII -- Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional

ECMO – Oxigenación por membrana extracorpórea

EMA – Agencia Europea de Medicinas

GAD-7 – Escala de Ansiedad Generalizada en personal médico

HDRS – Hamilton para la depresión

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

HADS-A – Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety

HADS-D – Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression

MERS – Middle East Respiratory Syndrome

OMS – Organización Mundial de la Salud

RSI – Reglamento Sanitario Internacional

SARS – Severe Acute Respiratory Syndrome

SARS-CoV-2 – Severe Acute Respiratory Syndrome type 2

UCI – Unidad de Cuidados Intensivos

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN, ESTADO ACTUAL Y JUSTIFICACION

I. INTRODUCCIÓN

Durante el mes de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan avisa a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la aparición de un conglomerado de casos de neumonía en la ciudad. Tiempo después, se determina que se trata de un nuevo coronavirus. El SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome type2*) responsable de una nueva enfermedad infecciosa e impredecible, de rápida propagación.

Los coronavirus son un tipo de familia vírica que afecta generalmente a animales, aunque es cierto que existen algunos tipos que pueden infectar a personas. Este, el nuevo SARS-CoV-2 se trata de una patología extremadamente infecciosa, la cual produce lo que más tarde conoceríamos como COVID-19 (*coronavirus disease 19*).

En un primer momento se asociaba a la exposición a pescado y animales salvajes en un mercado de China, lo que indicaba como vía posible de transmisión la vía animal-humano. Sin embargo, hoy en día, se aboga más por una transmisión de persona a persona, por medio de gotitas o contacto directo¹.

El nuevo coronavirus, tras su aparición en China, se diseminó rápidamente por Asia y Europa, para finalmente acarrear una repercusión mundial.

El 30 de enero de 2020, el director general de la OMS, convoca un nuevo Comité de Emergencias donde se declaró que el brote por el nuevo coronavirus constituye una nueva Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional

(ESPII). Esto constituiría la sexta vez que la OMS declara una ESPII desde el 2005, año en el cual entra en vigor el Reglamento Sanitario Internacional (RSI)².

La OMS, el pasado 11 de marzo de 2020, declaró la COVID-19 como pandemia. Al cabo de tres días, el Gobierno de España aprobó un Real Decreto (RD 463/2020, 14 de marzo) que tenía como finalidad la declaración del estado de alarma en España. Con este, se buscaba mejorar la gestión de la actual crisis sanitaria, proteger la salud, evitar la progresión de la enfermedad y fortalecer el sistema de salud pública.

Durante el estado de alarma se establecieron una serie de medidas de contención como fueron la suspensión de la apertura al público de locales y establecimientos minoristas, bibliotecas, museos, hostelería, restauración y fiestas populares. Se suspendió la formación educativa presencial, así como la limitación de la libre circulación de las personas. Esta última, quedaría sujeta a aquellas actividades de primera necesidad o desplazamiento al lugar de trabajo, facilitando siempre la teleformación y teletrabajo³.

A su vez, la preocupación aumentaba entre la población por la situación de incertidumbre y la falta de vacuna o tratamiento eficaz, lo cual podría ser el desencadenante de cualquier tipo de trastorno ansioso-depresivo. A la vista de la literatura consultada, los profesionales sanitarios han visto mermada su salud mental, a lo largo de todo el mundo. En este aspecto, no solo los sanitarios temían por contagiarse y las consecuencias que pudiese acarrear para su propia persona, sino que también ahondaban en ellos sentimientos miedo y angustia al

poder contagiar a sus familiares, amigos, compañeros y pacientes a los que trataban. Por todo ello, los profesionales sanitarios que se encontraron al frente durante el periodo de pandemia por la COVID-19 serían más vulnerables a la hora de desarrollar trastornos mentales.

Según muestra la literatura, los síntomas de depresión, ansiedad y estrés reportados por los profesionales sanitarios durante la pandemia por covid-19 indicaban un riesgo elevado de patología mental. En general, en todos los estudios, destacan la seguridad en el trabajo como un derecho universal ⁴.

Además, la revisión sistemática realizada por da Silva et al.⁵ refleja como los profesionales sanitarios manifestaban ansiedad, depresión y trastornos del sueño, siendo mayor el daño que la capacidad de tolerancia psicológica. En todos ellos, manifiestan la necesidad de implementar actividades preventivas que refuercen la salud mental de los trabajadores de los profesionales sanitarios⁶.

Según recoge el artículo¹, los pacientes con neumonía causada por SARS-CoV-2, precisaron de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). De estos, desarrollaron dificultad respiratoria aguda un 20,1%, necesitando ventilación mecánica invasiva un 8,3% y oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) un 3,2%. También observaron que los pacientes manifestaron afectación renal, cardíaca e incluso situaciones de shock.

Las personas contagiadas por SARS-Cov-2, presentan una serie de síntomas comunes a otras patologías y, por tanto, inespecíficos como son la fiebre, la tos, las mialgias, diarrea, náuseas, etc. Un elevado número de pacientes, incluso hoy en día, tienen un curso de la infección asintomática, lo cual dificulta la identificación de la patología y el control de la transmisión².

II. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

1. EPIDEMIOLOGÍA

Según los datos obtenidos de la OMS, a finales de septiembre de 2022, datan a nivel mundial, un total de 613.410.796 casos acumulados y 6.518.749 defunciones. Además, en un solo día, pudo observarse un total de 444.072 casos nuevos. Hoy en día, se observa una incidencia, en Estados Unidos de 94.833.079 casos nuevos mientras que en Europa la incidencia data de 253.201.233 casos nuevos.

Hasta la fecha, en España, podemos ver una incidencia de 13.412.263 casos acumulados, donde el total de las defunciones alcanza la cifra de 114.084².

En Asturias, lugar donde se realizó el presente estudio, se han contabilizado hasta finales de septiembre de 2022, 257.284 casos acumulados y un total de 3.122 fallecidos. En cuanto al total de pruebas realizadas para el diagnóstico, se alcanza un total de 2.766.368 pruebas⁷.

Con respecto al estado actual de vacunación en España, hasta principios de septiembre, se registraron un total de 95.676.799 dosis administradas, un total de 39.145.640 personas con pauta completa y, al menos con una dosis administrada 39.259.194.

Si nos fijamos por grupo de edad y personas que se han administrado dosis de recuerdo, podemos ver que el porcentaje de personas mayores de 40 años es

un 81.7%; mayores de 50 años un 88.1%; mayores de 60 años un 92.9% y mayores de 70 años un 92.6%.

También, un 55.5% de los niños entre 5 y 12 años han recibido al menos una dosis y hasta un 45.6% ha recibido una pauta completa⁸.

En cuanto al estado de vacunación hasta septiembre de 2022, en Asturias, el número de personas que recibieron la primera dosis asciende un total de 940.458 dosis⁷.

2. COVID 19

La covid-19 constituye una de las patologías infecciosas más relevantes hoy en día. Esta causada por el virus SARS-COV2. Los primeros casos fueron reportados por las autoridades chinas, concretamente en Wuhan, desde donde se extendió rápidamente por todo el mundo. Desde el principio, se vinculó la enfermedad con un mercado donde se vendían animales y, por ello se creyó que tenía un origen zoonótico.

El periodo de incubación para el desarrollo de la enfermedad es de 14 días por lo que una persona infectada ha podido estar en contacto con múltiples personas de diferentes países. Si además de esto, sumamos que nos encontramos en un mundo ampliamente globalizado, encontramos aquí el sustento de la rapidez con la que se ha extendido el virus si lo comparamos con otro virus de cómo pudo ser el MERS o el SARS.

CRONOLOGÍA Y EXTENSIÓN DE LA ENFERMEDAD

El comienzo de esta pandemia se sitúa en China, concretamente en Wuhan. El 31 de diciembre, Pekín se comunicó a la OMS la hospitalización de 27 personas, todas ellos trabajadores del mercado de Huanan.

El 1 de enero de 2020, ya se implantaron las primeras medidas en cuanto a salud pública se refiere.

El 9 de enero, Pekín hacía otro comunicado oficial a la OMS donde ofrecía el genoma del virus, el cual habían sido capaz de aislar y que deseaban compartir con la comunidad científica para posteriormente emplearlo en el desarrollo de vacunas y test.

Por ello, el día 9 de enero, supuso la “fecha cero” ya que desde este momento se comenzaría a valorar la magnitud de la pandemia en todo el mundo.

Al poco tiempo, otros países comenzaron a notificar los primeros casos fuera de China. Concretamente, el 13 de enero de 2020, la OMS confirma el primer caso de COVID-19 en Tailandia.

En Europa, concretamente, se pudieron registrar los primeros casos el 24 de enero².

El día 30 de enero, el director general convocó un Comité de Emergencias según ampara el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) con la finalidad de evaluar si el brote constituía una emergencia de salud pública que pudiese repercutir en la salud pública internacional. En dicho comité se declaró que el brote por el nuevo coronavirus suponía una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII).

A esta misma fecha, la OMS emite un informe para actualizar la presente situación, donde se recoge un total de 7.818 casos confirmados en todo el mundo, siendo el país con más prevalencia China y siendo detectados otros 82 casos en 18 países².

CRONOLOGÍA DE LA COVID EN ESPAÑA

Durante el mes de marzo, el día 11, la OMS declara la enfermedad como pandemia dada la magnitud de esta. El 14 de marzo, el Gobierno de España, según recoge el artículo 116 de la Constitución Española, resuelve con el RD463/2020 el Estado de Alarma con sus respectivas medidas, donde cabe destacar el confinamiento domiciliario dentro de todo el ámbito nacional^{2,3}.

3. COVID 19 Y VACUNACION

El uso de las vacunas que conocemos actualmente contra la covid-19, ha sido validado por la OMS. El pasado diciembre de 2020, comenzó la vacunación masiva.

Para que las vacunas entren dentro de esta lista validada por la OMS, deben ser evaluadas con la finalidad de avalar que se cumple con el reglamento necesario en cuanto a calidad, seguridad y eficacia.

Gracias a la vacunación contra la COVID-19, se reduce también el riesgo de contagio hacia otras personas, por lo que estaríamos protegiéndolas también. Este suceso es de gran relevancia para aquellos grupos que corren más riesgo de presentar síntomas graves como son los profesionales sanitarios, personas con pluripatológicas o enfermedades graves, así los ancianos⁹.

Uno de los aspectos más importantes a valorar en una vacuna es la eficacia. La eficacia hace referencia a la capacidad que para evitar la aparición de sintomatología lo que no es igual que prevenir la infección.

Entre las vacunas autorizadas hasta febrero de 2021, la eficacia era mayor para Moderna con un 96%, seguida de Pfizer BioTech con un 95%.

Como al hablar de cualquier fármaco o medicamento, existen efectos secundarios, de los cuales no están exentas las vacunas desarrolladas contra la covid-19. De todas las vacunas, vemos que los síntomas suelen ser mínimos y que solo en un pequeño porcentaje puede existir riesgo de reacción anafiláctica¹⁰.

VACUNACION TRAS INFECCION

Actualmente, un elevado número de la población ha sido infectado por la covid-19, ¿resulta útil la vacunación en personas que ya han sido infectadas? La respuesta es sí, ya que el propio sistema inmune tras una infección asintomática (como es en la mayoría de los casos) no es suficiente, además no perdura en el tiempo, lo cual no nos garantiza que el riesgo por reinfección sea mínimo¹⁰.

Tras haber contraído la infección por COVID-19, la vacunación podría retrasarse hasta seis meses, teniendo esta afirmación como sustento que la infección por si sola conlleva cierta protección. Pero, todavía en la actualidad, no existen estudios que aclaren el tiempo que se debe esperar tras haber contraído la infección para vacunarse⁹.

Durante la pandemia, una de las esperanzas de la población mundial, era la investigación acerca de vacunas frente a la COVID-19. A nivel mundial, la morbilidad y mortalidad por la pandemia era muy elevada. Por ello, se llegaron a poner en marcha más de más 200 vacunas en diferentes etapas de investigación. La OMS, en aquel momento, disponía de un borrador donde se publicaba un resumen de las vacunas y el estado en el que se encontraba la investigación.

Desde el comienzo de la emergencia sanitaria por COVID-19, se pusieron en marcha más de 250 grupos en el mundo para el desarrollo de una vacuna que pudiese garantizar la cobertura y eficacia.

La seguridad es otro de los aspectos fundamentales que repercute en esta y en todas las vacunas y fármacos. Debido a la situación de gravedad que conllevó la pandemia, muchas de las vacunas se autorizaron de manera precipitada. Esto supuso una gran alarma entre las autoridades sanitarias de todo el mundo. En España, era necesario la aprobación por parte de la Agencia Europea de Medicinas (EMA) para la vacuna frente al COVID-19¹¹.

4. COVID-19 Y SANITARIOS

La pandemia tiene capacidad de afectar sustancialmente la salud mental de los trabajadores de la sanitaria que se encontraron en primera línea.

Entre todos los profesionales sanitarios, juegan un papel importante las enfermeras. Durante toda la pandemia, estas arriesgaron su vida en unidades de cuidados intensivos, emergencias extrahospitalarias, urgencias hospitalarias, unidades de pacientes COVID, demostrando auténtica dedicación a los pacientes y vocación por la profesión¹².

Las enfermedades infecciosas, de por sí ya tienen un impacto negativo en la salud mental de la población general y, en particular, de los profesionales sanitarios. Otro aspecto importante, asociado a las enfermedades infecciosas es el distanciamiento social necesario para evitar la propagación de la enfermedad, lo cual podría ocasionar angustia social y psicológica¹³.

Aparte del distanciamiento social, las enfermeras se vieron inmersas en la soledad y discriminación por parte del resto de la población, a lo que quedaría sumarle el intenso estrés laboral en el que se encontraban sumergidas¹².

Los estudios consultados recogen que los profesionales sanitarios en general y, las enfermeras en particular reportan síntomas de ansiedad, depresión, insomnio y malestar al estar atendiendo a pacientes con COVID-19^{12,13}.

Además de lo ya mencionado, las enfermeras, se han visto afectadas por la incertidumbre y por la intensidad del trabajo¹².

La repercusión psicológica que se contemplan durante una pandemia puede acarrear problemas persistentes. Por ello, resulta de gran relevancia plantear estrategias que se centren en la protección de la salud mental de los sanitarios¹³.

Al estar sometidas a situaciones estresantes, los problemas psicológicos y emocionales repercuten negativamente en los aspectos cognitivos y en la toma de decisiones, lo que finalmente no solo repercute en la salud mental de las enfermeras, sino que también supone riesgo para los pacientes¹².

5. IMPACTO PISCOLOGICO

En los últimos años, al margen de la pandemia por covid-19, hemos podido ver como el estrés laboral supone uno de los problemas de mayor relevancia y magnitud para la salud pública, pero de igual o mayor trascendencia para los trabajadores sanitarios¹⁴.

El impacto psicológico de la covid-19 ha sido enorme, según la revisión sistemática realizada por Luo M et al.¹⁵ ya al comienzo de la pandemia relataba como se veían afectados desde los propios trabajadores de la salud, pacientes infectados como la población general que no había entrado en contacto con el nuevo coronavirus. En este mismo estudio, observaron que los pacientes que tenían antecedentes médicos relevantes, así como los pacientes infectados durante la primera ola de la pandemia, tenían una prevalencia mayor de ansiedad y depresión en comparación con los sanitarios. Además, vieron como algunos de los factores que incrementaban más aún esta carga psicológica eran ser mujer, enfermera, tener un nivel socioeconómico más bajo, aislamiento social, entre otros.

Para entender el presente escenario sanitario, es necesario abordar el concepto de estrés laboral. El estrés constituye una respuesta funcional que facilitar al organismo una respuesta adaptativa ante una elevada demanda bien sea de tipo física o psicológica¹⁶.

La sensación que experimentamos como desagradable ante un fracaso en la adaptación al medio en el que nos encontramos es conocido bajo el concepto de estrés. Sin embargo, un paso más allá es el concepto de estrés laboral con el cual se hace alusión a la falta de capacidad de adaptación dentro del trabajo consecuencia de un déficit de conocimiento suficiente que pueda responder a las demandas y presiones laborales existentes¹⁷.

La situación de los profesionales sanitarios antes de la pandemia ya era considerada como altamente estresante. Algunos de los factores desencadenantes de estrés son la disminución de las horas de sueño (<6h) así como la mala calidad de este. Y, es que, durante la pandemia muchos profesionales sanitarios vieron como la jornada laboral se encontraba incrementada, lo que se relacionó de manera directa. Tanto la alteración del patrón sueño como el cansancio, pueden causar alteraciones a nivel orgánico que desencadenen déficits cognitivos.

Otros de los factores que influyen sobre el estrés, en este caso de manera positiva, son el ejercicio físico regular y las técnicas de relajación. Como consecuencia de las restricciones durante la pandemia, podemos suponer que haya repercutir negativamente sobre la salud de la población general.

En cuanto a las actividades sociales, ocio y consumo de sustancias, han recogido en este mismo estudio como el consumo de alcohol más de cuatro días a la semana supone un empeoramiento de la fisiología cerebral pese a que en un primer momento nos hace experimentar una sensación de alivio del estrés¹⁸.

La percepción de estrés depende de la persona, pero si es generalizable que el estrés se manifieste cuando el sujeto que vivencia la situación considera no tener suficientes recursos para dar respuesta a la demanda solicitada.

La autopercepción de estrés durante un periodo prolongado de tiempo conlleva un mayor riesgo para el desarrollo de otras patologías como las enfermedades cardiovasculares, infecciones virales, así como psiquiátricas¹⁹.

Con el paso del tiempo, se ha visto que el estrés laboral se ha convertido en un problema de gran magnitud y trascendencia en cuanto a Salud Pública se refiere. Tal es su relevancia que la Unión Europea, recoge como segundo problema laboral más frecuente el estrés asociado al ámbito laboral, por detrás de los trastornos musculoesqueléticos.

En el ámbito sanitario, existe un caldo de cultivo idóneo para el desarrollo del estrés y otras alteraciones psicopatológicas asociadas al puesto de trabajos, las cuales serán descritas a continuación²⁰.

De siempre es sabido que los sanitarios en general y en las enfermeras en particular, desempeñan un papel clave tanto para la prevención como el control y aislamiento de infecciones o lo que es lo mismo, constituyen un papel clave dentro de la salud pública de cada país²¹.

Algunos de los aspectos que contribuyen al desarrollo de estas alteraciones son la estrecha relación con los pacientes, así como su entorno más cercano, el

requerimiento de trabajo en equipo, formación continuada, los turnos de trabajo y la nocturnidad, los recortes a nivel de recursos humanos y materiales... Por ende, podemos ver afectado el bienestar físico y psicológico de los profesionales sanitarios²².

Cuando la intensidad y/o cronicidad se mantiene en el tiempo, vemos cómo puede afectar al organismo y, por tanto, al desarrollo normal de la actividad tanto profesional como en la vida personal. En relación con los cambios psicofisiológicos más frecuentes vemos que destacan los trastornos del ritmo sueño-vigilia, pérdida de apetito además de enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial²³.

Todo esto, sumado a las constantes reubicaciones a las que se encuentran sometidas las enfermeras, trabajar durante largos periodos de tiempo y el aumento de la carga de trabajo, supone una situación de estrés agudo que conlleva un aumento del desgaste emocional.

Además, se ha observado una mayor tendencia al suicidio durante y después de la pandemia. Existe cierta relación entre estos eventos y personas con enfermedades psiquiátricas, así como en los profesionales sanitarios.

En otro estudio realizado a enfermeras durante la pandemia contra la covid-19, Wuhan, observaron que la formación e información previa sobre otras enfermedades infecciosas repercute de manera positiva sobre la salud mental de aquellos profesionales que recibieron capacitación frente aquello que no la recibieron²¹.

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

La pandemia por COVID-19 ha repercutido notablemente en la salud mental de la población mundial, pero, en particular, en los profesionales sanitarios, pacientes que ya tenían patologías crónicas previamente y que no eran de tipo infecciosa, así como las personas que se infectaron y estuvieron en cuarentena durante la primera ola.

Tanto la gravedad como los problemas que repercuten en la salud mental de las personas es variable, dependiendo fundamentalmente de las diferentes condiciones de salud en las que se encuentran previamente, como el estilo de vida, el riesgo de infección y el apoyo social con el que cuentan.

Un aspecto importante que se tuvo en cuenta durante la primera ola fue la rápida propagación de COVID-19 en todo el mundo, lo que implicó el cierre en muchos territorios y el aislamiento social, lo que podría generar una situación de pánico en la población en general²⁴.

Durante febrero de 2020, en Wuhan, se realizó un estudio que respaldó los aspectos mencionados hasta ahora con respecto al impacto psicológico ya que mostró como las enfermeras experimentaban principalmente ansiedad, depresión, angustia y miedo²⁵.

Previamente a la pandemia, la ansiedad ya era un factor común dentro de los profesionales de la salud. Como consecuencia del contacto directo, la exposición

a eventos traumáticos como el proceso de duelo ante la elevada mortalidad de los pacientes durante la primera ola, agravó más los niveles de ansiedad y de miedo. Según recoge el artículo de Labrague LJ et al.²⁶ recogen como un 37,8% de los participantes presentaban elevados niveles de ansiedad, sin embargo, el resultado en cuanto a nivel de ansiedad fue menor con respecto a la población general. En este mismo estudio, observaron como aquellas personas que contaban con un apoyo social e institucional manifestaban niveles menores de ansiedad.

De igual manera, brotes de SARS o ébola estudiados antes de la pandemia por COVID-19, se pudo observar cómo los profesionales sanitarios son personas que se encuentran en riesgo de manifestar síntomas relacionados con la depresión y el insomnio²⁷.

En el estudio de Tosun A et al.²⁸ se recogió como las enfermeras de primera línea en China, en 2019, un 34% afirmaban experimentar insomnio y un 50,4% depresión, siendo además estos síntomas más prevalentes en las enfermeras que en el resto de los profesionales sanitarios.

Según recoge la OMS, la depresión se puede considerar como un trastorno mental. Aproximadamente, un 5% de la población adulta padece depresión. Repercute de manera importante en la carga mundial general de morbilidad y es considerada como la principal causa de discapacidad. Se considera depresión al trastorno mental que se relaciona con un estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío). o una pérdida del disfrute o del interés en

actividades, la mayor parte del día, la mayoría de los días, durante al menos dos semanas.

Otros síntomas que pueden experimentar las personas con depresión son cambios en el estado de ánimo en forma de síntomas somáticos como cansancio, dolor, astenia y estos, no se relacionan con otra patología médica.

Los episodios depresivos los podremos clasificar en leves, moderados o graves, en función del número y la intensidad de los síntomas como la repercusión que pueda tener en la persona²⁹.

Dentro del trastorno de la ansiedad podemos clasificar diferentes tipos como son: el trastorno de ansiedad generalizada (se caracteriza por preocupación excesiva), trastorno del pánico (se caracteriza por ataques de pánico), trastorno de ansiedad social (miedo y preocupación excesiva por situaciones sociales) y trastorno de ansiedad de separación (miedo excesivo o ansiedad ante la separación de aquellos individuos con los que tengamos un vínculo emocional profundo).

Datos de la OMS, recogen como en el año 2019, 301 millones de personas sufrían un trastorno de ansiedad, siendo 58 millones niños y adolescentes. El trastorno de ansiedad se caracteriza por miedo y preocupación excesiva y por trastornos del comportamiento conexos. Mientras que, para este mismo año, 280 millones de personas padecían depresión, siendo 23 millones niños y adolescentes³⁰.

Según el Instituto Nacional de Estadística, tras la última encuesta que se realizó entre julio de 2019 y julio de 2020, se observó como el porcentaje de población que experimentó encontrarse decaído o deprimido, con problemas para conciliar el sueño y poco interés por hacer las cosas, aumentó. Además, también se evidenció una disminución de las consultas médicas sobre todo en las personas mayores y que, aproximadamente un 20,5% de la población con edades comprendidas entre los dieciséis y setenta y cuatro años, acudieron a consultas de salud online en los últimos 3 meses.

En el pasado 2020, durante el periodo de tiempo comprendido entre enero y mayo, las defunciones como consecuencia del suicidio, agresión y abuso de tóxicos disminuyeron con respecto al mismo periodo de tiempo para años previos³¹.

Según datos consultados del ministerio de sanidad de España, el problema de salud mental que se presenta con mayor frecuencia en las historias clínicas de atención primaria es el trastorno de ansiedad, donde se registra que aproximadamente un 6,7% de la población lo padece, además de ser considerado como un problema que se mantiene relativamente estable en cuanto a frecuencia en aquellas personas que se encuentran entre los 35 y 84 años. Por su parte, el trastorno depresivo aparece en el 4,1% de la población y se va incrementando con la edad.

En estas mismas estadísticas, se recoge como la frecuencia de los problemas de salud mental es mayor entre las mujeres, adultas, fundamentalmente en el

trastorno de la ansiedad nerviosa (donde alcanza hasta 7 veces más) y en el trastorno depresivo (donde alcanza hasta 3 veces más). Sin embargo, durante la infancia, es más frecuente en los varones, sobre todo, en aquellos que presentan trastornos hipercinéticos (3 veces más).

También se menciona la existencia de un gradiente social de manera que los trastornos mentales se presentan con mayor frecuencia en aquellas personas con rentas más bajas, tal y como recogen los estudios consultados hasta el momento.

Resalta también como aquellas personas de 40 años y más, han retirado al menos una caja de antidepresivos, ansiolíticos o hipnótico/sedante durante el 2017, siendo así en un 34,3% en mujeres y del 17,8% en los hombres³².

La pandemia por COVID-19 ha generado un enorme impacto psicológico tanto a nivel general como en los profesionales sanitarios.

Los indicadores más relevantes de este fuerte impacto son la ansiedad y la depresión, siendo la prevalencia respectiva del 33% y del 28%^{15,24}.

ESCALAS Y CUESTIONARIOS PARA EVALUAR LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN

Como veníamos comentando hasta el momento, la ansiedad y la depresión se encuentran dentro de los trastornos mentales que pueden desarrollar los

profesionales sanitarios ante pandemias como la vivida en el pasado, a consecuencia del miedo a la exposición, a la falta de equipos de protección individual, el desconocimiento con respecto al tratamiento y control de la propagación, entre otros aspectos²⁵.

Es por ello por lo que muchos autores consideran que las pandemias pueden repercutir gravemente en la salud mental de la población general y de los profesionales de la salud. A consecuencia de estos, se hace cada vez más evidente la necesidad de considerarlo como un problema de salud pública e implementando medidas estratégicas de promoción de la salud mental^{15,16,17,25}.

- La **escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS))** de Zigmod y Sanith, 1983 es considerado como el instrumento de autoevaluación más usada para la evaluación de la depresión y de la ansiedad dentro del contexto hospitalario no psiquiátrico. Es un instrumento corto que ha mostrado la fiabilidad y validez, siendo utilizado tanto para el diagnóstico clínico como para la investigación. Tal y como refieren Terol-Cantero et al.³³ es un instrumento usado ampliamente en numerosos estudios españoles, donde se comprueban sus puntos de corte y propiedades psicométricas³³.
- La **escala abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)** es una versión breve de la DASS. Consiste en un instrumento relativamente breve y fácil de responder que consta de 21 ítems con subescalas tanto para la depresión (DASS-depresión), para la ansiedad (DASS-Ansiedad)

y estrés (DASS-estrés). Cada una de estas subescalas evalúan la motivación-autoestima, síntomas de ansiedad-miedo y síntomas de excitación-irritabilidad, respectivamente. Ha sido validada, al igual que la HADS, tras numerosas publicaciones por contar con adecuadas propiedades psicométricas³⁴.

- La **escala de Ansiedad Generalizada en personal médico (GAD-7)** es una escala de siete elementos que permiten evaluar los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada. Al igual que las ya mencionadas, ha demostrado tener una alta tasa de validez y confiabilidad interna³⁴.
- La **escala de Hamilton para la depresión (HDRS)** es la escala de calificación de la depresión más empleada en el mundo. Consta de 17 ítems. Fue publicada en 1960 por Max Hamilton, teniendo por objetivo evaluar la gravedad de la depresión en pacientes que se encontraban ingresados y que ya contaban con un diagnóstico previo de depresión³⁵.

III. JUSTIFICACION

Tras el estudio de la literatura consultada, se ha confirmado que tanto a nivel de la población general y en particular de los propios sanitarios, existe un impacto psicológico significativo. Además, este es mayor en aquellos profesionales sanitarios que se encontraron en primera línea durante el comienzo de la pandemia por la COVID-19.

Si nos hemos planteado este estudio es porque los profesionales sanitarios no han dejado de ejercer su profesión durante toda la pandemia. Es sabido el confinamiento domiciliario ha podido repercutir en la salud mental de toda la población, pero ¿y los sanitarios? Nosotros además de este, teníamos un peso mucho mayor en nuestros hombros, el miedo al contagio durante nuestra jornada laboral. No solo era el miedo al contagio propio, sino que también se encontraban los familiares o amigos con los que pudiésemos convivir y, por tanto, contagiar.

Los profesionales sanitarios y, en especial las enfermeras, percibieron algunos aspectos como la inseguridad, el desconocimiento ante una nueva situación, el miedo al contagio propio o de amigos, la falta de medios de protección, la elevada carga de trabajo, entre otros, como factores estresantes que repercuten en su salud mental. Por ello, consideramos que es necesaria la investigación en esta línea. Solo mediante el estudio de estos, podremos conocer la repercusión psicológica de la COVID-19, lo que nos permitirá adquirir competencias adecuadas de cara al futuro.

Por estudios previos, también es sabido que los profesionales sanitarios y como consecuencia de las condiciones laborales y el estrés, al que nos vemos sometidos en nuestro día a día, encontramos el escenario apropiado para el desarrollo de trastornos mentales.

Nos hemos planteado este estudio, además de lo mencionado, porque no hay muchos estudios en España que estudien la salud mental en este colectivo.

Hoy en día, es un tema de máxima relevancia, por lo que nos parecía importante conocer los niveles de ansiedad y depresión que puedan presentar las enfermeras en España. Además, el estudio de estos factores de riesgo nos parece una manera de dar gracias profesionales sanitarios que hoy se encuentran con secuelas psicológicas en sus casas como consecuencia de su excelente labor durante la pandemia.

**CAPITULO II. PREGUNTA DE INVESTIGACION,
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

**CHAPTER II. RESEARCH QUESTION, HYPOTHESIS
AND OBJECTIVES**

I. RESEARCH QUESTION

What is the psychological impact that confinement and healthcare have had as a consequence of the COVID-19 pandemic on nurses in Asturias?

II. HYPOTHESIS

Null hypothesis

H0: No levels are detected that show an impact related to confinement and healthcare as a consequence of the COVID-19 pandemic on nurses in Asturias.

Alternative hypothesis

H1: Levels of psychological impact related to confinement and health care as a consequence of the COVID-19 pandemic are detected in nurses in Asturias.

III. OBJECTIVES

General objective

To know the psychological impact related to confinement and health care as a consequence of the COVID-19 pandemic on nurses in Asturias.

Secondary objectives

To describe the sociodemographic characteristics of the sample of health professionals, specifically nurses, in Asturias.

To study the prevalence of symptoms and levels of anxiety and depression in the sample of health professionals, specifically nurses, in Asturias.

To identify which factors are associated with higher levels of anxiety and depression in the sample of health professionals, specifically nurses, in Asturias.

To study if there is a relationship between the levels of anxiety and depression.

CAPITULO III. MATERIAL Y MÉTODOS

I. DISEÑO

Estudio epidemiológico cuantitativo, descriptivo y transversal. Con este tipo de estudio se realizó con la finalidad de poder estimar la frecuencia de una o más variables de interés en una determinada población. Es uno de los diseños más frecuentes en la investigación sanitaria, ya que nos ofrece una visión de la población en un momento concreto, lo que resulta útil para planificar los servicios sanitarios.

II. RECOGIDA DE DATOS

Los datos fueron recogidos por medio de un formulario en red para que pudieran participar todos los sanitarios asturianos que estuvieran en activo durante la pandemia por la COVID-19. Dicho formulario se abrió el día 27 de febrero y se cerró el 9 de mayo de 2021.

III. POBLACIÓN A ESTUDIO

La población del estudio fueron todos los profesionales sanitarios asturianos, para finalmente utilizar en este estudio solo enfermeras. Para obtener acceso a la muestra, se empleó un muestreo de tipo bola de nieve (N=434).

IV. VARIABLES

1. Variables sociodemográficas

- Comunidad autónoma:
 - Andalucía
 - Aragón
 - Asturias
 - Cantabria
 - Castilla La Mancha
 - Castilla y León
 - Cataluña
 - Extremadura
 - Galicia
 - Islas Baleares
 - La Rioja
 - Madrid
 - Murcia
 - Navarra
 - País Vasco
 - Valencia
 - Ciudad autónoma de Melilla
 - Ciudad autónoma de Ceuta
- Categoría profesional:
 - Médico

- Enfermera
- Fisioterapeuta
- Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería
- Residente en formación
- Otra
- Especialidad
 - Quirúrgica
 - Médica
 - Atención Primaria
 - Urgencias
 - Cuidados Críticos
 - Geriátrica
 - Pediatría
 - Materno-Ginecológica
 - Servicios Básicos (laboratorio, rayos...)
 - Gestión
 - Salud Mental
 - Salud Pública
 - Otras
- Género:
 - Masculino
 - Femenino
- Edad: en años
- Estado Civil:
 - Soltero

- Casado/En pareja
- Separado/Divorciado
- Viudo
- ¿Con quién vive?
 - Solo
 - Pareja e hijos
 - Con sus padres
 - Otra situación
- Hijos
 - Sí
 - No
- Tabaco
 - Sí
 - No

Otras variables relacionadas con su profesión

- Tiempo de experiencia profesional total: en años
- Tiempo de experiencia profesional total en su servicio: en años.
- Tipo de contrato:
 - Plaza en propiedad
 - Interinidad
 - Eventual
 - Contrato en formación
 - Otro
- ¿Ha tenido cambios en su horario laboral durante este periodo de pandemia?

- Sí
- No
- ¿Cuál es su turno de trabajo?
 - Fijo de mañanas
 - Rotatorio
 - Mañanas y guardias
 - Otro
- ¿Cree que el personal sanitario que trabaja en su servicio está demasiado expuesto al contagio con COVID-19?
 - Sí
 - No
 - La misma que otros profesionales sanitarios

2. Otras variables independientes evaluadas con preguntas de respuesta dicotómica: si/no

- ¿Tiene miedo?
- ¿Siente que su trabajo es estresante?
- ¿Tiene alguna persona dependiente a su cargo?
- ¿En su hogar dependen exclusivamente del sueldo que usted aporta?
- ¿Practica algún tipo de deporte o actividad lúdica?
- ¿Se ha infectado de COVID-19?
- ¿Vive con alguien que haya tenido coronavirus, que haya precisado estar aislado o ingresado?
- ¿Tiene algún familiar cercano o amigo que se haya contagiado?
- ¿Se ha vacunado?

3. Ansiedad y depresión

V. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

1. Variables sociodemográficas y otras variables relacionadas con la profesión sanitaria y la COVID-19

Para la recogida de estas, se empleó un formulario de Google online. De manera que primero se recogieron las variables sociodemográficas, después las relacionadas con el ámbito laboral y seguidamente aquellas relacionadas con la COVID-19, antes de los ítems incluidos en las escalas.

2. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

La escala empleada para evaluar los síntomas psicológicos en la muestra estudiada fue la HADS, adaptada y validada para la población española³⁶.

Se decidió utilizar esta ya que ha sido validado para cualquier tipo de población, siendo ampliamente usada para realizar el cribado de depresión y/o trastorno de ansiedad tanto a nivel hospitalario como de atención primaria. Además, se tarda aproximadamente 5 minutos en completarse, lo que permite realizar una rápida evaluación³⁷.

La HADS consta de un recopilatorio de 14 preguntas, dividida en dos baterías de 7 preguntas cada una, con dos subescalas que miden síntomas de ansiedad (HADS-A) y depresión (HADS-D).

Para cada subescala, se realizan siete preguntas para evaluar los síntomas experimentados durante la última semana, puntuados en una escala de cuatro puntos. Cada respuesta es calificada con una puntuación de cuatro puntos (0 a 3), siendo la puntuación más alta la que conlleva una peor condición.

La puntuación total máxima para subescala es de 21 puntos. Si la puntuación total es mayor o igual 11 se considera un trastorno clínicamente significativo mientras que si se encuentra entre 8 y 10 puntos sugiere un trastorno leve.

En el estudio de Hansson et al.³⁷ se observó que la escala es confiable, con estructura factorial estable y alta consistencia interna. La escala HADS tiene una sensibilidad y especificidad de aproximadamente el 80% y una validez predictiva de alrededor del 70%.

A día de hoy, cada estado de ánimo se dividió en cuatro rangos: normal (0 a 7), leve (8 a 10), moderado (11 a 14) y grave (15 a 21), siendo esta la forma utilizada y se adopta en nuestro estudio tanto para la subescala de ansiedad (HADS-A) y para la subescala de depresión (HADS-D)³⁸.

La versión española del HADS validada por Herrero et al.³⁶ con alfa de Cronbach de 0,90 para HADS total, 0,84 para HADS-D y 0,85 para HADS-A. Mientras que,

en múltiples estudios, se observó que la consistencia interna (alfa de Cronbach) fue de 0,85 para HADS total, 0,71 para HADS-D y 0,81 para HADS-A³⁹. Por otro lado, en el estudio de Quintana et al.⁴⁰ observaron que la confiabilidad de la escala HADS presentó coeficientes de correlación fueron superiores a 0,85; teniendo con alfa de Cronbach de 0,86 para HADS-A y 0,86 para HADS-D, pudiendo verse así una alta consistencia interna.

VI. PROCEDIMIENTO

Para la realización del estudio, se diseñó un Google Forms en el que se proporcionaba información sobre el estudio a los posibles participantes. El enlace de este se difundió, tras obtener la aprobación del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias (anexo 1) por redes sociales y correos corporativos nacionales (anexo 2). Así mismo, se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos a tratar. Para poder cumplimentar el formulario, tenían que seleccionar la casilla de acuerdo con el consentimiento, ya que sin ello no podían continuar.

VII. ANALISIS DE DATOS

Para la realización del análisis estadístico se utilizó el programa R. Primeramente, se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables, proporcionando distribuciones de frecuencia relativa y absoluta para las variables cualitativas y medidas de dispersión y posición para las variables cuantitativas.

Las diferencias de variables cuantitativas entre dos grupos se evaluaron a través de t de Student para muestras independientes, con la corrección de Welch ante varianzas distintas. Para valorar las diferencias de variables cualitativas se estudiaron con el test de Chi Cuadrado o de Fisher, en función del cumplimiento o no de las frecuencias esperadas. Finalmente, se realizaron modelos de regresión logística binaria para las variables indicadas, tanto de forma univariante como multivariante.

En base a los criterios de inclusión y teniendo en cuenta la fórmula de cálculo para una muestra representativa, se eligió el nivel de confianza del 95%, el más efectivo y utilizado, con el que se pretendía realizar la estimación de un parámetro a través de un estadístico muestral. Como indicador de fiabilidad del estudio, se empleó el margen de error de un 5%.

Los resultados de la aplicación de esta fórmula nos indica que, para obtener una muestra representativa, esta debería constar de 365 individuos. Por ello, podemos afirmar que la muestra de nuestro estudio es representativa, ya que contamos con 434 enfermeras.

VIII. ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación se ha desarrollado de acuerdo con los principios en la Declaración de Helsinki. Respetando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los datos respetando lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo, la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, así como la Ley 14/2007, del 3 de julio, de Investigación Biomédica.

Además, se solicitó autorización al Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Principado de Asturias, el cual consideró que el proyecto cumplía con las recomendaciones médicas y legales, emitiendo su autorización: cod-CEImPA 2021.136. La autorización se incluye en el apartado de anexos.

En primer lugar y, antes de cumplimentar el cuestionario en línea, se solicitó el consentimiento informado a todos los participantes. Para que aceptasen o revocasen nuestra invitación, se les informó del objetivo del estudio, así como de la aprobación para la realización del mismo.

CAPITULO IV: RESULTADOS

I. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La muestra estuvo formada por 434 profesionales de enfermería.

Tabla 1. Distribución según especialidad

Especialidad	Frecuencia	%
Atención Primaria	68	15.7
Cuidados Críticos	60	13.8
Geriatría	29	6.7
Gestión	11	2.5
Médicas	48	11.1
Obstétrico- Ginecológicas	11	2.5
Otras	74	17.1
Pediatría	13	3.0
Quirúrgicas	60	13.8
Salud Mental	11	2.5
Salud Pública	1	0.2
Servicios Básicos	9	2.1
Urgencias	39	9.0

Dentro de la variable especialidad podemos ver que la que se presentó con más frecuencia fue “otras” (17.1%) (Tabla 1).

Respecto a las variables sociodemográficas, la mayoría eran mujeres (90.6%), casadas (66.36%) y sin hijos (58.06%) (Tabla 2).

Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes

Variable	Tipo	Frecuencia	%
Género	Mujer	393	90.6
	Hombre	41	9.4
Estado civil	Casado	284	66.4
	Separado-viudo	28	6.5
	Soltero	116	27.1
Hijos	Sí	182	41.9
	No	252	58.1
Con quién vive	Con sus padres	62	14.3
	Otra situación	66	15.2
	Pareja e hijos	242	55.8
	Solo	64	14.7

La media de edad que presentaban los participantes fue de 38.40, con un rango de 22 a 64 años.

Respecto a las variables que se refieren al tipo de contrato, tipo de turno y si ha experimentado cambios en su turno de trabajo durante la pandemia por la COVID-19, se observó lo siguiente.

En esta, podemos observar como la mayoría eran eventuales (37.1%), tenían turno rotatorio (58.3%) y la mayoría si habían visto modificado su turno como consecuencia de la pandemia por la COVID-19 (63.4%) (Tabla 3).

Con respecto al tiempo de experiencia profesional total, la media que se obtuvo fue de 18.48 mientras que la media que se obtuvo para la experiencia profesional en el servicio actual fue de 6.80.

Con respecto a la variable que engloba el pensamiento que tienen los profesionales de enfermería en relación a si sus compañeros de servicio están demasiado expuestos al contagio por COVID-19, se obtuvieron los resultados que se recogen en la siguiente tabla (Tabla 4).

En cuanto al tabaquismo, la gran mayoría eran no fumadores (80%), seguido de los fumadores (15%). En la siguiente tabla, se recoge la distribución de la muestra respecto a esta variable (Tabla 5).

Tabla 3. Características de las variables tipo de contrato, turno y cambios en el turno

Variable	Tipo	Frecuencia	%
Tipo de contrato	Eventual	131	37.1
	En formación	9	2.1
	Interinidad	146	33.6
	Propiedad	115	26.5
	Otro	3	0.7
Tipo de contrato agrupado	Interino	158	36.4
	Eventual	161	37.1
	Propiedad	115	26.5
Turno de trabajo	A demanda	1	0.2
	Fijo	107	24.7
	Fijo con guardias	68	15.7
	Guardias	5	1.2
	Rotatorio	253	58.3
Cambio de turno	No	159	36.6
	Si	275	63.4

Tabla 4. Pensamiento de los profesionales con respecto al riesgo de contagio que experimentan sus compañeros en el servicio

Variable	Tipo	Frecuencia	%
Exposición al contagio	Sí	221	50.9
	No	54	12.4
	La misma que otros profesionales sanitarios	159	36.6

Tabla 5. Tabaquismo

Variable	Tipo	Frecuencia	%
Tabaquismo	Sí	65	15.0
	No	347	80.0
	Exfumador	22	5.1

II. DISTRIBUCION DE VARIABLES RELACIONADAS CON ASPECTOS FAMILIARES, SOCIALES Y DE OCIO

La mayoría de los participantes afirmaron no tener ninguna persona a su cargo (76.3%), la no dependencia económica del sueldo que ellos aportan en su hogar (80.9%) y la realización de algún tipo de deporte o actividad lúdica en su tiempo libre (54.9%) (Tabla 6).

Tabla 6. Respuestas a las preguntas relacionadas con aspectos familiares, sociales y de ocio

Variables	Tipo	Frecuencia	%
Tiene alguna persona dependiente a su cargo	Sí	103	23.7
	No	331	76.3
En su hogar depende exclusivamente del sueldo que usted aporta	Sí	83	19.1
	No	351	80.9
Practica algún tipo de ejercicio físico o actividad lúdica	Sí	237	54.9
	No	76	17.6
	Actualmente no	119	27.5

III. DISTRIBUCION DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON LA COVID-19

La mayoría de los participantes refirieron no sentir miedo en relación a la situación vivida con respecto a la COVID-19 (59.7%) mientras que un número mayor (78.8%) refirió sentir estrés.

La gran mayoría ha contestado no haberse contagiado (88.2%) durante la primera ola, no haber convivido con ningún familiar infectado que haya precisado estar en aislamiento (87.1%) y sí haberse vacunado (91.5%) con la primera dosis frente al COVID-19 (Tabla 7).

Tabla 7. Respuestas a las preguntas relacionadas con la COVID-19

Variable	Tipo	Frecuencia	%
Miedo	Sí	175	40.3
	No	259	59.7
Siente su trabajo como estresante	Sí	342	78.8
	No	92	21.2
Se ha infectado por COVID-19	Sí	51	11.8
	No	383	88.2
Vive con alguien que haya tenido coronavirus y haya precisado estar en aislamiento	Sí	56	12.9
	No	378	87.1
Vacunación	Sí	397	91.5
	No	37	8.5

HADS: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Con respecto a las variables ansiedad y depresión, ambas binarias, se dispone de la participación total de los sanitarios (n=434). Podemos ver como la mayoría de ellos presentaron síntomas de ansiedad (59%) y no tener un estado de ánimo depresivo (85.9%) (Tabla 8).

Tabla 8. Puntuaciones en la HADS

Variable	Tipo	Frecuencia	%
Ansiedad	Sí	256	59.0
	No	178	41.0
Depresión	Sí	61	14.1
	No	373	85.9

1. HADS: puntuación y niveles

Con relación a las puntuaciones HADS, como mencionamos anteriormente, no se produjeron pérdidas que afectasen al tamaño muestral.

La puntuación media en la subescala para la ansiedad dentro de la escala HADS fue de 12.15 mientras que en la subescala para la depresión dentro de la escala HADS fue de 7.26 (Tabla 9).

Tabla 9. Niveles de HADS

	HADS- ansiedad					HADS-depresión				
Media	12.15					7.26				
Desviación estándar	6.66					3.03				
Percentiles	0	25	50	75	100	0	25	50	75	100
	0.0	7.0	12.5	17.0	28.0	1.0	5.0	7.0	9.0	18.0

Respecto a los niveles de ansiedad que refirieron los profesionales sanitarios durante el confinamiento por la COVID-19, el 73.1% presentó síntomas de ansiedad (HADS-ansiedad ≥ 8). Mientras que, para la depresión, 14.1% presentó síntomas elevados depresión (HADS-depresión ≥ 11).

2. Análisis correlacional de la HADS

- **Ansiedad**

Tras realizar el análisis estadístico para buscar si existe algún tipo de asociación entre la HADS-ansiedad y las variables sociodemográficas, laborales, relacionadas con la COVID-19, otras variable independientes como la realización de ejercicio físico y la depresión, hemos encontrado que sí existen diferencias estadísticamente significativas en las siguientes: género, “¿con quién vive?”, “cambios en el horario laboral”, “¿cree que el personal sanitario que trabaja en su servicio está demasiado expuesto al contagio?”, “¿tiene miedo?”, “¿siente que

su trabajo es estresante?”, “¿practica algún tipo de deporte o actividad lúdica?” y depresión (tablas 10, 11, 12, 13 y 14).

Tabla 10. Correlación entre las variables sociodemográficas y los niveles de ansiedad

Niveles de ansiedad			
Variables	n		P
	No	Si	
Género			
Femenino	154	239	<0.026*
Masculino	24	17	
¿Con quién vive?			
Con sus padres	15	47	<0.011*
Otra situación	34	32	
Pareja e hijos	105	137	
Solo	24	40	

(p-valor *Test Chi Cuadrado de Pearson)

Tabla 11. Correlación entre variables laborales y los niveles de ansiedad

Niveles de ansiedad			
Variables	n		p
	No	Si	
¿Ha tenido cambios en el horario laboral?			
No	77	82	<0.022*
Si	101	174	
¿Siente que su trabajo es estresante?			
No	72	20	<0.001*
Si	106	236	

(p-valor *Test Chi Cuadrado de Pearson)

Tabla 12. Correlación entre las variables relacionadas con la COVID-10 y los niveles de ansiedad

Nieves de ansiedad			
Variables	n		p
	No	Si	
¿Cree que el personal sanitario que trabaja en su servicio está demasiado expuesto al contagio?			
La misma que otros profesionales sanitarios	69	90	<0.001*
No	36	18	
Si	73	148	
¿Tiene miedo?			
No	138	121	<0.001*
Si	40	135	

(p-valor *Test Chi Cuadrado de Pearson)

Tabla 13. Correlación entre la variable practica algún deporte o actividad lúdica y los niveles de ansiedad

Niveles de ansiedad			
Variables	n		p
	No	Si	
Practica algún tipo de deporte o actividad lúdica			
Actualmente no	38	81	<0.007*
No	26	50	
Si	113	124	

(p-valor *Test Chi Cuadrado de Pearson)

Tabla 14. Correlación entre la variable depresión y los niveles de ansiedad

Niveles de ansiedad			
Variables	n		p
	No	Si	
Depresión			
No	175	198	<0.001*
Si	3	58	

(p-valor *Test Chi Cuadrado de Pearson)

Con el objetivo de determinar si el comportamiento de la variable Edad varía según los distintos niveles de la variable Ansiedad (binaria) se han realizado diversos contrastes que a continuación detallamos. Para ello, considerando el suficiente tamaño de muestra y que no se rechaza la hipótesis de igualdad de

las dos varianzas poblacionales (test F de varianzas, p-valor=0,599), se obtiene que no se rechaza la hipótesis de igual de medias poblacionales (test t de Student, p-valor= 0,081).

En base a ello y tal como muestran los datos que se recogen en la tabla 15, los grupos no presentan diferencias significativas.

Tabla 15. Correlación entre las variables edad, experiencia profesional, experiencia profesional en el servicio y ansiedad

Ansiedad	n	Media	Mediana	Desviación	P25	P75	p
típica							
Edad (en años)							
No	178	39.57	38.50	11.88	29.25	48.00	0.081
SI	255	37.59	36.00	11.46	27.00	46.00	
Experiencia profesional (en años)							
No	178	15.35	14.00	11.70	4.00	25.00	0.457
Si	256	20.66	12.00	113.20	4.00	20.25	
Experiencia profesional en el servicio (en años)							
No	177	7.15	3.00	8.28	1.00	12.00	0.436
Si	256	6.55	3.00	7.63	1.00	10.00	

Se realizan también modelos de regresión logística binarias univariantes, uno para cada variable de la tabla siguiente. Se muestran, en primera instancia los

valores descriptivos (frecuencia absoluta y relativa para cualitativas, y media y DT para cuantitativas).

A continuación, figuran los resultados de aplicar dichas regresiones: odds ratio OR, junto con su intervalo de confianza al 95% y el pvalor asociado.

Por último, se construye un modelo multivariante, partiendo de todas las variables, pero simplificándolo posteriormente a través de un algoritmo de selección paso a paso. En la última columna se muestran los OR y demás información, para las variables que forman ese modelo final simplificado.

Por lo que, a la vista de los resultados que se muestran en la tabla 16, se concluye que tener hijos, estresante y tener depresión, aumenta, de forma significativa el riesgo de padecer ansiedad.

Por el contrario, la edad se posiciona como un factor protector frente a la ansiedad.

Tabla 16. Modelos de regresión logística

Ansiedad		No (<10)	Si (<10)	OR univariante	OR multivariante
Género	Femenino	154(39.2)	239(60.8)	-	-
	Masculino	24(58.5)	17(41.5)	0.46 (0.23-0.87, p=0.019)	
Estado civil	Casado	119(41.9)	165(58.1)	-	-
	Separado-Viudo	13(46.4)	15(53.6)	0.83 (0.38-1.84, p=0.644)	-
	Soltero	43(37.1)	73(62.9)	1.22 (0.79-1.92, p=0.372)	-
Con quien vive	Con sus padres	15(24.2)	47(75.8)	-	-
	Otra situación	34(51.5)	32(48.5)	0.30 (0.14-0.63, p=0.002)	-
	Pareja e hijos	105(43.4)	137(56.6)	0.42 (0.21-0.77, p=0.007)	-
	Solo	24(37.5)	40(62.5)	0.53 (0.24-1.14, p=0.108)	-
Hijos	No	104(41.3)	148(58.7)	-	-
	Si	74(40.7)	108(59.3)	1.03 (0.70-1.51, p=0.898)	5.22 (2.08-14.22, p=0.001)
Tipo de contrato	Interino	61(38.6)	97(61.4)	-	-
	Eventual	59(36.6)	102(63.4)	1.09 (0.69-1.71, p=0.718)	-

	Propiedad	58(50.4)	57(49.6)	0.62 (0.38-1.00, p=0.052)	-
Cambios horarios	No	77(48.4)	82(51.6)	-	-
	Si	101(36.7)	174(63.3)	1.62 (1.09-2.41, p=0.017)	-
Turno	No fijo	100(38.6)	159(61.4)	-	-
	Fijo	78(44.6)	97(55.4)	0.78 (0.53-1.15, p=0.216)	-
Personal riesgo contagio	La misma que otros sanitarios	69(43.4)	90(56.6)	-	-
	No	36(66.7)	18(33.3)	0.38 (0.20-0.72, p=0.004)	-
	Si	73(33.0)	148(67.0)	1.55 (1.02-2.37, p=0.040)	-
Fuma	Exfumador	12 (54.5)	10 (45.5)	-	-
	No	147 (42.4)	200 (57.6)	1.63 (0.69-3.97, p=0.267)	-
	Si	19 (29.2)	46 (70.8)	2.91 (1.08-8.03, p=0.036)	-
Miedo	No	138 (53.3)	121 (46.7)	-	-
	Si	40 (22.9)	135 (77.1)	3.85 (2.52-5.96, p<0.001)	-
Estresante	No	72 (78.3)	20 (21.7)	-	-

	Si	106 (31.0)	236 (69.0)	8.02 (4.73-14.14, p<0.001)	4.47 (1.99-10.14, p<0.001)
Personas a su cargo	No	138 (41.7)	193 (58.3)	-	-
	Si	40 (38.8)	63 (61.2)	1.13 (0.72-1.78, p=0.607)	-
Hogar depende de su sueldo	No	138 (41.7)	193 (58.3)		-
	Si	40 (38.8)	63 (61.2)	1.13 (0.72-1.78, p=0.607)	-
Deporte	Actualmente no	38 (31.9)	81 (68.1)	-	-
	No	26 (34.2)	50 (65.8)	0.90 (0.49-1.67, p=0.741)	-
	Si	113 (47.7)	124 (52.3)	0.51 (0.32-0.81, p=0.005)	-
Infección por COVID-19	No	158 (41.3)	225 (58.7)	-	-
	Si	20 (39.2)	31 (60.8)	1.09 (0.60-2.01, p=0.781)	-
Familiar con COVID-19	No	157 (41.5)	221 (58.5)	-	-
	Si	21 (37.5)	35 (62.5)	1.18 (0.67-2.14, p=0.567)	-
Vacunado	No	12 (32.4)	25 (67.6)	-	-

	Si	166 (41.8)	231 (58.2)	0.67 (0.32-1.34, p=0.270)	-
Edad	Mean (SD)	39.6 (11.9)	37.6 (11.5)	0.99 (0.97-1.00, p=0.082)	0.97 (0.93-1.00, p=0.036)
Experiencia	Mean (SD)	15.3 (11.7)	20.7 (113.2)	1.00 (1.00-NA, p=0.579)	-
Experiencia servicio	Mean (SD)	7.2 (8.3)	6.6 (7.6)	0.99 (0.97-1.01, p=0.436)	-
Depresión	No	175 (46.9)	198 (53.1)	-	-
	Si	3 (4.9)	58 (95.1)	17.09 (6.18-70.90, p<0.001)	4.88 (1.32-28.04, p=0.038)

- **Depresión**

Tras realizar el análisis estadístico para buscar si existe algún tipo de asociación entre la HADS-depresión y las variables sociodemográficas, laborales, relacionadas con la COVID-19, otras variables independientes como la realización de ejercicio físico y la depresión, hemos encontrado que sí existen diferencias estadísticamente significativas en las siguientes: “tiene miedo”, “siente que su trabajo es estresante” y ansiedad (Tabla 17, 18 y 19).

Tabla 17. Correlación entre variables laborales y niveles de depresión

Niveles de depresión			
Variables	n		p
	No	Si	
¿Siente que su trabajo es estresante?			
No	90	2	<0.001*
Si	283	59	

(p-valor *Test Chi Cuadrado de Pearson)

Tabla 18. Correlación entre las variables relacionadas con la COVID-19 y los niveles de depresión

Niveles de depresión			
Variables	n		p
	No	Si	
¿Tiene miedo?			
No	241	18	<0.001*
Si	132	43	

(p-valor *Test Chi Cuadrado de Pearson)

Tabla 19. Correlación entre la variable ansiedad y los niveles de depresión

Niveles de ansiedad			
Variables	n		p
	No	Si	
Depresión			
No	175	3	<0.001*
Si	198	58	

Con el objetivo de determinar si el comportamiento de la variable Edad varía según los distintos niveles de la variable Depresión (binaria) se han realizado diversos contrastes que a continuación detallamos. Para ello, considerando el suficiente tamaño de muestra y que no se rechaza la hipótesis de igualdad de las dos varianzas poblacionales (test F de varianzas, p-valor=0,777), se obtiene que no se rechaza la hipótesis de igual de medias poblacionales (test t de Student, p-valor= 0,622).

En base a ello y tal como muestran los datos que se recogen en la tabla 20, los grupos no presentan diferencias significativas.

Se realizan modelos de regresión logística, de igual manera al modelo planteado para ansiedad, concluyéndose en esta ocasión que turno fijo, miedo, vivir con algún familiar infectado por la COVID-19 y ansiedad se asociación a mayor probabilidad de sufrir depresión (tabla 21).

Tabla 20. Correlación entre las variables edad, experiencia profesional, experiencia profesional en el servicio y depresión

Ansiedad	n	Media	Mediana	Desviación	P25	P75	p
típica							
Edad (en años)							
No	372	38.52	36.50	11.72	28.00	46.00	0.622
SI	61	37.72	39.00	11.34	26.00	46.00	
Experiencia profesional (en años)							
No	373	19.43	12.00	93.99	4.00	22.00	0.183
Si	61	12.70	9.00	10.34	3.00	21.00	
Experiencia profesional en el servicio (en años)							
No	372	6.93	3.00	8.09	1.00	11.25	0.377
Si	61	5.97	3.00	6.63	1.00	10.00	

Tabla 21. Modelos de regresión logística

Depresión		No (<10)	Si (<10)	OR univariante	OR multivariante
Género	Femenino	336 (85.5)	57 (14.5)		
	Masculino	37 (90.2)	4 (9.8)	0.64 (0.19-1.67, p=0.409)	
Estado civil	Casado	240 (84.5)	44 (15.5)		
	Separado- Viudo	26 (92.9)	2 (7.1)	0.42 (0.07-1.47, p=0.248)	
	Soltero	101 (87.1)	15 (12.9)	0.81 (0.42-1.49, p=0.513)	
Con quien vive	Con sus padres	52 (83.9)	10 (16.1)		
	Otra situación	58 (87.9)	8 (12.1)	0.72 (0.26-1.95, p=0.516)	
	Pareja e hijos	205 (84.7)	37 (15.3)	0.94 (0.45-2.10, p=0.870)	
	Solo	58 (90.6)	6 (9.4)	0.54 (0.17-1.55, p=0.260)	
Hijos	No	220 (87.3)	32 (12.7)		

	Si	153 (84.1)	29 (15.9)	1.30 (0.75-2.24, p=0.339)	
Tipo de contrato	Interino	133 (84.2)	25 (15.8)		
	Eventual	137 (85.1)	24 (14.9)	0.93 (0.51-1.72, p=0.821)	
	Propiedad	103 (89.6)	12 (10.4)	0.62 (0.29-1.27, p=0.202)	
Cambios horarios	No	139 (87.4)	20 (12.6)		
	Si	234 (85.1)	41 (14.9)	1.22 (0.69-2.20, p=0.501)	
Turno	No fijo	227 (87.6)	32 (12.4)		
	Fijo	146 (83.4)	29 (16.6)	1.41 (0.81-2.43, p=0.217)	1.41 (0.81-2.43, p=0.217)
Personal riesgo contagio	La misma que otros sanitarios	136 (85.5)	136 (85.5)		
	No	51 (94.4)	3 (5.6)	0.35 (0.08-1.05, p=0.097)	
	Si	186 (84.2)	35 (15.8)	1.11 (0.63-1.99, p=0.714)	
Fuma	Exfumador	186 (84.2)	2 (9.1)		

	No	298 (85.9)	49 (14.1)	1.64 (0.46-10.50, p=0.511)	
	Si	55 (84.6)	10 (15.4)	1.82 (0.43-12.50, p=0.464)	
Miedo	No	241 (93.1)	18 (6.9)		
	Si	132 (75.4)	43 (24.6)	4.36 (2.46-8.04, p<0.001)	2.59 (1.37-5.03, p=0.004)
Estresante	No	90 (97.8)	2 (2.2)		
	Si	283 (82.7)	59 (17.3)	9.38 (2.85-57.93, p=0.002)	
Personas a su cargo	No	290 (87.6)	41 (12.4)		
	Si	83 (80.6)	20 (19.4)	1.70 (0.93-3.04, p=0.075)	1.86 (0.91-3.78, p=0.087)
Hogar depende de su sueldo	No	300 (85.5)	51 (14.5)		
	Si	73 (88.0)	10 (12.0)	0.81 (0.37-1.60, p=0.559)	0.50 (0.20-1.14, p=0.115)
Deporte	Actualmente no	97 (81.5)	22 (18.5)		
	No	65 (85.5)	65 (85.5)	0.75 (0.33-1.61, p=0.467)	

	Si	210 (88.6)	27 (11.4)	0.57 (0.31-1.05, p=0.069)	
Infección por COVID- 19	No	330 (86.2)	53 (13.8)		
	Si	43 (84.3)	8 (15.7)	1.16 (0.48-2.48, p=0.721)	
Familiar con COVID- 19	No	330 (87.3)	48 (12.7)		
	Si	43 (76.8)	13 (23.2)	2.08 (1.01-4.06, p=0.038)	2.65 (1.16-5.93, p=0.019)
Vacunado	No	32 (86.5)	5 (13.5)		
	Si	341 (85.9)	56 (14.1)	1.05 (0.43-3.17, p=0.921)	
Edad	Mean (SD)	38.5 (11.7)	37.7 (11.3)	0.99 (0.97-1.02, p=0.621)	1.05 (1.02-1.11, p=0.158)
Experiencia	Mean (SD)	19.4 (94.0)	12.7 (10.3)	0.98 (0.96-1.00, p=0.231)	0.94 (0.88-1.00, p=0.091)
Experiencia servicio	Mean (SD)	6.9 (8.1)	6.0 (6.6)	0.98 (0.94-1.02, p=0.377)	
Ansiedad	No	175 (98.3)	3(1.7)		
	Si	198 (77.3)	58 (22.7)	17.09 (6.18-70.90, p<0.001)	5.45 (1.42-31.66, p=0.029)

CAPÍTULO V. DISCUSION

El presente estudio, tuvo como objetivo determinar los niveles de ansiedad y depresión en una muestra de enfermeras del Principado de Asturias durante la pandemia por COVID-19.

Se obtuvo una muestra total de 434 participantes, donde se incluía a las enfermeras en activo durante la pandemia por COVID-19, tanto a nivel hospitalario como a nivel de atención primaria.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, LABORALES Y RELACIONADAS CON LA COVID-19

Con respecto a las características sociodemográficas, observamos que la mayoría de los participantes eran mujeres, casadas y sin hijos. Además, se observa que la edad media de la población fue 38,40 años. Si comparamos nuestros resultados con otros estudios de gran impacto, realizados durante la pandemia, podemos observar que los profesionales que se encontraban en primera línea asistencial tenían una edad similar a la presentada en nuestro estudio. Sin embargo, Danet et al.⁴¹ no obtuvieron resultados concluyentes sobre el efecto que pudiera tener la edad en el aumento de la prevalencia de síntomas psicológicos.

Como se mencionaba anteriormente y de manera similar a los estudios consultados, en los que se utilizó el mismo instrumento de medida para la valoración de la ansiedad y depresión, puede observarse que la distribución de la muestra según el género evidencia una alta prevalencia entre las mujeres de este sector^{42,43}. Los cuidados como tal se encuentran arraigados a la capacidad reproductiva de la mujer. Según el estudio de Mayobre et al.⁴⁴ la mayoría de los cuidadores familiares son mujeres, siendo en primer lugar las hijas y, en segundo lugar, las esposas. Pese a ello, en los últimos años, el concepto de cuidado ha ido cambiando notablemente. La enfermería desde sus comienzos se ha considerado como una tarea únicamente femenina⁴⁵. Dentro de los resultados de nuestro estudio, observamos que la mayor parte de la muestra son mujeres y que únicamente un 9,4% de hombres se dedican a la enfermería.

Actualmente, en España, el porcentaje de hombres enfermeros se encuentra en aumento pese a situarse en cifras inferiores con respecto al número de mujeres. Según revelan datos del INE⁴⁶, a 31 de diciembre de 2021, un total de 52.377 colegiados como enfermeros en España son hombres, mientras que el número de mujeres enfermeras alcanza la cifra de 278.368. En otros países, el desequilibrio es similar, siendo comparables estos resultados a los obtenidos en otro estudio realizado en enfermeras del Principado de Asturias para valorar conflictos éticos dentro de la UCI, donde la mayoría eran mujeres (82.1%)⁴⁷.

Si realizamos una búsqueda exhaustiva, podemos observar como el número de investigaciones que revelan una distribución equitativa por género es insuficiente⁴⁸.

Tal y como mencionábamos anteriormente, la profesión enfermera se ha entendido siempre como “el arte de cuidar” por parte de las mujeres. A lo largo de la historia, se recoge como “una tarea femenina”, estando este sentimiento bastante arraigado en nuestra sociedad. La feminidad que se relaciona con la profesión enfermera ha repercutido mucho en su propia evolución. Por ello, debemos de considerar la enfermería como la profesión desempeñada por profesionales de enfermería y no por hombres o mujeres. Si echamos la vista atrás, en España, los hombres ya jugaban un papel importante dentro de la profesión, al principio como practicantes, más tarde como ATS, después como DUEs y ahora, como Graduados en Enfermería⁴⁹.

Pese a lo ya mencionado, ciertos autores refieren que las experiencias vividas por los estudiantes de enfermería varían en función del género, lo cual podría dar respuesta a las diferencias que encontramos entre hombres y mujeres a la hora de enfrentarse a situaciones impactantes dentro de la profesión enfermera^{50,51}.

Otro aspecto importante es la diferencia de calificaciones a la hora de elegir estudios universitarios, siendo estas superiores en el caso de las mujeres que en el de los hombres. Sin embargo, el número de titulados universitarios en España en el pasado curso 2013-2014 fue de 233.626 personas, donde un 58,5% eran mujeres y un 41.5% hombres. De estos, un 15,3% realizaron estudios universitarios de la rama sanitaria y, si nos centramos en el Grado Universitario de Enfermería podemos ver que 2.268 estudiantes eran hombres frente a 9.432 mujeres^{52,53}.

En cuanto al estilo de vida, los resultados mostraron que aproximadamente más de la mitad de la muestra estaba casada o vivía en pareja, de manera similar a los resultados encontrados en la literatura revisada^{54,55,56}.

También se ha registrado una alta prevalencia de profesionales de enfermería con personas dependientes a su cargo, como podían ser sus hijos o sus padres. Una situación similar la encontramos en el estudio de Tamrakar P et al.⁵⁷ donde el 100% de los participantes referían tener miedo a transmitir la infección a los familiares con los que convivían. Este sería un aspecto relevante para considerar, ya que el miedo al contagio puede suponer para los profesionales

sanitarios que no viven solos, un agente estresor importante para la salud mental.

Los enfermeros que se encontraban en primera línea asistencial, durante la recogida de datos para el desarrollo de este estudio, pertenecían mayoritariamente a la especialidad de Atención Primaria (15,7%), encontrándose por detrás de esta y a igual proporción la especialidad de Cuidados Críticos y Quirúrgicas (13,8%). No obstante, debemos guardar cautela ante dichos datos ya que pudiera ser que la difusión de la encuesta no pudiese alcanzar todas las especialidades por igual, así como la alta tasa de participación de estas enfermeras al estar más conmovidas, por encontrarse en primera línea asistencial y sentir mayor carga emocional hacia el tema analizado.

Con relación a las variables relacionadas con el ámbito laboral, pudimos observar que la experiencia profesional (tiempo medio) es de 18,48 años y que la antigüedad en el servicio es de 6,80 años. Datos similares a estos podemos observarlos en otras publicaciones^{58,59}. Estos resultados, son bastante similares entre países, lo cual podría atribuirse a una media de edad de los profesionales bastante parecida, siendo la incorporación laboral de los profesionales de enfermería temprana.

Durante la recogida de datos, prácticamente la totalidad de la muestra ya había recibido la primera dosis de la vacuna. Dado el número de estudios realizados, en la mayoría de ellos podemos ver como prácticamente la totalidad de los participantes están vacunados. Pero también hemos observado, algunos

estudios en los que no todos habrían recibido la vacuna frente a la COVID-19 pero si que contarían con la oportunidad, en un periodo breve de tiempo ^{60,61}.

II. HADS: PUNTUACIÓN Y NIVELES

Nuestro estudio tuvo como objetivo identificar la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en enfermeros del Principado de Asturias durante la pandemia por COVID-19.

Nuestros hallazgos indican que más del 50% de los enfermeros presentaron niveles elevados de ansiedad mientras que un 14% de los participantes revelaron síntomas elevados de depresión.

Un estudio similar realizado en enfermeras que trabajaban en el servicio de urgencias de Arabia concluyó que el 34,7% presentaron síntomas depresivos claros mientras que un 43,3% manifestaba síntomas ansiosos⁶², lo cual es reflejo de una prevalencia moderada-alta de ansiedad y depresión entre las enfermeras de urgencias.

Otro estudio realizado en Nepal, donde se buscaba conocer la prevalencia de ansiedad y depresión entre enfermeras que trabajaban en Unidades de Cuidados Intensivos, con pacientes COVID y enfermeras que trabajaban en Unidades de Cuidados intensivos con pacientes ingresados por otras causas patológicas no COVID, observaron que era común la presencia de esta sintomatología en enfermeras de UCI, aunque no encontraron relación estadísticamente significativa⁶³.

Un estudio realizado en Japón para evaluar el riesgo de depresión y ansiedad entre las enfermeras durante la pandemia por la COVID-19, obtuvo que el riesgo de ansiedad estaba relacionado con la edad, el miedo y el neuroticismo mientras que, el riesgo de depresión estaba relacionado solo con el neuroticismo⁶⁴.

En cuanto a los niveles obtenidos de HADS-A, el 14,1% de los participantes manifestaron tener niveles moderados de ansiedad y un 59% reveló síntomas de ansiedad elevados. Por otro lado, en relación a los niveles de HADS-D, un 30% manifestó síntomas moderados de depresión mientras que un 14,1% reflejó síntomas elevados. Si nos fijamos en el punto de corte de HADS, podemos decir que un 73,1% de la población presentaba puntuaciones por encima del límite de la normalidad para la subescala de ansiedad y que un 44,1% obtuvo una puntuación por encima del punto de corte para la subescala de depresión. A continuación, se comentan estudios similares y con resultados muy parecidos a los hallados en nuestro estudio.

En el estudio realizado por Zheng et al.⁶⁵ obtuvieron que un 39,1% de los encuestados presentaban niveles moderados de ansiedad y un 30,1% niveles moderados de depresión. Además, los porcentajes recogidos para niveles elevados para ansiedad y depresión fueron 21,5% y 33,3%, respectivamente.

Otro estudio, recoge como el género, el estado civil y la edad se encuentran íntimamente relacionados con patología mental. Sin embargo, en los resultados

de nuestro estudio no encontramos relación estadísticamente significativa entre estas variables y las puntuaciones para HADS-A y HADS-D⁶⁶.

En el estudio de Odachi et al.⁶⁴ el porcentaje de enfermeras que presentaron puntuaciones superiores al límite de la escala HADS, fue de alrededor del 30% en los casos de la subescala para la ansiedad mientras que, aproximadamente un 20% de los profesionales encuestados sobrepasaron el límite superior para la subescala de depresión.

En términos generales, los principales síntomas que se recogen en el estudio de Li XJ et al.⁶⁷ fueron una disminución del interés, miedo, preocupación por estar infectado, por el trabajo, por los miembros de la familia, entre otros, siendo estos aspectos similares a los obtenidos en nuestro estudio.

De manera similar, en el estudio realizado en una muestra de enfermeras que trabajaban en UCI durante el confinamiento, se observó que más de la mitad presentaban ansiedad o depresión y hasta un 96,1% mala calidad del sueño⁶⁸.

Estudios similares reflejaron, como al comienzo de la pandemia, más de la mitad de los trabajadores presentaban depresión, ansiedad, insomnio y angustia⁶⁹. Además, en esta misma línea de investigación, pudieron observar que los profesionales sanitarios en los que más repercusión psicológica tuvo la pandemia por COVID-19 fue en profesionales de enfermería, concretamente en mujeres^{68,69,70}.

III. HADS: ANÁLISIS CORRELACIONAL

En cuanto al estudio de asociaciones entre las características particulares de cada uno de los participantes y la existencia de un riesgo mayor para el desarrollo de síntomas ansiosos, los resultados que obtuvimos con nuestro estudio revelan como posibles indicadores: ser mujer, practicar algún tipo de deporte o actividad lúdica, con quien vive, haber experimentado cambios en el horario laboral, sentir miedo, creer que los profesionales sanitarios están muy expuestos a la COVID-19 en su lugar de trabajo, y sentir estrés. En el estudio de Alzahrani et al.⁶² se observaron mayores niveles de ansiedad entre aquellas enfermeras que practicaban menor actividad física y aquellas trabajaban en áreas urbanas. En el estudio de Odachi et al.⁶⁴, al igual que en nuestros resultados, encontraron una relación estadísticamente significativa entre experimentar miedo y presentar sintomatología ansiosa.

Las características concretas de los participantes que parecen estar más relacionadas con niveles altos de depresión son los siguientes: considerar que los profesionales sanitarios están muy expuestos a la COVID-19 en su lugar de trabajo y sentir miedo. Según el estudio ya citado de Alzahrani et al.⁶² se observó que aquellas enfermeras con menor nivel de actividad física y más de 6 años de experiencia laboral se correlacionaron con un mayor nivel de depresión.

Finalmente, atendiendo a que nuestro estudio tenía por objetivo medir el impacto psicológico de una muestra de enfermeras durante la pandemia por la COVID-19 y, concretamente, conocer los niveles de ansiedad y depresión, nos pareció

interesante estudiar si existía asociación entre las subescalas de ansiedad y depresión de la HADS.

Al hacer referencia al modelo correlacional entre la puntuación de la HADS-A y la HADS-D, nuestros resultados revelan la existencia de una asociación entre ambas variables.

IV. LIMITACIONES Y SESGOS

Tras la realización del presente estudio se han evidenciado algunas limitaciones que pudieran influir en la interpretación de los resultados, los cuales deberán ser contemplados.

En primer lugar, no fue posible aleatorizar el estudio ya que se empleó una muestra voluntaria reclutada online, durante un breve periodo de tiempo.

Nuestros resultados podrían verse sesgados como consecuencia del empleo de una técnica conveniente de muestreo de “bola de nieve”. Además, algunos participantes podrían sentirse menos involucrados a la hora de participar en el estudio ya que este fue difundido por redes sociales y correo electrónico.

También, la posible influencia de respuestas socialmente aceptadas, así como la naturaleza de autoinforme de la encuesta y los cuestionarios empleados, deberían considerarse como una posible limitación.

Finalmente, podría suponer una limitación del estudio, el no haber recogido una variable relacionada con antecedentes de enfermedad mental previos al periodo de la pandemia por la COVID 19.

V. RELEVANCIA PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

A la vista de los resultados obtenidos en el presente estudio, se evidencia la necesidad de trabajos similares y más amplios que puedan encontrar nuevas estrategias para el manejo de pandemias, ya que esto supondría una gran ayuda en la disminución de los niveles de impacto psicológico de los sanitarios.

Además, el ahondar en esta línea también repercutiría beneficiosamente en las instituciones sanitarias, las cuales se vieron sobrepasadas durante la primera ola de COVID 19.

También sería recomendable el estudio de medidas de prevención, promoción y detección temprana de alteraciones mentales en relación con el desarrollo profesional de los sanitarios.

En cuanto a la repercusión dentro del ámbito laboral, se ha evidenciado que los profesionales sanitarios son un grupo de gran vulnerabilidad, al verse involucrados en situaciones de alto estrés y, que, por tanto, precisarán de mayor atención para su gestión. Por ello, resulta evidente la creación de un servicio de atención integral al profesional sanitario, donde se contemple la salud mental de los trabajadores, así como una formación continuada para el manejo del impacto psicológico.

Además, no sólo debemos considerar a los profesionales de enfermería, sino tener una visión más global, ya que según apunta Baldonado-Mosteiro et al.⁷¹

farmacéuticos y técnicos de farmacia también vieron mermada su salud mental a consecuencia de la pandemia, especialmente las mujeres, manifestado síntomas de ansiedad en el 70,9% y de depresión en el 62,7%.

Actualmente, se pueden observar las consecuencias de la alta presión sanitaria que se vivió durante la crisis de la COVID 19, de manera que los trabajadores aún continúan trabajando bajo condiciones precarias. Por ello, es necesario implantar programas de salud mental donde se contemple la detección temprana, las terapias psico-educativas y el apoyo psicosocial en todo momento.

Estudios similares en el futuro, podrían mejorar la atención integral de la salud mental, así como la detección precoz de estos trastornos dentro de los profesionales de la salud.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

CHAPTER VI. CONCLUSIONS

1. The alternative hypothesis proposed in our study is confirmed, since levels of anxiety and depression related to confinement and the health care provided as a consequence of the COVID-19 pandemic were detected in nurses in Asturias.
2. The average profile of the nurses was that of a 38.4-year-old woman, married and, in 40% of the cases, with children. Most of the nurses who participated in the study were in the front line of care, with a professional experience of 18.48 years on average and occasional work in rotating shifts.
3. 59% of the sample reported symptoms of anxiety compared to 14.1% of the population who reported having depression.
4. The variables that definitely showed a greater predisposition for the development of anxious symptoms were: being a woman, practicing some kind of sport or recreational activity, who you live with, having experienced changes in work hours, feeling afraid, believing that health professionals are highly exposed to COVID-19 in their workplace, and feel stress. While the variables that definitely showed a greater predisposition to suffer from depression were: consider that health professionals are highly exposed to COVID-19 in their workplace and feel afraid.
5. Finally, after knowing the levels of anxiety and depression and carrying out the correlational study between the HADS-A and the HADS-D, our results reveal the existence of an association between both variables.

CAPITULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chih-Cheng L, Tzu-Ping S, Wen-Chien K, Hung-Jen T, Po-Ren H. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. *Int J Antimicrob Agents*. 2020; 55(3):105924
2. Organización Mundial de la Salud. Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19 [Internet]. Ginebra:OMS;2022 [citado 5 Jun 2022] Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
3. Real Decreto-Ley 436/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19(Boletín Oficial del Estado, número 67, de 14 de marzo de 2020 Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3692>
4. Garcia GPA, Fracarolli IFL, Dos Santos HEC, de Oliveira SA, Martins BG. Depression, Anxiety and Stress in Health Professionals in the COVID-19 Context. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(7):4402.
5. Da Silva FCT, Neto MLR. Psychiatric symptomatology associated with depression, anxiety, distress, and insomnia in health professionals working in patients affected by COVID-19: A systematic review with meta-

analysis. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2021;104:110057.

6. Mahmud S, Hossain S, Muyeed A, Islam MM, Mohsin M. The global prevalence of depression, anxiety, stress, and, insomnia and its changes among health professionals during COVID-19 pandemic: A rapid systematic review and meta-analysis. Heliyon. 2021;7(7):e07393
7. Ministerio de Sanidad. Cuadro de resumen de datos de vacunación. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [citado 4 Jul de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/pbiVacunacion.htm>
8. Ministerio de Sanidad. Gestión integral de la vacunación COVID-19. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [citado 7 de Jul de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Informe_GIV_comunicacion_20220916.pdf
9. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19) [Internet]. Ginebra: OMS;2022 [citado 8 Jul 2022] Disponible en: [https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines?](https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines?)

10. Gaus, D. COVID-19: vacunas. *Práctica Familiar Rural*. 2021; 6(1).
11. Picazo JJ. Vacuna frente al COVID-19. *Rev Esp Quimioter*. 2021;34(6):559-598.
12. Murat M, Köse S, Savaşer S. Determination of stress, depression and burnout levels of front-line nurses during the COVID-19 pandemic. *Int J Ment Health Nurs*. 2021;30(2):533-543
13. Dincer B, Inangil D. The effect of Emotional Freedom Techniques on nurses' stress, anxiety, and burnout levels during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. *Explore*. 2021;17(2):109-114
14. Martínez Plaza CA. Estrés. Aspectos médicos. 1ª Edición. Madrid: Instituto Nacional de la Seguridad e Higiene del Trabajo;2001.
15. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2020;291:113190.
16. Arias Y, Herrero Y, Cabrera Y, Chibás D, García Y. Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. *Rev haban cienc méd*. 2020;19(1):e3350.
17. Valdés M. Editorial Siglantana-Ergon; Barcelona: 2016. El estrés. Desde la biología hasta la clínica.

18. Navinés R, Olivé V, Fonseca F, Martín-Santos R. Work stress and resident burnout, before and during the covid-19 pandemia: an up-date. Med Clin (Barc). 2021;157(3):130-140
19. Andreu-Periz D, Ochando-García A, Limón-Cáceres E. Experiencias de vida y soporte percibido por las enfermeras de las unidades de hemodiálisis hospitalaria durante la pandemia de COVID.19 en España. Enferm Nefrol. 2020;23(2).148-59
20. Bohlken J, Schömig F, Lemke M, Pumberger M, Riedel-Heller S. COVID-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals. Psychiat Prax. 2020; 47: 190–197
21. Mo Y, Deng L, Zhang L, Lang Q, Liao C, Wang N et al. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. J Nurs Manag. 2020;28(5):1002-1009.
22. Bohlken J, Schömig F, Lemke M, Pumberger M, Riedel-Heller S. COVID-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals. Psychiat Prax. 2020; 47: 190–197
23. Hua F, Qin D, Yan J, Zhao T and He H. COVID-19 Related Experience, Knowledge, Attitude, and Behaviors Among 2,669 Orthodontists, Orthodontic Residents, and Nurses in China: A Cross-Sectional Survey. Front Med. 2020; 7:481

- 24.** Wu T, Jia X, Shi H, Niu J, Yin X. Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2021;281:91-98.
- 25.** Pinho L, Correia T, Sampaio F, Sequeira C, Teixeira L, et al. The use of mental health promotion strategies by nurses to reduce anxiety, stress, and depression during the COVID-19 outbreak: A prospective cohort study. *Environ Res.* 2021;195:110828.
- 26.** Labrague LJ, De Los Santos JAA. COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *J Nurs Manag.* 2020 ;28(7):1653-1661
- 27.** Lee SM, Kang WS, Cho AR, Kim T, Park JK. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Compr Psychiatry.* 2018;87:123-127. doi: 10.1016/j.comppsy.2018.10.003.
- 28.** Tosun A, Tosun H, Ödül Özkaya B, Erdoğan Z, Gül A. "Sleep Quality and Depression Level in Nurses in COVID-19 Pandemic". *Omega (Westport).* 2022;0(0):1-18
- 29.** Organización Mundial de la Salud. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19) [Internet]. Ginebra: OMS;2022 [citado 13 sep 2022]
Disponibile en:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

30. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad por el coronavirus

(COVID-19) [Internet]. Ginebra: OMS;2022 [citado 13 sep 2022]

Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

31. Instituto Nacional de Estadística. Salud mental en la pandemia. [Internet].

Madrid: INE; 2021 [citado 22 Nov 2022]. Disponible en:

https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259953225445&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE_C%2FPYSDetalleCifrasINE

32. Ministerio de Sanidad. Salud mental en datos: prevalencia de los

problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria.

Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020 [citado 15 Dic de 2022]. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf

33. Terol-Cantero MC, Cabrera-Perona V, Martín-Aragón M. Revisión de

estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. Anal Psicol. 2015;31(2)

34. Peters L, Peters A, Andreopoulos E, Pollock N, Pande RL, et al. Comparison of DASS-21, PHQ-8, and GAD-7 in a virtual behavioral health care setting. *Heliyon*. 2021;18;7(3):e06473.
35. Williams, J.B.W. Standardizing the Hamilton Depression Rating Scale: past, present, and future. *Eur Arch Psychiatry Clin Nuerosci* 2001;251(2):106-12
36. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, et al. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25(4):277-83. doi: 10.1016/s0163-8343(03)00043-4. PMID: 12850660.
37. Hansson M, Chotai J, Nordstöm A, Bodlund O. Comparison of two self-rating scales to detect depression: HADS and PHQ-9. *Br J Gen Pract*. 2009; 59(566):e283-8. doi: 10.3399/bjgp09X454070.
38. Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:29. doi: 10.1186/1477-7525-1-29.
39. Thomas BC, Devi N, Sarita GP, Rita K, Ramdas K, et al. Reliability and validity of the Malayalam hospital anxiety and depression scale (HADS) in cancer patients. *Indian J Med Res*. 2005;122(5):395-9.
40. Quintana JM, Padierna A, Esteban C, Arostegui I, Bilbao A, et al. Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of

- the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;107(3):216-21. doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.00062.x.
41. Danet A. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Med Clin (Barc)*. 2021;156(9):449-458
42. Vitale E, Galatola V, Mea R. Anxiety and Depression symptoms in Italian nurses during the Covid-19 pandemic. *G Ital Med Lav Ergon*. 2021;43(4):321-327.
43. Işık M, Kirli U, Özdemir PG. The Mental Health of Healthcare Professionals During the COVID-19 Pandemic. *Turk Psikiyatri Derg*. 2021;32(4):225-234.
44. Mayobre P, Vázquez I. Un análisis del cuidado desde la perspectiva de género. *Rev Esp Investig Sociol*. 2015; 151:83-100
45. Perry L, Lamont S, Brunero S, Gallagher R, Duffield C. The mental health of nurses in acute teaching hospital settings: a cross-sectional survey. *BMC Nurs*. 2015;27:14-15
46. Instituto Nacional de Estadística. Profesionales sanitarios colegiados por sexo. Series de 1952. Madrid: INE; 2021 [citado 22 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=30726>

47. Khanal A, Franco-Correia S, Mosteiro-Diaz MP. Ethical conflict among critical care nurses during the COVID-19 pandemic. *Nurs Ethics*. 2022;29(4):819-832.
48. Cudé G, Winfrey K. The hidden barrier: gender bias: fact or fiction? *Nurs Womens Health*. 2007;11(3):254-65.
49. Bernalte V. Minoría de hombres en la profesión de enfermería. Reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. *Enferm Glob*. 2015;37:328-334
50. Mendez-Pinto I, Antuña-Casal M, Mosteiro-Diaz MP. Psychological disorders among Spanish Nursing students three months after COVID-19 lockdown: A cross-sectional study. *Int J Ment Health Nurs*. 2023;32(2):479-489.
51. Mosteiro-Díaz MP, Baldonado-Mosteiro C, Gámez-Fernández A, Franco-Correia S. Anxiety and depression among nursing students during the COVID-19 lockdown: A cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2023;00:1-11
52. Instituto Nacional de Estadística. Inserción laboral de titulados universitarios. Características de los graduados universitarios del curso 2013-2014 (cifras absolutas). Madrid: INE; 2019 [citado 6 May 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/eilu_2019.pdf

53. Ministerio de igualdad. Mujeres y digitalización. De las brechas a los algoritmos. Madrid: Ministerio de igualdad; 2020 [citado 8 May 2023]. Disponible en: https://www.inmujeres.gob.es/disenio/novedades/M_MUJERES_Y_DIGITALIZACION_DE_LAS_BRECHAS_A_LOS_ALGORITMOS_04.pdf
54. Karadağ S, Ergin Ç, Erden S. Anxiety, Depression and Death Anxiety in Individuals with COVID-19. Omega (Westport). 2022;4:302228221124981. doi: 10.1177/00302228221124981.
55. Alzahrani NS, Almarwani AM, Asiri SA, Alharbi HF, Alhowaymel FM. Factors influencing hospital anxiety and depression among emergency department nurses during the COVID-19 pandemic: A multi-center cross-sectional study. Front Psychiatry. 2022;13:912157. doi: 10.3389/fpsyt.2022.912157.
56. Peng P, Chen Q, Liang M, Liu Y, Chen S, et al. A network analysis of anxiety and depression symptoms among Chinese nurses in the late stage of the COVID-19 pandemic. Front Public Health. 2022;10:996386. doi: 10.3389/fpubh.2022.996386.
57. Tamrakar P, Pant SB, Acharya SP. Anxiety and depression among nurses in COVID and non-COVID intensive care units. Nurs Crit Care. 2023;28(2):272-280. doi: 10.1111/nicc.12685

58. Vamvakas E, Kontogeorgou I, Ntaountaki A, Karkouli G, Pisimisi E et al. Occupational Stress and Quality of Life among Health Professionals During the COVID-19 Pandemic. *J Crit Care Med* (Targu Mures). 2022;8(3):182-192. doi: 10.2478/jccm-2022-0012.
59. Zerden LS, Richman EL, Lombardi B, Forte AB. Frontline, Essential, and Invisible: The Needs of Low-Wage Workers in Hospital Settings During COVID-19. *Workplace Health Saf.* 2022;70(11):509-514. doi: 10.1177/21650799221108490.
60. Reicherts P, Zerbini G, Halms T, Strasser M, Papazova. COVID-19 related psychological burden and potential benefits of vaccination - Data from a repeated cross-sectional survey in healthcare workers. *Psychiatry Res Commun.* 2022;2(3):100054. doi: 10.1016/j.psycom.2022.100054.
61. Kim H, Hong J, Cho IK, Lee D, Cho E. Psychometric properties of the Stress and Anxiety to Viral Epidemics-9 scale among frontline nursing professionals working in the COVID-19 inpatients ward. *Front Psychiatry.* 2022;13:934202. doi: 10.3389/fpsy.2022.934202.
62. Alzahrani NS, Almarwani AM, Asiri SA, Alharbi HF, Alhowaymel FM. Factors influencing hospital anxiety and depression among emergency department nurses during the COVID-19 pandemic: A multi-center cross-

- sectional study. *Front Psychiatry*. 2022;13:912157. doi: 10.3389/fpsyt.2022.912157
63. Tamrakar P, Pant SB, Acharya SP. Anxiety and depression among nurses in COVID and non-COVID intensive care units. *Nurs Crit Care*. 2023;28(2):272-280. doi: 10.1111/nicc.12685.
64. Odachi R, Takahashi S, Sugawara D, Tabata M, Kajiwara T et al. The Big Five personality traits and the fear of COVID-19 in predicting depression and anxiety among Japanese nurses caring for COVID-19 patients: A cross-sectional study in Wakayama prefecture. *PLoS One*. 2022;17(10):e0276803. doi: 10.1371/journal.pone.0276803.
65. Zheng Y, Tang PK, Lin G, Liu J, Hu H et al. Burnout among healthcare providers: Its prevalence and association with anxiety and depression during the COVID-19 pandemic in Macao, China. *PLoS One*. 2023;18(3):e0283239. doi: 10.1371/journal.pone.0283239.
66. Tong F, Zhang L, Huang L, Yang H, Wen M, et al. The psychological impact of COVID-19 pandemic on healthcare workers. *Front Public Health*. 2022;10:963673. doi: 10.3389/fpubh.2022.963673.
67. Li XJ, Guo TZ, Xie Y, Bao YP, Si JY. Cross-sectional survey following a longitudinal study on mental health and insomnia of people with sporadic

- COVID-19. *World J Psychiatry*. 2022;12(8):1076-1087. doi: 10.5498/wjp.v12.i8.1076.
68. Duru H. The Continuing Effect of COVID-19 Pandemic on Physical Well-Being and Mental Health of ICU Healthcare Workers in Turkey: A Single-Centre Cross-Sectional Later-Phase Study. *J Intensive Care Med*. 2022;37(9):1206-1214. doi: 10.1177/08850666211070740.
69. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
70. Hamano J, Tachikawa H, Takahashi S, Ekoyama S, Nagaoka H, et al. Exploration of the impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of home health care workers in Japan: a multicenter cross-sectional web-based survey. *BMC Prim Care*. 2022;23(1):129. doi: 10.1186/s12875-022-01745-4.
71. Baldonado-Mosteiro C, Mosteiro-Díaz MP, Franco-Correia S, Tardón A. Emotional Burden among Pharmacists and Pharmacy Technicians during the COVID-19 Lockdown: A Cross Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(17):10558. doi: 10.3390/ijerph191710558.

CAPITULO VIII: ANEXOS

ANEXO I

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SALUD

Dirección General de Calidad,
Transformación y Gestión del
Conocimiento

Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias

Hospital Universitario Central de Asturias

N-1, S3.19

Avda. de Roma, s/n

33011 Oviedo

Tfno: 9851079 27 (ext. 37927/38028),

ceim.asturias@asturias.org

Oviedo, 8 de marzo de 2021

El Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto – cód - CEImPA 2021.136, titulado "Presentismo y trastornos psicológicos en profesionales sanitarios y estudiantes de ciencias de la salud durante la pandemia por COVID-19". Investigador Principal Aida Gamez Fernandez, María Antuña Casal. Tutor: Pilar Mosteiro Díaz Universidad de Oviedo.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.



ANEXO II



Sección 1 de 4

Impacto psicológico, ansiedad, depresión y presentismo en profesionales sanitarios.

Estamos realizando un estudio en profesionales sanitarios con el objetivo de conocer el impacto psicológico, ansiedad, depresión y presentismo asociado a la pandemia de covid-19.

Se ha solicitado autorización al Comité de Ética. Todos los datos personales serán tratados de forma absolutamente confidencial y anónima e incluidos en una base de datos respetando lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo, la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, así como la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica.

Si acepta participar le agradecemos que cumplimente la siguiente encuesta. ¡Muchísimas gracias por su ayuda!

Investigadores: Aida Gámez Fernández, Graduada en Enfermería por la Universidad de Oviedo, Master en Investigación en Ciencias de la Salud por la Universidad Rovira i Virgili, Master Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo y doctoranda en el Programa de doctorado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo.
María Antuña Casal, Graduada en enfermería por la Universidad de Navarra y doctoranda en el Programa de doctorado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo.
M^a Pilar Mosteiro Díaz, Profesora titular de Universidad, Departamento de Medicina, Área de Enfermería, Universidad de Oviedo.