**TESIS DOCTORAL**

UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MURCIA

# ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

*Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud*

# EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA POSPANDEMIA


*Autora:*

Agata Horyza

*Directoras:*

Dra. Dª. Josefa Antonia Antón Ruiz

Dra. Dª. Marina Iniesta Sepúlveda


*Murcia, 22 junio de 2026*

UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MURCIA

**TESIS DOCTORAL**

# ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

*Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud*

# EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA POSPANDEMIA


*Autora:*

Agata Horyza

*Directoras:*

Dra. Dª. Josefa Antonia Antón Ruiz

Dra. Dª. Marina Iniesta Sepúlveda


*Murcia, 22 junio de 2026*

**AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE LA TESIS**
**PARA SU PRESENTACIÓN**

La Dra. Dª. Josefa A. Antón-Ruiz y la Dra. Dª. Marina Iniesta-Sepúlveda, como directoras de la Tesis Doctoral titulada "Evaluación de la salud mental de los profesionales sanitarios en la pospandemia" realizada por Dª. Agata Horyza en el Programa de Doctorado de Ciencias de la Salud, **autorizan su presentación a trámite** dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firman, para dar cumplimiento al Real Decreto 99/2011 de 28 de enero, en Murcia a 22 de junio de 2026.

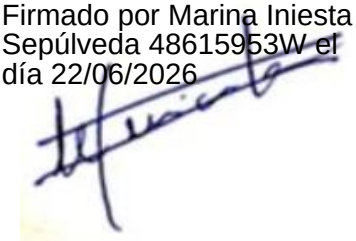
Dra. Dª. Josefa Antonia Antón Ruiz

ANTON RUIZ JOSEFA ANTONIA - 74238502E

Firmado digitalmente por ANTON RUIZ JOSEFA ANTONIA - 74238502E
Fecha: 2026.06.22 11:34:32 +02'00'

Dra. Dª. Marina Iniesta Sepúlveda

Firmado por Marina Iniesta Sepúlveda 48615953W el día 22/06/2026



UCAM

EIDUCAM
Escuela Internacional de Doctorado

## RESUMEN

**Introducción:** Tras el inicio de la pandemia por COVID-19, la salud mental de los profesionales sanitarios se vio expuesta a múltiples factores adversos derivados de las características del trabajo sanitario. Si bien el interés por su estudio fue elevado durante la fase aguda de la pandemia, este ha disminuido progresivamente con el paso del tiempo, dificultando la comparación y comprensión de los datos entre dicha fase y el periodo pospandémico.

**Objetivos:** El primer objetivo principal de la presente tesis doctoral es realizar un metaanálisis de la evidencia existente sobre la prevalencia y la severidad de la depresión, la ansiedad, el estrés y el insomnio en profesionales sanitarios dos años después del inicio de la pandemia por COVID-19 (2022–2025, en adelante periodo pospandémico). Específicamente, se describen las características de los estudios, su calidad metodológica, la prevalencia y severidad de los síntomas, la influencia de variables moderadoras y la posible presencia de sesgo.

El segundo objetivo principal es analizar la prevalencia y severidad de la sintomatología de ansiedad, depresión, estrés, insomnio y síntomas somáticos en una muestra de profesionales del sector sanitario. De forma específica, se examinan la prevalencia y severidad de los síntomas, su relación con variables demográficas y ocupacionales, así como la influencia de variables de salud, estilo de vida y experiencia durante la pandemia. Finalmente, se desarrollan modelos predictivos a partir de la información obtenida.

**Metodología:** Para abordar estos objetivos se desarrollaron dos estudios independientes. Por un lado, el Estudio I consistió en una revisión sistemática con metaanálisis estructurada en cuatro bloques: depresión, ansiedad, estrés e insomnio. Se realizaron análisis por subgrupos con el fin de determinar el efecto moderador de variables demográficas, metodológicas y contextuales sobre las tasas estimadas de prevalencia.

Por su parte, el Estudio II siguió un diseño ex post facto de grupo único, de carácter transversal y con fines predictivos, aplicando análisis descriptivo-asociativos. La muestra estuvo compuesta por 631 profesionales sanitarios

españoles (74,80% mujeres; edad media = 41,85 años; *DT* = 11,00). Para la evaluación de la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés se utilizaron las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés-21 (DASS-21), mientras que para la sintomatología somática e insomnio se emplearon el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-15) y el Índice de Severidad del Insomnio (ISI), respectivamente. Se realizaron análisis descriptivos de prevalencia y severidad, análisis bivariantes y modelos predictivos mediante regresión logística binaria y regresión lineal.

**Resultados:** En el Estudio I se identificaron 920 registros, seleccionándose finalmente 21, 17, 13 y 12 estudios para depresión, ansiedad, estrés e insomnio, respectivamente. Las tasas estimadas de prevalencia total se sitúan en torno al 48,14% para depresión, 47,67% para ansiedad, 68,57% para estrés y 51,00% para insomnio. Entre las variables moderadoras identificadas, la edad y el trabajo por turnos muestran un efecto moderador sobre la prevalencia de la depresión y la ansiedad, respectivamente. Del mismo modo, el instrumento de medición empleado actúa como un moderador significativo de la prevalencia de ambas condiciones. Finalmente, la tasa de respuesta influye significativamente en la prevalencia del estrés, mientras que la zona geográfica ejerce un efecto moderador sobre la prevalencia del insomnio.

En el Estudio II se observa que entre el 21,90% y el 58,80% de los profesionales sanitarios españoles presentan sintomatología depresiva, ansiosa, de estrés, insomnio y síntomas somáticos. En general, la severidad es leve y se asocia a variables sociodemográficas (p. ej., edad y sexo), laborales (categoría profesional, tipo de contrato), de salud (antecedentes y tratamiento farmacológico), de estilo de vida (contactos sociales, alimentación, consumo de sustancias) y relacionadas con la experiencia durante la pandemia. Los modelos de regresión identifican como principales factores de riesgo los hábitos de vida, el estado de salud previo y las secuelas post-COVID-19, reduciendo el peso relativo de las variables ocupacionales.

**Discusión y conclusiones:** La salud mental de los profesionales sanitarios en el periodo pospandémico, tanto a nivel nacional como internacional, continúa siendo alarmante. Asimismo, múltiples variables influyen tanto en la prevalencia como en la severidad de la sintomatología analizada. La identificación de estos factores permite orientar el diseño de programas de prevención e intervención más ajustados a las necesidades del colectivo sanitario. En este sentido, los modelos

predictivos desarrollados facilitan la detección de factores de riesgo y protección, especialmente en relación con los hábitos de vida y el estado de salud previo. Por ello, resulta fundamental promover estrategias de intervención psicológica y autocuidado que contribuyan, a medio y largo plazo, al fortalecimiento de la salud mental como un componente esencial del sistema sanitario.

## PALABRAS CLAVE

Psicología, salud pública, psicopatología, salud laboral, COVID-19.

## ABSTRACT

**Introduction:** Following the onset of the COVID-19 pandemic, the mental health of healthcare professionals was exposed to multiple adverse factors associated with the characteristics of healthcare work. Although research interest in this topic was high during the acute phase of the pandemic, it has progressively declined over time, making it difficult to compare and interpret data between the acute phase and the post-pandemic period.

**Objectives:** The first main objective of this doctoral thesis is to conduct a meta-analysis of the existing evidence on the prevalence and severity of depression, anxiety, stress, and insomnia among healthcare professionals two years after the onset of the COVID-19 pandemic (2022–2025, hereafter referred to as the post-pandemic period). Specifically, the study describes the characteristics of the included studies, their methodological quality, the prevalence and severity of symptoms, the influence of moderating variables, and the potential presence of bias.

The second main objective is to analyze the prevalence and severity of symptoms of anxiety, depression, stress, insomnia, and somatic complaints in a sample of healthcare professionals. Specifically, this study examines symptom prevalence and severity, their relationship with demographic and occupational

variables, as well as the influence of health-related variables, lifestyle factors, and experiences during the pandemic. Finally, predictive models are developed based on the collected data.

**Methodology:** To address these objectives, two independent studies were conducted. Study I consisted of a systematic review with meta-analysis structured into four domains: depression, anxiety, stress, and insomnia. Subgroup analyses were performed to assess the moderating effect of demographic, methodological, and contextual variables on prevalence estimates.

Study II followed a cross-sectional, ex post facto, single-group design with predictive purposes, applying descriptive and associative analyses. The sample consisted of 631 Spanish healthcare professionals (74,80% women; mean age = 41,85 years; *SD* = 11,00). Depression, anxiety, and stress were assessed using the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21), while somatic symptoms and insomnia were measured using the Patient Health Questionnaire (PHQ-15) and the Insomnia Severity Index (ISI), respectively. Descriptive analyses of prevalence and severity, bivariate analyses, and predictive models using binary logistic regression and linear regression were conducted.

**Results:** In Study I, a total of 920 records were identified, of which 21, 17, 13, and 12 studies were ultimately selected for depression, anxiety, stress, and insomnia, respectively. The estimated overall prevalence rates were approximately 48,14% for depression, 47,67% for anxiety, 68,57% for stress, and 51,00% for insomnia. Among the moderating variables identified, age and shift work showed a moderating effect on the prevalence of depression and anxiety, respectively. Likewise, the measurement instrument used was found to be a significant moderator of the prevalence of both conditions. Finally, response rate significantly influenced the prevalence of stress, whereas geographical region exerted a moderating effect on the prevalence of insomnia.

In Study II, between 21,90% and 58,80% of Spanish healthcare professionals reported symptoms of depression, anxiety, stress, insomnia, and somatic complaints. Overall, symptom severity was generally mild and was associated with sociodemographic variables (e.g., age and sex), occupational factors (e.g., professional category, employment status), health-related variables (e.g., prior mental health diagnosis, chronic pharmacological treatment), lifestyle factors (e.g., social contact, dietary habits, substance use), and pandemic-related experiences.

Regression models identified lifestyle habits, prior health status, and post-COVID-19 sequelae as the main risk factors, reducing the relative impact of occupational variables.

**Discussion and conclusions:** The mental health of healthcare professionals in the post-pandemic period remains a matter of concern, both nationally and internationally. Additionally, multiple variables influence both the prevalence and severity of the symptoms analyzed. Identifying these factors enables the development of more targeted prevention and intervention programs tailored to the needs of healthcare professionals. In this regard, the predictive models facilitate the identification of risk and protective factors, particularly those related to lifestyle and prior health status. Therefore, it is essential to promote psychological intervention and self-care strategies that, in the medium and long term, contribute to strengthening mental health as a key component of healthcare systems.

## KEY WORDS

Psychology, Public Health, Psychopathology, Occupational Health, COVID-19.

## AGRADECIMIENTOS

Esta tesis no habría sido posible sin el apoyo incondicional de mi familia y la orientación profesional por parte de mis directoras.

En primer lugar, me gustaría dar las gracias a mi marido Javier por su paciencia, madurez y el apoyo emocional constante a lo largo de la elaboración de esta tesis. Muchas gracias, cariño, por aportar una mirada realista a cada dificultad compartida.

A mi hija, Leticia, por creer en mí desde muy pequeñita.

Dziękuję Ci, że zawsze mi kibicujesz oraz współdzielisz ze mną moją kulturę.

A mis padres, por el apoyo incondicional desde mi infancia, gracias al cual hoy puedo alcanzar todo lo que me propongo.

Bardzo serdecznie dziękuję moim rodzicom za wasze stałe wsparcie okazane od maleńkości. dzięki któremu mogę dziś wiele osiągąć.

A mi suegra, Elvira, por haberse leído mi tesis en múltiples ocasiones para detectar los posibles errores a la hora de redactar en castellano. A mi suegro, Jesús, por su paciencia y la transmisión de tranquilidad ante la vida.

Doy las gracias a mi hermano, Tomasz, y a mi cuñada, Nicola, así como a mis cuñados, Ana y Gonzalo, por creer en mí.

A mis directoras de tesis, Dra. Dª. Josefa A. Antón-Ruiz y Dra. Dª. Marina Iniesta Sepúlveda, por haber compartido conmigo sus conocimientos y gran experiencia profesional, ayudándome a dar el formato adecuado a esta tesis.

A todos vosotros, ¡gracias!, sin todos vosotros esta tesis no existiría.

"Wielkość człowieka polega na jego postanowieniu, by być silniejszym niż warunki czasu i życia." Albert Camus (1913-1960)

# ÍNDICE GENERAL

**RESUMEN** ..... **7**

**I - SALUD MENTAL Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN EL ÁMBITO PROFESIONAL SANITARIO** ..... **41**

**1.1. Conceptualización y aproximación histórica sobre el constructo 'salud mental'.** **41**

**1.2. Principales clasificaciones diagnósticas de trastornos mentales basados en la alteración del estado de ánimo, insomnio y síntomas somáticos.** **46**

1.2.1. Trastornos depresivos ..... 47

1.2.2. Trastornos de ansiedad ..... 51

1.2.3. Trastornos de estrés ..... 54

1.2.4. Trastornos del sueño-vigilia ..... 58

1.2.5. Trastornos de síntomas somáticos ..... 63

**1.3. Antecedentes sobre prevalencia y severidad de los principales trastornos del ánimo e insomnio en población sanitaria** ..... **66**

1.3.1. Décadas anteriores a 2020 ..... 66

1.3.2. Fase activa de la pandemia por COVID-19 ..... 75

1.3.2.1. Global ..... 75

1.3.2.2. América ..... 78

1.3.2.3. África ..... 81

1.3.2.4. Asia ..... 82

1.3.2.5. Europa ..... 92

1.3.2.6. España ..... 96

1.3.3. Pospandemia y actualidad ..... 98

**II - PRINCIPALES MODELOS TEÓRICOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD 103**

**2.1. Modelo de creencias de la salud ..... 104**

**2.2. Modelo sociocognitivo ..... 110**

**2.3. Modelo de educación para la salud: precede/procede ..... 114**

**2.4. Modelo transteórico del cambio ..... 120**

**2.5. Modelo diátesis – estrés ..... 125**

**III - FACTORES DE RIESGO PARA LA AFECTACIÓN DE LA SALUD MENTAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ..... 130**

**3.1. Factores personales y sociodemográficos ..... 130**

3.1.1. Sexo y edad ..... 130

3.1.2. Estructura familiar ..... 134

3.1.3. Historia previa de salud ..... 137

3.1.4. Nivel de estudios ..... 140

**3.2. Factores ocupacionales ..... 141**

3.2.1. Situación laboral ..... 141

3.2.2. Tipo de profesión y especialidad sanitaria ..... 145

3.2.3. Años de experiencia ..... 148

3.2.4. Trabajo por turnos ..... 150

**3.3. Factores conductuales ..... 152**

3.3.1. Estilo de vida y hábitos de cuidado de la salud ..... 152

**IV - JUSTIFICACIÓN ESTUDIO I ..... 159**

**V - OBJETIVOS ESTUDIO I ..... 163**

**5.1. Objetivos ..... 163**

5.1.1. Objetivo general ..... 163

5.1.2. Objetivos específicos ..... 163

**5.2. Hipótesis ..... 164**

**VI - MATERIAL Y MÉTODO ..... 169**

**6.1. Criterios de inclusión y exclusión de los estudios ..... 169**

**6.2. Estrategia de búsqueda ..... 170**

**6.3. Extracción de datos ..... 172**

**6.4. Evaluación del riesgo de sesgo ..... 173**

**6.5. Análisis estadístico ..... 175**

**VII - RESULTADOS ESTUDIO I ..... 179**

**7.1. Estudios seleccionados ..... 179**

7.1.1. Depresión ..... 179

7.1.2. Ansiedad ..... 181

7.1.3. Estrés ..... 183

7.1.4. Insomnio ..... 185

**7.2. Características de los estudios ..... 187**

7.2.1. Depresión ..... 187

7.2.1.1. Características de los participantes ..... 187

7.2.1.2. Características relacionadas con la metodología de los estudios de depresión en profesionales sanitarios ..... 192

7.2.2. Ansiedad ..... 195

7.2.2.1. Características de los participantes ..... 195

7.2.2.2. Características relacionadas con la metodología de los estudios de ansiedad en profesionales sanitarios ..... 200

7.2.3. Estrés ..... 203

7.2.3.1. Características de los participantes ..... 203

7.2.3.2. Características relacionadas con la metodología de los estudios de estrés en profesionales sanitarios ..... 207

7.2.4. Insomnio ..... 210

7.2.4.1. Características de los participantes ..... 210

7.2.4.2. Características relacionadas con la metodología de los estudios de insomnio en profesionales sanitarios ..... 213
**7.3. Riesgo de sesgo de los estudios incluidos ..... 215**
7.3.1. Depresión ..... 215
7.3.2. Ansiedad ..... 219
7.3.3. Estrés ..... 223
7.3.4. Insomnio ..... 227
**7.4. Prevalencia y severidad de la sintomatología ..... 229**
7.4.1. Depresión ..... 229
7.4.2. Ansiedad ..... 230
7.4.3. Estrés ..... 232
7.4.4. Insomnio ..... 234
**7.5. Variables moderadoras de la prevalencia ..... 236**
7.5.1. Variables relacionadas con los participantes de los estudios ..... 237
7.5.2. Variables relacionadas con la metodología del estudio ..... 238
7.5.3. Variables contextuales ..... 242
**7.6. Análisis del sesgo de publicación ..... 244**
7.6.1. Depresión ..... 244
7.6.2. Ansiedad ..... 245
7.6.3. Estrés ..... 246
7.6.4. Insomnio ..... 247
**VIII - JUSTIFICACIÓN ESTUDIO II ..... 251**
**IX - OBJETIVOS ESTUDIO II ..... 255**
**8.1.1. Objetivo general ..... 255**
**8.1.2. Objetivos específicos ..... 255**
**8.2. HIPÓTESIS ..... 256**
**X - MATERIAL Y MÉTODO ESTUDIO II ..... 263**

**10.1. Diseño ..... 263**

**10.2. Participantes ..... 263**

**10.3. Variables e instrumentos de medida ..... 264**

10.3.1. Variables predictoras: cuestionario sociodemográfico ..... 264

10.3.2. Variables criterio: sintomatología de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos ..... 265

**10.4. Procedimiento ..... 269**

**10.5. Análisis estadístico ..... 270**

**XI - RESULTADOS ESTUDIO II ..... 275**

**11.1. Descripción de la muestra ..... 275**

11.1.1. Descripción de la muestra según las variables demográficas ..... 275

11.1.2. Descripción de la muestra según las variables ocupacionales ..... 277

11.1.3. Descripción de la muestra según las variables relacionadas con la salud 278

11.1.4. Descripción de la muestra según variables relacionadas con el estilo de vida en los últimos dos años y medio ..... 280

11.1.5. Descripción de la muestra según las variables relacionadas con la experiencia durante el COVID-19 ..... 281

**11.2. Severidad y prevalencia de la sintomatología clínica ..... 283**

**11.3. Predictores de la salud mental en la población sanitaria ..... 286**

11.3.1. Influencia de las variables sociodemográficas ..... 286

11.3.1.1. Edad ..... 286

11.3.1.2. Sexo ..... 291

11.3.1.3. Estado civil ..... 292

11.3.1.4. Nivel de estudios ..... 297

11.3.2. Influencia de las variables ocupacionales ..... 300

11.3.2.1. Situación laboral ..... 300

11.3.2.2. Profesión sanitaria ..... 304

11.3.2.3. Años de experiencia ..... 309
11.3.2.4. Trabajo por turnos ..... 312
11.3.3. Influencia de las variables de la salud ..... 314
11.3.3.1. Presencia de enfermedad biomédica o trastorno mental ..... 314
11.3.3.2. Presencia de trastorno mental ..... 316
11.3.3.3. Presencia de enfermedad biomédica ..... 318
11.3.3.4. Tratamiento farmacológico crónico ..... 320
11.3.4. Influencia de las variables relacionadas con los hábitos de vida ..... 323
11.3.4.1. Reducción de contactos sociales ..... 323
11.3.4.2. Reducción de ingesta de alimentos ..... 325
11.3.4.3. Aumento de ingesta de alimentos ..... 328
11.3.4.4. Atracones de comida ..... 330
11.3.4.5. Consumo de alcohol ..... 333
11.3.4.6. Consumo de tabaco ..... 335
11.3.4.7. Uso medicamentos opiáceos y/o relajantes ..... 337
11.3.4.8. Reducción de actividad física ..... 339
11.3.4.9. Deterioro de la calidad de vida sexual ..... 342
11.3.5. Influencia de las variables relacionadas con la experiencia durante la pandemia por COVID-19 ..... 344
11.3.5.1. Diagnóstico de COVID-19 ..... 344
11.3.5.2. Número de veces positivo en COVID-19 ..... 346
11.3.5.3. Gravedad de la enfermedad por COVID-19 ..... 349
11.3.5.4. Secuelas del COVID-19 ..... 352
11.3.5.5. Consecuencias de la pandemia ..... 361
**11.4. Modelos predictivos ..... 376**
11.4.1. Modelos predictivos de prevalencia de la sintomatología clínica ..... 376
11.4.1.1. Depresión ..... 376

11.4.1.2. Ansiedad ..... 378
11.4.1.3. Estrés ..... 379
11.4.1.4. Insomnio ..... 380
11.4.1.5. Síntomas somáticos ..... 382
11.4.2. Modelos predictivos de la severidad de la sintomatología clínica ..... 383
11.4.2.1. Depresión ..... 383
11.4.2.2. Ansiedad ..... 384
11.4.2.3. Estrés ..... 386
11.4.2.4. Insomnio ..... 387
11.4.2.5. Síntomas somáticos ..... 388
**XII - DISCUSIÓN ..... 393**
**12.1. Estudio I ..... 393**
**12.2. Estudio II ..... 393**
**XIII - LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN ..... 435**
**XIV - CONCLUSIONES ..... 441**
**14.1. Conclusiones del Estudio I ..... 441**
**14.2. Conclusiones del Estudio II ..... 442**
14.2.1. Persistencia y evolución de la sintomatología ..... 442
14.2.2. Factores sociodemográficos ..... 442
14.2.3. Factores ocupacionales ..... 443
14.2.4. Factores de la salud ..... 443
14.2.5. Factores de estilo de vida ..... 443
14.2.6. Factores relacionados con la COVID-19 ..... 444
14.2.7. Modelos predictivos ..... 444
**XV - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 449**
**XVI - ANEXOS ..... 499**

# SIGLAS Y ABREVIATURAS

**AIS,** Escala de Insomnio de Atenas.

**APA,** Asociación Americana de Psicología**.**

**b**, Coeficiente de meta-regresión.

$\mathbf{b_0}$, Intercepto de Egger.

**B,** Coeficiente no estandarizado de regresión lineal.

**BDI-II,** Inventario de Depresión de Beck - Segunda Edición.

**BIS,** Escala de Insomnio Bergen.

**CES-D,** Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos.

**CIE-11,** Clasificación Internacional de Enfermedades.

**DASS-21,** Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21.

**DSM-V-TR,** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

**DT,** Desviación típica.

**EE,** Error estándar.

**GAD-2,** Cuestionario de Ansiedad Generalizada de 2 ítems.

**GAD-7,** Cuestionario de Ansiedad Generalizada de 7 ítems**.**

**GHQ-28,** Cuestionario de Salud general de Goldberg.

**gl,** Grados de libertad.

**HADS,** Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.

$\mathbf{I^2}$, Índice de heterogeneidad.

**IC,** Intervalo de confianza.

**ISI,** Índice de Severidad de Insomnio.

**k**, Número de estudios.

**M,** Media aritmética.

**Max.**, Valor máximo.

**Min.**, Valor mínimo.

**N,** Tamaño total de la muestra**.**

**n,** Frecuencia.

**NA,** No aportado

**OMS,** Organización Mundial de la Salud**.**

**OR,** Odds Ratio.

**p,** Nivel de significación estadística.

**PCR**, Reacción en Cadena de la Polimerasa.

**PHQ-2,** Cuestionario sobre la Salud del Paciente de 2 ítems.

**PHQ-9,** Cuestionario sobre la Salud del Paciente de 9 ítems.

**PHQ-15,** Cuestionario sobre la Salud del Paciente de 15 ítems.

**PRISMA,** Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses.

**PSS-10,** Escala de Estrés Percibido de 10 ítems.

**PSS-14,** Escala de Estrés Percibido de 14 ítems.

**Q,** Prueba Q de Cochran.

**r,** Tamaño del efecto.

$\mathbf{R^2}$, Coeficiente de determinación.

**SAS,** Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung.

**SCL-90,** Inventario de Síntomas de 90 ítems.

**SDS,** Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung.

**STAI,** Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo.

**WHO,** World Health Organization.

**z,** Estadístico estandarizado (Valor z).

$\boldsymbol{\beta}$**,** Coeficiente estandarizado de regresión lineal.

$\boldsymbol{\chi^2}$**,** Estadístico chi-cuadrado.

$\boldsymbol{\eta^2}$, Eta cuadrado.

# ÍNDICE DE FIGURAS, DE TABLAS Y DE ANEXOS

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Los componentes del Modelo de la Creencia de la Salud..... 105
Figura 2. Los elementos del Modelo de Educación para la Salud: PRECEDE/PROCEDE. ..... 118
Figura 3. Etapas del cambio según el Modelo Transteóretico. ..... 122
Figura 4. Diagrama de flujo PRISMA para la selección de los estudios relacionados con la variable de la depresión. ..... 180
Figura 5. Diagrama de flujo PRISMA 2020 para la selección la selección de los estudios relacionados con la variable de la ansiedad. ..... 182
Figura 6. Diagrama de flujo PRISMA 2020 para la selección de los estudios relacionados con la variable de estrés. ..... 184
Figura 7. Diagrama de flujo PRISMA 2020 para la selección de los estudios relacionados con la variable del insomnio..... 186
Figura 8. Gráfico de bosque para la variable de depresión. ..... 229
Figura 9. Distribución estimada de los efectos verdaderos según el modelo de efectos aleatorios para la variable de depresión. ..... 230
Figura 10. Gráfico de bosque para la variable de ansiedad. ..... 231
Figura 11. Distribución estimada de los efectos verdaderos según el modelo de efectos aleatorios para la variable de ansiedad. ..... 232
Figura 12. Gráfico de bosque para la variable de estrés. ..... 233
Figura 13. Distribución estimada de los efectos verdaderos según el modelo de efectos aleatorios para la variable de estrés..... 234
Figura 14. Gráfico de bosque para la variable de insomnio. ..... 235
Figura 15. Distribución estimada de los efectos verdaderos según el modelo de efectos aleatorios para la variable de insomnio. ..... 236
Figura 16. Diagrama en embutido para la variable de depresión. ..... 245

Figura 17. Diagrama en embutido para la variable de ansiedad..... 246
Figura 18. Diagrama en embutido para la variable de estrés. ..... 247
Figura 19. Diagrama en embutido para la variable de insomnio. ..... 248

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Comparativa de las clasificaciones diagnósticas de los trastornos depresivos según el DSM-5-TR (APA, 2022) y CIE-11 (OMS, 2022). ..... 48

Tabla 2. Comparativa de las clasificaciones diagnósticas de los trastornos de ansiedad según el DSM-5-TR (APA, 2022) y CIE-11 (OMS, 2022). ..... 52

Tabla 3. Comparativa de las clasificaciones diagnósticas de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés según el DSM-5-TR (APA, 2022) y CIE-11 (OMS, 2022). ..... 55

Tabla 4. Comparativa de las clasificaciones diagnósticas de los trastornos del sueño-vigilia según el DSM-5-TR (APA, 2022) y la CIE-11 (OMS, 2022). ..... 59

Tabla 5. Clasificación de trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados según el DSM-5-TR (APA, 2022) y los trastornos de la angustia corporal según la CIE-11 (OMS, 2022)..... 64

Tabla 6. Descripción de las fórmulas de búsqueda según la variable estudiada. 171

Tabla 7. Características de los participantes en los estudios acerca de la variable de depresión. ..... 189

Tabla 8. Características relacionadas con la metodología de los estudios de depresión en profesionales sanitarios. ..... 193

Tabla 9. Características de los participantes en los estudios acerca de la variable de ansiedad..... 197

Tabla 10. Características relacionadas con la metodología de los estudios de ansiedad en profesionales sanitarios. ..... 201

Tabla 11. Características de los participantes en los estudios acerca de la variable de estrés. ..... 205

Tabla 12. Características relacionadas con la metodología de los estudios de estrés en profesionales sanitarios. ..... 208

Tabla 13. Características de los participantes de los estudios acerca de la variable de insomnio. ..... 211

Tabla 14. Características relacionadas con la metodología de los estudios de insomnio en profesionales sanitarios. ..... 214

Tabla 15. Análisis del riesgo de sesgo de los estudios de prevalencia y severidad de la depresión según la Escala Newcastle-Ottawa. ..... 217
Tabla 16. Análisis del riesgo de sesgo de los estudios de prevalencia y severidad de la ansiedad según la Escala Newcastle-Ottawa. ..... 221
Tabla 17. Análisis del riesgo de sesgo de los estudios de prevalencia y severidad de estrés según la Escala Newcastle-Ottawa. ..... 225
Tabla 18. Análisis del riesgo de sesgo de los estudios de prevalencia y severidad del insomnio según la Escala Newcastle-Ottawa. ..... 228
Tabla 19. Puntuaciones de corte para el DASS-21 (Madrid et al., 2013). ..... 266
Tabla 20. Descripción de la muestra según las variables demográficas. ..... 275
Tabla 21. Descripción de la muestra según las variables ocupacionales. ..... 278
Tabla 22. Descripción de la muestra según las variables de la salud. ..... 279
Tabla 23. Descripción de la muestra según las variables relacionadas con el estilo de vida. ..... 280
Tabla 24. Descripción de la muestra según las variables relacionadas con la experiencia durante la pandemia por COVID-19. ..... 282
Tabla 25. Severidad y prevalencia de la sintomatología clínica. ..... 285
Tabla 26. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la edad de los participantes mediante la prueba de Kruskal¬-Wallis. ..... 288
Tabla 27. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la edad de los participantes mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 289
Tabla 28. Análisis de la severidad de las variables clínicas según el sexo mediante la prueba de Mann-Whitney ..... 291
Tabla 29. Análisis de la prevalencia de las variables clínicas según el sexo mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 292
Tabla 30.Análisis de la severidad de las variables clínicas según el estado civil de los participantes mediante la prueba de Kruskal-Wallis. ..... 294
Tabla 31. Análisis de la prevalencia de las variables clínicas según el estado civil mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 296
Tabla 32. Análisis de la severidad de las variables clínicas según el nivel de estudios mediante la prueba de Kruskal-Wallis. ..... 298

Tabla 33. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínicas según el nivel de estudios mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 299
Tabla 34. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la situación laboral de los participantes mediante la prueba de Kruskal-Wallis. ..... 302
Tabla 35. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la situación laboral de los participantes mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 303
Tabla 36. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la profesión sanitaria de los participantes mediante la prueba de Kruskal-Wallis. ..... 306
Tabla 37. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según el tipo de profesión sanitaria mediante la prueba de chi-cuadrado.. ..... 307
Tabla 38. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la duración de la experiencia laboral de los participantes mediante la prueba de Kruskal-Wallis. 310
Tabla 39. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la duración de la experiencia laboral mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 311
Tabla 40. Análisis de la severidad de las variables clínicas según el trabajo por turnos mediante la prueba de Mann-Whintey ..... 313
Tabla 41. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según el trabajo por turnos mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 313
Tabla 42. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la presencia del diagnóstico del trastorno mental y/o enfermedad biomédica previo a la pandemia por COVID-19 mediante la prueba de Mann-Whitney. ..... 315
Tabla 43. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la presencia del diagnóstico del trastorno mental y/o enfermedad biomédica previo a la pandemia por COVID-19 mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 315
Tabla 44. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la presencia del diagnóstico del trastorno mental y/o enfermedad biomédica previo a la pandemia por COVID-19 mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 318
Tabla 45. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la presencia de la enfermedad biomédica previo a la pandemia por COVID-19 mediante la prueba de Mann-Whitney ..... 318

Tabla 46. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la presencia del trastorno mental y/o enfermedad biomédica previo a la pandemia por COVID-19 mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 319

Tabla 47. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la presencia del tratamiento farmacológico crónico mediante la prueba Mann-Whitney. ..... 321

Tabla 48. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la presencia del tratamiento farmacológico crónico mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 322

Tabla 49. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la reducción de contactos sociales mediante la prueba de Mann-Whitney. ..... 323

Tabla 50. Análisis de la prevalencia de las variables clínicas según la reducción de contactos sociales mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 324

Tabla 51. Análisis de la severidad de las variables clínicas en función de la reducción de la ingesta alimentaria habitual mediante la prueba de Mann-Whitney. ..... 326

Tabla 52. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica en función de la reducción de la ingesta alimentaria habitual mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 327

Tabla 53. Análisis de la severidad de las variables clínicas en función del aumento de la ingesta alimentaria habitual mediante la prueba de Mann-Whitney. ..... 328

Tabla 54. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica en función del aumento de la ingesta alimentaria habitual mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 329

Tabla 55. Análisis de la severidad de las variables clínicas en función de la presencia de los atracones de comida mediante la prueba de Mann-Whitney ..... 331

Tabla 56. Análisis de la prevalencia de las variables clínicas en función de la presencia de los atracones de comida mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 332

Tabla 57. Análisis de la severidad de las variables clínicas según el consumo del alcohol mediante la prueba de Mann-Whitney. ..... 333

Tabla 58. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según el consumo del alcohol mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 334

Tabla 59. Análisis de la severidad de las variables clínicas según el consumo de tabaco mediante la prueba Mann-Whintey. ..... 335

Tabla 60. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según el consumo de tabaco mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 336

Tabla 61. Análisis de la severidad de las variables clínicas según el uso de sustancias opiáceas y/o medicamentos relajantes mediante la prueba de Mann-Whitney… 338

Tabla 62.Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínicas según el uso de sustancias opiáceas y/o medicamentos relajantes mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 339

Tabla 63. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la reducción de la actividad física mediante la prueba de Mann-Whitney ..... 340

Tabla 64. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la reducción de la actividad física mediante la prueba de chi-cuadrado ..... 341

Tabla 65. Análisis de la severidad de las variables clínicas en función del deterioro de la calidad de vida sexual mediante la prueba de Mann-Whitney. ..... 342

Tabla 66. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica en función del deterioro de la calidad de la vida sexual mediante la prueba de chi-cuadrado... 343

Tabla 67. Relación de la severidad de las variables clínicas con diagnóstico de la enfermedad del COVID-19 mediante la prueba de Mann-Whitney. ..... 345

Tabla 68. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica con presencia del diagnóstico de la enfermedad del COVID-19 mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 345

Tabla 69. Análisis de la severidad de las variables clínicas según el número de diagnósticos de la enfermedad del COVID-19 mediante la prueba de Kruskal-Wallis. ..... 347

Tabla 70. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según el número de diagnósticos de la enfermedad del COVID-19 mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 348

Tabla 71. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la gravedad de la enfermedad del COVID-19 mediante la prueba de Kruskal-Wallis. ..... 350

Tabla 72. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la gravedad de la enfermedad del COVID-19 mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 351

Tabla 73. Análisis de la severidad de las variables clínicas en función de la presencia de las secuelas de la enfermedad del COVID-19 mediante la prueba de Mann-Whitney. ..... 352

Tabla 74. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica en función de la presencia de las secuelas de la enfermedad del COVID-19 mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 353

Tabla 75. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la presencia de las secuelas neurológicas después de la enfermedad del COVID-19 mediante la prueba de Mann-Whitney. ..... 354

Tabla 76. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la presencia de las secuelas neurológicas después de la enfermedad del COVID-19 mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 355

Tabla 77. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la presencia de las secuelas psicológicas después de la enfermedad del COVID-19 mediante la prueba de Mann-Whintey. ..... 356

Tabla 78. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la presencia de las secuelas psicológicas después de la enfermedad del COVID-19 mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 357

Tabla 79. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la presencia de alteraciones de los sentidos después de la enfermedad por COVID-19 mediante la prueba de Mann-Whintey. ..... 358

Tabla 80. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la presencia de alteraciones de los sentidos después de la enfermedad por COVID-19 mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 359

Tabla 81. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la presencia de las secuelas físicas después de la enfermedad por COVID-19 mediante la prueba de Mann-Whintey ..... 360

Tabla 82. Análisis de la prevalencia de las variables clínicas según la presencia de las secuelas físicas después de la enfermedad por COVID-19 mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 361

Tabla 83. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la presencia de las consecuencias de la pandemia por COVID-19 a nivel personal mediante la prueba de Mann-Whitney. ..... 362

Tabla 84. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la presencia de las consecuencias de la pandemia por COVID-19 a nivel personal mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 363

Tabla 85. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la presencia de las consecuencias económicas como repercusión de la pandemia por COVID-19 a nivel personal mediante la prueba Mann-Whitney. ..... 364

Tabla 86. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la presencia de las consecuencias económicas como repercusión de la pandemia por COVID-19 a nivel personal mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 365

Tabla 87. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la presencia de pérdida de alguien cercano como consecuencia de la pandemia por COVID-19 a nivel personal mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 366

Tabla 88. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la presencia de pérdida de alguien cercano como consecuencia de la pandemia por COVID-19 a nivel personal mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 367

Tabla 89. Análisis de la severidad de las variables clínicas en función de la presencia de consecuencias emocionales como consecuencia de la pandemia por COVID-19 a nivel personal mediante la prueba de Mann-Whitney. ..... 368

Tabla 90. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica teniendo en cuenta la presencia de consecuencias emocionales como repercusión de la pandemia por COVID-19 a nivel personal mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 369

Tabla 91. Análisis de la severidad de las variables clínicas de acuerdo con la presencia de consecuencias en relaciones sociales como repercusión de la pandemia por COVID-19 a nivel personal mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 370

Tabla 92. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica a nivel personal, según la presencia de consecuencias en relaciones sociales como repercusión de la pandemia por COVID-19 mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 371

Tabla 93. Análisis de la severidad de las variables clínicas en función de la presencia de abandono del cuidado personal como manifestación individual del impacto de la pandemia por COVID-19 mediante la prueba de Mann-Whitney ..... 372

Tabla 94. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la presencia del abandono del cuidado personal como consecuencia de la pandemia por COVID-19 a nivel personal mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 373

Tabla 95. Análisis de la severidad de las variables clínicas conforme a la presencia de consecuencias familiares como repercusión de la pandemia por COVID-19 a nivel personal mediante la prueba de Mann-Whitney. ..... 374

Tabla 96. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica en función de la presencia de consecuencias familiares como repercusión de la pandemia por COVID-19 a nivel personal mediante la prueba de chi-cuadrado. ..... 375

Tabla 97. Modelo de regresión logística por pasos para predecir la prevalencia de los síntomas de depresión. ..... 377

Tabla 98. Modelo de regresión logística por pasos para predecir la prevalencia de los síntomas de ansiedad. ..... 379

Tabla 99. Modelo de regresión logística por pasos para predecir la prevalencia del estrés. ..... 380

Tabla 100. Modelo de regresión logística por pasos para predecir la prevalencia de la sintomatología de insomnio en los profesionales sanitarios en la pospandemia. ..... 381

Tabla 101. Modelo de regresión logística por pasos para predecir la prevalencia de la sintomatología somática en los profesionales sanitarios en la pospandemia. . 383

Tabla 102. Modelo de regresión por pasos para predecir la severidad de la sintomatología depresiva en profesionales sanitarios en la pospandemia. ..... 384

Tabla 103. Modelo de regresión por pasos para predecir la severidad de la sintomatología de ansiedad en profesionales sanitarios en la pospandemia. ..... 385

Tabla 104. Modelo de regresión por pasos para predecir la severidad de la sintomatología de estrés en profesionales sanitarios en la pospandemia. ..... 386

Tabla 105. Modelo de regresión por pasos para predecir la severidad de la sintomatología de insomnio en profesionales sanitarios en la pospandemia. ..... 387

Tabla 106. Modelo de regresión por pasos para predecir la severidad de la sintomatología de síntomas somáticos en profesionales sanitarios en la pospandemia..... 388

# ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Informe favorable del Comité de Ética de la UCAM ..... 499
Anexo 2. Manual de extracción de datos del metaanálisis. ..... 501
Anexo 3. Cuestionario sociodemográfico. ..... 505

# I – INTRODUCCIÓN

# I - SALUD MENTAL Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN EL ÁMBITO PROFESIONAL SANITARIO

## 1.1. CONCEPTUALIZACIÓN Y APROXIMACIÓN HISTÓRICA SOBRE EL CONSTRUCTO 'SALUD MENTAL'.

A lo largo de la historia, los conceptos de salud y enfermedad han ido cambiando en función del contexto cultural y geográfico, evolucionando desde una perspectiva holística hasta una concepción biopsicosocial (Taylor y Stanton, 2020). Originalmente, Hipócrates consideró que el exceso de ciertos flujos del cuerpo (p. ej. las bilis, sangre o flema), derivaban en cambios comportamentales relevantes. También se daba especial importancia a las conductas de prevención de la enfermedad, así como a la búsqueda de curación en caso de enfermar, quedando patente la importancia de las conductas humanas en la condición del estado de salud general. En este sentido, Vázquez (2017) asume que la aproximación de los conceptos de salud y enfermedad en este periodo histórico debe considerase holístico, ya que el tratamiento se basaba en la dieta, ejercicio y masajes, además de medicamentos naturales y pautas de comportamiento saludable y moderado. Por su parte, en China predominaba la conceptualización de la salud y enfermedad como un equilibrio o desequilibrio de fuerzas, siendo una visión influyente incluso en la actualidad en este contexto (Yuan et al., 2016).

Posteriormente, el enfoque holístico en la salud y enfermedad fue sustituido por una perspectiva donde se consideraba que el pecado o el cumplimiento de las leyes divinas influía directamente en la salud (Róales-Nieto, 2003). Con la llegada del siglo XV empezaron a establecerse nuevas bases en esta conceptualización inspiradas en la teoría del dualismo mente-cuerpo de Descartes, asumiendo que lo físico y lo mental eran aspectos independientes (Mehta, 2011).

Gracias a las aportaciones de Descartes y la nueva forma de percibir la salud y la enfermedad nace el modelo biomédico (Engel, 1977). Este modelo se basa en dos conceptos primordiales: el dualismo mente-cuerpo y el reduccionismo biológico. Bajo esta perspectiva, la aparición de la enfermedad se limita a los aspectos estrictamente físicos y/o químicos. La enfermedad, por lo tanto, no

obedece a causas psicológicas, aunque sí puede tener consecuencias sobre el estado de salud mental de la persona (Vázquez, 2017).

El modelo biomédico conllevó algunos beneficios, como el importante descenso de la mortalidad de las personas (Acolin y Fishman, 2023). Sin embargo, también presentaba múltiples limitaciones, como su visión de la enfermedad como resultado de alteraciones únicamente a nivel bioquímico delimitando las posibilidades de tratamiento. Tampoco hacía énfasis en la habilidad del profesional de la salud para recoger la información primordial del paciente, pudiendo sesgar la evaluación o el tratamiento (Róales-Nieto, 2003). Adicionalmente, en el tratamiento de la enfermedad no se consideraban los factores estresantes presentes en la vida del paciente, pudiendo agravar o mantener la sintomatología patológica (Wade y Halligan, 2004). Por último, hay que destacar que el modelo biomédico no tiene en consideración un periodo de rehabilitación tras la enfermedad, asumiendo que desaparecerá una vez limitadas las alteraciones bioquímicas (Pianese y Bordoni, 2025). A pesar de la imperante presencia del modelo biomédico a lo largo de la historia, se mantuvieron y desarrollaron de forma paralela conceptualizaciones diferentes, aunque a menor escala de relevancia (Yuan et al., 2016).

En el siglo XX se enfatizó en la influencia de los factores sociales y personales sobre los conceptos de la enfermedad y la salud (Bolton, 2023). Esta visión originó el nacimiento del modelo biopsicosocial incluyendo las evidencias observadas en los estudios clínicos y epidemiológicos (Engel, 1977). Por lo tanto, siguiendo los principios establecidos, el modelo biopsicosocial consigue alejarse del constructo del reduccionismo biológico y sus consecuencias negativas a la hora de definir la enfermedad y la salud (Sarafino y Smith, 2014).

Como principal aportación, el modelo indica que la salud y la enfermedad son el producto de la interacción de múltiples factores biológicos, sociales y psicológicos que actúan conjuntamente (Róales-Nieto, 2003). Entre los aspectos biológicos destacan los factores genéticos, la presencia de patógenos o daños físicos. Dentro de los aspectos psicológicos se consideran las conductas del individuo, así como sus pensamientos y creencias. Por último, los aspectos sociales se refieren a las condiciones sociodemográficas de la persona, como el nivel de ingresos o el entorno social. En contraposición al modelo biomédico, se entiende que la salud y la enfermedad se encuentran en un proceso continuo, por lo que, en

vez de centrarse solamente en mejorar los síntomas físicos, es preciso identificar los aspectos sociales y psicológicos de la persona conectados y/o importantes para sanar (Bolton, 2023).

Otra de las grandes aportaciones del modelo es la importancia otorgada al comportamiento humano en la aparición, transcurso o mantenimiento de las enfermedades. Por lo tanto, se entiende que el paciente es un agente activo en el cuidado de la salud y la eficacia del tratamiento, otorgándoles un mayor grado de control sobre su salud (Almeida et al., 2024). En consecuencia, el estilo de vida practicado por el paciente puede incrementar el riesgo de aparición de ciertas enfermedades e interfiere en la eficacia del posible tratamiento prescrito. Por lo tanto, la eficacia del tratamiento no solo depende de las habilidades del profesional de la salud, sino también del estilo de vida del paciente (Fuster et al., 2024).

Finalmente, el modelo asume que la intervención psicológica puede tener un papel relevante en los diversos problemas de salud. Este papel puede ser complementario, alternándose con otros enfoques o, incluso, como intervención principal (Straub, 2023). Por lo tanto, el modelo reconoce que variables emocionales, cognitivas y conductuales tienen influencia en la salud, haciendo hincapié en cuestiones como el estrés, los hábitos de vida o el contexto social en la aparición, evolución o recuperación de enfermedades. De esta forma, el modelo promueve una visión integral y multidisciplinar de la salud, donde la intervención psicológica se integra con la médica en el bienestar de los pacientes (Taylor y Stanton, 2020).

No obstante, a pesar de la creciente aceptación y expansión que tiene el modelo biopsicosocial, Alonso (2004) en su estudio indicaba que a principios del siglo XXI existía escasez de estudios científicos que englobaran las dimensiones sociales y psicológicas del modelo biopsicosocial. Por ello, la autora concluyó que, a pesar de la expansión y promoción de los principios del modelo biopsicosocial en las diversas áreas, el área del cuidado de la salud todavía requería de importantes cambios para cumplir con la perspectiva holística. Aunque la evidencia científica ha ido en crecimiento, Wade y Halligan (2017) indicaron la necesidad de integrar los conceptos del modelo biopsicosocial en la práctica del cuidado de la salud. En la actualidad, existe un relativo consenso en torno a la adopción de prácticas derivadas del modelo biopsicosocial. Esto debe traducirse en el fomento de la

alianza y relación entre el profesional de la salud y el paciente, así como un rol activo del paciente en el cuidado de su salud (Roberts, 2023).

Una vez expuesta la génesis del modelo biopsicosocial, así como los cambios en la forma de percibir el concepto de la salud a lo largo de la historia, es importante examinar las definiciones actuales del constructo 'salud mental'. La salud mental ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) como un estado mental de bienestar, que permite a los individuos tanto hacer frente a los factores de estrés, ser consciente de sus habilidades, poder estudiar y trabajar de forma eficaz, así como contribuir a su entorno comunitario. Esta definición entiende la salud mental como un componente integral de la salud y bienestar general que responde a la habilidad individual y colectiva de tomar decisiones, establecer relaciones sociales y moldear el mundo actual. Además, dicha definición subraya que la salud mental no se limita únicamente a la ausencia de la enfermedad y hace hincapié en la promoción y prevención de la misma (OMS, 2025).

En esta línea, la "Clasificación Internacional de Enfermedades" (*CIE-11;* OMS, 2022) asume en su sistema de clasificación que la salud debe ser entendida en términos de funcionamiento, participación y factores contextuales, no solo como presencia o ausencia de enfermedad. Por su parte, la Asociación Americana de Psiquiatría (*APA*, 2022) definió la salud mental como un estado mental caracterizado por el bienestar emocional, ajuste conductual, ausencia de ansiedad y otros síntomas incapacitantes, así como por la capacidad de creación de relaciones sociales y de afrontamiento de desafíos y factores de estrés en el funcionamiento diario. Es decir, las definiciones contemporáneas describen la salud mental más allá de la mera ausencia de enfermedad (Manderscheid et al., 2010; OMS, 2025). Esta concepción se aleja de propuestas anteriores que asumían que la salud o el bienestar eran la mera ausencia de enfermedad.

La enfermedad mental afecta al funcionamiento cognitivo, emocional y conductual del individuo (OMS, 2025), percibiendo a la persona en su totalidad y no solamente a través de su enfermedad. Tal y como indican Manderscheid et al. (2010), el objetivo principal del cuidado de la salud es la recuperación de esta, facilitando la inclusión y contribución de las personas diagnosticadas con enfermedad mental en la comunidad a pesar de las limitaciones experimentadas. Tal y como describen estos autores, el proceso de recuperación de la salud puede ser percibido como el puente entre el estado de salud y de enfermedad, basado en

las fortalezas personales para superar los aspectos menos favorables de cada individuo.

La salud mental no está exenta de estigmatización. Livingston y Boyd (2010) observaron una relación negativa entre la estigmatización y los niveles de autoestima, empoderamiento y expectativas de mejora. Igualmente, la estigmatización estaba relacionada con una peor adherencia al tratamiento y una mayor severidad de los síntomas psicológicos por parte del paciente. Debido a las observaciones aportadas, se puede concluir la urgente necesidad de concebir a las personas con sintomatología, no únicamente a través del diagnóstico asignado, sino en su totalidad como un ser humano digno de desarrollarse en la sociedad al igual que los demás (Schaeuffele et al., 2024).

En conclusión, la concepción de salud y enfermedad ha variado notablemente a lo largo del tiempo, pasando de un enfoque holístico hasta el reciente modelo biopsicosocial, reconociendo que la salud no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que incluye múltiples dimensiones y factores del funcionamiento humano: biológicos, psicológicos y sociales. En este contexto, la salud mental se ha consolidado como un componente esencial del bienestar general. Lograr un equilibrio entre estas dimensiones permite no solo prevenir el malestar, sino también potenciar las fortalezas individuales y mejorar la calidad de vida (Horyza et al., 2026).

En conjunto, esta evolución conceptual pone de manifiesto que, a pesar de la consolidación teórica del modelo biopsicosocial, su aplicación en la práctica sanitaria continúa siendo limitada. Por ello, resulta fundamental abordar los problemas de salud mental desde un enfoque integral, especialmente en colectivos vulnerables como minorías discriminadas, personas con bajos recursos o profesionales de alto riesgo como el personal sanitario (Ridley et al., 2020; Vidal-Alves et al., 2022; Williams y Cooper, 2019), siendo estos últimos objetos de estudio de la presente tesis doctoral. En este colectivo profesional se observan exigencias laborales y emocionales que incrementan la vulnerabilidad psicológica, justificando la necesidad de investigaciones específicas en contextos pospandémicos.

## 1.2. PRINCIPALES CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS DE TRASTORNOS MENTALES BASADOS EN LA ALTERACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO, INSOMNIO Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS.

La evidencia científica ha señalado múltiples síntomas y cuadros diagnósticos asociados a la práctica profesional del personal sanitario (López-Ros et al., 2023). Aunque se profundizará en capítulos posteriores en esta idea, los principales trastornos mentales observados en esta población son la depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos (López-López et al., 2019; Lv et al., 2023; Matthews et al., 2022).

Por lo tanto, en este capítulo se describen las principales clasificaciones diagnósticas de los trastornos mentales mencionados en base a la última edición publicada del 'Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales' (*DSM-5-TR*; APA, 2022), así como de la *CIE-11* (OMS, 2022). Entre ambas publicaciones existen algunas diferencias que es preciso señalar. El *DSM-5-TR* (APA, 2022) enumera detalladamente los criterios diagnósticos para trastornos mentales concretos. Por su parte, la *CIE-11* (OMS, 2022) tiende a evitar la especificación de criterios temporales concretos, salvo cuando existen evidencias empíricas sólidas que los respalden. También, se ofrecen instrucciones para realizar el diagnóstico diferencial, aportando información adicional para delimitar los diagnósticos relacionados.

Ambos manuales coinciden en señalar la importancia de dos cuestiones. Por un lado, no debe realizarse un diagnóstico si los síntomas pueden explicarse mejor por otro cualquier otro, por otro motivo, o si hubo inducción por alguna sustancia, como drogas o medicamentos; por otro, los criterios son orientativos, pudiendo estar sujetos a modificaciones por parte de los profesionales de la salud mental, teniendo que analizar también los diferentes factores contextuales para determinar son clínicamente relevantes.

Además, existe la posibilidad de aparición concurrente de varios de estos diagnósticos. Por ejemplo, una persona puede experimentar síntomas relacionados con la ansiedad como la tensión muscular, temblores, dolor o incluso contracciones nerviosas. A su vez pueden aparecer una serie de síntomas somáticos como, por ejemplo, la sudoración excesiva y/o náuseas. A todo esto, podría sumarse síntomas derivados del estrés como, por ejemplo, frecuentes dolores de cabeza o el síndrome

del intestino irritable. Aunque es preciso hacer una evaluación holística, a modo ilustrativo en los siguientes apartados se profundizará individualmente en cada uno de los grandes grupos diagnósticos.

### 1.2.1. Trastornos depresivos

En lo relativo a los trastornos depresivos, en la Tabla 1 se presenta la clasificación actualizada de todos los trastornos depresivos contemplada en sendos manuales (APA, 2022; OMS, 2022). A pesar de existir una variada tipología de trastornos de la depresión, se puede entender que todos ellos se caracterizan por la aparición del estado de ánimo triste y desesperanzado, así como por los sentimientos de vacío y/o irritabilidad. Entre los síntomas más señalados por los manuales destaca la presencia del estado de ánimo triste/desesperanzado a lo largo de la gran parte del día; anhedonia; cambios en el peso corporal vinculados a un importante incremento o pérdida del apetito; problemas de sueño, siendo el insomnio o hipersomnia; posible enlentecimiento o agitación psicomotora; fatiga y falta de energía; persistente y desmesurada culpabilidad o sentimiento de inutilidad; visible deterioro de la capacidad para concentrarse o para tomar decisiones; y pensamientos reiterados de muerte, ideación o tentativa suicida.

En general, estas manifestaciones se asocian a alteraciones significativas a nivel cognitivo, emocional y somático, que incapacitan al individuo y le impiden el funcionamiento óptimo cotidiano, manifestándose de forma específica para cada tipo de trastorno depresivo (APA, 2022). Es importante señalar que los síntomas identificados tienen que producir un notable malestar o dificultar el funcionamiento diario en las diferentes áreas de la vida del individuo comparación con periodos previos, no deben estar inducidos por ninguna sustancia y no deben ser atribuibles a otra afección médica y no deben de poder atribuirse a algún trastorno del espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos y debe explorarse la presencia de algún episodio maniaco o hipomaniaco.

*Tabla 1. Comparativa de las clasificaciones diagnósticas de los trastornos depresivos según el DSM-5-TR (APA, 2022) y CIE-11 (OMS, 2022).*

| | ***DSM-V-TR*** | | ***CIE-11*** |
|---|---|---|---|
| **Código** | **Trastorno mental** | **Código** | **Trastorno mental** |
| **F34.81** | Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo | | Trastornos bipolares u otros trastornos relacionados |
| | Trastorno de depresión mayor: Episodio único | | Trastornos depresivos: |
| **F32.0** | Leve | **6A70** | Trastorno depresivo de episodio único |
| **F32.1** | Moderado | **6A71** | Trastorno depresivo recurrente |
| **F32.2** | Grave | **6A72** | Trastorno distímico |
| **F32.3** | Con características psicóticas | **6A73** | Trastorno mixto de depresión y ansiedad |
| **F32.4** | En remisión parcial | **GA34.41** | Trastorno disfórico premenstrual |
| **F32.5** | En remisión total | **6A7Y** | Otros trastornos depresivos especificados |
| **F32.9** | No especificado | **6A7Z** | Trastornos depresivos, sin especificación |
| | Trastorno de depresión mayor: Episodio recurrente | **6A80** | Presentaciones sintomáticas y de curso para episodios del estado de ánimo en trastornos del estado de ánimo |
| **F33.0** | Leve | | Trastornos del estado del ánimo inducidos por sustancias |
| **F33.1** | Moderado | **6E62** | Síndrome secundario del estado del ánimo |
| **F33.2** | Grave | **6A8Y** | Otros trastornos del estado de ánimo especificados |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **F33.3** | Con características psicóticas | **6A8Z** | Trastornos del estado de ánimo, sin especificación |
| **F33.41** | En remisión parcial | | |
| **F33.42** | En remisión total | | |
| **F33.9** | No especificado | | |
| **F34.1** | Trastorno depresivo persistente | | |
| **F32.81** | Trastorno disfórico premenstrual | | |
| | Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento | | |
| | Trastorno depresivo debido a otra afección médica | | |
| **F06.31** | Con características depresivas | | |
| **F06.32** | Con episodio de tipo de depresión mayor | | |
| **F06.34** | Con características mixtas | | |
| **F32.89** | Otro trastorno depresivo especificado | | |
| **F32.A** | Trastorno depresivo no especificado | | |
| **F39** | Trastorno del estado de ánimo no especificado | | |

Para poder realizar cualquiera de estos diagnósticos, es preciso explorar la historia clínica con el objetivo de evidenciar episodios depresivos previos u otras posibles alteraciones en el estado de ánimo. Por ejemplo, en el *DSM-5-TR* (APA, 2022), la *CIE-11* (OMS, 2022) especifica que para poder diagnosticar el trastorno depresivo recurrente es necesario observar el empeoramiento del estado de ánimo o la pérdida de interés en la realización de actividades placenteras a lo largo de al menos dos semanas. La sintomatología depresiva tiene que prevalecer durante el día y aparecer prácticamente a diario. Estos síntomas pueden verse acompañados

por una serie de otras manifestaciones de la depresión, como incapacidad para concentrarse, excesivo cansancio, sentimientos de desesperanza, inutilidad, culpabilidad, alteraciones de la conducta alimentaria y el sueño, así como pensamientos recurrentes acerca de la muerte o ideación suicida. Es necesario excluir la presencia de episodios de manía o hipomanía para hacer un diagnóstico diferencial entre la depresión y el trastorno bipolar. Siguiendo las pautas de la *CIE-11* (OMS, 2022) es recomendable especificar la gravedad del trastorno depresivo recurrente como leve, moderado o grave, así como la presencia de síntomas psicóticos. Si el paciente no refiere haber tenido antecedentes de episodios depresivos en el pasado, se emite el diagnóstico de trastorno depresivo de episodio único, especificando su gravedad como leve, moderada o grave con o sin episodios psicóticos.

La prevalencia de los Trastornos Depresivos a los 12 meses se estima alrededor del 7,00% en los Estados Unidos (APA, 2022), mostrando notables fluctuaciones según los rangos de edad. De esta forma, se puede apuntar que las personas con edades comprendidas entre 18 y 29 años muestran un riesgo tres veces mayor de padecer un trastorno depresivo que las personas mayores de 60 años. Igualmente, las mujeres destacan como el colectivo especialmente vulnerable, mostrando las tasas de prevalencia hasta dos veces mayores. En el transcurso de la enfermedad ellas suelen desarrollar más síntomas infrecuentes de la depresión como, por ejemplo, la hipersomnia y estimulación del apetito en comparación con los hombres, pudiendo dificultar la realización de un diagnóstico preciso de este trastorno (APA, 2022). Entre los factores de riesgo es importante abordar las variables temperamentales, con un mayor énfasis en el neuroticismo, siendo este identificado como un importante factor predictor del desarrollo de la sintomatología depresiva en respuesta a los desafíos externos. Igualmente, los factores ambientales, como acontecimientos negativos en la infancia, vuelven a la persona más vulnerable. Adicionalmente, estos trastornos tienen un significativo componente genético, oscilando la heredabilidad sobre el 40,00%. Se observa que el peso del factor genético es mayor en caso de trastornos depresivos recurrentes y los que empezaron tempranamente (APA, 2022). Finalmente, hay que señalar que se relacionan con una la alta tasa de mortalidad debido al suicidio. Esta asociación señala la severidad de esta psicopatología y la necesidad de su detección precoz.

### 1.2.2. Trastornos de ansiedad

En función a lo descrito en ambos manuales diagnósticos, es preciso hacer una distinción entre miedo y ansiedad. Ambos conceptos forman parte integral de las experiencias diarias de cada ser humano. El miedo se asocia, más bien con la activación del sistema nervioso autónomo. Esta activación facilita respuestas de lucha o huida en una situación de peligro ante una amenaza, ya sea real o imaginaria. Sin embargo, la ansiedad se asocia con una amenaza futura y de naturaleza anticipatoria, con un constante estado de alerta/activación, respondiendo además con tensión muscular a nivel general. Se considera que hay diferentes diagnósticos según el tipo de situación y/o estímulo que provocan las respuestas de ansiedad. El *DSM-5-TR* (APA, 2022) establece un total de 18 subtipos de diagnósticos relacionados con la ansiedad. Por otro lado, la *CIE-11* (OMS, 2022), clasifica hasta 12 diagnósticos relacionados con la ansiedad (Tabla 2). En términos generales, se observan algunas diferencias en estos como la definición de hipocondría o trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, estando presentes tan solo en uno de los dos manuales de forma explícita (Tabla 2). En general, todos los diagnósticos de ansiedad presentan como alteraciones a nivel conductual y mantenidas de forma persistente y prolongados, dificultando el desarrollo óptimo del individuo, pudiéndose considerar problemáticos y requerir de algún tipo de intervención especializada (APA, 2022; OMS, 2022). Generalmente, las personas con sintomatología ansiosa intentan reducir su severidad llevando a cabo conductas de evitación de forma generalizada, empobreciendo su funcionamiento diario en múltiples ámbitos.

*Tabla 2. Comparativa de las clasificaciones diagnósticas de los trastornos de ansiedad según el DSM-5-TR (APA, 2022) y CIE-11 (OMS, 2022).*

| ***DSM-V-TR*** | | ***CIE-11*** | |
|---|---|---|---|
| **Código** | **Trastorno mental** | **Código** | **Trastorno mental** |
| | | **6B00** | Trastorno de ansiedad generalizada |
| **F93.0** | Trastorno de ansiedad por separación | **6B01** | Trastorno de pánico |
| **F.94.0** | Mutismo selectivo | **6B02** | Agorafobia |
| **F40.218, F40.228, F40.230, F40.231, F40.232, F40.233, F40.248, F40.298** | Fobia especifica: Animal, entorno natural, miedo a la sangre, miedo a las inyecciones y transfusiones, miedo a otra atención médica, miedo a una lesión, situacional, otra. | **6B03** | Fobia específica |
| **F40.10** | Trastorno de ansiedad social | **6B04** | Trastorno de ansiedad social |
| **F41.0** | Trastorno de pánico | **6B05** | Trastorno de ansiedad por separación |
| **F40.00** | Agorafobia | **6B06** | Mutismo selectivo |
| **F41.1** | Trastorno de ansiedad generalizada | | Trastornos de ansiedad inducidos por sustancias |
| **-** | Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos | **6B23** | Hipocondrías |
| **F06.4** | Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica | **6E63** | Síndrome de ansiedad secundario |
| **F41.8** | Otro trastorno de ansiedad especificado | **6B0Y** | Otros trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo especificados |
| **F41.9** | Otro trastorno de ansiedad no especificado | **6B0Z** | Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo sin especificación |

El diagnostico diferencial de las distintas tipologías de ansiedad se realiza, generalmente, ateniendo al estimulo temido junto con la temporalidad de estos

síntomas, entre otras cuestiones. La máxima expresión de estas conductas se recogería en el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) caracterizado por la presencia de diversos síntomas entre los que destacan la incapacidad de controlar y poner fin a las preocupaciones junto a excesiva sensación de inquietud o tensión constante; fatiga, problemas de concentración o irritabilidad y; tensión muscular y/o problemas de sueño. Estos síntomas suelen estar relacionados con múltiples situaciones, como la actividad laboral y/o el rendimiento escolar y deben perdurar al menos seis meses. Otro diagnostico ampliamente conocido es el Trastorno de Pánico. En la *CIE-11* (OMS, 2022), se describe como la sobre activación del sistema nervioso somático, pudiendo experimentar un ritmo cardíaco acelerado, palpitaciones acentuadas, sudoración excesiva, aprensión en el pecho, sentimiento de incapacidad para respirar, así como mareos y ganas de vomitar. Estas reacciones son difíciles de anticipar ya que no se asocian con un único estímulo concreto. Debido a su alta intensidad pueden llegar a sentir miedo a la muerte, interpretando sus síntomas fisiológicos como insuperables. Además, suelen mostrar baja tolerancia del individuo a las sensaciones desagradables del cuerpo, intensificando las conductas de búsqueda de seguridad, pretendiendo evitar la posibilidad de la ocurrencia del siguiente ataque de pánico. Por lo tanto, es limitante de la espontaneidad de la persona, restringiendo su capacidad de funcionamiento en diferentes áreas de la vida.

Según las estimaciones indicadas en el *DSM-5-TR* (APA, 2022), la prevalencia medial anual del TAG a nivel mundial es del 1,30%, oscilando entre 0,20 y 4,30%. Solamente en los Estados Unidos, la tasa de prevalencia de este trastorno es del 2,90% en la población adulta y del 0,90% en la población adolescente. Las personas de origen europeo, así como ciudadanos de países con ingresos altos, desarrollan sintomatología relacionada con TAG con más frecuencia en comparación con las personas provenientes de países asiáticos y/o africanos, así como de países de ingresos bajos y/o medianos. Igualmente, se observa una prevalencia dos veces superior de TAG entre las mujeres. Entre los factores de riesgo, es necesario señalar también las variables temperamentales, tales como el neuroticismo o la evitación del daño. Se estima que alrededor de un tercio del riesgo de padecer TAG se puede atribuir a factores genéticos y fisiológicos que, a su vez, pueden verse fomentados por las variables ambientales adversas como, por ejemplo, la sobreprotección parental en la etapa de la infancia (APA, 2022).

### 1.2.3. Trastornos de estrés

En tercer lugar, es necesario hablar del trastorno de estrés agudo recogido bajo la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés (APA, 2022) y en la categoría de los trastornos específicamente asociados con el estrés (OMS, 2022).

Estos trastornos, en su conjunto, están asociados a multitud de signos y síntomas. En primer lugar, los síntomas intrusivos donde se recogen, por ejemplo, los recuerdos forma involuntaria y reiterada los acontecimientos traumáticos, sueños relacionados con los acontecimientos negativos a nivel de contenido y respuesta emocional producida, reacciones disociativas en las que la persona se comporta o se siente como si estuviera experimentando el suceso negativo, malestar a nivel psicológico de intensidad alta y de larga duración como otro de los posibles síntomas de intrusión. En segundo lugar, los síntomas relacionados con el estado de ánimo negativo como la incapacidad de percibir y sentir las emociones positivas, culpabilización o estado subjetivo de malestar emocional, entre otros. En tercer lugar, los síntomas disociativos, ejemplificados con percepción alterada del contexto o de uno mismo o la dificultad para recordar un elemento importante del acontecimiento traumático. En cuarto lugar, los síntomas de evitación donde algunos ejemplos serían los esfuerzos de la persona de evitar todo lo relacionado con el acontecimiento negativo en forma de recuerdo, pensamiento o afecto desagradables y la evitación a toda costa los contextos que puedan generar estos recuerdos, pensamientos o afecto desagradables. Finalmente, los síntomas de alerta donde, entre otros muchos, destacarían los problemas de sueño, hipervigilancia, dificultad para concentrarse, facilidad para sobresaltarse o conducta irritable con episodios de ira.

Tal y como se puede consultar en la Tabla 3, dentro de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés según el *DSM-5-TR* (APA, 2022), se encuentran el trastorno de apego reactivo, el trastorno de relación social desinhibida, el trastorno de estrés postraumático, así como el trastorno de estrés agudo, el trastorno de adaptación, el trastorno de duelo prolongado y otros trastornos relacionados con traumas y factores de estrés especificados y no especificados. Por su parte, en la *CIE-11 (*OMS, 2022*)*, recoge el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de estrés postraumático complejo, trastorno por duelo

prolongado, trastorno de adaptación, trastorno reactivo de apego, trastorno de compromiso social desinhibido, así como otros trastornos específicamente asociados con el estrés con y sin especificación. De estas clasificaciones, cabe señalar que la reacción aguda al estrés no se engloba dentro de la categoría de los trastornos específicamente vinculados al estrés en la *CIE-11*(OMS, 2022*)*, sino que lo incluye entre los factores que afectan al estado de salud, precisamente bajo la subcategoría de problemas asociados con eventos traumáticos o perjudiciales.

*Tabla 3. Comparativa de las clasificaciones diagnósticas de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés según el DSM-5-TR (APA, 2022) y CIE-11 (OMS, 2022).*

| | ***DSM-5-TR*** | | ***CIE-11*** |
|---|---|---|---|
| **Código** | **Trastorno mental** | **Código** | **Trastorno mental** |
| **F94.1** | Trastorno de apego reactivo | **6B40** | Trastorno de estrés postraumático |
| **F94.2** | Trastorno de relación social desinhibida | **6B41** | Trastorno de estrés postraumático complejo |
| **F43.10** | Trastorno de estrés postraumático | **6B42** | Trastorno por duelo prolongado |
| **F43.0** | Trastorno de estrés agudo | **6B43** | Trastorno de adaptación |
| | Trastorno de adaptación: | **6B44** | Trastorno reactivo de apego |
| **F43.21** | Con estado de ánimo deprimido | **6B45** | Trastorno de compromiso social desinhibido |
| **F43.22** | Con ansiedad | **6B4Y** | Otros trastornos especificados específicamente asociados con el estrés |
| **F43.23** | Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido | **6B4Z** | Trastornos específicamente asociados con el estrés, sin especificación |

| | |
|---|---|
| **F43.24** | Con alteración de la conducta |
| **F43.25** | Con alteración mixta de las emociones y conducta |
| **F43.20** | Sin especificar |
| **F43.81** | Trastorno de duelo prolongado |
| **F43.89** | Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado |
| **F43.9** | Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado |

El diagnostico diferencial se basa principalmente tanto en el factor estresante como en la sintomatología observada. Por ejemplo, siguiendo las pautas del *DSM-5-TR* (APA, 2022), el trastorno de estrés agudo se diagnostica cuando la persona está expuesta a eventos de alta intensidad. Entre ellos, amenazas de la muerte o el experimento directo de esta, víctima de violencia sexual o algún tipo de lesión severa, ya sea de forma directa o bien estar presente cuando los acontecimientos negativos ocurrían a los demás. También es posible que aparezca ante la vivencia de algún acontecimiento traumático a alguien cercano, ya sea familiar o amigo. Por último, es posible que la persona desarrolle el trastorno de estrés agudo a través de una exposición reiterada a algunos elementos desagradables relacionados con acontecimientos negativos. A nivel sintomatológico necesario que la persona desarrolle al menos cinco síntomas de las categorías mencionadas anteriormente: a) síntomas de intrusión; b) estado de ánimo negativo; c) síntomas disociativos; d) síntomas de evitación; y e) síntomas de alerta. Dichos síntomas deben tener la duración entre tres días y un mes una vez ocurrido el acontecimiento negativo. Para finalizar, es necesario comprobar que los síntomas identificados no se atribuyen mejor a alguna afección médica, efectos de una sustancia o algún trastorno psicótico breve y que causan un malestar significativo o el empeoramiento del funcionamiento en diferentes áreas de la vida. Además, si

persisten en el tiempo, superando el periodo de un mes, es necesario comprobar el diagnóstico del potencial trastorno de estrés postraumático.

En cuanto a la *CIE-11* (OMS, 2022) define la reacción aguda al estrés como una respuesta a nivel cognitivo, emocional, comportamental y/o fisiológico de naturaleza transitoria ante la exposición a un estímulo particularmente estresante. Dichas respuestas pueden aparecer a raíz de los desastres naturales, situaciones de violencia, accidentes. La *CIE-11* (OMS, 2022) describe la reacción aguda al estrés como normal, no percibiéndola como una categoría diagnostica. Entre las manifestaciones más frecuentes se pueden identificar la evitación de contacto social, sentirse triste, ansioso, enfadado y/o atormentado, mostrándose particularmente activo o inactivo. La reacción aguda al estrés suele atenuarse a los pocos días tras la exposición a la situación estresante o después de la desaparición del estímulo estresante.

Otro diagnóstico de especial interés es el trastorno de adaptación, que hace referencia a los sucesos negativos experimentados por la exposición a factores estresantes. Este trastorno es de especial interés en la presente tesis doctoral en referencia a la exposición estresante vivida por los profesionales sanitarios a la pandemia COVID-19 (Pina et al., 2021). Según los criterios diagnósticos para este trastorno, la persona tiene que desarrollar síntomas emocionales o comportamentales tras la exposición a los factores estresantes. Ambos manuales difieren en la manifestación de estos síntomas, siendo de un mes en la *CIE-11* (OMS, 2022) o de tres meses en el *DSM-5-TR* (APA, 2022).

En general, se especifica que estos síntomas tienen que producir un importante malestar, desproporcionado en relación con los factores de estrés percibidos o dificultar el funcionamiento habitual en las diferentes áreas de la vida. Es imprescindible anotar que los síntomas identificados no se asemejen mejor a algún otro trastorno mental y que no representen el duelo. Una vez que los factores de estrés identificados dejen de actuar sobre el individuo, los síntomas no deben de mantenerse más de seis meses consecutivos. No obstante, si la fuente de estrés o bien sus consecuencias se mantienen en el tiempo, el trastorno de adaptación puede perdurar, convirtiéndose en su forma persistente al superar los seis meses.

En cuanto a la a la prevalencia de estos diagnósticos, es muy difícil de indicar la tasa de prevalencia concreta ya que se verá alterada en función del tipo de evento traumático. Sin embargo, tal y como indica el *DSM-5-TR* (APA, 2022), la

prevalencia del trastorno de estrés agudo después de los eventos traumáticos sin agresión interpersonal no suele superar el 20,00%, mientras que alcanza valores entre 19,00% y 50,00% en situaciones de violencia. Por otro lado, la prevalencia del trastorno de adaptación es igualmente difícil de determinar, viéndose alterada por el tipo de población o la forma de evaluar. Para tener alguna referencia, el manual *DSM-5-TR* (APA, 2022) indica que la prevalencia del trastorno de adaptación en las personas que recibían algún tipo de tratamiento hospitalario en los Estados Unidos varía entre el 5,00 y el 20,00%. Sin duda, las personas provenientes de entornos adversos son más expuestas a sufrir trastorno de adaptación tras la exposición a factores altamente estresantes.

### 1.2.4. Trastornos del sueño-vigilia

A continuación, se comentará la categoría diagnóstica de trastornos del sueño-vigilia según el *DSM-5-TR* (APA, 2022) y la *CIE-11* (OMS, 2022). Una de las principales características comunes para todos los trastornos que afectan el ciclo sueño-vigilia es el duradero descontento con la calidad o/y cantidad del sueño, lo cual repercute de forma negativa en el funcionamiento de las personas que padecen este tipo de dificultades en su rendimiento diario y empeora su bienestar general. Se considera dificultades para conciliar el sueño si el sujeto tarda más de 20-30 minutos dormirse, mientras que las dificultades para mantener el sueño se distinguirían si la persona refiere despertarse por la noche y no poder volver a dormirse durante al menos 20-30 minutos consecutivos. Asimismo, para establecer que el sujeto se despierta temprano es necesario observar que lo hace al menos una hora antes de lo deseado, además de no llegar a dormir un total de seis horas y media por la noche. Los problemas de sueño se asocian con una serie de respuestas cognitivas en forma de preocupaciones por el sueño y activación fisiológica. De hecho, se observa que los pacientes que hacen esfuerzos en quedarse dormidos se vuelven más preocupados por el sueño y en consecuencia presentan aún más dificultades para conciliar el sueño y se quejan de cansancio y poca energía a lo largo del día, así como de las modificaciones del estado de ánimo. Es importante anotar además que las dificultades para dormir se deben de mantener presentes a pesar de tener las condiciones adecuadas.

El *DSM-5-TR* (APA, 2022) engloba diez trastornos diferentes dentro de la nominación de problemas del sueño-vigilia dentro de los trastornos mentales. Sin embargo, los trastornos del sueño y vigilia constituyen un apartado separado en la clasificación recogida en la *CIE-11* (OMS, 2022). Ambos coinciden en la categoría diagnostica de trastorno de insomnio, trastorno de hipersomnolencia y trastornos respiratorios relacionados con el sueño. Difieren en la clasificación de los trastornos del ritmo circadiano del sueño y la vigilia, trastornos del movimiento relacionados con el sueño, trastornos de parasomnia, Narcolepsia, otros trastornos especificados del sueño y la vigilia, así como trastornos del sueño y vigilia sin especificación, (Tabla 4).

*Tabla 4. Comparativa de las clasificaciones diagnósticas de los trastornos del sueño-vigilia según el DSM-5-TR (APA, 2022) y la CIE-11 (OMS, 2022).*

| ***DSM-5-TR*** | | ***CIE-11*** | |
|---|---|---|---|
| **Código** | **Trastorno mental** | **Código** | **Trastorno mental** |
| **F51.01** | Trastorno de insomnio | | Trastornos de insomnio: |
| **F51.11** | Trastorno de hipersomnia | **7A00** | Insomnio crónico |
| | Narcolepsia: | **7A01** | Insomnio de corta duración |
| **G47.411** | Narcolepsia con cataplejía o déficit de hipocretina | **7A0Z** | Trastornos de insomnio sin especificación |
| **G47.419** | Narcolepsia sin cataplejía y sin déficit de hipocretina | | Trastornos de hipersomnolencia |
| **G47.421** | Narcolepsia con cataplejía o déficit de hipocretina debido a una afección médica | | Trastornos respiratorios relacionados con el sueño |
| **G47.429** | Narcolepsia sin cataplejía y sin déficit de hipocretina debido a una afección médica | | Trastornos del ritmo circadiano del sueño y la vigilia |
| **Trastornos del sueño relacionados con la respiración** | | | Trastornos del movimiento relacionados con el sueño |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **G47.33** | Apnea e hipopnea obstructiva del sueño | | Trastornos de parasomnia |
| | Apnea central del sueño: | **7B2Y** | Otros trastornos especificados del sueño y la vigilia |
| **G47.31** | Apnea central del sueño idiopática | **7B2Z** | Trastornos del sueño y la vigilia, sin especificación |
| **R06.3** | Respiración de Cheyne-Stokes | | |
| **G47.37** | Apnea central del sueño con consumo concurrente de opiáceos | | |
| | Hipoventilación relacionada con el sueño | | |
| **G47.34** | Hipoventilación idiopática | | |
| **G47.35** | Hipoventilación alveolar central congénita | | |
| **G47.36** | Hipoventilación concurrente relacionada con el sueño | | |
| | Trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia: | | |
| **G47.21** | Tipo de fases de sueño retrasada | | |
| **G47.22** | Tipo de fases de sueño avanzada | | |
| **G47.23** | Tipo de sueño-vigilia irregular | | |
| **G47.24** | Tipo de sueño-vigilia no ajustado | | |

| | |
|---|---|
| **G47.26** | Tipo asociado a turnos laborales |
| **G47.20** | Tipo no especificado |
| | **Parasomnias** |
| | Trastorno del despertar del sueño no REM: |
| **F51.3** | Tipo con sonambulismo |
| **F51.4** | Tipo con terrores nocturnos |
| **F51.5** | Trastorno de pesadillas |
| **G47.52** | Trastorno del comportamiento del sueño REM |
| **G25.81** | Síndrome de las piernas inquietas |
| | Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos |
| **G47.09** | Otro trastorno de insomnio especificado |
| **G47.00** | Trastorno de insomnio no especificado |
| **G47.19** | Otro trastorno de hipersomnia especificado |
| **G47.10** | Trastorno de hipersomnia no especificado |
| **G47.8** | Otro trastorno del sueño-vigilia especificado |
| **G47.9** | Trastorno del sueño-vigilia no especificado |

El diagnostico diferencias se basa principalmente en factores asociados a los problemas del sueño-vigilia y la duración de los síntomas. Por ejemplo, las personas que padecen trastorno de insomnio refieren un descontento duradero con la cantidad o la calidad del sueño. Este descontento se puede ver específicamente asociado a la incapacidad para conciliar y/o mantener el sueño, así como con el hecho de despertarse tempranamente y no poder continuar el sueño. Las modificaciones del sueño referidas por la persona tienen que producir un malestar significativo o deteriorar su funcionamiento diario. En cuanto a la duración de los síntomas, el *DSM-5-TR* (APA, 2022) especifica que los síntomas deben de perdurar durante al menos tres meses y producirse como mínimo tres veces a la semana.

A la hora de emitir un diagnóstico de trastorno de insomnio es necesario comprobar si los síntomas no se asocian a ningún otro trastorno del sueño-vigilia, afección médica u otro problema mental comórbido, y siempre que no sea consecuencia del consumo de ninguna droga y/o medicamento. El trastorno de insomnio según su duración puede ser denominado como episódico, persistente o recurrente. En caso de trastorno de insomnio episódico, los síntomas tienen una duración mínima de un mes y máxima de tres meses. Sin embargo, si los síntomas duran al menos tres meses y se siguen manteniendo en el tiempo, se diagnostica el trastorno de insomnio persistente. Por último, si el paciente refiere sufrir de al menos dos episodios de insomnio a lo largo de un año, se emite el diagnóstico de trastorno de insomnio recurrente.

La principal distinción entre ambos manuales reside en la categorización en función a la duración de los problemas del sueño. En la *CIE-11* (OMS, 2022) se especifica el insomnio crónico, de corta duración y el trastorno de insomnio sin especificación. En caso del insomnio crónico, los síntomas se mantienen a lo largo de un periodo de tres meses y se manifiestan la mayoría de los días de la semana. El insomnio crónico puede manifestarse en forma de episodios recurrentes de insomnio con una duración más corta pero persistente y mantenida a lo largo del tiempo. Si los síntomas del insomnio se resuelven a lo largo de tres meses, se diagnostica como insomnio de corta duración. El insomnio de duración corta al igual que el insomnio crónico puede especificarse en función de la severidad de los síntomas referidos como leves, severos o graves.

Dentro de los trastornos del sueño-vigilia, el trastorno de insomnio es el problema más prevalente de todos los trastornos del sueño-vigilia, afectando

aproximadamente al 10,00% de las personas en la población general. Además, tal y como indica el *DSM-5-TR* (APA, 2022), la tasa de prevalencia del insomnio en la población sanitaria alcanza valores significativamente más altos comparados con la población general. Sobre todo, los profesionales sanitarios con algún trastorno de ansiedad, depresión o relacionado con el consumo excesivo de sustancias son los más expuestos a desarrollar problemas del insomnio (Horyza et al., 2026). Es más, a pesar de que el trastorno de insomnio constituye una unidad diagnostica, la práctica clínica demuestra que a menudo es un problema comórbido con algún otro trastorno mental o problema de naturaleza médica. Hoy en día, se observa que el hecho de ser mujer constituye un importante factor de riesgo para el insomnio, estando las mujeres 1,30 veces más expuestas a sufrirlo que los hombres. Este factor de riesgo se vuelve aún más potente en la etapa de adultez, a partir de los 45 años.

### 1.2.5. Trastornos de síntomas somáticos

Para finalizar este capítulo, se mencionarán brevemente algunas de las características primordiales de los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados recogidos en el *DSM-5-TR* (APA,2022) y la categoría de los trastornos de la angustia corporal en la *CIE-11* (OMS, 2022), pudiendo visualizarse con detalle en la Tabla 5. *DSM-5-TR* (APA,2022) ofrece una clasificación detallada, añadiendo otros trastornos relacionados como trastorno facticio o trastorno de conversión, mientras que en la *CIE-11* (OMS, 2022) la clasificación es más compacta con menos subdivisiones formales. El eje central de todos los problemas dentro de esta categoría diagnostica son los síntomas somáticos acentuados, repercutiendo en un malestar clínicamente relevante.

Siguiendo los dos principales manuales, se considera que los síntomas somáticos empeoran la calidad de vida de los pacientes. Pueden ser específicos y de fácil localización como, por ejemplo, el dolor de espalda, o más ambiguo e inespecíficos, como el cansancio duradero. Quien padece síntomas de malestar somático presta excesiva atención a estos, refiriendo un alto nivel de ansiedad sobre el estado de salud y/o desarrollando pensamientos reiterados acerca de la severidad de los síntomas somáticos. Otras características relacionadas serían la constante preocupación, una mala percepción de su propio estado de salud, presentar una baja tolerancia a los síntomas interoceptivos o atribuir las

sensaciones naturales del cuerpo a alguna enfermedad física (APA,2022; OMS, 2022).

Todos estos síntomas conllevan una serie de conductas de seguridad, como pueden ser las frecuentes visitas al personal médico con el fin de evaluar las preocupantes sensaciones del cuerpo. En estas visitas médicas a menudo el paciente es sometido a diferentes pruebas clínicas, obteniendo información sobre su estado de salud, sin aliviar los síntomas percibidos ni tampoco disminuyendo el foco de atención sobre ellos. A pesar de esto, suelen acudir con mayor frecuencia a las consultas médicas en busca de seguridad y no tanto a los servicios de salud mental. De hecho, la derivación a estos servicios puede ser percibida como algo negativo y no acorde con las expectativas del paciente (APA,2022; OMS, 2022).

*Tabla 5. Clasificación de trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados según el DSM-5-TR (APA, 2022) y los trastornos de la angustia corporal según la CIE-11 (OMS, 2022).*

| Código | Trastorno mental | Código | Trastorno mental |
|---|---|---|---|
| **F45.1** | Trastorno de síntomas somáticos | **6C20** | Trastorno de malestar somático |
| **F45.21** | Trastorno de ansiedad por enfermedad | **6C21** | Otro trastorno especificado |
| | Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión): | **6C2Z** | Trastorno de angustia corporal no especificado |
| **F44.4** | Con debilidad o parálisis | | |
| **F44.4** | Con movimiento anómalo | | |
| **F44.4** | Con síntomas de la deglución | | |
| **F44.4** | Con síntomas del habla | | |
| **F44.5** | Con ataques o convulsiones | | |
| **F44.6** | Con anestesia o perdida sensitiva | | |

| | |
|---|---|
| **F44.6** | Con síntoma sensitivo especial |
| **F44.7** | Con síntomas mixtos |
| **F54** | Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas |
| | Trastorno facticio: |
| **F68.10** | Trastorno facticio aplicado a uno mismo |
| **F68.A** | Trastorno facticio aplicado a otro |
| **F45.8** | Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados |
| **F45.9** | Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados |

Tal y como especifica el *DSM-5-TR* (APA, 2022), para poder diagnosticar a una persona con trastorno de síntomas somáticos, tiene que encontrarse en un estado sintomático, generalmente, durante seis meses, aunque también es posible que algún síntoma no esté presente todo este tiempo de forma persistente. Por su parte, la *CIE-11* (OMS, 2022), establece la temporalidad en tres meses. Además, ofrece una serie de pautas para separar las dolencias físicas del trastorno, de una respuesta adaptativa. En este caso, hay que tener en cuenta la intensidad de sufrimiento percibido por el individuo a nivel emocional en función de la naturaleza de los síntomas experimentados, incluso si estos son efecto de alguna otra condición médica. Generalmente, se entiende que el grado de sufrimiento emocional experimentado por la persona con trastorno por malestar somático es elevado y excede lo que cabría esperar según las características de los síntomas físicos que manifiesta.

En cuanto a la prevalencia, se observa limitada literatura científica que aporte datos basados en criterios diagnósticos actualizados. No obstante, según el *DSM-*

*5-TR* (APA, 2022) la prevalencia del trastorno de síntomas somáticos en la población adulta europea y norteamericana oscila entre el 4,00% y el 6,00%. Cabe señalar que es bastante frecuente que los distintos diagnósticos relacionados con síntomas somáticos se encuentren acompañados por algún otro diagnóstico de alguna afección estrictamente médica. La elevada prevalencia de los trastornos de ansiedad, depresión, estrés e insomnio, junto con su alta comorbilidad, resulta especialmente relevante en el contexto de los profesionales sanitarios. La exposición continuada a demandas emocionales intensas, acentuadas durante y tras la pandemia por COVID-19, justifica la necesidad de evaluar de forma integrada estos problemas de salud mental (Mahmud et al., 2023; Marvaldi et al., 2021; Pappa et al., 2020; Tong et al., 2023).

## 1.3. ANTECEDENTES SOBRE PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS DEL ÁNIMO E INSOMNIO EN POBLACIÓN SANITARIA.

El colectivo de los profesionales sanitarios se encuentra particularmente expuesto a condiciones estresantes y desfavorables, siendo esto parte integral de la naturaleza del trabajo sanitario. A todo ello, se suman exposiciones puntuales a fuentes de estrés agudo derivadas de situaciones de urgencia sanitaria provocadas por la expansión de enfermedades víricas recientes, como el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS), la enfermedad por el virus del Ébola, Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) y la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19).

En este capítulo se lleva a cabo un recorrido cronológico con el fin de describir los antecedentes relativos al estado de salud mental de los profesionales sanitarios, englobando décadas anteriores y epidemias previas, así como el periodo activo de la pandemia por COVID-19 y la actualidad, denominada a menudo como periodo pospandémico. Además de la descripción de la literatura hallada sobre la prevalencia y severidad de la sintomatología patológica presentada por los trabajadores sanitarios, se analizan factores de riesgo y de protección relacionados con las variables de ansiedad, depresión, estrés e insomnio.

### 1.3.1. Décadas anteriores a 2020

En primer lugar, es relevante mencionar los resultados del metaanálisis realizado por los autores Tian-Ci Quek et al. (2019) acerca de la prevalencia total de

la ansiedad entre los estudiantes de medicina a nivel mundial. Según los datos aportados, la tasa de prevalencia de ansiedad entre los estudiantes de medicina se situaba alrededor del 33,80%, pudiendo interpretarse como elevada. Tal y como señalan los autores, es preocupante que uno de cada tres estudiantes de medicina a nivel mundial sufriese ansiedad incluso antes de iniciar la práctica laboral, superando la tasa de prevalencia estimada para la población general. En referencia a los resultados aportados, destaca la mala condición de salud mental de los futuros profesionales sanitarios, incluso antes de ejercer en los contextos sanitarios, pudiendo verse agravada aún más por las condiciones de trabajo estresantes una vez empezada la práctica laboral.

Continuando con la problemática de salud mental de los profesionales sanitarios, cabe destacar autores como Kim et al. (2018), quienes compararon los datos provenientes de compañías de seguros acerca de la salud mental de los profesionales sanitarios en Corea del Sur. Los autores señalaron que los profesionales sanitarios mostraban tasas de prevalencia en trastornos de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de sueño, así como otro tipo de enfermedades mentales significativamente mayores que los demás trabajadores de los sectores no sanitarios. Las tasas de prevalencia de los trastornos de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de sueño y de otras enfermedades psiquiátricas oscilaban sobre el 1,82%, 2,07%, 3,32% y 7,33% respectivamente. Gracias al acceso a la base de datos de 752181 profesionales sanitarios, se observó una alta proporción de trastornos mentales. Los autores señalaron una alarmante prevalencia de trastornos del sueño en el colectivo sanitario en comparación con el sector no sanitario, posiblemente relacionada con los frecuentes turnos nocturnos.

Asimismo, tras haber analizado la literatura científica previa acerca de la salud mental de los profesionales sanitarios, destaca el gran interés de los investigadores en la problemática del Síndrome de Burnout. Aunque dicho síndrome no constituye la temática principal de este trabajo, resulta pertinente mencionar brevemente los resultados relevantes relacionados con esta problemática, dado que guarda una estrecha relación con las demás psicopatologías estudiadas.

Múltiples autores indicaron que la prevalencia del Síndrome de Burnout entre los profesionales sanitarios es elevada, afectando la calidad y eficacia de los servicios de salud (Dyrbye et al., 2017; Ray et al., 2013). Van Mol et al. (2015)

realizaron una revisión sistemática con el fin de evaluar la prevalencia de la fatiga por compasión y el Síndrome de Burnout en los profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos analizando los estudios del periodo comprendido entre el año 1992 y 2014. La prevalencia del Síndrome de Burnout a lo largo del periodo estudiado oscilaba entre el 0,00% y el 70,10%. Debido a la gran variabilidad en las tasas de prevalencia, los autores señalaron la necesidad de seguir abordando esta problemática, avanzando hacia acuerdos conceptuales sobre el Síndrome del Burnout y, en consecuencia, hacia formas de medición más homogéneas entre los distintos investigadores.

De igual modo, en base a aportaciones de estudios individuales, Kousloglou et al. (2014) obtuvieron datos acerca de la prevalencia del Síndrome de Burnout en los enfermeros griegos, llegando a la conclusión de que, generalmente, tres de cada cuatro enfermeros sufrían de esta problemática con sintomatología particularmente severa. Lyndon (2017, citado en Bridgeman et al., 2017) estimó que la prevalencia del Síndrome de Burnout entre los enfermeros irlandeses oscilaba entre el 10,00% y el 70,00%, mientras que entre los médicos entre el 30,00% y el 50,00%. La problemática del burnout en los contextos sanitarios gana aún más importancia teniendo en cuenta las aportaciones de O'Connor et al. (2017), según los cuales el 64,00% de los profesionales sanitarios con síntomas de burnout admitían cometer más errores en la práctica del cuidado de la salud de los pacientes. En línea con lo expuesto, Salyers et al. (2017) señalaron que existe una relación estadísticamente significativa entre el burnout y la calidad y seguridad de los servicios de salud. De hecho, conforme se incrementa la sintomatología del burnout, empeora la calidad de los servicios del cuidado de salud, disminuyendo la seguridad del paciente.

Múltiples estudios incluyeron en sus análisis variables complementarias al burnout, estudiando la relación entre ellas. Por ejemplo, Vela-Bueno et al. (2008) estimaron que el 18,80% de los profesionales sanitarios españoles cumplían con los criterios diagnósticos del insomnio. Los autores precisaron que los individuos que puntuaban alto en la escala de burnout sufrían insomnio con mayor frecuencia (21,10%) que los profesionales sanitarios con puntuaciones más bajas en la variable de burnout (6,90%). Concluyeron que existe una relación estadísticamente significativa entre el burnout y el insomnio en los profesionales sanitarios. Igualmente, añadieron que los trabajadores sanitarios con sintomatología de

burnout suelen presentar más problemas relacionados con la calidad del sueño, no pudiendo lograr un sueño reparador.

Haciendo referencia a las aportaciones previas sobre la relación entre el burnout y la calidad del trabajo efectuado, con la observación de Vela-Bueno et al. (2008) acerca del insomnio, se puede alcanzar una mayor comprensión de la complejidad de la problemática estudiada. Saravanabavan y Hisham (2019), además de la alta tasa de prevalencia del burnout entre los profesionales sanitarios, situada sobre el 80,00% en la India, observaron que el 54,90% y el 12,25% de los participantes referían experimentar estrés en el contexto laboral a veces y a menudo, respectivamente. Los autores también señalaron que existe una correlación significativa entre el nivel de estrés percibido y algunas dimensiones del Síndrome de Burnout. Asimismo, identificaron que, entre las principales manifestaciones de dificultades psicológicas a nivel físico, los profesionales sanitarios referían dolor de cabeza (49,50%) y/o dolor de espalda (57,30%). Entre la variedad de síntomas psicológicos manifestados por los trabajadores sanitarios, la gran mayoría de los participantes refirieron sufrir depresión (41,60%) y falta de sueño (42,60%).

Siguiendo con la problemática de estrés entre los profesionales sanitarios en décadas anteriores, Winefield (2003, citado en Ogińska-Bulik, 2006) menciona las principales fuentes de estrés para el colectivo sanitario, identificando factores estresantes: a) derivados del cuidado de pacientes, b) relacionados con las cuestiones organizacionales tales como la carga de trabajo y/o falta de apoyo por parte de los supervisores, así como c) derivados de la relación con los compañeros de trabajo y el mantenimiento de equilibrio entre la vida profesional y familiar.

Tras haberse llevado a cabo un estudio transversal en Polonia, Ogińska-Bulik (2006) señaló que el 60,70% de los profesionales sanitarios experimentaron altos niveles de estrés en su lugar de trabajo. Por otro lado, el 34,20% de los trabajadores sanitarios polacos mostraron mal estado de salud mental según el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28, Goldberg, 1972). Igualmente, la autora identificó que, entre las fuentes de estrés más referidas por parte de los profesionales sanitarios del contexto hospitalario de Polonia, se encontraban la sobrecarga de trabajo, falta de recompensas, riesgo de conflictos en el lugar de trabajo, así como la pérdida o empeoramiento del estado de salud. Por lo tanto, las condiciones de trabajo no ajustadas a las expectativas y necesidades de los

profesionales sanitarios son percibidos por la autora como principales factores precipitantes de la sintomatología de estrés.

Eldevik et al. (2013) analizaron las variables de insomnio, ansiedad y depresión en los enfermeros de Noruega que trabajaban en turnos con menos de once horas entre los mismos. Se puso de manifiesto que el hecho de tener poco tiempo para descansar entre los turnos de trabajo se asociaba con mayor sintomatología de insomnio y fatiga excesiva. Al contrario, la sintomatología de ansiedad y depresión no se vio afectada por la distribución en turnos nocturnos. Los autores concluyen que la inadecuada distribución de los turnos laborales, sin garantizar la oportunidad de descansar a los trabajadores sanitarios, es un potente factor de riesgo para su salud mental.

Otros autores noruegos (Øyane et al., 2013) también estudiaron la relación entre problemas de salud mental y los turnos nocturnos en una muestra compuesta por enfermeros. Dichos investigadores indicaron que los profesionales sanitarios que trabajaban por turnos presentaban síntomas de insomnio y cansancio crónico más a menudo que los trabajadores sanitarios con jornadas laborales regulares. Es más, la experiencia previa del trabajo en turnos fue suficiente para actuar como un potente factor precipitante del insomnio en este colectivo.

En línea con las aportaciones de Eldevik et al. (2013), no se observó una asociación significativa entre los turnos nocturnos y las variables de ansiedad y depresión en los enfermeros. Además, Øyane et al. (2013) precisaron que la prevalencia de los síntomas de ansiedad, depresión y cansancio crónico en los enfermeros se situaba en torno al 19,90%, el 8,80% y el 12,50%, respectivamente. En cambio, la prevalencia del insomnio resultó particularmente preocupante, llegando al valor del 53,90%.

Finalmente, Cheung y Yip (2015), analizaron la salud mental de los enfermeros en China, centrándose en las variables de ansiedad, depresión y estrés. Hallaron que el 35,80 %, el 37,30 % y el 41,10 % de los enfermeros presentaron síntomas de la depresión, ansiedad y estrés respectivamente. Entre los factores de riesgo, identificaron la presencia de enfermedad crónica o la mala percepción del estado de salud mental, entre otros. Además, los resultados obtenidos mostraron que el 65,00 % de los enfermeros fue incapaz de dormir más de 8 horas al menos 3 o 4 noches a la semana, siendo esta condición importante para el desarrollo de depresión y ansiedad. Las personas con dificultades de sueño se mostraban entre

1,50 y 1,70 veces más propensos a sufrir estos síntomas. Asimismo, la baja satisfacción laboral y los frecuentes conflictos con los compañeros de trabajo actuaban como factores de riesgo para la depresión. Igualmente, la falta de experiencia laboral y los conflictos en el trabajo fueron identificados como variables moderadoras para la ansiedad. En base a estas observaciones, se concluye que los factores contextuales relacionados con las condiciones de trabajo desfavorables, y conductas agresivas entre los trabajadores implican un empeoramiento de la salud mental de los profesionales sanitarios.

Los datos expuestos hasta ahora demuestran claramente que la salud mental de los profesionales sanitarios puede verse afecta por los cambios laborales. En esta línea, en los últimos años los profesionales sanitarios tuvieron que enfrentarse a factores de estrés excepcionales, derivados de situaciones de epidemias y/o pandemias sanitarias previos a la pandemia por COVID-19, y, a posteriori, a la crisis socioeconómica derivada de las mismas.

A modo de introducción, en el contexto de las urgencias sanitarias, Stuijfzand et al. (2020), tras haber llevado a cabo la revisión sistemática de estudios referentes a las epidemias y pandemias recientes antes de la pandemia por COVID-19, concluyeron que la experiencia de trabajo directo con pacientes infectados durante la urgencia sanitaria es un factor de riesgo relevante para la salud mental de los trabajadores sanitarios. Cualquier exposición a la situación de emergencia sanitaria, independientemente del tipo de patógeno que la ocasiona contribuye a un empeoramiento de la salud mental de los profesionales sanitarios. Esto puede verse reflejado en el aumento de sintomatología de insomnio, depresión, ansiedad y estrés postraumático entre otros, además de conductas de riesgo como la incrementada ingesta de alcohol o drogas, alcanzando las tasas de prevalencia total del 39,00 %, 46,00 %, 45,00 %, 21,00 % y 13,00 % respectivamente. Los autores subrayan la necesidad de ofrecer a los profesionales sanitarios servicios adecuados de apoyo psicológico, garantizando así la buena calidad de los servicios de cuidado de la salud en los periodos de intensificación de estrés.

Más precisamente, Chua et al. (2004) evaluaron la severidad de los síntomas de estrés en los profesionales sanitarios de la región de Hong Kong expuestos a la epidemia de SARS en el año de 2003. Según los datos obtenidos, la severidad de la sintomatología de estrés se vio aumentada por la urgencia sanitaria hasta el 18,60 ($DT$ = 4,90). No obstante, al contrario de lo esperado por estos autores, dicho

aumento en la severidad del estrés entre los profesionales sanitarios no fue significativamente superior en comparación con el grupo control, compuesto por trabajadores no sanitarios.

Asimismo, Bai et al. (2004) también aportan resultados acerca de la sintomatología del estrés agudo entre los profesionales sanitarios que trabajaron durante la epidemia de SARS en Taiwán. Estos autores especificaron que el 5,00% de los trabajadores sanitarios evaluados cumplían con los criterios diagnósticos del trastorno de estrés agudo. La cuarentena fue destacada como el principal factor de riesgo del estrés agudo por los investigadores. Además, el 20,00% de los trabajadores sanitarios involucrados en la gestión de la urgencia sanitaria refirieron sentirse rechazados y estigmatizados en sus entornos más cercanos. En comparación con los trabajadores administrativos, los profesionales sanitarios referían sufrir insomnio y cansancio con una mayor frecuencia. Hasta el 9,00% de los participantes a raíz de los acontecimientos estresantes vividos consideraba la resignación del trabajo.

Por su parte, Chen et al. (2006) indicaron que el 31,90% de los profesionales sanitarios en Taiwán percibían su entorno laboral como altamente estresante antes de la epidemia de SARS. Como era de esperar, después del comienzo de la epidemia de SARS este porcentaje se incrementó, alcanzando el valor del 60,30%. Además, los autores especificaron que, debido a las condiciones estresantes de trabajo durante la crisis sanitaria, los profesionales de la salud sufrían sintomatología moderada de ansiedad y depresión, así como una baja calidad del sueño.

Maunder et al. (2006) realizaron un estudio a lo largo del periodo posterior a la epidemia de SARS en Canadá, entre los 13 y 26 meses después de la misma. Los trabajadores sanitarios con experiencia previa de trabajo con pacientes infectados por el virus de SARS mostraban sintomatología de estrés postraumático, burnout y malestar emocional mayor, en comparación con los trabajadores sanitarios no involucrados en la gestión de la epidemia. Además, los profesionales sanitarios expuestos previamente a la urgencia sanitaria derivada de la epidemia de SARS referían llevar a cabo más conductas de riesgo como el incrementado uso de alcohol y tabaco. Los autores observaron que las dificultades psicológicas presentadas por los profesionales sanitarios se reflejaban en el reducido contacto directo con los pacientes, así como en el aumento de bajas por enfermedad y reducción de horas

de trabajo. Los autores resumen, por lo tanto, que las consecuencias adversas producidas por la epidemia de SARS se mantuvieron hasta dos años después de su inicio; y añaden que las observaciones aportadas son importantes para tenerlas en cuenta en caso de emergencias sanitarias similares, ofreciendo servicios de apoyo psicológico en los periodos posteriores.

Lee et al. (2007) realizaron un estudio con el fin de evaluar el estado de salud mental de los trabajadores hospitalarios, tanto sanitarios como no sanitarios, que superaron la enfermedad de SARS una vez infectados, comparando los resultados recogidos a lo largo de la epidemia en el año 2003 con los datos posteriores obtenidos un año después de su finalización. Contrariamente a lo expuesto previamente, los participantes del estudio mostraban elevados niveles de sintomatología de estrés tanto durante como después de la crisis sanitaria, obteniendo valores medios del 19,80 y 19,90 respectivamente. Por lo tanto, en el periodo posterior a la epidemia los autores no señalaron mejoras en la sintomatología del estrés en los trabajadores hospitalarios. Un año después, los trabajadores refirieron sufrir sintomatología acentuada de ansiedad, depresión y estrés postraumático. Otro de los datos que merece la pena ser subrayado es la mayor afectación de los profesionales sanitarios frente a los demás trabajadores hospitalarios, mantenidas a largo plazo. Precisamente, a pesar de que durante la epidemia de SARS los niveles de estrés experimentado entre ambos grupos fueron similares, los profesionales sanitarios mostraron niveles de estrés significativamente mayores (22,80 vs. 18,40) en el periodo de seguimiento. Igualmente, mostraron sintomatología depresiva, ansiedad y estrés postraumático más pronunciada a largo plazo. Al igual que Mauder et al. (2006), Lee et al. (2007) subrayan la urgente necesidad de abordar las consecuencias a largo plazo derivadas de las urgencias sanitarias, indicando el importante rol de los servicios de salud mental para una efectiva recuperación.

Los resultados aportados por McAlonan et al. (2007) coinciden con los de Lee et al. (2007) sobre las consecuencias inmediatas y a largo plazo de la epidemia de SARS en los profesionales sanitarios. Los niveles de estrés eran elevados durante el transcurso de la epidemia tanto en los trabajadores sanitarios de primera, así como de segunda línea ($M$ = 17,00 y $M$ = 15,90 respectivamente). Al contrario, la situación empeoró un año después de la regularización de la situación sanitaria ya que los profesionales sanitarios no solo mostraban sintomatología de estrés incrementada

(*M* = 18,60), sino que la misma también fue significativamente mayor que la presentada por los trabajadores de segunda línea (*M* = 14,80). El estrés experimentado fue identificado como factor de riesgo de depresión, ansiedad y estrés postraumático en los trabajadores de primera línea. Por lo tanto, destaca la cronificación de la sintomatología de estrés entre los profesionales sanitarios en el periodo posterior a la urgencia sanitaria, facilitando además la aparición de sintomatología comórbida de depresión y ansiedad.

Por último, para finalizar con las aportaciones respecto al contexto de trabajo derivado de la epidemia de SARS, Lung et al. (2009) observaron que el 15,40% de los profesionales sanitarios sufrían problemas mentales un año después de la urgencia sanitaria. Los autores señalaron que, aparte de las consecuencias negativas sobre la salud mental de los profesionales sanitarios arrastradas desde el inicio de la epidemia, se sumaron los acontecimientos estresantes diarios explicando el 38,00% y el 20,00% de malestar psicológico respectivamente. Los autores vieron que el neuroticismo, así como la sobreprotección materna en la infancia contribuían a un peor estado de salud tras la exposición al acontecimiento particularmente estresante.

Contrariamente a lo indicado antes, solamente Lancee et al. (2008) aportaron datos algo más esperanzadores sobre las repercusiones de la epidemia de SARS mantenidas entre uno y dos años después de su aparición, precisando que solamente el 5,00% de los trabajadores sanitarios evaluados fueron diagnosticados con algún tipo de trastorno mental en el periodo posterior a la epidemia, igualándose a las estimaciones para la población general. Los autores indican que los datos optimistas podrían verse explicados por los altos niveles de resiliencia entre los profesionales sanitarios después de la crisis sanitaria, sugiriendo fomentar la misma en los individuos más vulnerables con el fin de prepararlos mejor ante futuras situaciones estresantes similares.

Siguiendo con los antecedentes de urgencias sanitarias anteriores a 2020, es importante comentar también los resultados del estudio de Li et al. (2015) referentes a la epidemia de Ébola entre el año 2014 y 2015. Los autores evaluaron la salud mental de los trabajadores sanitarios provenientes de Liberia, indicando elevados niveles de síntomas obsesivo-compulsivos (*M* = 0,34), de ansiedad (*M* = 0,27), sensibilidad interpersonal (*M* = 0,59) e ideación paranoica (*M* = 0,61) en el Inventario de Síntomas de 90 Ítems (SCL-90, Derogatis, 1994). Asimismo, Ji et al.

(2017) coincidieron con las observaciones de Li et al. (2015), observando elevados síntomas obsesivo-compulsivos, sensibilidad interpersonal, depresión e ideación paranoica entre los profesionales sanitarios de Sierra Leona expuestos a la epidemia de Ébola.

Finalmente, conviene destacar la gestión del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS), analizando su impacto en la salud mental de los trabajadores sanitarios. Khalid et al. (2016) identificaron los principales factores de riesgo referidos por los trabajadores sanitarios durante esta urgencia sanitaria, indicando que los más estresantes eran la preocupación por su propia salud, así como por la salud de los compañeros de trabajo. La observación de compañeros de trabajo hospitalizados, así como la recepción de noticias sobre su mal estado de salud, actuaban como fuentes relevantes de estrés. En contraste, contar con un buen ambiente laboral, así como con materiales de protección sanitaria suficientes, fue señalado como un factor potencial de protección frente al estrés y la ansiedad.

En conjunto, los datos procedentes de epidemias previas a la pandemia por COVID-19 muestran un patrón consistente de incremento de la sintomatología de ansiedad, estrés, insomnio y malestar psicológico en los profesionales sanitarios expuestos directamente a situaciones de urgencia sanitaria. Aunque las tasas de prevalencia varían considerablemente entre estudios y contextos, se observa una tendencia común hacia la persistencia de los síntomas más allá de la fase aguda de la crisis, especialmente en quienes desempeñaron funciones de primera línea. Estos antecedentes resultan fundamentales para contextualizar el impacto posterior de la pandemia por COVID-19.

### 1.3.2. Fase activa de la pandemia por COVID-19

#### *1.3.2.1.* ***Global***

La urgencia sanitaria derivada de la pandemia por COVID-19 fue una situación sin precedentes, provocando una importante crisis sociosanitaria a nivel mundial. A raíz del comienzo de dicho acontecimiento estresante, el interés por el estado de salud mental de los trabajadores sanitarios se vio significativamente incrementado, lo cual se refleja en la notable proliferación de investigaciones sobre esta temática.

Kang et al. (2020) especifican que, durante el brote de la pandemia por COVID-19, los profesionales sanitarios se enfrentaban con múltiples desafíos como la sobrecarga de trabajo, contacto limitado con los familiares, alto riesgo de contagio, escasez de materiales de protección, aislamiento o cansancio entre otros. Los autores subrayan las consecuencias negativas derivadas de la crisis sociosanitaria sobre la salud mental de los profesionales sanitarios, reflejadas en la pronunciada sintomatología de estrés, depresión, ansiedad, insomnio, miedo y/o ira. Dichas repercusiones no solo dificultaron el funcionamiento diario de los profesionales sanitarios sobre todo en el área laboral, sino que además podrían haber contribuido a largo plazo, al desarrollo de consecuencias que afectan el bienestar general del colectivo sanitario.

Vizheh et al. (2020) realizaron una revisión sistemática con el fin de evaluar la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés entre los profesionales sanitarios en los primeros meses de la pandemia, desde diciembre de 2019 hasta abril de 2020. En base a los resultados encontrados, los autores estimaron que la prevalencia de ansiedad en el colectivo sanitario oscilaba entre el 24,10% y el 67,55% en el periodo estudiado. Mientras que, para la depresión, la prevalencia se situaba entre el 12,10% y el 55,89% y para el estrés entre el 29,80% y el 62,99%.

Chutiyami et al. (2022) en su metaanálisis de las revisiones sistemáticas relacionadas con la temática de la salud mental de los profesionales sanitarios subrayaron que la ansiedad, la depresión, el estrés y/o el estrés postraumático fueron las psicopatologías más prevalentes entre los profesionales sanitarios durante la crisis sociosanitaria derivada de la pandemia por COVID-19. Las tasas de prevalencia total de ansiedad oscilaban entre el 16,00% y el 41,00%. Asimismo, las tasas de prevalencia para depresión se situaban entre el 14,00% y el 37,00% y para el estrés entre el 18,60% y el 56,50%, siendo ligeramente más bajas que las aportadas por Vizheh et al. (2020). Es interesante señalar que la mayor prevalencia de ansiedad fue observada en el Reino Unido, mientras que la mayor tasa de depresión y estrés se encontró en Oriente Medio y países mediterráneos respectivamente.

Igualmente, Scortegagna et al. (2021) llevaron a cabo una revisión sistemática sobre la salud mental de los profesionales sanitarios frente a la pandemia por COVID-19, llegando a la conclusión de que al inicio de la pandemia los síntomas de ansiedad entre el colectivo sanitario eran los más mencionados en la literatura

científica. Los autores apuntan que la ansiedad experimentada en ocasiones se convertía en trastorno obsesivo-compulsivo por parte de los trabajadores sanitarios, los cuales procuraban retomar el control sobre la incertidumbre de la situación pandémica a través de conductas compulsivas. Además, indicaron que, a falta de las adecuadas intervenciones psicológicas destinadas a los profesionales sanitarios con síntomas de ansiedad, estos mismos pueden llegar a manifestarse a nivel somático. El segundo problema psicológico presentado frecuentemente entre los profesionales sanitarios fue la depresión. Aquí los autores añaden que la falta de contacto social debido a la cuarentena, acompañada por el miedo al contagio por el virus SARS-CoV-2, contribuyó a la alta prevalencia de esta psicopatología entre los profesionales sanitarios. También se señaló que sufrir de ansiedad y depresión a la vez aumentaba el riesgo de padecer otro problema de salud mental, el insomnio. También, el aumento en la ingesta de alcohol, alteraciones negativas en hábitos saludables, así como el acceso continuo a información sobre la expansión de la pandemia fueron identificados como potenciales factores de riesgo para el insomnio entre los profesionales sanitarios (Scortegagna et al., 2021).

Otro de los estudios que aporta una visión general de la situación de la salud mental de los profesionales sanitarios fue llevado a cabo por Couarraze et al. (2021). Dichos autores dedicaron su investigación a analizar los niveles de estrés entre los profesionales sanitarios a nivel mundial al inicio de la pandemia por COVID-19, pudiendo acceder a una muestra total de 1379 participantes estrictamente sanitarios. Para medir los niveles de estrés, los autores utilizaron una escala analógica visual con valores de 0 a 100, donde 0 indicaba ausencia de estrés y el 100 estrés máximo. El valor promedio de la severidad de estrés en la muestra fue del 57,80. Los niveles de estrés referidos por los profesionales sanitarios fueron un 25,80% superiores a los aportados por la población general.

Con el fin de profundizar en la problemática del estrés merece la pena hacer referencia a las observaciones de Geoffroy et al. (2020). Dichos autores observaron que el estrés referido por los profesionales sanitarios, así como por otros trabajadores vinculados al ámbito hospitalario, como celadores, administrativos hospitalarios, porteros etc. puede describirse a través de tres categorías principales. En primer lugar, los autores destacan las fuentes de estrés derivadas de la propia pandemia por COVID-19 como, por ejemplo, el miedo a. ser infectado por el virus. En segundo lugar, mencionan los factores sociales como fuentes de estrés para los

trabajadores sanitarios. Precisamente, hablan del sentimiento de aislamiento o falta de apoyo y comprensión por parte de los familiares. En último lugar, Geoffroy et al. (2020) destacan el estrés derivado de las características del trabajo. Debido a múltiples e inesperados cambios en la práctica laboral, así como numerosos desafíos relacionados con la implementación de protocolos de seguridad impuestos por la gestión de la pandemia por COVID-19, el trabajo a lo largo de la urgencia sanitaria fue identificado como un área de funcionamiento estresante para los profesionales sanitarios.

De forma global, las revisiones sistemáticas y metaanálisis realizados durante la fase inicial de la pandemia por COVID-19 coinciden en señalar tasas elevadas de ansiedad, depresión, estrés e insomnio entre los profesionales sanitarios. No obstante, se aprecia una notable heterogeneidad en las estimaciones, con amplios rangos de prevalencia que probablemente responden a diferencias metodológicas, temporales y contextuales entre estudios. Esta variabilidad obliga a interpretar los datos con cautela y refuerza la necesidad de síntesis cuantitativas rigurosas Las investigaciones revisadas emplean instrumentos de evaluación distintos, puntos de corte variables, diseños predominantemente transversales y muestras con características dispares en cuanto a profesión sanitaria, nivel de exposición y momento de recogida de datos. Estas diferencias limitan la comparabilidad directa de las tasas de prevalencia reportadas y justifican la realización de revisiones sistemáticas y metaanálisis que permitan obtener estimaciones más precisas y ajustadas.

Sin lugar a duda, la imagen global de la salud mental de los profesionales sanitarios en el periodo de la pandemia por COVID-19 se muestra preocupante. Con el fin de ganar un mayor entendimiento de la situación a nivel mundial, a continuación, se especificarán los resultados recogidos en los estudios individuales según la zona geográfica comentada.

#### *1.3.2.2. **América***

Así, empezando con los países de América del Sur, Monterrosa-Castro et al. (2020) indican que el 72,90% de los médicos generales colombianos que participaron en su estudio desarrollaron síntomas de ansiedad. Se observó mayor severidad de síntomas ansiosos en los profesionales sanitarios que efectuaban su trabajo en la capital (15,20%) frente entornos rurales (8,40%). Por otra parte, el

35,00% de los encuestados presentaban síntomas de estrés leve mientras que el 6,00% refería sufrir sintomatología de estrés alta o severa. En lo relativo a la COVID-19, los profesionales relataban tener frecuentes preocupaciones por presentar síntomas, contagiar a alguien cercano con el virus, convivir con algún familiar del grupo de alto riesgo y por respetar correctamente el protocolo de desinfección al terminar el trabajo. Igualmente, el 53,90% de los trabajadores especificaba tener problemas para dormir debido a la preocupación por el COVID-19, así como palpitaciones aceleradas del corazón (64,60%) y/o las manos sudorosas (69,30%) al pensar en la situación pandémica. Los autores sugieren que el 37,10% de estos síntomas de estrés podrían estar influenciados por el miedo al COVID-19. Otro estudio en este mismo contexto llega a conclusiones similares, observándose que el 12,40% de los profesionales sanitarios colombianos sufrían insomnio entre septiembre y octubre del año 2020, mientras que el 13,20% refería tener síntomas de estrés (Waich et al., 2023).

En la misma zona geográfica, Samaniego et al. (2020) evaluaron a los profesionales sanitarios en Paraguay en la fase inicial de la pandemia, pudiendo observar la elevada prevalencia de ansiedad, depresión e insomnio. Más precisamente, estos autores señalan que el 65,90% de los profesionales sanitarios evaluados mostraban síntomas de depresión, el 71,00% de ansiedad y el 68,30% de insomnio. Además de las altas prevalencias de las psicopatologías mencionadas, los autores señalan que la severidad de los síntomas presentados fue alarmante. El 32,20%, 41,30% y 27,80% de la sintomatología identificada fue moderada o severa en los casos de depresión, ansiedad y estrés respectivamente.

Santos et al. (2021) analizaron la prevalencia de ansiedad y depresión en los enfermeros de Brasil, llegando a conclusiones preocupantes. Los mismos indican que hasta el 39,60% de los profesionales sanitarios presentaban síntomas moderadamente severos o severos de ansiedad. Similarmente, el 38,00% de la población sanitaria evaluada presentaba síntomas de depresión moderadamente severos o severos. Asimismo, los trabajadores con síntomas del síndrome de burnout estaban mucho más expuestos a sufrir ansiedad y depresión.

Pazmiño Erazo et al. (2021) aportan datos similares sobre el estado de salud mental de los profesionales sanitarios durante la pandemia en Ecuador. Según sus observaciones, el 27,30% de los profesionales sanitarios mostraban síntomas de depresión, el 39,20% de ansiedad y el 16,30% de insomnio. Los autores coinciden

con Monterrosa-Castro et al. (2020) en que los profesionales sanitarios que desarrollaban su trabajo en las zonas más afectadas por la pandemia con un mayor número de pacientes mostraban más síntomas de depresión. En comparación con las observaciones de Pazmiño Erazo et al. (2021), otros investigadores ecuatorianos estiman que la ansiedad presente como estado entre los profesionales sanitarios en Ecuador fue del 32,00%, mientras que la ansiedad presente como rasgo fue del 28,00% (Peñafiel-León et al., 2021). Asimismo, el estado de depresión fue identificado en el 50,00% de la muestra, lo cual indica que la mitad de los profesionales sanitarios evaluados sufrían de estados depresivos en respuesta a la crisis sanitaria. Por otro lado, considerando la depresión como un rasgo de personalidad en los trabajadores sanitarios, se estimó que dicho rasgo fue identificado en el 36,00% de los profesionales del sector.

Teniendo en cuenta también las aportaciones del subcontinente norteamericano, López-Salinas et al. (2023) realizaron una evaluación de los síntomas de ansiedad, depresión e insomnio entre 131 profesionales sanitarios del contexto hospitalario en la ciudad de Monterrey en México entre agosto y noviembre de 2020. Según estos autores, la prevalencia de ansiedad, depresión e insomnio de los trabajadores sanitarios mexicanos oscilaba entre el 21,00%, 36,00% y 24,00% respectivamente.

En comparación con los datos provenientes de América del Sur, los investigadores estadounidenses observaron una alta prevalencia de insomnio entre los profesionales sanitarios de la ciudad de Nueva York, que alcanzando el valor del 72,60% (Abdalla et al., 2021). No obstante, los mismos autores hicieron el seguimiento de los participantes, evaluando los cambios efectuados en la sintomatología del insomnio a los 2, 4, 6, 8 y 10 semanas después de la evaluación inicial. En definitiva, según los datos de seguimiento aportados por estos autores, se observa que conforme pasaban las semanas la sintomatología del insomnio descendía. Finalmente, se observó una significativa disminución de los síntomas de insomnio hasta el 39,30% después de las diez semanas medidas desde la primera recogida de datos. Los autores sugieren que una de las posibles hipótesis que podría explicar el descenso de la sintomatología del insomnio es el periodo de recogida de datos. En primera instancia, los datos fueron recogidos en el pico de la primera ola pandémica cuando había un importante incremento del número de pacientes infectados. En cambio, el seguimiento fue llevado a cabo cuando el

contexto de la pandemia se vio ligeramente modificado, con una menor tasa de contagio y el confinamiento reducido. Además, una menor tasa de contagio probablemente conllevó un descenso de las horas de trabajo para algunos profesionales sanitarios, así como regreso a los puestos de trabajo habituales no relacionados directamente con el COVID-19. Por último, los investigadores sugieren que a lo largo del periodo de seguimiento ya se han visto introducidos algunos programas de intervención con el fin de mejorar el bienestar general y psicológico de los trabajadores sanitarios.

Igualmente, Sagherian et al. (2024) en el estudio realizado un año y medio después del inicio de la pandemia por COVID-19 observó que la experiencia de trabajo en la primera fase de la pandemia contribuyó a largo plazo al empeoramiento del estado de salud mental de los profesionales sanitarios estadounidenses, sobre todo en las variables de insomnio, burnout, depresión, ansiedad y fatiga. La prevalencia del insomnio se mantuvo elevada incluso 18 meses después del inicio de la pandemia. Los autores en base a estos resultados obtenidos formularon la hipótesis de que, debido a las dificultades personales, la sobrecarga de trabajo y las difíciles condiciones de trabajo mantenidas en el tiempo, el insomnio agudo inicialmente detectado en los profesionales sanitarios se fue crónificando, convirtiéndose en insomnio crónico.

#### *1.3.2.3. África*

Tal y como se ha podido observar hasta ahora, las tasas de prevalencia de los problemas mentales son preocupantes independientemente de la zona geográfica estudiada. Así, haciendo referencia a las investigaciones llevadas a cabo en el continente africano, Dagne et al. (2021) evaluaron la prevalencia de ansiedad en los profesionales sanitarios de Etiopía en las primeras fases de la pandemia, entre abril y mayo de 2020. El 26,80% de los profesionales sanitarios evaluados ($n$ = 388) mostraba síntomas de ansiedad.

Ahmed et al. (2021) compararon la prevalencia de ansiedad, depresión y trastorno obsesivo-compulsivo entre los profesionales sanitarios y la población general en el primer año de la pandemia en Egipto. En base a sus resultados, los autores concluyeron que la prevalencia de ansiedad y depresión en los profesionales sanitarios fue del 32,00% y 66,40% respectivamente. Además, los autores precisaron que la prevalencia de ansiedad en el colectivo sanitario fue

mayor que en la población general, mientras que en la depresión observaron lo contrario. No obstante, a pesar de que los síntomas depresivos fueron más frecuentes en la población general, un mayor porcentaje de profesionales sanitarios (20,50%) llegaron a desarrollar síntomas de depresión severos.

Igualmente, Youssef et al. (2020) evaluaron los síntomas psicológicos de estrés, ansiedad, depresión e insomnio en los profesionales sanitarios que trabajaron en los hospitales con y sin cuarentena en Egipto. Los hallazgos indican que el 37,20% de los profesionales sanitarios sufrían estrés, el 59,00% depresión y el 42,60% ansiedad. Además, el 51,90% de los mismos mostraba síntomas de insomnio. Comparando los resultados obtenidos por Youssef et al. (2020) en abril de 2020, con los datos aportados por otros investigadores respecto a la población sanitaria en Egipto durante el periodo posterior de febrero hasta abril de 2021, resultó que la prevalencia de ansiedad, depresión e insomnio observada en el segundo año de la pandemia fue bastante mayor que al inicio de esta, obteniendo valores del 88,00%, 100,00% y 85,40% (Elmahdy y Shebl, 2021).

#### *1.3.2.4.* ***Asia***

Adicionalmente, es interesante analizar los datos referentes a los países asiáticos, en particular a China, siendo el epicentro de la pandemia por COVID-19. Así, Zhang et al. (2020) evaluaron en su investigación tanto a los profesionales estrictamente sanitarios como a los demás trabajadores hospitalarios de otras índoles. Sin lugar a duda, los trabajadores sanitarios a pesar de compartir el mismo lugar de trabajo con los demás trabajadores del hospital mostraban mayor prevalencia de insomnio, ansiedad, depresión, somatización, así como de trastornos obsesivo-compulsivos. Por lo tanto, la prevalencia de insomnio, ansiedad, depresión y somatización entre los profesionales sanitarios fue del 38,40%, 13,00%, 12,20% y 1,60%.

Mientras tanto, Zhao et al. (2020) dedicaron su investigación a conocer la prevalencia de ansiedad y factores de riesgo asociados en los dentistas, lo que nos aporta una perspectiva diferente en el contexto de salud mental de los profesionales sanitarios. Estos autores estiman que los dentistas fueron 4,34 veces más propensos a sufrir ansiedad que la población general. En otras palabras, el 22,30% de los dentistas sufrían síntomas de ansiedad en la fase activa de la pandemia por

COVID-19, frente al 6,20% de los participantes provenientes de la población general.

Igualmente, Wu y Wei (2020) compararon los datos provenientes de un grupo experimental compuesto por trabajadores sanitarios chinos de primera línea con un grupo control formado por otros profesionales sanitarios sin contacto directo con los contagiados. Tras comparar los resultados obtenidos en cada grupo, según estos autores queda patente el peor estado de salud mental entre los sanitarios de primera línea. Sobre todo, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la severidad de la sintomatología de depresión, siendo esta mayor entre los profesionales de primera línea en comparación con los profesionales sanitarios que no tuvieron contacto directo con los pacientes contagiados por la enfermedad del COVID-19 ($M$ = 41,02; $DT$ = 1,14 vs. $M$ = 36,11; $DT$ = 2,06). Asimismo, el valor promedio de la calidad del sueño fue del 16,07 ($DT$ = 3,76) en el grupo experimental frente al 10,49 ($DT$ = 3,14) en el grupo control, indicando que los sanitarios de primera línea referían tener una muy mala calidad de sueño y los del grupo control una mediana calidad de sueño. También, más de la mitad de los participantes mostraban síntomas moderados de insomnio (61,67%), además del 26,67% de los sanitarios con síntomas severos del mismo. Estas aportaciones señalan que la mayoría de los profesionales sanitarios sufrían síntomas moderados y severos de insomnio, mostrando la urgente necesidad de obtener alivio y apoyo psicológico adecuados y una ágil y temprana detección de los síntomas en su inicio (Wu y Wei, 2020).

Con el fin de entender las fluctuaciones de la sintomatología psicopatológica experimentada por los profesionales sanitarios en los países asiáticos durante el transcurso de la pandemia por COVID-19, merece la pena mencionar algunos de los estudios más destacables en orden cronológico. En primer lugar, Song et al. (2020) recogieron datos correspondientes al inicio de la pandemia por COVID-19 (entre febrero y marzo de 2020), sobre sintomatología de depresión, y estrés postraumático en 14825 médicos y enfermeros de los departamentos de urgencias de 31 provincias chinas. La tasa de prevalencia de depresión oscilaba alrededor del 25,20%, mientras que de estrés postraumático del 9,10%. Igualmente, el hecho de trabajar en la provincia Hubei donde tuvo su origen la pandemia del COVID-19 se asociaba negativamente con la depresión.

En referencia a la provincia Hubei en China, Tu et al. (2020) indicaron que el 46,00% y el 40,00% de los enfermeros chinos del hospital Huoshenshan en la ciudad de Wuhan sufrían sintomatología de depresión y ansiedad al inicio de la pandemia en febrero de 2020. Además, los autores observaron una asociación significativa entre depresión y ansiedad, así como entre depresión y calidad de sueño. Tu et al. (2020) indicaron que la duración media de sueño de los profesionales sanitarios en la primera fase de la pandemia fue de 5,72 horas, siendo bastante más baja que el número de horas recomendadas para lograr un sueño reparador. Es importante señalar que, a pesar de las altas tasas de prevalencia de depresión y ansiedad entre los enfermeros en la ciudad de Wuhan, los autores indican que las mismas fueron más bajas que las tasas de prevalencia observadas previamente durante la epidemia de SARS. Una de las posibles explicaciones propuestas fue la participación voluntaria de las enfermeras en el cuidado de los pacientes infectados en Wuhan, mientras que en la epidemia de SARS los trabajadores sanitarios no tuvieron esta opción de elección. Igualmente, debido a las urgencias sanitarias previas, los trabajadores sanitarios contaban con la experiencia necesaria para abordar mejor el estrés y las advertencias derivadas de la siguiente crisis sociosanitaria (Tu et al., 2020).

Asimismo, en base a los resultados recogidos en la fase inicial de la pandemia en enero y febrero de 2020 en China, Lai et al. (2020) observaron que, de los 1257 participantes, el 50,40% sufría sintomatología depresiva, el 44,60% ansiedad y el 34,00% insomnio. Estos datos sugieren que, en la primera fase de la pandemia en China, una importante proporción de profesionales sanitarios sufría problemas psicológicos. El valor promedio de la severidad de los síntomas experimentado fue del cinco para la depresión, pudiendo entenderse como leve, así como del cuatro para la ansiedad y del cinco para el insomnio, interpretándose como normal para ambos.

Según Dong et al. (2021), la prevalencia de ansiedad e insomnio en los profesionales sanitarios en China en los primeros meses de la pandemia por COVID-19 durante enero y febrero de 2020, fue del 24,50% y 39,83% respectivamente. En cuanto a la prevalencia y severidad de la sintomatología de ansiedad y depresión, las personas preocupadas por el incrementado riesgo de contagio por el COVID-19 se veían más expuestas a sufrir no solo más síntomas,

sino también a desarrollar síntomas más severos de ansiedad e insomnio en comparación con los individuos menos preocupados por este asunto.

Consecuentemente, teniendo en cuenta los datos recogidos entre 643 enfermeros de primera línea en marzo de 2020 por Shen et al. (2021) se puede estimar que la prevalencia de ansiedad en este periodo de tiempo oscilaba alrededor del 33,40%, mostrando un valor superior del recogido en los meses previos por Dong et al. (2021). La presencia de síntomas leves de ansiedad rondaba entre el 22,00% y el 38,00%, mientras que los síntomas severos oscilaban entre el 1,20% y el 2,40%; al tiempo que el 41,40% de los participantes referían sufrir estrés y el 41,50% insomnio. En comparación con los resultados aportados por Dong et al. (2020), se observa el empeoramiento de la salud mental de los trabajadores sanitarios con el paso de los meses de la pandemia por COVID-19.

Posteriormente, Tian et al. (2022) mencionan los resultados de su investigación realizada en abril de 2020. Estos autores evaluaron las numerosas variables psicológicas de un total de 845 participantes. Es necesario aclarar que los participantes provenían del hospital Xiaotangshan de Pekín creado inicialmente para la gestión de la epidemia de SARS en el año 2003. Entre las variables examinadas se encontraba la ansiedad, depresión, estrés e insomnio. La prevalencia de ansiedad, depresión, estrés e insomnio se acercaba al valor del 20,70%, 45,60%, 60,50% y 27,00% respectivamente. En base a los resultados obtenidos destaca la alta tasa de prevalencia de estrés entre los profesionales sanitarios chinos. Contrariamente a lo expuesto por Tu et al. (2020), Tian et al. (2022) explicaron que a pesar de la participación voluntaria de los trabajadores sanitarios en el cuidado de pacientes contagiados por COVID-19, destacó el bajo número de trabajadores con experiencia previa en el cuidado de enfermedades respiratorias.

Siguiendo el orden cronológico, los resultados aportados por Lu et al. (2021) sobre el estado de salud mental de los profesionales sanitarios de primera línea en Taiwán entre septiembre y noviembre de 2020 siguen siendo bastante preocupantes. Estos autores indican que la prevalencia de insomnio, ansiedad, depresión y estrés fue elevada, obteniendo valores del 44,60%, 25,60%, 30,60% y 23,40% respectivamente. Los autores observaron además que algunas de estas variables estaban relacionadas entre sí. Por ejemplo, los síntomas de ansiedad, el miedo al COVID-19 y el estrés eran los posibles predictores de la aparición de insomnio en los profesionales sanitarios. Analizando la prevalencia de las

psicopatologías mencionadas según la severidad de los síntomas, los datos de la depresión y ansiedad son particularmente preocupantes, pudiendo identificar al 5,40% de los sanitarios con síntomas severos y/o extremadamente severos de depresión y similarmente el 9,60% de ansiedad. Igualmente, los autores destacaron la ansiedad y el miedo al COVID-19 como factores precipitantes de las demás psicopatologías, además de los problemas de sueño y el estrés postraumático. Por lo tanto, gracias a las aportaciones obtenidas, queda patente la importancia de aliviar a tiempo el miedo y la ansiedad producidas a raíz del trabajo en el contexto de la pandemia en los profesionales sanitarios, previniendo así el desarrollo de otras psicopatologías comórbidas. Igualmente, en base a los datos aportados se percibe la urgencia de contar con unos servicios adecuados para el cuidado de la salud mental en respuesta a la crisis sociosanitaria.

Finalmente, Lee et al. (2021) evaluaron la salud mental de los profesionales sanitarios en Corea del Sur para asesorar su percepción de riesgo laboral, sintomatología de depresión, ansiedad, insomnio, así como estrés y ansiedad derivados de la pandemia por COVID-19. Los resultados obtenidos indicaron que las tasas de prevalencia de depresión, ansiedad, insomnio y estrés fueron elevadas oscilando sobre el 14,30%, 39,40%, 36,20% y 52,00% respectivamente.

En el transcurso de la crisis sociosanitaria, Guo et al. (2021) analizaron la prevalencia de la salud mental de los profesionales sanitarios después de la primera ola de la pandemia en la provincia Hubei, siendo esta el epicentro de la pandemia por COVID-19 en China. Como era de esperar, la prevalencia de ansiedad, depresión e insomnio después de la primera ola de la pandemia eran elevadas, alcanzando valores del 53,00% para la ansiedad, del 56,00% para la depresión, así como del 79,00% para el insomnio. Tras haber llevado a cabo los análisis comparativos entre los profesionales sanitarios de la cuidad de Wuhan y de las demás ciudades de la provincia, se observaron diferencias significativas en la variable de ansiedad. Estos datos permiten inferir que el hecho de trabajar en la cuidad de Wuhan, el lugar donde se detectó el primer caso del virus del COVID-19, constituyó un factor de riesgo específico para la ansiedad.

Igualmente, Peng et al. (2022) llevaron a cabo su estudio en el periodo de la remisión de la pandemia en China, en diciembre de 2020, consiguiendo una numerosa muestra compuesta por 4188 enfermeros provenientes de seis hospitales chinos. Es importante aclarar que el periodo de remisión fue establecido después

de ocho meses sin ningún caso nuevo de COVID-19 en la provincia de Hunan. Según estos autores, la prevalencia de ansiedad, depresión e insomnio fue del 46,00%, 59,00% y 55,00%, manteniéndose elevada.

Posteriormente, Lin et al. (2022) en base a los datos recogidos en el estudio llevado a cabo entre septiembre de 2020 y mayo de 2021 observaron que la ideación suicida por parte de los profesionales sanitarios, así como por los pacientes diagnosticados con el COVID-19 y las personas de la población general, se relacionan de forma significativa con el miedo al COVID-19. Conforme aumentaban los niveles de miedo al COVID-19, las personas se volvían más propensas a desarrollar ideas suicidas. Lin et al. (2022) señalaron que los altos niveles de resiliencia psicológica en los profesionales sanitarios actuaban como factores de protección del insomnio. No obstante, los autores subrayan que existe una relación significativa entre el insomnio y el miedo al COVID-19, pudiendo entenderse entonces el diagnóstico del insomnio como un factor de riesgo indirecto de ideación suicida entre los profesionales sanitarios. Esta observación concuerda con las aportaciones por parte de los autores Killgore et al. (2020), los cuales también describieron la asociación entre severidad del insomnio e ideación suicida. Lin et al. (2022) indicaron además que la prevalencia de insomnio en la población sanitaria fue del 44,60%, siendo la más alta en comparación con los pacientes diagnosticados con el COVID-19 y las personas de la población general, cuyas tasas de prevalencia de insomnio oscilaban alrededor del 39,50% y 39,50% respectivamente. Asimismo, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la severidad de síntomas entre estos tres colectivos. No obstante, los participantes de la población general mostraban niveles más altos de resiliencia psicológica, aunque también de miedo al COVID-19 y severidad de ideación suicida que los profesionales sanitarios.

Du et al. (2022) analizaron los síntomas del insomnio en los enfermeros de la provincia Shandong en China, estudiando su relación con el estrés laboral. En base a los datos recogidos a lo largo de los meses de marzo, abril y mayo de 2021 destaca la alta prevalencia de insomnio en los enfermeros, con un valor del 57,30%. Teniendo en cuenta el periodo de recogida de datos, queda patente que la tasa de prevalencia de insomnio se mantuvo aumentada en el segundo año de la pandemia por COVID-19.

Trasladándonos al archipiélago japones, Okajima et al. (2021) evaluaron a 1.000 profesionales sanitarios japoneses en diciembre de 2020, llegando a la conclusión de que la prevalencia de insomnio en este colectivo fue del 42,20%. Además, los autores aportaron tasas de prevalencia para ansiedad y depresión, oscilando alrededor del 47,10% y 33,10% respectivamente. Asimismo, Okajima et al. (2021) observaron que el estrés experimentado a raíz de la situación de urgencia sanitaria afectó de manera directa al desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión. No obstante, el insomnio también puede afectar al desarrollo de ansiedad y depresión de manera indirecta, por lo que los autores destacan el insomnio como otro factor de riesgo de sufrir ansiedad y depresión.

Asimismo, es imprescindible mencionar el estudio realizado entre los profesionales sanitarios en Japón por Sasaki et al. (2021) ya que la evaluación del estado de salud mental fue realizada en cuatro periodos de tiempo diferentes a lo largo del año 2020. El proceso de recogida de datos tuvo lugar en marzo, mayo, agosto y noviembre del año 2020, permitiendo recabar datos entre médicos, enfermeros, farmacéuticos, técnicos de laboratorio, así como trabajadores sanitarios que realizaban sus funciones en contextos no puramente clínicos a lo largo de la primera, segunda y tercera ola de la pandemia en Japón. Debido a la continuidad de la evaluación, los resultados aportados por Sasaki et al. (2021) permiten entender la fluctuación de los síntomas entre los profesionales sanitarios en función de la aparición de las consiguientes olas de la pandemia. De hecho, los autores concluyen que los niveles de distrés psicológico fueron elevados a lo largo de la primera ola de la pandemia en Japón, entre marzo y mayo de 2020. No obstante, a pesar del descenso en el número de pacientes contagiados durante las olas siguientes de la pandemia, los niveles de distrés psicológico se mantenían elevados a lo largo de todo el periodo del estudio. Los mismos autores remarcaron la diferencia estadísticamente significativa entre los profesionales sanitarios clínicos y los que trabajaban en otros contextos en cuanto a los niveles de distrés psicológico entre mayo y noviembre de 2020. La evidencia acumulada apunta a que la aparición de las nuevas olas de la pandemia tiene un mayor impacto sobre la salud mental de los profesionales sanitarios involucrados activamente en el tratamiento de pacientes contagiados. Finalmente, hay que resaltar que el colectivo sanitario representa un grupo de alto riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental, precisando de intervenciones psicológicas de prevención y promoción de la salud

mental incluso durante los periodos relativamente tranquilos, entre las posteriores olas pandémicas.

Siguiendo con las poblaciones sanitarias de Asia, Repon et al. (2021) aportaron datos sobre la prevalencia de depresión, ansiedad y problemas de sueño de los profesionales sanitarios en Bangladesh recogidos entre julio y septiembre de 2020, obteniendo valores del 44,00%, 78,00% y 87,00% respectivamente. En el estudio se incluyeron diferentes profesiones sanitarias como enfermeros, farmacéuticos, médicos y técnicos sanitarios. Además, los mismos autores señalaron una prevalencia alta de soledad entre los profesionales sanitarios, obteniendo un valor del 89,00%. Dicho dato se vuelve aún más preocupante dado que, tal y como añaden estos autores, la probabilidad de que estas personas con altos niveles de soledad auto-referida desarrollasen sintomatología de ansiedad fue 22,22 veces mayor en comparación con los profesionales sanitarios con apoyo social adecuado (Repon et al., 2021).

Otros investigadores bangladesís llevaron a cabo el estudio transversal entre la población sanitaria de la cuidad de Dhaka en Bangladesh entre junio y julio de 2020 (Ali et al., 2021). La prevalencia obtenida de ansiedad fue del 20,70%, del 26,50% de depresión y el 44,20% de insomnio. Tanto la ansiedad como la depresión se asociaban de forma estadísticamente significativa con el insomnio. No obstante, particularmente la depresión fue identificada por Ali et al. (2021) como un factor de riesgo independiente para el insomnio. De hecho, se observó que la prevalencia de insomnio fue seis veces mayor en los profesionales sanitarios con síntomas depresivos comórbidos. Dado que un trastorno mental puede conllevar a la aparición de otro, destaca la necesidad de abordar a la mayor brevedad, las primeras manifestaciones de dificultades psicológicas experimentadas por los profesionales sanitarios, para limitar en la medida de lo posible la extensión de estas.

En comparación con los datos aportados por Ali et al. (2021), Debnath et al. (2023) describieron la prevalencia de ansiedad, depresión, estrés e insomnio de los médicos en Bangladés al final del primer año de la pandemia, en diciembre de 2020. Según sus estimaciones, la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés fue del 63,90%, 53,70% y 38,90% respectivamente. Mientras que la prevalencia estimada de insomnio fue del 53,70%. Tal y como se puede observar, las tasas de prevalencia aportadas por Debnath et al. (2023) son bastante más elevadas de las indicadas por

Ali et al. (2021) en referencia al periodo previo. Además de las tasas de prevalencia de las psicopatologías indicadas, los autores añaden un dato interesante sobre la prevalencia de sentimientos de soledad percibida, situándose alrededor del 43,50%. Estos autores detectaron varias asociaciones estadísticamente significativas entre algunas de las variables estudiadas. Por ejemplo, destacaron que la depresión se relacionaba con las demás variables psicológicas, por lo que tener síntomas de ansiedad y estrés, además de sentirse solo aumentaba el riesgo de padecer depresión. A todo esto, se suma la falta de un adecuado asesoramiento psicológico durante la pandemia, exponiendo a los profesionales sanitarios a un significativo riesgo de desarrollar trastorno depresivo. Igualmente, la ansiedad se relacionaba con el estrés y la depresión, mientras que el estrés con la ansiedad, depresión y soledad, siendo estas variables interrelacionadas entre sí.

Gracias a las aportaciones de Debnath et al. (2023) queda clara la importancia de ofrecer adecuados cuidados psicológicos a los profesionales sanitarios, en particular en los contextos de urgencias sanitarias para impedir que los problemas psicológicos se extiendan y multipliquen, debido a su interrelación. Por último, haciendo referencia al deseo observable en algunos profesionales sanitarios de abandonar su trabajo a raíz de la crisis sociosanitaria, Debnath et al. (2023) indicaron que el hecho de arrepentirse de haber elegido la profesión sanitaria en respuesta a los desafíos de la pandemia no se relaciona con las variables psicológicas en cuestión, ni tampoco con la soledad, lo cual aporta una perspectiva diferente al debate sobre esta problemática concreta.

Consecutivamente, Rahman et al. (2023) recopilaron datos acerca del insomnio y factores del estrés ocupacional entre enero y marzo de 2021, incluyendo 454 profesionales sanitarios de diferentes hospitales de la ciudad de Dhaka en Bangladesh. Los autores observaron mayores tasas de prevalencia de insomnio principalmente entre los médicos y enfermeros, con unos valores del 16,20% y del 13,60% respectivamente, frente a las demás profesiones sanitarias incluidas en el estudio.

Siguiendo con las aportaciones acerca de las poblaciones sanitarias, Aslan y Dinc (2022) encontraron una moderada relación entre insomnio y miedo a la enfermedad por COVID-19 de los enfermeros en Turquía. Además, los mismos autores indicaron que el valor medio de insomnio en los enfermeros durante el primer año de la pandemia fue del 22,21 ($DT$ = 10,35), aplicando la Escala de

Insomnio Bergen (BIS, Pallesen, 2008) con un valor máximo de 42 puntos, pudiendo interpretarse como moderado. Por su parte, Şahin et al. (2020) precisaron que la prevalencia de ansiedad, depresión e insomnio entre los médicos y enfermeros en Turquía fue muy alta en el primer año de la pandemia, llegando a alcanzar los valores del 77,60%, 60,20% y 50,40% respectivamente.

Kandemir et al. (2022) también encaminaron su estudio hacia el análisis de la salud mental de los enfermeros en las unidades intensivas de Turquía, hallando unas tasas de prevalencia de ansiedad, depresión, estrés e insomnio particularmente preocupantes. Se constató que la prevalencia de ansiedad entre los enfermeros de las unidades intensivas fue del 75,30%; la prevalencia de depresión fue del 75,80%.; el 88,70% de los sanitarios mostraron síntomas de estrés; y el 80,40% de insomnio. Además, interpretando los resultados según la severidad de los síntomas, resulta que más de la mitad de los enfermeros (58,30%) mostraba síntomas de ansiedad de moderados a severos. En el caso de las demás psicopatologías los resultados fueron aún más alarmantes, ya que el 65,50% y el 72,30% de los participantes sufría de síntomas moderados a severos de depresión y estrés respectivamente. Por último, el 39,70% de los enfermeros mostraban síntomas de insomnio de intensidad moderada a severa. Además, los autores confirman que existe una significativa relación entre las variables de ansiedad, estrés, insomnio y depresión. Por lo tanto, los enfermeros expuestos a ansiedad, estrés y dificultades de sueño son más propensos a desarrollar síntomas depresivos a posteriori.

Por su parte, Al Noaimi et al. (2021) especificaron que la prevalencia de ansiedad y depresión en la población sanitaria de Bahréin fue del 19,60% y 20,50% respectivamente. Al tiempo que el estudio de Jahrami et al. (2021), realizado entre 280 profesionales sanitarios en Bahréin, indicó que el 85,00% de los mismos sufría sintomatología de estrés con severidad moderada y severa. Sin salir de Oriente Medio, Alsairafi et al. (2021) indicaron que la prevalencia de depresión moderadamente severa y severa fue del 66,60%, mientras que la prevalencia de ansiedad severa fue del 36,70% en el colectivo sanitario de aquella zona geográfica.

Para finalizar, el fin de entender la escala de problemas mentales entre los profesionales sanitarios en Asia, merece la pena mencionar el estudio realizado por Oteir et al. (2022) en el que se evaluó la prevalencia de síntomas depresivos, así como de ansiedad e insomnio entre los profesionales sanitarios en primera línea en

Jordania entre mayo y junio de 2020. El promedio de ansiedad fue del 8,50 (*DT* = 5,20), pudiendo definir los síntomas de ansiedad como leves. Asimismo, el valor medio de depresión entre los profesionales sanitarios en Jordania fue del 9,50 (*DT* = 5,70) y de insomnio del 8,50 (*DT* = 5,20), por lo que se pueden interpretar los síntomas de ambas psicopatologías como leves. No obstante, profundizando en la severidad de los síntomas experimentados, casi un tercio de los sanitarios evaluados (29,50%) sufría sintomatología de ansiedad severa, además del 34,50% y del 31,90% que desarrollaron síntomas depresivos y de insomnio severos.

#### *1.3.2.5.* ***Europa***

Respecto a los datos recogidos por los investigadores europeos, Conti et al. (2020) en su estudio también evaluaron a un numeroso grupo de profesionales sanitarios italianos, incluyendo un total de 993 participantes. Los autores especifican que, en la primera fase de la pandemia, el 57,90% de los profesionales sanitarios mostraban síntomas de depresión, seguidos por el 65,20% con síntomas de ansiedad. Los autores también analizaron síntomas de somatización entre los participantes, llegando a la conclusión de que el 71,00% de los profesionales sanitarios mostraban síntomas de somatización, como fatiga, dolores en diferentes zonas del cuerpo o problemas gastrointestinales. Es interesante apuntar que los síntomas de somatización eran menos acentuados entre los médicos frente a las demás profesiones sanitarias, tales como enfermeros y personal asistente. Los mismos autores evaluaron también la percepción de necesidad de ayuda psicológica por parte de los sanitarios. La evidencia señala que el 39,3% de los trabajadores sanitarios manifestaron abiertamente la necesidad de ayuda psicológica. No obstante, a pesar de que existía un amplio grupo de personas dispuestas a recibir apoyo psicológico, los autores estimaron que entre el 76,00% hasta el 88,00% de los participantes hubieran requerido atención psicológica en todas las psicopatologías estudiadas.

Vitale (2021) aporta unos resultados interesantes para la temática de salud mental de los profesionales sanitarios, pudiendo comparar la prevalencia de ansiedad, depresión e insomnio en dos periodos diferentes de la pandemia. Precisamente, esta autora italiana indica que la prevalencia de ansiedad, depresión e insomnio entre marzo y mayo de 2020 fue del 13,17%, 86,83% y 89,02% respectivamente. Mientras tanto, en el periodo posterior de la pandemia entre

octubre y noviembre de 2020, la prevalencia de ansiedad aumentó, obteniendo un valor del 15,37%. Asimismo, la prevalencia de depresión se vio incrementada, llegando al 93,42%. Solamente la prevalencia de insomnio entre los profesionales sanitarios disminuyó ligeramente hasta el valor del 86,83%. Para entender mejor la gravedad de la situación de los sanitarios, es importante desglosar los resultados obtenidos en función de la severidad de los síntomas. Merece la pena indicar que los síntomas moderados de depresión fueron reportados por el 3,38% del total de participantes durante el primer brote pandémico frente al 12,50% en la segunda ola de la pandemia. Asimismo, los síntomas severos de depresión en la fase inicial de la pandemia no fueron reportados por ningún trabajador sanitarios, mientras que unos meses más tarde el 7,77% refería tenerlos.

Gracias a estas observaciones destaca la importante fluctuación de los síntomas psicológicos de los profesionales sanitarios, así como un rápido declive de la salud mental de este colectivo. No obstante, en el caso de insomnio Vitale (2021) describe una tendencia inversa. En el inicio de la pandemia, los síntomas moderados y severos de insomnio fueron más frecuentes que durante la segunda ola. A modo de concluir, se puede decir que la autora aporta datos bastante esperanzadores para la ansiedad e insomnio, subrayando la tendencia preocupante de expansión significativa de síntomas depresivos entre los profesionales sanitarios con el transcurso de la pandemia.

Otro grupo de investigadores italianos (Simonetti et al., 2021) llevaron a cabo un estudio longitudinal entre febrero y abril de 2020 evaluando los síntomas de ansiedad y calidad de sueño de los enfermeros. Los autores reportaron que el 75,72% de los enfermeros en Italia referían tener una mala calidad de sueño en el primer año de la pandemia por COVID-19. En cuanto a la ansiedad, la mayoría de los participantes, es decir el 65,37%, tenían sintomatología leve de ansiedad, seguidos por el 33,23% de los profesionales sanitarios con síntomas moderados. Otro de los datos recogidos por estos autores se refiere a la autoeficacia percibida por parte de los enfermeros. Es interesante anotar que los resultados se dividen de forma bastante proporcionada entre los trabajadores sanitarios con una alta autoeficacia referida (49,35%) y los que manifestaban tener una baja autoeficacia (50,65%). Por lo tanto, los autores señalaron, que la autoeficacia está relacionada tanto con la ansiedad como con problemas de sueño, pudiendo actuar como un potencial factor de riesgo o de protección dependiendo de su nivel.

Por otra parte, analizando los datos aportados por los investigadores Wozniak et al. (2021), referentes a la población sanitaria en Suiza, entre los cuales se encontraban los enfermeros, médicos y asistentes sanitarios, los autores especificaron que el 46,00% de la población sanitaria evaluada mostraba síntomas de ansiedad. Además, el 46,00% de la muestra tenía síntomas de depresión, mientras que el 41,00% de los sanitarios incluidos en el estudio refería sufrir malestar general. Asimismo, Wozniak et al. (2021) observaron la importante diferencia en la severidad de los síntomas de ansiedad y depresión entre los profesionales sanitarios que trabajaron en las unidades de cuidados intensivos (UCIs) y los que estaban adscritos a otros departamentos; los primeros presentaron una severidad significativamente mayor en la sintomatología estudiada. Además, estas diferencias se identificaron independientemente del tipo de profesión sanitaria desempeñada.

Los datos ligeramente más optimistas acerca de la salud mental del colectivo sanitario fueron aportados por Mokros et al. (2021). Estos investigadores polacos informan de la severidad de síntomas de insomnio entre los enfermeros que trabajan en departamentos psiquiátricos de Polonia. El valor medio de severidad de insomnio fue del 7,66 (*DT* = 4,39), indicando ausencia de insomnio entre los enfermeros evaluados. No obstante, los autores indican otro dato relevante a la hora de entender el estado de salud mental durante la fase activa de la pandemia por COVID-19. Justamente, los autores detectaron una relación positiva entre depresión y ansiedad por coronavirus, pudiendo encontrar similitudes con las aportaciones realizadas por Lu et al. (2021) expuestas previamente.

En otro estudio más actualizado sobre el efecto de la crisis sociosanitaria derivada de la pandemia por COVID-19, los investigadores polacos estiman que la prevalencia de insomnio entre los profesionales sanitarios de Polonia fue del 81,06% y de mala calidad de sueño del 78,03%, aportando valores especialmente altos (Cybulska et al., 2023). Es importante precisar que el estudio fue llevado a cabo únicamente entre los profesionales sanitarios que estaban en contacto directo con los pacientes diagnosticados con el COVID-19, lo cual puede explicar la alta tasa de prevalencia de insomnio. Cybulska et al. (2023) señalan que el insomnio se asociaba, aparte de a la mala calidad de sueño, a una mayor agresividad entre los profesionales sanitarios. Más precisamente, se encontró una relación estadísticamente significativa entre el insomnio y un componente de agresividad

verbal y física, así como entre el insomnio y la hostilidad y la rabia. Teniendo en cuenta estas aportaciones, destaca aún más la importancia de identificar y tratar los síntomas del insomnio a tiempo para prevenir la aparición de tendencias agresivas entre los profesionales sanitarios, garantizando la aportación de servicios sanitarios de alta calidad y un trato respetuoso hacia los pacientes.

Igualmente, Hesselink et al. (2021) llevaron a cabo un estudio entre profesionales sanitarios de los Países Bajos con el objetivo de comparar los niveles de estrés auto-percibido experimentado por este colectivo en el periodo previo de la pandemia y durante la pandemia por COVID-19. Los investigadores evaluaron diferentes aspectos de estrés, tales como el componente cognitivo, emocional y físico. Así, los mismos observaron que el valor medio de estrés auto-percibido referido por los sanitarios al inicio de la pandemia fue casi el doble en comparación con el periodo anterior. Además, los resultados obtenidos indican que el componente emocional de. estrés fue el más afectado durante la primera ola de la pandemia. Al analizar los resultados obtenidos, Hesselink et al. (2021) apuntan que a pesar de la disminución de síntomas auto-percibidos de estrés después de la primera ola de la pandemia, estos síntomas seguían siendo más pronunciados en comparación con el periodo prepandémico.

Por su parte, Azoulay, Cariou et al. (2020) evaluaron a los profesionales sanitarios en Francia en la primera fase de la pandemia por COVID-19 entre abril y mayo de 2020, centrándose en los síntomas de ansiedad, depresión y síntomas disociativos. Destacan las altas tasas de todas las psicopatologías estudiadas cuyos valores oscilaron sobre el 50,40% y el 30,40% para ansiedad y depresión respectivamente. Igualmente, Costa et al. (2023) aportan datos referentes a la salud mental de los profesionales sanitarios de Portugal a lo largo de los dos primeros años de la pandemia por COVID-19. Estos autores evaluaron la salud mental de los trabajadores sanitarios en dos periodos de tiempo diferentes, en el año 2020 y 2021. Los autores observaron un descenso significativo de la sintomatología de ansiedad entre el primer y el segundo año de la pandemia (26,10% vs. 23,30%). Al contrario, los síntomas de la depresión se mantuvieron altos sin alteraciones estadísticamente significativas entre ambos periodos de la recogida de datos (25,30% vs. 23,70%).

Similarmente, Pataka et al. (2022) observaron un significativo empeoramiento de la salud mental de los profesionales sanitarios en Grecia entre la primera y la segunda ola de la pandemia por COVID-19 en el año 2020.

Exactamente, los autores indican que el 37,70% de los profesionales sanitarios desarrollaron sintomatología depresiva en la segunda fase de la pandemia, en diciembre de 2020, frente al 15,80% en la primera ola, en marzo de 2020. De forma paralela, el 32,80% de los profesionales sanitarios sufrían ansiedad en la segunda ola pandémica, en comparación con el 12,70% durante la primera fase. Además de estas variables psicológicas, los autores observaron un incremento de reacciones de ira y niveles de soledad, así como peor calidad de sueño en noviembre de 2020. Igualmente, tal y como se especifica, el 16,30% de los trabajadores sanitarios en la segunda ola, frente al 5,70% de la primera consideraba que la baja calidad de sueño había contribuido notablemente en su estado de ánimo y calidad de relaciones sociales.

Acercándonos cada vez más a la situación actual, Sikaras et al. (2023) evaluaron la prevalencia de ansiedad e insomnio de los enfermeros en Grecia dos años después del inicio de la pandemia por COVID-19. Los resultados aportados fueron preocupantes ya que a pesar del transcurso de la pandemia la prevalencia de la ansiedad e insomnio se mantuvieron altas en la población sanitaria. Precisamente, la prevalencia del estado de ansiedad fue del 60,10% y de ansiedad rasgo del 46,80%. Mientras tanto, la prevalencia de insomnio se situó cerca del valor del 61,40%. El valor medio de insomnio, dos años después del inicio de la pandemia, fue significativamente mayor que el estimado al comienzo de la emergencia sanitaria ($M$ = 7,15 vs. $M$ = 5,98) (Tselebis et al., 2020, citado en Sikaras et al., 2023).

#### *1.3.2.6.* ***España***

La evidencia disponible en población sanitaria española durante la pandemia de COVID-19 muestra de forma consistente una elevada prevalencia de sintomatología ansiosa, depresiva, de estrés e insomnio, con niveles que en numerosos casos alcanzan intensidad clínica. Así, Gómez-Salgado et al. (2020) investigaron el estado de salud mental de los profesionales sanitarios que desarrollaron activamente su actividad laboral en España a lo largo del primer año de la pandemia, pudiendo observar que el 80,60% de los profesionales sanitarios evaluados referían sufrir malestar psicológico. Entre las cuestiones señaladas con mayor frecuencia por parte de los sanitarios españoles destacaron el hecho de estar estresados, tener dificultad para disfrutar de actividades diarias, sentirse infeliz o

deprimido, presentar problemas con el sueño, así como el enfrentamiento a los problemas (Gómez-Salgado et al., 2020).

En otro estudio transversal realizado en España durante la primera ola de la pandemia, con una muestra superior a 9000 profesionales sanitarios, se encontró uno de cada siete mostraba un trastorno mental incapacitante, incluyendo ansiedad, depresión y estrés (Alonso et al., 2021). Estos resultados reflejan no solo una alta prevalencia, sino también una relevante gravedad clínica y funcional en esta población.

En estudios centrados en profesionales de enfermería en España, especialmente en contextos de alta exposición como las unidades de cuidados intensivos (UCI), se han descrito niveles particularmente elevados de malestar psicológico. En una muestra de 456 enfermeras de UCI, el 78,5% reportó un aumento significativo de preocupación, el 57,5% mayor ansiedad y el 52,2% mayor estrés psicológico, mientras que el 82,5% manifestó síntomas depresivos. Asimismo, los problemas de sueño fueron altamente prevalentes, con aproximadamente un 85,6% de los profesionales reportando incremento en dificultades para dormir, lo que evidencia una alta carga de sintomatología de insomnio asociada al contexto pandémico (Muñoz-Muñoz et al., 2022).

Desde una perspectiva cualitativa, los profesionales sanitarios extrahospitalarios en España también evidenciaron una intensa afectación emocional en la fase activa de la pandemia por COVID-19. En un estudio basado en entrevistas en profundidad con profesionales con altas puntuaciones en depresión, se describieron experiencias caracterizadas por ansiedad, tristeza, frustración, desesperanza y agotamiento emocional, así como dificultades persistentes para desconectar del trabajo (Navalpotro-Pascual et al., 2024). Estos hallazgos cualitativos refuerzan la interpretación de que los síntomas no solo fueron frecuentes, sino también profundamente vivenciados y clínicamente significativos, especialmente en profesionales con mayor carga emocional.

En conjunto, la evidencia procedente de España pone de manifiesto que la pandemia de COVID-19 tuvo un impacto psicológico severo y generalizado en el personal sanitario, caracterizado por altas tasas de ansiedad, depresión, estrés e insomnio.

### 1.3.3. Pospandemia y actualidad

A pesar de la superación de la principal fuente de estrés en forma de emergencia sanitaria sin precedentes, la reciente pandemia por COVID-19 ha dejado rastro en la sociedad actual causando una crisis socioeconómica a nivel mundial mantenida hasta el día de hoy. Actualmente, los profesionales sanitarios se siguen enfrentando a múltiples desafíos derivados todavía de la pandemia por COVID-19, sin lograr la recuperación absoluta de su estado de salud mental. A continuación, se mencionan los principales estudios actuales con el fin de entender la escala de dificultades mentales en el periodo de la pospandemia.

No obstante, antes de empezar a analizar los antecedentes sobre esta cuestión es importante señalar que, tal y como apuntan O'Donnell et al. (2023), los estudios actuales sobre el estado de salud mental de los sanitarios en el periodo de la pospandemia se suelen limitar a los profesionales sanitarios en los contextos específicamente hospitalarios. Sin embargo, tal y como indican los autores en la descripción de la salud mental del colectivo sanitario y para comprender la magnitud del problema, deben incluirse también a los profesionales sanitarios que desempeñan su trabajo en contextos no exclusivamente hospitalarios. Por lo tanto, teniendo en cuenta esta indicación, las estimaciones aportadas por los estudios actuales pueden subestimar la gravedad del problema referente a la salud mental de los profesionales sanitarios.

En primer lugar, Fofie et al. (2023) indica que en la actualidad el 40,00% de los profesionales sanitarios en Ghana experimenta un malestar emocional. Igualmente, a pesar del tiempo transcurrido desde el inicio de la pandemia, más de la mitad de los profesionales sanitarios evaluados refieren tener miedo al COVID-19 con diferente intensidad. Es más, el miedo al COVID-19, así como la experiencia de contacto previo con los pacientes infectados se asocian significativamente con malestar psicológico. Los autores concluyen sus observaciones indicando la importancia de facilitar adecuados servicios psicológicos a los profesionales sanitarios en el periodo de la pospandemia para cubrir sus preocupantes necesidades de cuidado psicológico.

Muntean et al. (2023) estimaron la prevalencia de depresión entre los profesionales sanitarios en Rumania en la época de la pospandemia. Es importante indicar que los autores observaron que el 30,70% de los profesionales sanitarios

rumanos sufren sintomatología moderada-severa de depresión. Tal y como indican los autores, la tasa de prevalencia de depresión sigue siendo alta entre los trabajadores sanitarios incluso en el periodo pospandémico.

Simultáneamente, los datos aportados por de Vroege y van den Broek (2023) destacan frente a las observaciones anteriores por ser ligeramente más prometedores. Los autores holandeses compararon el estado de salud mental de los sanitarios durante el periodo de pospandemia con los datos recogidos a lo largo de la fase activa de la pandemia por COVID-19. Los mismos indican que en la actualidad los profesionales sanitarios de los Países Bajos refieren tener menos síntomas psicopatológicos en las variables de ansiedad, depresión y estrés en comparación con el periodo previo. La sintomatología de ansiedad, depresión y estrés no solo es menos severa, sino que también menos frecuente hoy en día. Los trabajadores sanitarios tienen menos dificultades a la hora de mantener el equilibrio entre la vida personal y el trabajo, pudiendo recuperar mayor estabilización en el periodo pospandémico. No obstante, los autores indican que en la actualidad los profesionales sanitarios se encuentran de baja laboral o faltan al trabajo con mayor frecuencia que durante la pandemia por COVID-19.

Por lo tanto, de Vroege y van den Broek (2023) resumen que, a pesar de la disminución de la severidad de la sintomatología psicopatológica, las dificultades de salud mental siguen siendo frecuentes. En comparación con la pandemia, hoy en día los trabajadores sanitarios contemplan con menor frecuencia la posibilidad de cambiar de trabajo, aunque señalan el deseo de trabajar menos horas que durante la gestión de la urgencia sanitaria derivada del COVID-19 (de Vroege y van den Broek, 2023).

En cuanto a los datos referentes a las poblaciones sanitarias de China, Liang et al. (2023) en base a los resultados obtenidos en el estudio sobre salud mental realizado en la pospandemia entre 245 profesionales sanitarios de un hospital de tercer nivel en la ciudad de Shenzhen apuntan que las tasas prevalencia de ansiedad y de depresión se mantienen altas en la actualidad, oscilando entre el 59,60% y el 34,70% respectivamente. Además, el 33,10% de los profesionales sanitarios presentaban sintomatología mixta de ansiedad y depresión. Tal y como resumen los autores, la prevalencia de ansiedad y depresión en la pospandemia se asemeja a la misma durante la primera fase de la pandemia.

Al igual que Liang et al. (2023), Xiao et al. (2023) realizaron su investigación entre los profesionales sanitarios de la ciudad de Shenzhen en China. Precisamente, Xiao et al. (2023) analizaron las tasas de prevalencia de ansiedad, depresión e insomnio entre los enfermeros de seis hospitales situados en esta ciudad en el periodo de pospandemia. Basándose en los datos recogidos de la numerosa muestra compuesta por 1766 enfermeros, el 62,51% de ellos mostraron síntomas de ansiedad, el 69,20% de depresión y el 76,78% de insomnio. En cuanto a la severidad de los síntomas referidos, el 36,07% de los trabajadores sanitarios sufrían sintomatología leve de ansiedad. No obstante, no se puede dejar de lado que el 18,35% de los enfermeros sufrían síntomas severos de ansiedad. Una tendencia similar fue observada para la depresión. Mientras que el 30,46% y el 19,93% de la muestra refería tener síntomas leves y moderados de depresión, un porcentaje importante de los respondientes (19,93%) sufrían sintomatología depresiva severa. En el caso del insomnio, los datos se muestran ligeramente más esperanzadores ya que la mayoría de los enfermeros sufría síntomas leves y moderados, representando el 42,19% y el 25,08% del total de la muestra, mientras que un porcentaje menor del 9,51% padecía síntomas severos. Teniendo en cuenta el periodo de realización de este estudio y de la alta proporción de individuos con sintomatología severa, una vez más se observa que la crisis sociosanitaria derivada de la pandemia por COVID-19 sigue repercutiendo a largo plazo de forma negativa en la salud mental de los profesionales sanitarios.

Recientemente, Yin et al. (2024) evaluaron la sintomatología de la ansiedad generalizada en los farmacéuticos hospitalarios chinos cuyo valor promedio de severidad de sintomatología de ansiedad se situaba sobre el 5,00, pudiendo ser interpretado como sintomatología leve de ansiedad. Igualmente, Liu et al. (2024) añaden que las tasas de prevalencia de depresión y ansiedad de los profesionales sanitarios en China en la actualidad alcanzan valores del 50,70% y el 26,40%. Los autores señalan la alarmante tasa de prevalencia en los trabajadores sanitarios hoy en día con el fin de diseñar estrategias de intervención adecuadas para atenuar la sintomatología depresiva.

Por otra parte, Grünheid y Hazem (2023) evaluaron la salud mental de los profesionales sanitarios del área de la medicina y odontología en la ciudad de Minnesota en los Estados Unidos en el periodo pospandémico. En cuanto a la variable de depresión, los autores indican que los profesionales sanitarios,

independientemente de la profesión sanitaria realizada, sufrían sintomatología moderada y severa de depresión. El valor promedio de depresión entre los médicos fue del 12,90 (*DT* = 4,70), mientras que entre los dentistas del 14,30 (*DT* = 4,50). Igualmente, el valor promedio de estrés entre los médicos se situaba alrededor del 29,90 (*DT* = 3,90) y entre los dentistas del 29,70 (*DT* = 3,00), indicando que los profesionales sanitarios mostraban niveles de estrés bastante superiores a la media. Los autores indican que los profesionales sanitarios perciben su estado de salud mental como razonable mientras que el valor medio del estado de salud mental estimado para la población estadounidense es bueno.

En línea con lo expuesto por Grünheid y Hazem (2023), Lintz (2024) indica que en la actualidad los problemas de depresión, estrés y ansiedad siguen siendo muy prevalentes. En base a los resultados del estudio realizado entre los profesionales sanitarios estadounidenses, el autor estima que las tasas de prevalencia de depresión, ansiedad y estrés oscilaban entre el 51,00%, 40,00% y 77,00% respectivamente. Una vez llevadas a cabo las estimaciones de la prevalencia de problemas psicológicos, el autor indica la necesidad de otorgar a los profesionales sanitarios el apoyo adecuado con el fin de atenuar la sintomatología encontrada. A pesar de la normalización de la situación pandémica, queda patente que la crisis sociosanitaria derivada de la misma sigue en pie. Los profesionales sanitarios siguen sufriendo consecuencias negativas sobre su salud mental a raíz de la pandemia. Asimismo, en el estudio de Lintz (2024), el 43,00% de los participantes sanitarios indicaron que la pandemia por COVID-19 afectó su calidad de vida experimentada hasta la actualidad.

En cuanto a la problemática actual de insomnio en los profesionales sanitarios, Pachi, Panagiotou et al. (2024) indican que el 61,40% de los enfermeros que participaron en el estudio llevado a cabo en Grecia tiene síntomas de insomnio. Además, el 7,00% de la muestra evaluada refería sufrir malestar a raíz de sufrir pesadillas nocturnas recurrentes. Comparando los resultados sobre la prevalencia de insomnio en la población sanitaria griega referidas al inicio de la pandemia (Tselebis et al., 2020, citado en Pachi, Panagiotou et al., 2024), la prevalencia de insomnio en el periodo pospandémico fue mayor. El valor medio de insomnio durante la pospandemia fue del 7,26 (*DT* = 4,13), mientras que al inicio de la pandemia se situaba alrededor del 5,98 *(DT* = 4,24). Por lo tanto, se observa que, a pesar de la regularización de la situación pandémica y el comienzo del periodo

pospandémico, hoy en día, incluso un número mayor de profesionales sanitarios sigue sufriendo insomnio. Los autores sugieren que a pesar de la finalización de la emergencia sanitaria producida por la pandemia por COVID-19, los enfermeros siguen sufriendo dificultades psicológicas, pudiendo atribuirse al deterioro de las condiciones laborales en la actualidad.

Frente a los datos mundiales acerca de la salud mental de los profesionales sanitarios en la actualidad, se puede observar un significativo declive en el número de investigaciones relevantes referentes a España. No obstante, entre las aportaciones más importantes a nivel nacional cabe destacar las de Gil-Almagro et al. (2024) quienes describen que en el periodo de la pospandemia el 20,40% de los profesionales sanitarios españoles muestran síntomas moderados de insomnio, mientras que el 2,30% de los mismos sufren sintomatología severa de insomnio. A pesar de las relativamente altas tasas de prevalencia de insomnio, los autores indican que en comparación con los datos recogidos en dos periodos anteriores en el año 2020 y 2021, se observó un significativo descenso de la sintomatología de insomnio en la actualidad.

Serrano-Ibáñez et al. (2023) aportan datos aún más actualizados acerca de la salud mental de los profesionales sanitarios españoles. Tal y como indican los autores, en la actualidad los profesionales sanitarios siguen refiriendo tener síntomas depresivos, de ansiedad, estrés y burnout. En cuanto a la severidad de los síntomas observados, la mayoría de ellos muestra síntomas leves y moderados de depresión, así como síntomas moderados de ansiedad, estrés y burnout.

En la actualidad, una vez terminada la fase activa de la pandemia por COVID-19, la prevalencia y la severidad de los trastornos mentales analizados siguen manteniéndose altas. Tal y como se ha podido observar en base a los resultados recopilados, las repercusiones negativas sobre la salud mental de los trabajadores sanitarios se mantienen hasta la actualidad, pudiendo dificultar el funcionamiento diario a nivel individual, así como empeorar la calidad de los servicios del cuidado de la salud, poniendo en riesgo a los pacientes. Además, la recopilación de datos acerca de la prevalencia y severidad de los trastornos mentales de los profesionales sanitarios a lo largo del tiempo permite destacar la escasez de estudios acerca de esta temática a nivel nacional, dificultando la comprensión del estado de salud mental de los profesionales sanitarios españoles en los últimos años, así como su comparación con datos globales a nivel mundial.

En síntesis, la literatura revisada pone de manifiesto que los profesionales sanitarios constituyen un colectivo especialmente vulnerable al desarrollo de sintomatología ansiosa, depresiva, de estrés e insomnio, tanto en contextos de funcionamiento ordinario como, de manera más acusada, durante y después de emergencias sanitarias. La exposición continuada a elevadas demandas laborales, la incertidumbre, el miedo al contagio y la sobrecarga asistencial se asocian de forma consistente con el deterioro de la salud mental. Además, diversos estudios longitudinales sugieren la posible cronificación de determinados síntomas, particularmente el insomnio y el distrés psicológico, incluso tras la remisión de la fase aguda de la crisis. Este escenario evidencia la necesidad de analizar de manera sistemática la prevalencia y severidad actuales de estas psicopatologías en el periodo pospandémico.

## II - PRINCIPALES MODELOS TEÓRICOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción y la prevención de la salud son elementos primordiales de la atención primaria de la salud (Cabeza et al., 2016). Teniendo en cuenta la alta prevalencia de problemas mentales de los profesionales sanitarios, los aspectos de prevención y promoción de conductas saludables se convierten en un aspecto de mayor interés. Principalmente, el conocimiento de los diferentes modelos teóricos que suponen un cambio del patrón de la conducta problemática tiene una gran importancia para el posterior desarrollo e implementación de intervenciones específicas (Gil-Girbau et al., 2021). Igualmente, dicho conocimiento permite la identificación de factores de riesgo que hace falta abordar para lograr una intervención eficaz. No obstante, tal y como sugieren Otto et al. (2016), la naturaleza de trabajo en el ámbito sanitario ya de por sí supone un reto para la promoción de la salud entre los profesionales sanitarios por lo que hay que tener en cuenta la necesidad de realizar una adaptación adecuada de los modelos actuales a las características específicas del trabajo sanitario.

Los modelos teóricos que se presentan a continuación han sido seleccionados por su relevancia en la explicación del cambio conductual, la regulación emocional y la interacción entre factores individuales y contextuales en el ámbito de la salud.

Aunque fueron desarrollados en contextos diversos, su aplicabilidad al estudio de la salud mental de los profesionales sanitarios resulta especialmente pertinente, dado que permiten comprender tanto los mecanismos cognitivos implicados en la adopción de conductas saludables como la vulnerabilidad ante situaciones de estrés prolongado.

### 2.1. MODELO DE CREENCIAS DE LA SALUD

Tal y como señalan Janz y Becker (1984), el Modelo de Creencias de la Salud (Rosenstock, 1974) fue creado al principio de los años cincuenta por un grupo de psicólogos sociales que trabajaban en el servicio de salud pública de los Estados Unidos. El motivo principal por el que nació este modelo fue comprender la ineficacia de las medidas preventivas aplicadas por el sector público de la salud a las enfermedades asintomáticas, las cuales producían un significativo rechazo por parte de los pacientes en aquel periodo. Más adelante, la aplicación de este modelo se extendió a otros aspectos relacionados con la salud, orientado a explicar las diferencias que presentaban los pacientes, en la forma de reaccionar ante sus síntomas, así como el cumplimiento terapéutico por parte de los mismos en cuanto a la autoadministración de la medicación prescrita (Janz y Becker, 1984). Igualmente, el modelo sirvió de apoyo a la hora de desarrollar programas de prevención y promoción de la salud para los trastornos de adicción, con un especial énfasis en el tabaquismo (Rosenstock, 1974; Steers et al., 1996).

El Modelo de Creencias de la Salud parte de una teoría, según la cual, el comportamiento de los seres humanos depende de factores principales. El comportamiento está condicionado por la importancia que la persona le otorga al éxito de una acción particular, a la hora de acercarse a este objetivo deseado (Giménez-García, 2008; Janz y Becker, 1984). Una vez aplicado este modelo al ámbito de la salud pública, propone que el comportamiento de los pacientes está determinado por la fuerza del deseo de estar sano o en caso de estar enfermo por el deseo de recuperarse, así como por la creencia sobre la eficacia de una medida terapéutica a la hora de prevenir o curar una enfermedad concreta (Janz y Becker, 1984).

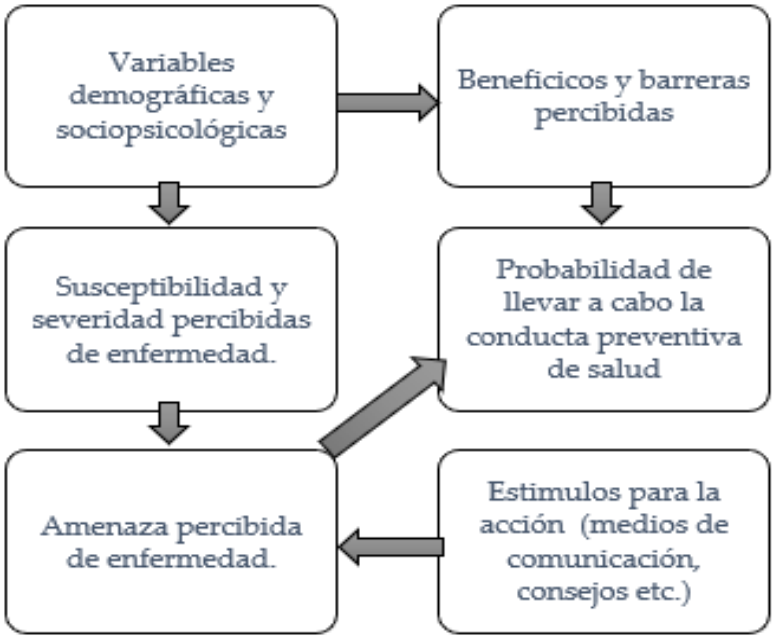
Tal y como señalan Janz y Becker (1984), el Modelo de Creencias de la Salud está compuesto por cuatro dimensiones principales. En primer lugar, estos autores

indican la susceptibilidad percibida como la primera dimensión del modelo, caracterizada por la percepción individualizada y subjetiva de contraer una enfermedad concreta. En segundo lugar, los mismos autores indican la severidad percibida como otro elemento integrante del modelo, pudiendo entenderse como la gravedad de las consecuencias percibidas de contraer una enfermedad o dejarla sin tratar. Dentro de estas consecuencias se incluyen tanto las repercusiones a nivel social tales como la vida familiar, el trabajo o relaciones interpersonales, así como las consecuencias puramente médicas como la muerte, el dolor o el riesgo de la incapacidad.

En tercer lugar, se destacan los beneficios positivos percibidos. Este elemento del modelo se refiere a la creencia sobre la eficacia de las acciones terapéuticas disponibles a la hora de reducir el riesgo de la enfermedad. Este elemento es importante ya que señala que incluso los pacientes susceptibles de contraer una enfermedad solamente siguen las acciones médicas recomendadas si estas se muestran lo suficientemente eficaces y beneficiosas a la hora de combatir o/y prevenir la enfermedad.

Por último, el modelo destaca el cuarto componente llamado las barreras percibidas, las cuales hacen referencia a las posibles consecuencias negativas de las acciones médicas seguidas observadas por el paciente. Entre estas barreras cabe destacar el coste de la acción médica recomendada, si supone algún riesgo para el paciente, si es dolorosa para el individuo etc. Teniendo en cuenta los dos últimos elementos del modelo, se entiende que el paciente antes de seguir cualquier acción médica tiene que analizar los pros y contras de esta, evaluando el peso de las consecuencias positivas y las negativas en cuanto a su bienestar.

*Figura 1. Los componentes del Modelo de la Creencia de la Salud.*




***Nota***. Adaptado de "Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del Sida" (Rovira Páez et al., 1994).

A modo de resumen de los cuatro componentes del modelo, Rosenstock (1974) indicó que los niveles óptimos percibidos de susceptibilidad y de severidad de la enfermedad, impulsan a las personas a actuar y cuidar su salud, mientras que la percepción en la que predominan los beneficios frente a las barreras de las acciones médicas específicas permite seguir el camino recomendado en el cuidado de la salud. Por lo tanto, tal y como añaden Janz y Becker (1984), los motivos que impulsan el seguimiento de las acciones médicas por parte del paciente pueden depender tanto de factores internos, de los síntomas experimentados, de factores externos, así como, de las recomendaciones por parte de las personas cercanas o de la información encontrada en los canales de comunicación públicos.

En cuanto a la eficacia del modelo, Champion y Skinner (2008) resumen que entre los años 1974 y 1984 se llevó a cabo una revisión sistemática de los estudios que recogían los resultados de la aplicación del Modelo de Creencia de la Salud. Los autores indican que a nivel general los resultados aportados demostraban la eficacia del modelo. A raíz de los análisis de resultados, se pudo distinguir la dimensión de las barreras percibidas como el factor predictivo individual más

potente, frente a los demás elementos del modelo. No obstante, la revisión de los estudios acerca de la eficacia de la aplicación del Modelo de Creencia de la Salud hoy en día puede resultar obsoleta dada su fecha de realización. Por lo tanto, tal y como resaltan los autores, queda pendiente realizar revisiones sistemáticas de los estudios actuales para verificar las conclusiones acerca de los factores predictores. Así, Anuar et al. (2020) en su revisión sistemática recogieron datos de estudios recientes a partir del año 2000 sobre la aplicación del Modelo de Creencia de la Salud, pudiendo encontrar solamente tres estudios que cumplían con los criterios de inclusión. Por la escasez de estudios recientes disponibles acerca de la eficacia de la aplicación del Modelo, estos autores no consiguieron aportar conclusiones actualizados.

Aplicando el Modelo de la Creencia de la Salud a los problemas de sueño, Knowlden y Sharma (2014) indican que la severidad y las barreras percibidas, junto con los impulsores de la conducta y la autoeficacia percibida actúan como importantes factores predictores de los problemas de sueño entre la población universitaria. Conforme aumentaba la severidad y la autoeficacia percibida, junto con los impulsores de la conducta, se acrecentaban las conductas de sueño saludables de los participantes. Más específicamente, los autores sugieren que las consecuencias negativas de la falta del sueño a corto plazo como por ejemplo la dificultad para concentrarse tenían más impacto en las conductas de sueño que las consecuencias a largo plazo, como un mayor riesgo de mortalidad. Contrariamente a lo expuesto, conforme aumentaba la percepción de las barreras, las conductas de sueño disminuían entre los participantes. Sobre todo, el estrés laboral y la falta de tiempo para compaginar las diferentes responsabilidades se asociaban con las conductas de sueño inadecuadas. No obstante, los autores no encontraron ninguna relación estadísticamente significativa entre las conductas de sueño, la susceptibilidad y los beneficios percibidos.

Por otra parte, Zhang y Zhao (2021) llevaron a cabo un estudio experimental en el que aplicaron una intervención basada en el Modelo de la Creencia de la Salud a los pacientes con enfermedad pulmonar. Sus resultados defienden la eficacia de las intervenciones derivadas de este Modelo, a la hora de aliviar los síntomas de depresión y ansiedad entre los pacientes. Además, las actuaciones propuestas mejoraron la percepción de calidad de vida por parte de los pacientes, y también, consiguieron disminuir la inflamación producida por la enfermedad pulmonar.

Asimismo, Castonguay et al. (2016) llevaron a cabo entrevistas individuales con pacientes que sufrían trastornos depresivos. Estos autores observaron que la incertidumbre experimentada por los pacientes depresivos acerca de su estado y la forma de tratarlo estaba estrechamente relacionada con todas las dimensiones del modelo de la Creencia de la Salud. Sobre todo, el desconocimiento del tratamiento de la depresión generaba miedo, que, en consecuencia, actuaba como uno de los mayores obstáculos a la hora de buscar ayuda profesional. El componente del miedo pudo ser disminuido significativamente mediante la obtención de asesoramiento e información adecuados acerca de los tratamientos disponibles para la depresión, que actuaban como verdaderos impulsores interpersonales de la conducta, orientada a la búsqueda de apoyo profesional. Finalmente, estos autores resumen que para que los pacientes reduzcan su incertidumbre y busquen ayuda profesional para la depresión, es imprescindible involucrar a los familiares y personas cercanas, así como facilitar información adecuada sobre los posibles tratamientos.

Zhou et al. (2021) utilizaron el Modelo de la Creencia de la Salud con el objetivo de explicar el desarrollo de enfermedades mentales en la población general durante el proceso de sufrir enfermedades infecciosas como el COVID-19. Más precisamente, estos autores analizaron el efecto mediador de la percepción del riesgo, en relación con la autoeficacia y el bienestar psicológico durante la pandemia por COVID-19. Los resultados indican que las personas con un mayor nivel de autoeficacia percibida presentaban más estilos de afrontamiento activo y solían tener una menor percepción de riesgo. En consecuencia, debido a estas características, las personas con una mayor autoeficacia percibida mostraban menos problemas de salud mental, como depresión, ansiedad y/o hipocondría.

Sin alejarnos del contexto de la pandemia por COVID-19, Shahnazi et al. (2020) aplicaron el Modelo de la Creencia de la Salud con el objetivo de estudiar las conductas preventivas del COVID-19. Estos autores destacaron que las barreras percibidas, así como las creencias pesimistas disminuían la probabilidad de realizar conductas preventivas del COVID-19. Al contrario, los beneficios, junto con la autoeficacia percibidos se relacionaban de forma estadísticamente significativa con conductas preventivas del COVID-19, aumentando su probabilidad.

Teniendo en cuenta las aportaciones de autores tales como Rovira Páez et al. (1994) y Sheeran et al. (1999), a pesar de su importancia, el Modelo de Creencias

de la Salud puede resultar limitante por el hecho de explicar todo el comportamiento haciendo referencia a las creencias personales. Es más, desde la perspectiva propuesta no se otorga ninguna importancia a los aspectos sociales, ambientales o emocionales. Sobre todo, este último elemento emocional parece ser el más criticado. Concretamente, Witte, (1992, citado en Champion y Skinner, 2008) considera el miedo como un elemento fundamental e imprescindible en las conductas relacionadas con el cuidado de la salud. De hecho, Champion y Skinner (2008) confirman que existe una relación estadísticamente significativa entre el miedo y los cuatro elementos del modelo. Tal y como indican estos autores, las barreras y los beneficios percibidos, junto con la autoeficacia percibida actuaban como potentes factores predictores del miedo. Igualmente, las barreras percibidas junto con el miedo predecían la respuesta conductual del paciente. Por lo tanto, parece ser que la inclusión del constructo del miedo dentro del modelo podría ayudar a explicar las relaciones precisas entre los diferentes elementos del modelo. Otra de las limitaciones más comentadas se refiere al hecho de que el modelo no describe con exactitud como las creencias terminan de convertirse en conductas.

No obstante, a pesar de sus posibles limitaciones, el Modelo de Creencias de la Salud ha sido utilizado frecuentemente con el fin de modificar conductas individuales a la hora del cuidado de la salud, ofreciendo indicaciones claras y precisas para el diseño de acciones preventivas (Giménez-García, 2008). El Modelo de Creencias de la Salud ha sido aplicado además con el objetivo de modificar los estilos de vida, requiriendo cambios duraderos del patrón actual de la conducta. Sobre todo, se vio utilizado para disminuir el riesgo de cáncer, así como de las conductas sexuales inseguras (Champion y Skinner, 2008). Para poder conseguir la modificación eficaz del estilo de vida continuo, es imprescindible que la persona perciba su patrón de conducta como desfavorable y asocie el cambio de dicho patrón con el resultado positivo y deseado. Además, para que la modificación del patrón de conducta resulte satisfactoria es necesario que el paciente tenga confianza en sí mismo, sobre todo a la hora de superar dificultades que pueden acompañar la puesta en marcha de conductas saludables (Rosenstock, 1974; Rosenstock et al., 1994; Rueda et al., 2008).

## 2.2. MODELO SOCIOCOGNITIVO

El Modelo Sociocognitivo nace en la década de los años 70. Con la aparición de las aportaciones de Albert Bandura acerca del aprendizaje social por lo que fue inicialmente llamado la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1986; Luszczynska y Schwarzer, 2015). Tal y como apuntan Luszczynska y Schwarzer (2015), las publicaciones de Bandura generaron una verdadera revolución en la forma de comprender el aprendizaje humano, proponiendo que las personas no solamente aprenden a base de experiencias individuales y de las consecuencias de sus propias conductas, sino que también pueden adquirir nuevos patrones de conducta mediante el aprendizaje vicario a través de la observación de figuras de referencia (Luszczynska y Schwarzer, 2015). No obstante, el propio Bandura (1986) más adelante reemplazó el nombre de Teoría de Aprendizaje Social por el Modelo Sociocognitivo conforme iba publicando sus aportaciones complementarias.

Según el Modelo Sociocognitivo, la motivación y la conducta de los seres humanos están en gran medida reguladas por la precaución, siendo un mecanismo de control anticipatorio. Dicho mecanismo hace referencia a las expectativas sobre potenciales resultados relacionados con la realización de una acción concreta. La teoría sociocognitiva distingue una serie de factores importantes que influyen en la conducta humana. El primer factor identificado es la autoeficacia percibida, pudiendo ser caracterizada como la creencia de la persona en conseguir llevar a cabo una conducta concreta para acercarse al objetivo determinado. La autoeficacia percibida está relacionada con el grado de control que la persona ejerce sobre los desafíos que se presentan en la vida, así como sobre su propio funcionamiento. La autoeficacia percibida es considerada como un elemento clave del modelo, ya que de la misma va a depender si la persona inicia una conducta determinada, cuanto esfuerzo pone en realizarla, así como si la conducta se mantiene en el tiempo, debido a la aparición de obstáculos y dificultades. Dado que la motivación está compuesta por elementos relacionados con las cogniciones acerca de uno mismo, se entiende que la autoeficacia percibida tiene un rol clave durante la fase preparatoria antes de poner en marcha una conducta determinada.

Tal y como señala Bandura (2013), la autoeficacia percibida puede verse desarrollada por cuatro factores diferentes. En primer lugar, las personas consiguen percibir su autoeficacia como alta si experimentan situaciones en las que

sus capacidades son reforzadas positivamente. Al contrario, si solamente experimentan derrotas, sobre todo cuando su percepción de autoeficacia no está todavía bien establecida, la autoeficacia percibida queda debilitada. En segundo lugar, la autoeficacia percibida puede quedarse reforzada por la observación de los modelos sociales, denominado como aprendizaje vicario. Tras la observación de las personas que consiguen tener éxito en algún área específica y que comparten algunas características con el observador se aumenta la probabilidad de que el individuo empiece a percibir sus capacidades como suficientes para obtener resultados satisfactorios de sus actos. Además, la observación de los modelos sociales no solo sirve como figura con la que contrastar las propias capacidades, sino que también ayuda a entender y adquirir las estrategias adecuadas de afrontamiento de dificultades y limitaciones derivadas del entorno social.

Igualmente, la autoeficacia percibida puede quedar reforzada mediante la sugestión social. Las personas que son aseguradas verbalmente acerca de sus capacidades para hacer frente al desafío presentado suelen poner más empeño y caracterizarse por una mayor perseverancia a la hora de realizar una conducta determinada. Por último, cabe destacar que las personas suelen interpretar sus capacidades en función de las respuestas emocionales ante una situación particular. A menudo interpretan las reacciones de estrés como signo de ineficacia personal. Por lo tanto, para fomentar la autoeficacia percibida Bandura (2013) propone trabajar sobre el componente emocional del estrés, gestionando de forma adecuada las respuestas al estrés, así como las interpretaciones erróneas de las mismas.

Otro de los elementos claves de este modelo son las expectativas acerca del resultado. Este segundo componente se puede explicar cómo creencias que tiene el individuo acerca de las consecuencias de su comportamiento concreto. Las consecuencias pueden ser agrupadas según tres dimensiones diferentes. En primer lugar, las consecuencias de la conducta pueden clasificarse según el área de consecuencia. Entre ellas, se puede establecer el área de las consecuencias físicas, como el dolor o la incomodidad. En segundo lugar, se puede distinguir el área de las consecuencias sociales como la aprobación o el rechazo social. Finalmente, cabe destacar el área de las consecuencias de la autoevaluación, pudiendo uno sentirse satisfecho y orgulloso de sus propias acciones o al contrario avergonzado por las mismas. Igualmente, las consecuencias de la conducta pueden describirse en términos como positivos y negativos, así como a corto y a largo plazo. Tanto la

autoeficacia como las consecuencias de la conducta percibida actúan como elementos claves del Modelo Sociocognitivo, siendo comprendidos como los predictores directos de la conducta. Igualmente, son elementos responsables de modificar y adquirir patrones de conducta diferentes, así como de mantener la conducta adoptada.

Aparte de estos dos componentes puramente cognitivos, el Modelo Sociocognitivo incluye otros componentes como las metas, así como la percepción de oportunidades y limitaciones que derivan del contexto social. La autoeficacia y las consecuencias de la conducta percibidas se relacionan de manera indirecta con estos elementos, pudiendo condicionar el establecimiento de metas y percepción de los factores derivados de la estructura social del individuo. Previo a la puesta en marcha de la acción, el individuo tiene que formular una meta a conseguir. Estas metas pueden ser a corto o a largo plazo. El establecimiento de metas esta estrictamente relacionado con la percepción de factores de la estructura social. Estos factores, hacen referencia a las posibles barreras y oportunidades que derivan del sistema de salud, las condiciones de vida de la persona, así como el sistema político o económico del país en el que uno vive (Bandura, 1997). Es interesante apuntar que las personas caracterizadas por la autoeficacia percibida baja tienden a focalizar su atención en las barreras y limitaciones que derivan de su entorno social. Mientras tanto, aquellos individuos cuya autoeficacia percibida es alta tienden a centrarse en los aspectos positivos y facilitadores de la conducta.

Bandura (1989) no deja lugar a duda que la autoeficacia percibida está estrechamente relacionada con los niveles de estrés y depresión experimentados en situaciones amenazantes o complicadas. Una situación es considerada como amenazante si la persona percibe que sus capacidades personales son insuficientes para hacer frente a las adversidades situacionales. Las personas que se perciben a sí mismas como capacitadas para hacer frente a una situación concreta no desarrollan las cogniciones relacionadas con el miedo. Al contrario, las personas que se perciben a sí mismas como incapaces de superar la situación amenazante experimentan altos niveles de estrés y ansiedad (Bandura, 1989). Bandura (1989) añade además que los altos niveles de ansiedad no solo son el resultado de la baja autoeficacia percibida, sino que también se relacionan con el bajo control percibido sobre las propias cogniciones. Por lo tanto, otorgar un mayor control a las personas a la hora de regular sus propias cogniciones en situaciones amenazantes y

desafiantes resulta ser un factor clave en la gestión de la activación emocional producida por los propios pensamientos.

En cuanto a la depresión, desde el Modelo Sociocognitivo se entiende que la ineficacia percibida por parte de las personas a la hora de conseguir objetivos y metas importantes para la realización personal y la autoestima puede dar pie a que aparezcan y se desarrollen trastornos depresivos (Bandura, 1989; Bandura, 2013). Puede ocurrir que el individuo se perciba a sí mismo como incapaz de mantener relaciones sociales satisfactorias, lo cual puede llevar al desarrollo de depresión tanto de manera directa como indirecta mediante la reducción de contactos sociales que pueden actuar como un importante factor protector del estrés y aportar bienestar emocional.

Igualmente, Bandura (1989; Bandura, 2013) indica que la alta autoeficacia percibida puede reducir la respuesta al estrés. El mismo autor especifica que conforme las personas aprenden a implementar estrategias adecuadas de afrontamiento de situaciones desafiantes, el funcionamiento de su sistema inmune se ve alterado, generando respuestas fisiológicas adaptativas y endurecidas.

La aplicación del modelo sociocognitivo resultó especialmente beneficioso a la hora de generar cambios en los patrones de conducta relacionados con la realización de actividad física, el seguimiento de la alimentación equilibrada y la prevención de enfermedades asintomáticas como el cáncer. Por ejemplo, Brassington et al. (2002) y Pinto (2002) desarrollaron un programa de intervención basado en el modelo sociocognitivo con el objetivo de aumentar la actividad física en los adultos que presentaban un estilo de vida sedentario. Ambos grupos de investigadores observaron un incremento en la realización de actividad física moderada en el grupo experimental que recibía información acerca de la importancia de la misma, frente al grupo de control, confirmando la eficacia de las intervenciones derivadas del modelo sociocognitivo. No obstante, cabe destacar que los resultados positivos no se mantuvieron a largo plazo entre los participantes, pudiendo ser una de las posibles limitaciones del modelo (Pinto, 2002). Igualmente, Bock et al. (2001) confirman la eficacia de las intervenciones basadas en el Modelo Sociocognitivo a la hora de incrementar la autoeficacia percibida de los participantes y en consecuencia mejorar su adherencia a las recomendaciones sobre la realización de actividad física.

Las intervenciones basadas en el modelo sociocognitivo, además de los cambios a nivel conductual, permiten abordar los cambios a nivel cognitivo. Por ejemplo, Winkleby et al. (2001) observaron que pasar de la ausencia de cambios conductuales relacionados con el consumo de alcohol mediante la intervención propuesta, los participantes del programa experimentaron diversas modificaciones a nivel cognitivo como por ejemplo su nivel de autoeficacia, expectativas sobre el resultado o el sentimiento de pertenencia a la comunidad. Graves (2003), en su revisión sistemática, añade que las intervenciones basadas en el modelo sociocognitivo ayudan a aumentar la calidad de vida percibida por los pacientes con cáncer, así como atenuar los síntomas depresivos. No obstante, el mismo autor no observó mejoría en la sintomatología de ansiedad de los enfermos de cáncer mediante intervenciones derivadas del modelo sociocognitivo.

Por último, Aliakbari et al. (2020) confirmaron que al aplicar las intervenciones basadas en el Modelo Sociocognitivo los pacientes con enfermedad pulmonar mostraban mayores niveles de autoeficacia, capacidad conductual y empoderamiento personal. Consecuentemente, los mismos pacientes aumentaron su actividad diaria a pesar de las limitaciones debidas a la enfermedad que padecían. Finalmente, Mao et al. (2024) realizaron un estudio experimental en el que confirman la eficacia de las intervenciones basadas en el Modelo Sociocognitivo con pacientes en fase preoperatoria a la hora de reducir su sintomatología de depresión y ansiedad. Asimismo, la intervención propuesta contribuyó a la percepción de una mayor calidad de vida por parte de los participantes, así como resiliencia, perseverancia y optimismo entre otros.

### 2.3. MODELO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD: PRECEDE/PROCEDE

El Modelo de Educación para la Salud es utilizado principalmente con el fin de planificar programas de intervención en la salud ya que ofrece una guía compuesta de ocho pasos para desarrollar, poner en marcha y evaluar los programas de educación y promoción de la salud (Porter, 2016). El modelo de educación para la salud parte de la base de que el diagnóstico médico precede al establecimiento del tratamiento. Por lo que propone que el diagnóstico educativo debería proceder a la aplicación de la intervención.

Al igual que el modelo sociocognitivo, fue creado en la década de los años 70 por los autores Green y Kreuter (Green et al., 1980). Más adelante, en el año 1991, el componente PROCEDE fue añadido al modelo con el objetivo de resaltar la importancia de los factores ambientales que influyen en las conductas de la salud, así como en la propia salud, tal y como señala Porter (2016). Dicho cambio surgió a raíz de una mayor concienciación a nivel social del impacto de conductas como fumar, beber alcohol, promovidas además por el contexto social como el sector industrial, la política y/o los medios de comunicación (Mokdad et al., 2004, citado en Gielen et al., 2008).

Asimismo, para dar cabida a las nuevas aportaciones del campo de la genética y extender la aplicación del modelo al desarrollo e implementación de los programas de intervención de la salud en general y no solamente de las conductas de la salud, en el año 2005 se hizo revisión y actualización del modelo. Como resultado, el modelo revisado está compuesto por cuatro fases de planificación del programa, una fase de implementación de la intervención y finalmente tres fases de evaluación del programa.

La versión actualizada del modelo otorga una mayor flexibilidad a los profesionales de la salud, ofreciendo omitir alguna de las fases propuestas si se cuenta con información previa y suficiente. Igualmente, aparte de los factores conductuales y ambientales, los factores genéticos se consideran como determinantes del estado de salud. Igualmente, el modelo subraya la necesidad de participación dinámica por parte de los receptores de los programas de intervención, otorgándoles un papel activo a la hora de establecer metas y posibles soluciones a alcanzar. Únicamente de esta manera, es posible garantizar la eficacia de los programas desarrollados (Green y Kreuter, 2005).

En la primera fase del modelo, denominada, del asesoramiento social, planificación participativa y análisis situacional, se pretende entender las necesidades, debilidades, fortalezas, y actitud hacia el cambio de la población con la que se espera trabajar.

Posteriormente, en la segunda fase, del asesoramiento epidemiológico, conductual y ambiental se empieza por la identificación de los potenciales problemas de salud, así como de los factores tanto conductuales como ambientales que pueden condicionar o mantener dichos problemas. Los factores genéticos pueden ayudar a identificar grupos de mayor riesgo frente a una enfermedad o

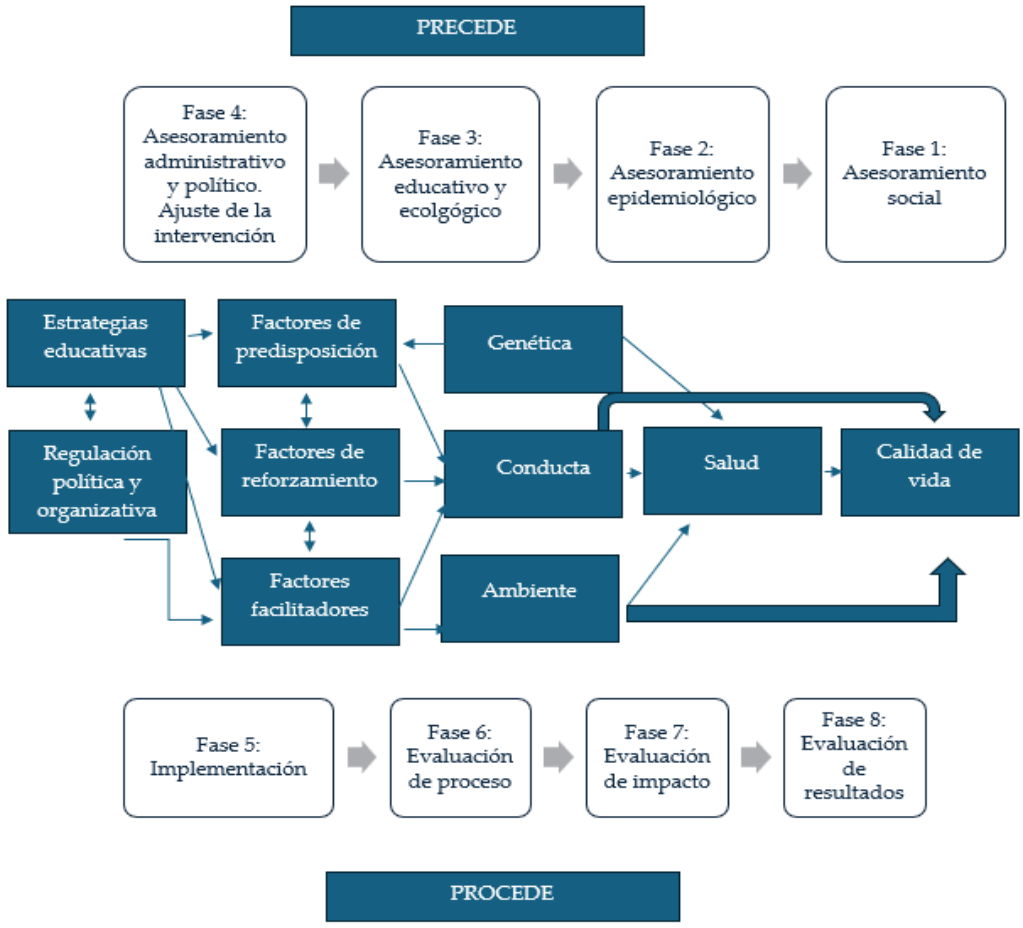
condición de salud concreta. Los factores conductuales pueden atribuirse a tres niveles diferentes. En primer lugar, se pretende establecer conductas individuales de la persona que agravan o mantienen los problemas de salud. En segundo lugar, se describen conductas de las demás personas que pueden condicionar de forma directa el comportamiento del potencial beneficiario del programa. Uno de los ejemplos de este tipo de conductas puede referirse a los padres del adolescente que fuman y guardan el tabaco en casa. En tercer lugar, se determinan las acciones llevadas a cabo a nivel administrativo, como leyes, directrices o restricciones por parte de la administración nacional y local que pueden potenciar o debilitar las conductas de la salud.

La tercera fase de la planificación se denomina el asesoramiento educativo y ecológico. Esta fase está estrechamente relacionada con la anterior y supone identificar antecedentes y reforzadores de los factores comportamentales y ambientales descritos previamente. Estos factores identificados, se agrupan en factores predisponentes, reforzadores y facilitadores que condicionan la posibilidad de que ocurran potenciales cambios a nivel ambiental y conductual.

En la cuarta fase, del asesoramiento administrativo y político y del ajuste de la intervención, es imprescindible adaptar las intervenciones propuestas a los factores determinantes del cambio identificados en las fases anteriores. En esta misma fase se pretende estudiar posibles obstáculos administrativos, así como recursos y requisitos organizativos para implementar el programa de intervención diseñado. A la hora de ajustar las intervenciones propuestas hay que considerar los elementos que pueden afectar los resultados de estas, tanto a un nivel global como individual. En primer lugar, en cuanto a los factores globales, es necesario considerar si existen algunos factores ambientales y/u organizativos que pueden dificultar la implementación del programa, limitando su eficacia. En este caso, se estima adaptar las intervenciones propuestas con el objetivo de efectuar un cambio global del entorno de la persona mediante factores facilitadores disponibles. Mientras tanto, tomando en consideración factores individuales, se espera estudiar factores personales, familiares, sociales entre otros, que pueden afectar al patrón de conducta de la persona a la que se valora aplicar el programa. En breve, el objetivo de la identificación de los factores individuales sirve para establecer intervenciones concretas para modificar factores de predisposición, de reforzamiento o facilitadores.

Las siguientes fases, de 5 a 8, se denominan implantación y evaluación del programa. En la quinta fase del modelo, el programa está preparado para su implementación. Con el fin de estipular la eficacia del programa y de analizar su implementación, es necesario planificar el proceso de evaluación de este. En las tres últimas fases dedicadas a la evaluación del modelo, se aclara si el programa cumple con el protocolo de implementación propuesto, también se estudia el cambio efectuado en los factores de predisposición, reforzamiento y facilitadores, así como, más globalmente, en factores conductuales y ambientales. Al fin y al cabo, se pretende estimar si la persona consiguió adquirir un patrón de conducta más saludable, así como incrementar su calidad de vida. Para evaluar el impacto y la eficacia que ha tenido el programa diseñado, se recomienda contrastar los resultados obtenidos con los objetivos específicos de las intervenciones establecidas en la primera fase de planificación (Gielen et al., 2008).

*Figura 2. Los elementos del Modelo de Educación para la Salud: PRECEDE/PROCEDE.*




***Nota.*** Adaptado de "Revisiting Precede–Proceed: A leading model for ecological and ethical health promotion" (Porter, 2016).

En cuanto a la aplicación de este modelo a problemas de ansiedad, Azizzadeh Pormehr y Shojaiezadeh (2019) afirman que las intervenciones educativas basadas en el Modelo PRECEDE-PROCEDE resultaron efectivas a la hora de reducir la sintomatología de ansiedad en la población sanitaria, concretamente en los enfermeros. Igualmente, los autores indican que la calidad de vida, así como la presencia de factores facilitadores, reforzadores y de predisposición de conductas saludables se vieron aumentadas después de la aplicación del programa.

Bridges et al. (2018) llevaron a cabo un estudio experimental entre la población juvenil en Estados Unidos, haciendo uso del Modelo PRECEDE-PROCEDE a la hora de incrementar la conciencia sobre problemas depresivos y suicidios en dicha población, así como sobre la forma de prevenirlos. Los mismos autores afirman que el programa resultó eficaz a la hora de mejorar la actitud de los estudiantes hacia la depresión como enfermedad y a las formas de gestionarla. No obstante, a pesar de los resultados esperanzadores, el programa no mostró resultados satisfactorios ni duraderos en los cambios sobre conocimientos de la depresión ni tampoco sobre la actitud hacía la ayuda a las personas con depresión.

En relación con los problemas de ansiedad, depresión y miedo en la población sanitaria durante la pandemia por COVID-19, Madran et al. (2024) aplicaron el Modelo de Educación de la Salud PRECEDE-PROCEDE para atenuar dicha sintomatología. Los autores señalan que el programa implementado tuvo un efecto positivo en el estado de salud mental de los profesionales sanitarios, pudiendo disminuir de forma significativa la sintomatología de ansiedad, depresión, así como del miedo. Los autores resumen que durante las epidemias sanitarias resulta especialmente importante cuidar la salud mental de los profesionales sanitarios y ofrecer una solución específica en forma de intervenciones basadas en el Modelo de Educación de la salud PRECEDE-PROCEDE.

Asimismo, el modelo PRECEDE-PROCEDE se mostró eficaz a la hora de reducir la sintomatología de depresión postparto (Beydokhti et al., 2020). Después de la aplicación de las intervenciones a un grupo de mujeres embarazadas, estos autores observaron que el riesgo de depresión después del parto disminuyó de forma significativa. Igualmente, se apreciaron cambios significativos en los factores de predisposición, reforzamiento y facilitadores entre las mujeres que recibieron intervención y las que no. Además, los autores pudieron constatar que los factores de predisposición, reforzamiento y facilitadores, junto con la calidad de vida percibida, eran los factores que más se asociaban con la depresión postparto.

Finalmente, Ranjbaran et al. (2015) indican que las intervenciones derivadas del Modelo PRECEDE-PROCEDE deberían de formar parte de los programas de rehabilitación de los pacientes con enfermedad cardiovascular debido a su eficacia a la hora de reducir problemas de sueño y mejorar la calidad del sueño. Los autores observaron que la autoeficacia percibida, así como los conocimientos acerca del

sueño se incrementaron de forma estadísticamente significativa en el grupo experimental frente al grupo control. Igualmente, los factores facilitadores y reforzadores del sueño se vieron potenciados en el grupo que recibió las intervenciones pertinentes.

### 2.4. MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO

El Modelo Transteórico del Cambio fue desarrollado con el objetivo de efectuar cambios de conducta, sirviendo de base para el desarrollo de intervenciones adecuadas (Prochaska y DiClemente, 1982). El modelo adapta el nombre de transteórico ya que adquiere e integra conceptos claves provenientes de otros modelos existentes. El modelo facilita la comprensión del proceso del cambio conductual, haciendo énfasis en las distintas fases que forman parte de este (Prochaska y Prochaska, 2010; Velicer et al., 1998).

Previo a la aparición del Modelo Transteórico del Cambio, el cambio se solía considerar como un evento único, como dejar de fumar. No obstante, este modelo ofrece una perspectiva diferente del cambio, percibiéndolo como un fenómeno temporal, compuesto por estadios que ocurren durante un periodo de tiempo dado.

La primera fase del cambio es denominada la fase de la precontemplación. En esta fase las personas no consideran el cambio de su conducta hacia conductas más saludables. Esta actitud puede deberse a la falta de información y consciencia sobre el riesgo que conlleva el patrón conductual actual. Por otro lado, puede que la persona lleve ya varios intentos fallidos de cambiar su conducta por lo que se encuentra desmotivada e incluso desmoralizada. Normalmente, las personas en esta fase del cambio suelen caracterizarse por rechazar conductas que les acercan hacia el cambio, como es la lectura sobre los efectos nocivos de la conducta o las conversaciones sobre las mismas.

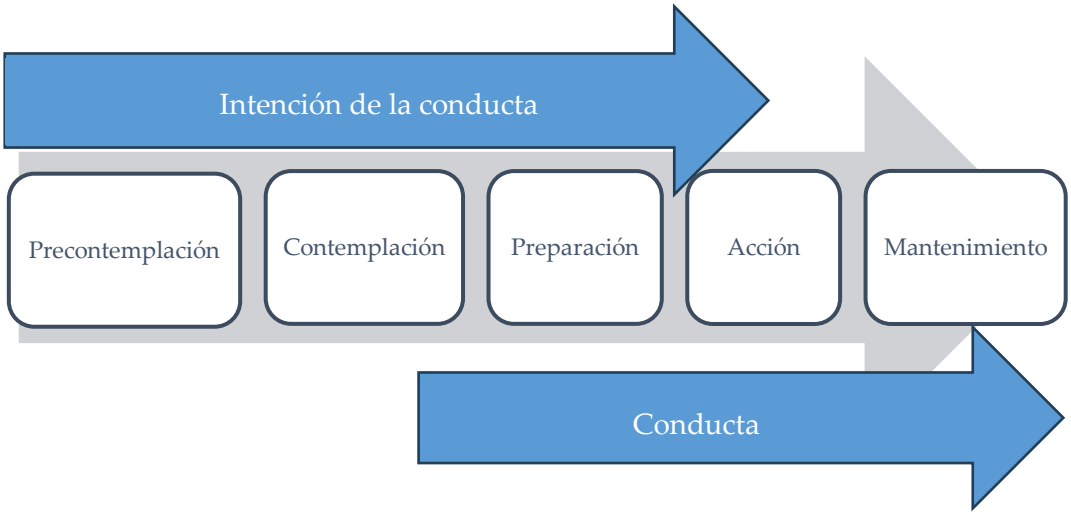
En la segunda fase propuesta por los autores (Velicer et al., 1998) denominada contemplación, se observa un cierto interés de la persona por el cambio conductual hacia una conducta saludable. Las personas empiezan a ser conscientes de los beneficios de los cambios conductuales, aunque también de las dificultades de estos. Esta etapa se caracteriza por la reflexión por parte de la persona acerca de los beneficios y limitaciones del cambio conductual. A menudo, esa reflexión puede

perdurar en el tiempo, imposibilitando la toma de acción hacia la dirección saludable.

En la siguiente fase, de preparación, la persona prepara su plan de acción, reflexionando sobre los posibles cambios inmediatos que puede efectuar. La preparación de dicho plan de acción posibilita la aparición de la siguiente fase denominada de la acción. En esta etapa la persona efectúa cambios específicos de su conducta, estilo de vida teniendo en cuenta el periodo de los últimos seis meses. No obstante, no todos los cambios conductuales son considerados como acción desde la perspectiva del Modelo Transteórico del Cambio. Solamente los cambios que verdaderamente acercan al individuo a un camino más saludable y menos arriesgado son considerados como acción. Por ejemplo, en caso de fumar, se tiene en cuenta la reducción del número de cigarrillos fumados diariamente. Igualmente, en la fase de la acción es imprescindible vigilar y prevenir las posibles recaídas en la realización de conductas saludables.

Finalmente, el modelo propone la última fase del mantenimiento. En esta fase, las personas realizan conductas saludables, aunque con una mayor frecuencia que en la fase de la acción. Al mismo tiempo hacen frente al riesgo de recaídas, desarrollando un sentimiento de autoeficacia a la hora de mantener un nuevo patrón de conducta establecido.

*Figura 3. Etapas del cambio según el Modelo Transteóretico.*




***Nota.*** Adaptado de "Detailed overview of the transtheoretical model" (Velicer et al., 1998).

A parte de las fases del cambio propuestas, el Modelo Transteórico del Cambio introduce otros conceptos complementarios, igualmente importantes para entender el proceso del cambio. De hecho, Velicer et al. (1998) proponen una serie de medidas intermedias y de resultado final que condicionan el proceso del cambio. Por ejemplo, mencionan el término de equilibrio decisivo que se refiere a la reflexión de la persona sobre los beneficios y limitaciones del cambio considerado. Tal y como señalan los autores, en la fase de precontemplación las limitaciones percibidas prevalecen sobre los beneficios encontrados. No obstante, en el transcurso de las siguientes fases del modelo esta percepción va cambiando a favor de los beneficios.

Velicer et al. (1998) resaltan además el concepto de la autoeficacia percibida al igual que algunos de los otros modelos comentados en este capítulo. La misma es considerada como clave para mantener conductas saludables, pudiendo observar su incremento conforme el individuo atraviesa diferentes fases del cambio. El término de la autoeficacia fue adaptado de la teoría de Bandura sobre la autoeficacia percibida (Bandura, 1977, 2024). El concepto de la autoeficacia

percibida está estrechamente relacionado con el concepto de tentación, entendido como el deseo de efectuar una conducta de riesgo.

Finalmente, los autores describen los componentes del proceso del cambio que determinan el modo en el que el individuo progresa hacia el cambio (Velicer et al., 1998). Entre estos componentes se encuentran los procesos experimentales, así como conductuales. Entre los procesos experimentales que facilitan el cambio se encuentran la incrementación de la conciencia sobre conductas de riesgo y las formas de modificarlas. Igualmente, bajo la categoría de procesos experimentales se encuentran la excitación emocional, por ejemplo, ante las conversaciones o campañas sociales sobre conductas de riesgo de particulares, así como la autoevaluación y la revaluación social, pudiendo facilitar la aparición de ideas en contra de las conductas de riesgo. Por último, las oportunidades ambientales, tales como la presencia de grupos de apoyo para las adicciones son considerados como parte integral de los procesos experimentales del cambio. Entre los procesos cognitivos que determinan el cambio se encuentra el control de los estímulos, como por ejemplo deshacerse de objetos asociados con el hábito de fumar. Igualmente, el establecimiento de relaciones que facilitan el apoyo, el auto reforzamiento de conductas saludables y la involucración en actividades que sustituyen conductas de riesgo, también se consideran elementos claves dentro de los procesos conductuales que determinan el cambio. Finalmente, comprometerse con uno mismo a la eliminación de conductas de riesgo es el último elemento cognitivo del proceso del cambio.

En cuanto a la evidencia de la aplicación del Modelo Transteórico del Cambio, Hashemzadeh et al. (2019) realizaron una importante revisión sistemática analizando los estudios que aplicaron el modelo con el objetivo de efectuar cambios conductuales para prevenir la aparición de enfermedades crónicas. Los autores indican que la mayoría de los estudios analizados resaltan los beneficios sobre la aplicación de las intervenciones derivadas del Modelo Transteórico del Cambio, constatando la eficacia de estos a la hora de promocionar conductas saludables y de prevenir enfermedades crónicas.

Tshoh y Hall (2004) enfocaron su análisis de aplicación del Modelo Transteórico del Cambio a los trastornos depresivos de las personas fumadoras. Dichos autores, observaron que la sintomatología depresiva actual afectaba de forma significativa la percepción de los beneficios relacionados con el cambio del

hábito de fumar, el nivel de tentación por fumar habitualmente, así como algunos de los componentes del proceso del cambio.

Li et al. (2020) realizaron un estudio experimental en el que aplicaron intervenciones basadas en el Modelo Transteórico del Cambio junto con la entrevista motivacional a los pacientes hospitalizados con enfermedad coronaria para disminuir la sintomatología depresiva en dicho colectivo. Los autores afirmaron la eficacia de las intervenciones derivadas del modelo comentado a la hora de disminuir la sintomatología de la depresión, además de facilitar el progreso en las fases del cambio, así como incrementar la percepción de los beneficios y la autoeficacia por parte de los pacientes.

Huang et al. (2021) evaluaron un grupo de participantes que provenían de China y que sufrían depresión. Los autores constataron que la mayoría de los participantes, concretamente el 33,10% de la muestra, se encontraba en la fase de precontemplación sin llevar a cabo acciones de autoayuda para la depresión. Los autores añaden además que el sexo, así como el rol familiar y el nivel educativo son factores importantes que se asocian con el proceso de cambio. Las mujeres con un mayor nivel educativo y un mejor funcionamiento familiar tendían a realizar más acciones conductuales y cognitivas al autogestionar problemas depresivos lo que facilitaba el proceso de cambio.

En cuanto a los trastornos de ansiedad, Carter-Sand (2003) estima que la identificación de la fase del cambio en la que se encuentra el paciente antes de recibir adecuadas intervenciones psicológicas para problemas de ansiedad no fue un factor significativo para predecir el transcurso de la terapia. Más precisamente, este autor evaluó si la fase actual del cambio determinaba si el paciente finalizaba la terapia antes de lo establecido, si terminaba la terapia según las recomendaciones del psicólogo o si prolongaba la terapia. No obstante, los resultados demostraron que el modo de conclusión de la terapia psicológica estaba más relacionado con el estatus laboral y con algunos aspectos sociodemográficos del paciente que con las fases del cambio establecidas por el Modelo Transteórico del Cambio.

Finalmente, Hui y Grander (2015) aportan una perspectiva novedosa sobre el impacto de los problemas de sueño en las fases del cambio propuestas por el Modelo Transteórico. Estos mismos autores observaron que los problemas de sueño experimentados por parte de las personas aumentan de forma estadísticamente significativa la probabilidad de iniciar cambios conductuales

hacia una mejor higiene del sueño, involucrándose en la fase de contemplación y de acción. No obstante, a pesar de los resultados iniciales satisfactorios, Hui y Grander (2015) añaden que los mismos problemas del sueño disminuyen la probabilidad de que los cambios conductuales relacionados con el sueño se mantengan en el tiempo. Por lo tanto, desde el punto de vista de la eficacia de la aplicación del Modelo Transteórico del Cambio esta aportación resulta primordial, resaltando la importancia de incluir el componente de problemas del sueño para obtener mejores resultados a la hora de modificar estilos de vida y patrones de conducta en la población general.

### 2.5. MODELO DIÁTESIS – ESTRÉS

Este modelo fue originalmente desarrollado en los años 60 para entender la etiología de la esquizofrenia (Bleuler, 1963, citado en Colodro-Conde et al., 2018) y posteriormente fue adaptado a otros trastornos mentales como, por ejemplo, la depresión (Bebibngton, 1987, citado en Colodro-Conde et al., 2018). Este modelo subraya que el estrés puede incrementar la susceptibilidad y la vulnerabilidad del individuo ante una enfermedad mental especifica, convirtiendo la predisposición de una persona a padecer algún trastorno, en un problema real (Zuckerman, 1999).

Rosenthal (1970, citado en Walker y Diforio, 1997) fue uno de los representantes más importantes del Modelo Diátesis – Estrés, divulgando la idea sobre el impacto del estrés en la aparición de manifestaciones conductuales de la esquizofrenia que tenían su origen en la vulnerabilidad biológica de la persona. En breve, el Modelo Diátesis – Estrés asume que la vulnerabilidad inicial de los individuos, si además es acompañada de factores ambientales estresantes, puede convertirse en algún trastorno mental. En cambio, Hammen (1991), adaptó el Modelo Diátesis – Estrés a los trastornos depresivos observando que las mujeres referían sufrir más factores estresantes dependientes los cuales aumentaban la probabilidad de desarrollar depresión. No obstante, el mismo autor añade que las personas que actualmente no presentaban problemas depresivos seguían presentando un alto nivel de factores estresantes dependientes.

Eberhart y Hammen (2010) estudiaron el efecto mediador del estrés relacionado con el conflicto interpersonal sobre la asociación entre los diferentes tipos de interacción en una relación amorosa como el apego, la dependencia o la

búsqueda de consuelo y los síntomas depresivos desde la perspectiva propuesta por el Modelo Diátesis – Estrés. No obstante, estos autores no encontraron ninguna relación estadísticamente significativa entre el estrés derivado del conflicto en la pareja y los diferentes tipos de interacción a la hora de predecir la aparición de síntomas depresivos.

Es importante resaltar que numerosos estudios afirman la relación entre los factores estresantes derivados de acontecimientos adversos y los síntomas depresivos (Hammen, 2005; Stroud et al., 2008). Tal y como propone Mazure (1998), se estima que alrededor de la mitad de los pacientes que sufren problemas depresivos experimentaron acontecimientos adversos previamente. Igualmente, se observa que existen personas que atraviesan situaciones estresantes, aunque no terminan de desarrollar problemas depresivos a posteriori (Elisei et al., 2013). Este tipo de observaciones encuentran explicación en las propuestas teóricas del Modelo Diátesis – Estrés, donde la aparición de trastornos mentales depende de la relación especifica entre la vulnerabilidad del individuo de sufrir un problema mental especifico y la intensidad de los factores estresantes experimentados (Hammen, 2005; Stroud et al., 2008).

Recientemente, Arnau-Soler et al. (2019) y Colodro-Conde et al. (2018) afirmaron que las personas con predisposición genética heredada del trastorno mayor de depresión y que además atraviesan acontecimientos adversos están particularmente expuestos al riesgo de padecer trastorno depresivo. Dicho riesgo está relacionado con la interacción mencionada por ambos grupos de investigadores, que tiene lugar entre los factores ambientales y genéticos que además intensifica el riesgo de padecer enfermedad mental. Arnau-Soler (2019) especifican que la relación entre los factores ambientales y la predisposición genética para el desarrollo de la depresión fue significativa solamente entre las personas que experimentaron algunos acontecimientos estresantes en los últimos seis meses. Tal y como era de esperar y de acuerdo con lo propuesto por el Modelo Diátesis – Estrés, tampoco se encontró esta relación en las personas que no referían atravesar acontecimientos negativos. Igualmente, el efecto diátesis fue significativamente más elevado en las personas que referían un importante número de acontecimientos negativos en su vida. No obstante, tal y como indican los autores, hacen falta más estudios para verificar las conclusiones acerca de las interacciones entre la predisposición genética al trastorno depresivo mayor y los

acontecimientos vitales estresantes ya que algunos resultados todavía provocan confusión. Por ejemplo, en el caso de las personas que no referían sufrir acontecimientos estresantes en los últimos seis meses, la predisposición genética aumentaba el riesgo de padecer trastorno depresivo en los hombres, pero en las mujeres actuaba como un factor protector del mismo (Arnau-Soler et al., 2019).

En cuanto a los problemas de ansiedad, Brozina y Abela (2006) observaron que basándose en los principios del Modelo Diátesis – Estrés, los niños en edad escolar que sufrían de algún tipo de dificultad en el entorno académico a lo largo de las seis últimas semanas, se mostraban más propensos a inhibir su conducta y en consecuencia a desarrollar síntomas de ansiedad. Esta relación entre dificultades escolares y conductas de inhibición aumentadas no provocaba un incremento de la sintomatología depresiva en la población juvenil.

En cambio, Reinelt et al. (2013) señalan que el Modelo Diátesis – Estrés puede ayudar a explicar el desarrollo del trastorno de ansiedad social en la población general. Estos autores llevaron a cabo un estudio en el que evaluaron la presencia del neurotransmisor de la serotonina 5-HTTLPR, así como del maltrato emocional por parte de los cuidadores en la infancia. Al fin y al cabo, Reinelt et al. (2013) concluyen que de acuerdo con las aportaciones del Modelo Diátesis – Estrés, se puede considerar que el factor genético relacionado con el neurotransmisor especifico en el genotipo, así como la presencia de los factores estresantes en la infancia derivados del maltrato emocional, actúan como importantes factores de riesgo del trastorno de ansiedad social. Igualmente, las mujeres y las personas jóvenes estaban más propensas a sufrir implicaciones negativas entre los factores genéticos y los acontecimientos estresantes en la infancia.

Asimismo, Xu et al. (2019) llevaron a cabo un estudio entre un grupo de adolescentes. Precisamente, los autores analizaron si la actividad del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal en relación con los factores estresantes, puede ayudar a explicar el desarrollo de sintomatología de depresión, ansiedad o estrés. La actividad del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal fue evaluada a través de los niveles de cortisol en el pelo de los participantes. Los autores observaron que los niveles de cortisol en el pelo, en presencia de acontecimientos estresantes en el ámbito educativo de los adolescentes, determinaban de forma estadísticamente significativa la percepción de síntomas depresivos, ansiosos y de estrés de los participantes. Es interesante apuntar que Xu et al. (2019) observaron que los altos

niveles de cortisol en presencia de acontecimientos negativos actuaban como un significativo factor de riesgo de síntomas depresivos de acuerdo con lo establecido por el Modelo Diátesis – Estrés. Esta observación se aplicaba solamente a los acontecimientos particularmente estresantes. En caso de acontecimientos moderadamente estresantes, los autores no identificaron diferencias significativas en cuanto a síntomas depresivos en función del nivel de cortisol de los alumnos. Dichas aportaciones no fueron identificadas para los síntomas de ansiedad y de estrés.

Cox et al. (2020) analizaron la relación entre la susceptibilidad de las personas a la aversión y la ansiedad del COVID-19 en la población general. Los resultados demuestran que la susceptibilidad elevada a la aversión se relacionaba de forma estadísticamente significativa con la ansiedad del COVID-19 y consecuentemente con una mayor aplicación de medidas de seguridad ante la pandemia. De acuerdo con los supuestos teóricos del Modelo Diátesis – Estrés, la exposición a acontecimientos estresantes y la percepción subjetiva del estrés experimentado eran los factores moderadores de dicha relación. De este modo, principalmente las personas con susceptibilidad elevada a la aversión y que además referían experimentar altos niveles de estrés mostraban altos niveles de ansiedad por COVID-19.

Asimismo, Drake et al. (2014) señalan además que la susceptibilidad del sueño al estrés actúa como la diátesis del insomnio. Precisamente, los acontecimientos negativos, así como las intrusiones cognitivas derivadas de los mismos, fueron identificados como importantes factores moderadores del riesgo de insomnio al año siguiente en la población general. Además, los autores midieron el rasgo de la susceptibilidad del sueño al estrés de los participantes y constataron que el mismo, aumenta de forma estadísticamente significativa el riesgo de insomnio. Además, el rasgo de susceptibilidad del sueño al estrés aumentaba la frecuencia de intrusiones cognitivas frente a situaciones estresantes y consecuentemente el riesgo de insomnio. Igualmente, la susceptibilidad del sueño del individuo a los acontecimientos estresantes se asociaba de forma estadísticamente significativa con síntomas depresivos, actuando como un importante factor de riesgo de depresión en el periodo de dos años consecutivos.

A pesar de la importancia que se está dando al Modelo Diátesis – Estrés en las investigaciones actuales, faltan estudios que evalúen su aplicación en la

población sanitaria. Los estudios recientes realizados dentro del contexto sanitario suelen centrarse más en los pacientes que en los proveedores de las intervenciones sanitarias. Por ejemplo, las aportaciones de Edmondson et al. (2014) apoyan la aplicación del Modelo Diátesis – Estrés del estrés postraumático en pacientes con síndrome coronario agudo. Estos autores observaron que los pacientes con el síndrome coronario agudo, que además sufren de síntomas depresivos, reaccionan más intensamente a la experiencia estresante de estar ingresado en la unidad de urgencias hospitalarias concurrida. Es más, los pacientes que mostraban síntomas depresivos o contaban con historia previa de la enfermedad, además de frecuentes ingresos en la unidad de urgencias hospitalarias, mostraban una mayor severidad de estrés postraumático.

En conjunto, los modelos revisados permiten abordar la salud mental desde perspectivas complementarias. Mientras que el Modelo de Creencias de la Salud y el Modelo Sociocognitivo enfatizan los procesos cognitivos y motivacionales individuales, el Modelo PRECEDE-PROCEDE introduce una visión ecológica y estructural del cambio conductual, y el Modelo Transteórico describe su progresión temporal. Por su parte, el Modelo Diátesis-Estrés aporta un marco explicativo para comprender la interacción entre vulnerabilidad individual y exposición a factores estresantes. Esta articulación de enfoques resulta especialmente pertinente para analizar la salud mental de los profesionales sanitarios, un colectivo expuesto simultáneamente a demandas ambientales elevadas y a procesos cognitivo-emocionales que modulan su respuesta ante el estrés.

Desde una perspectiva metodológica, estos marcos conceptuales orientan la selección de variables y la interpretación de los resultados del presente trabajo. Constructos como la autoeficacia percibida, la percepción de barreras, la progresión en las fases del cambio o la interacción entre predisposición individual y estresores contextuales permiten delimitar los mecanismos psicológicos implicados en la aparición y mantenimiento de sintomatología ansiosa, depresiva y de insomnio en profesionales sanitarios. De este modo, los modelos expuestos no solo ofrecen una base explicativa, sino que fundamentan la lógica interpretativa de los estudios empíricos desarrollados en la presente tesis doctoral.

# III - FACTORES DE RIESGO PARA LA AFECTACIÓN DE LA SALUD MENTAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

## 3.1. FACTORES PERSONALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS

### 3.1.1. Sexo y edad

Sin lugar a duda, el factor de riesgo de los problemas mentales de los profesionales sanitarios más destacado en la literatura científica actual hace referencia al sexo. Las aportaciones actuales indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres que trabajan en el ámbito sanitario en cuanto a la severidad de las diferentes psicopatologías.

Misganaw et al. (2024), Wang et al. (2023) y Yao et al. (2020) señalan que el sexo femenino es el grupo con mayor malestar psicológico entre los profesionales sanitarios. Lee et al. (2023) en una revisión sistemática concluyeron que el sexo femenino es un factor de riesgo de problemas de salud mental en los profesionales sanitarios. Es posible que esta tendencia esté relacionada con los diferentes niveles de resiliencia psicológica entre los hombres y las mujeres, tal y como proponen Azoulay et al. (2024). Precisamente, estos autores observaron una mayor resiliencia psicológica entre los profesionales sanitarios masculinos frente a los trastornos de ansiedad, depresión y estrés postraumático.

Al Mahyijari et al. (2021) profundizan aún más en este fenómeno y apuntan que el sexo femenino es un importante factor de riesgo de la ansiedad, observando una diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones medias obtenidas en la escala de ansiedad por los trabajadores sanitarios femeninos y masculinos. Según estos autores, las mujeres mostraban más sintomatología moderada y severa de ansiedad que los hombres en el ámbito sanitario. Pazmiño Erazo et al. (2021) también aportan evidencia sobre la asociación significativa entre el sexo femenino y la mayor propensión a desarrollar sintomatología de ansiedad.

Similarmente, múltiples autores coindicen que el sexo femenino actúa como un factor de riesgo de ansiedad y de depresión en la población sanitaria (Azoulay, Cariou et al., 2020; Costa et al., 2023; Ding et al., 2024; Elbay et al., 2020; Lu et al., 2020; Şahin et al., 2020; Umbetkulova et al., 2024; Zhang et al., 2020). Asimismo, Cunill Olivas et al. (2020) afirman que el sexo femenino actúa como un indudable

factor de riesgo en la depresión y la ansiedad, así como en la presencia de dolencias físicas entre los profesionales sanitarios. Además, estos autores también encontraron una relación significativa entre la sintomatología de depresión y ansiedad con los problemas somáticos. Por su parte, Gupta et al. (2021) y Morawa et al. (2023) hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y mujeres en el ámbito sanitario únicamente en problemas de ansiedad, pero no de depresión.

Erquicia et al. (2020) y Habtu et al. (2024) identificaron el sexo femenino como un significativo factor de riesgo de depresión, ansiedad y estrés entre los profesionales sanitarios. Igualmente, Khajuria et al. (2021) y Mohamed et al. (2024) vincularon el sexo femenino como factor de riesgo de depresión y Badahdah et al. (2021) y Youssef et al. (2020) apuntaron que el sexo femenino fue un destacable factor de riesgo de ansiedad y estrés entre los profesionales sanitarios. También se ha especificado que ser mujer aumenta el riesgo de padecer estrés en la población sanitaria (Babore et al., 2020; Couarraze et al., 2021; Podder et al.,2020; Waich et al. 2023). Adicionalmente, Hong et al. (2021) también determinaron que el sexo femenino es un factor de riesgo de problemas somáticos, pero no de depresión, ni ansiedad.

Por último, varios autores apuntan que el género femenino constituye un importante factor de riesgo para el insomnio. Las mujeres parecen sufrir una sintomatología de insomnio más acentuada que los hombres (Abdulah y Musa, 2020; Ali et al., 2021; Blekas, 2020; Ding, Wang, et al., 2024; Şahin et al., 2020; Sikaras et al., 2023; Vitale, 2021; Umbetkulova et al., 2024; Zhan et al., 2020).

No toda la evidencia disponible apunta a la mujer como el grupo con mayor riesgo. Chen et al. (2021) y Grasmann et al. (2024) no relacionaron el sexo como un factor de riesgo de ansiedad y depresión entre los profesionales sanitarios. Las aportaciones de estos autores coinciden, por un lado, con las de Saricam (2020) quien tampoco observó diferencias significativas entre los hombres y las mujeres en cuanto a su vulnerabilidad a desarrollar sintomatología de ansiedad ante la enfermedad de COVID-19. Por otro lado, en Al Mahyijari et al. (2021) tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la ansiedad. En lo que respecta al insomnio, también hay estudios que no observan diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres en este sentido (Yang et al., 2024).

Liu et al. (2020) tras evaluar a un grupo de médicos especialistas en pediatría, refieren que ser hombre constituye un factor de riesgo de estrés. Los médicos varones presentaban niveles de estrés significativamente más elevados que las mujeres. Esta aportación coincide con las indicaciones de Song et al. (2020) según las cuales el sexo masculino se asociaba con un mayor riesgo de depresión y estrés postraumático.

Es importante añadir que Fattori et al. (2023) realizaron un interesante estudio longitudinal en el que observaron que el sexo femenino perdió su importancia como factor de riesgo de problemas mentales en los profesionales sanitarios conforme transcurrían las diferentes fases de la pandemia por COVID-19. De hecho, en el segundo año de la pandemia, no fue identificado como un factor significativo de los problemas mentales en la población sanitaria lo cual nos aporta un dato que merece la pena tener en mayor consideración.

En cuanto a la edad como factor de riesgo de los problemas de salud en la población sanitaria, Lu et al. (2024) señalan que tener una edad entre 35 y 40 años constituye un importante factor de riesgo de depresión entre los profesionales sanitarios. Las personas de esta franja de edad presentaban un riesgo 2,48 veces mayor de presentar síntomas depresivos que los profesionales sanitarios de otras edades. Eso, tal y como proponen los autores puede atribuirse a la mayor carga de trabajo de los trabajadores entre 35 y 40 años, que, a menudo, se encuentra acompañada por el cumplimiento de roles familiares (Odachi et al., 2022).

Sun et al. (2021) especifican que los trabajadores sanitarios con más de 45 años mostraban menos riesgo de padecer depresión que los trabajadores jóvenes de menos de 30 años. Esta observación coincide con la de Song et al. (2020) según los cuales tener una edad media entre 26 y 30 años aumenta el riesgo de depresión entre la población sanitaria. En cambio, Hariri et al. (2023) apuntaron que los médicos con una edad más avanzada, entre 50 y 59 años, mostraban un mayor riesgo de sufrir depresión que los trabajadores jóvenes. Estos resultados están apoyados por Şahin et al. (2020) quienes observaron que conforme aumentaba la edad de los profesionales sanitarios, el riesgo de depresión era mayor. Otros estudios como el de Morawa et al. (2023) sitúan a los médicos entre 18 y 50 años como aquellos con un mayor riesgo de depresión, aunque no de ansiedad, en comparación con los trabajadores de edad superior a 50 años.

Chatterjee et al. (2020) también hallaron una relación estadísticamente significativa entre sintomatología depresiva y edad en los profesionales sanitarios. Coincidiendo con la mayoría de las aportaciones actuales, ser joven actúa como un factor de riesgo de depresión, siendo los trabajadores sanitarios jóvenes los más expuestos a desarrollar problemas psicológicos de estado de ánimo. Al mismo tiempo, la edad no fue identificada como factor de riesgo de ansiedad y estrés en la misma población por este grupo de investigadores.

Adicionalmente, Abdulah y Mohammed (2020) indican que la edad y la experiencia laboral conjuntamente actuaban como importantes factores moderadores de la severidad del estrés en los médicos. Estos autores observaron que conforme aumentaba la edad y simultáneamente la experiencia profesional de los médicos, el riesgo de sufrir estrés disminuía. Contrariamente, conforme aumentaba el tiempo de trabajo con pacientes contagiados o en sospecha de estar contagiados por el COVID-19, los niveles de estrés se incrementaban. Al Mahyijari et al. (2021), al igual que Abdulah y Mohammed (2020) observaron que los profesionales sanitarios con una edad más avanzada presentaban menos sintomatología de estrés que los demás compañeros sanitarios más jóvenes.

En lo relativo a la edad y su impacto sobre el estrés de los trabajadores sanitarios, Liu et al. (2020) determinaron que tener entre 31 y 60 años aumenta el riesgo de estrés entre los profesionales sanitarios. Más específicamente, Sorokin et al. (2020) observaron que los profesionales sanitarios jóvenes con una media de edad de 37 años se mostraban más vulnerables al estrés que los compañeros de trabajo con una edad más avanzada.

Azoulay, Cariou et al. (2020) y Elbay et al. (2020), proponen que la edad actúa como un factor moderador de ansiedad y depresión en la población sanitaria, siendo las personas jóvenes, más vulnerables para desarrollar problemas mentales de este tipo. Asimismo, Gupta et al. (2021) especificaron que los trabajadores sanitarios jóvenes entre 20 y 35 años presentan una mayor susceptibilidad a padecer ansiedad y depresión, por lo que identificaron la edad como un importante factor de riesgo de ambos trastornos. Youssef et al. (2020) indicaron que los profesionales sanitarios jóvenes se mostraban más vulnerables frente a la depresión y ansiedad, pero también al estrés.

Ser joven también fue identificado por Umbetkulova et al. (2024) como un factor de riesgo de ansiedad, depresión e insomnio. Estos autores propusieron que

tener una edad menos avanzada correlacionaba de forma estadísticamente significativa con una menor resiliencia psicológica (Miguel-Puga et al., 2021), lo cual puede ayudar a entender la importancia de la edad en el desarrollo de los problemas mentales. Alsaraireh et al. (2024) observaron que los enfermeros y las matronas en la franja de edad entre los 31 y los 40 años eran los más vulnerables frente a problemas de ansiedad, depresión y estrés.

En cuanto al insomnio, Dong et al. (2021) señalaron que los profesionales sanitarios con una edad avanzada estaban más propensos a desarrollar sintomatología de insomnio. Similarmente, Su et al. (2024) identificaron que los profesionales sanitarios jóvenes, de entre 16 y 25 años mostraban un menor riesgo de problemas de sueño. En definitiva, múltiples estudios concluyen que los síntomas de insomnio eran más acentuados en la población sanitaria joven (Ali et al., 2021; Elkholy et al., 2020; Li et al. 2024; Othman et al. 2023).

No todos los estudios realizan estas asociaciones en la misma dirección. Saricam (2020) observó que tener una edad avanzada se relacionaba con sintomatología más severa de ansiedad entre los profesionales sanitarios. Esta observación destaca y difiere frente a la mayoría de las aportaciones actuales comentadas previamente.

A pesar de las discrepancias señaladas, en su conjunto, la literatura muestra una tendencia relativamente consistente a identificar el sexo femenino y la edad más joven como factores asociados a una mayor vulnerabilidad psicológica en el ámbito sanitario. No obstante, la presencia de resultados contradictorios sugiere que estos factores pueden estar modulados por variables contextuales, culturales y organizativas, así como por diferencias metodológicas entre estudios. Por ello, su interpretación debe realizarse con cautela, evitando asumir una relación unívoca entre dichas variables sociodemográficas y el desarrollo de sintomatología psicopatológica.

### 3.1.2. Estructura familiar

Chen et al. (2021) especifican que los profesionales sanitarios que contaban con un familiar que necesitaba recibir cuidados necesarios debido al contagio por el COVID-19 mostraban más síntomas de ansiedad. Identificaron el hecho de tener a un miembro de la familia pendiente de recibir ayuda y cuidados necesarios, como

un factor de riesgo de la ansiedad en los profesionales sanitarios. Según Wang et al. (2023), los enfermeros que vivían con sus familiares mostraban mayores niveles de ansiedad.

Han et al. (2020) y Hariri et al. (2023) coinciden en que el hecho de convivir con los hijos en casa es un factor de riesgo para la salud mental de la población sanitaria. Estos autores apuntan que la convivencia con los niños actúa como un factor de riesgo de depresión y ansiedad. Además, tener que cuidar a algún miembro de la familia mayor de edad también parece agravar la severidad de la sintomatología de ansiedad y depresión de los profesionales sanitarios. De hecho, cuidar de algún miembro de la familia vulnerable, ya sea menor de edad o al contrario una persona anciana, propiciaría la aparición de sintomatología de ansiedad y depresión entre los profesionales sanitarios.

Erquicia et al. (2020) también observaron que los profesionales sanitarios que convivían con sus hijos menores de edad presentaban un alto nivel de malestar psicológico, desarrollando más sintomatología de ansiedad, depresión y estrés que los demás trabajadores sanitarios. Esta idea está apoyada tanto por Holton et al. (2020), quienes confirman que convivir con hijos en edad escolar se relaciona con una mayor sintomatología de depresión, ansiedad y estrés, como por Saricam (2020), quienes indican que tener un hijo aumenta el riesgo de desarrollar también sintomatología de ansiedad entre los profesionales sanitarios.

De nuevo, no todas las observaciones con estas variables apuntan en la misma dirección. Elbay et al. (2020) identifican el hecho de tener un hijo por parte de los trabajadores sanitarios como un factor de protección de la ansiedad, depresión y estrés y no de riesgo tal y como establecen los demás autores citados previamente.

En cuanto al estado civil, estar soltero fue identificado como un factor de riesgo de depresión, incrementando la predisposición de padecer sintomatología depresiva entre la población sanitaria (Azoulay, Cariou et al., 2020; Mohamed et al., 2023). Sun et al. (2021) especificaron que los profesionales sanitarios casados se mostraban menos propensos a desarrollar sintomatología severa de depresión y Elbay et al. (2020) y Hariri et al. (2023) observaron que ser soltero actuaba como un factor de riesgo de depresión y ansiedad. Song et al. (2020) añaden que estar soltero, divorciado o viudo es un factor de riesgo de depresión, y además de estrés postraumático, en comparación con los profesionales sanitarios casados.

En línea con lo expuesto anteriormente, aunque aportando resultados ligeramente diferentes, Hong et al. (2021) observaron que el hecho de estar casado actúa como factor de protección de ansiedad en la población sanitaria pero no de depresión y de problemas somáticos. Las observaciones de Hong et al. (2021) coinciden con las de Gupta et al. (2021). Según estos autores, las personas solteras presentaban un mayor riesgo, solamente de ansiedad, y no de depresión.

Elbay et al. (2020) defienden que los profesionales sanitarios solteros se mostraron más vulnerables a la hora de desarrollar problemas de ansiedad, depresión y estrés en comparación con los profesionales sanitarios casados. Mientras tanto, Podder et al. (2020) indican que estar soltero aumenta el riesgo de padecer estrés entre los profesionales sanitarios. Igualmente, no convivir con la pareja también fue señalado como un factor de riesgo ante el insomnio (Ali at al., 2021).

En contraposición, Babore et al. (2020) no observaron diferencias significativas entre los trabajadores sanitarios casados y solteros en cuanto a la sintomatología del estrés, por lo que no destacaron ningún factor de riesgo de estrés relacionado con el estado civil de la población sanitaria. Badahdah et al. (2021) coincide con estas conclusiones ya que tampoco encontraron diferencias significativas entre los profesionales sanitarios casados y solteros en cuanto a la severidad de la sintomatología de ansiedad y de estrés. Saricam (2020) tampoco observó diferencias significativas entre los profesionales sanitarios solteros y casados en cuanto a la predisposición de desarrollar sintomatología de ansiedad al COVID-19.

Como se ha mencionado en otros apartados, los resultados de los distintos estudios pueden llegar a ser contradictorios. Por ejemplo, Huang et al. (2020) establecen que estar soltero disminuye el riesgo de padecer problemas de estrés entre los profesionales sanitarios, mientras que Sorokin et al. (2020) indicaron que estar casado se asociaba con un mayor riesgo de desarrollar sintomatología de estrés entre los profesionales sanitarios. Youssef et al. (2020) señalan que los trabajadores sanitarios casados solían desarrollar más sintomatología de ansiedad, depresión y estrés, por lo que subrayan la condición de estar casado como factor de riesgo de estos trastornos psicopatológicos. Dong et al. (2021) señalan también que estar casado actúa como un factor de riesgo para el insomnio. Por su parte, según

Yao et al. (2020), los trabajadores sanitarios casados mostraban un mayor riesgo de malestar psicológico en comparación con las personas solteras.

### 3.1.3. Historia previa de salud

Como indican Şahin et al. (2020), los profesionales sanitarios con historia previa de padecer alguna enfermedad mental mostraban un mayor riesgo de desarrollar sintomatología depresiva, de ansiedad y de insomnio. Elbay et al. (2020) y Habtu et al. (2024) identificaron la condición de padecer alguna enfermedad crónica como un potente factor de riesgo de depresión, estrés y ansiedad en la población sanitaria. Es más, se contrastó que sufrir problemas de sueño puede potenciar la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés, actuando como un factor de riesgo adicional (Habtu et al., 2024).

Dobson et al. (2021) identificaron el hecho de contar con una historia previa de alguna enfermedad psiquiátrica como un factor de riesgo de depresión y burnout. Estos autores especifican además que los trabajadores sanitarios con edad más avanzada solían referir menos diagnósticos previos de trastornos psiquiátricos. Este dato parece de especial importancia ya que aporta una visión complementaria a la relación significativa encontrada entre la edad y los síntomas de salud mental de los profesionales sanitarios descritos en este capítulo.

La evidencia parece señalar una relación positiva entre el insomnio y el hecho de padecer alguna enfermedad crónica por parte de los profesionales sanitarios (Aslan y Dinc, 2022; Du et al., 2022; Zhan et al., 2020). Padecer alguna enfermedad psiquiátrica (Şahin et al, 2020) y/u orgánica (Lu et al., 2020; Zhang et al., 2020) está relacionado con una mayor prevalencia de insomnio. En línea con lo expuesto, Chen et al. (2024) observaron que los médicos con alguna enfermedad crónica presentaban un mayor riesgo de insomnio. No obstante, los autores no encontraron una relación parecida entre insomnio y enfermedad crónica entre los enfermeros. Además, identificaron que sufrir de dolor crónico constituye un factor de riesgo de insomnio tanto entre los médicos como en los enfermeros.

Padecer depresión fue un importante factor de riesgo para el insomnio, ya que los profesionales sanitarios con sintomatología depresiva sufrían de insomnio seis veces más severo que los sanitarios sin esta patología comórbida (Ali at al., 2021). Por otro lado, el aumento de estrés en los profesionales sanitarios conlleva

un peor pronóstico para el insomnio, llegando a convertirse en un importante factor de riesgo (Abdulah y Musa, 2020; Du et al., 2022; Shen et al., 2021). El impacto del estrés sobre el insomnio se puede ver atenuado por un alto nivel de esperanza, autoeficacia, optimismo, apoyo organizacional percibido y un adecuado capital psicológico por parte de los profesionales sanitarios (Du et al., 2022). También se ha señalado una relación positiva entre insomnio y ansiedad (Liu et al., 2024; Shen et al., 2021), así como entre insomnio y cansancio. Tanto la ansiedad, como el cansancio significativo pueden facilitar la aparición de la sintomatología del insomnio (Liu et al., 2024). Blekas (2020) indican que sufrir de estrés postraumático puede contribuir al desarrollo de sintomatología del insomnio. No obstante, el insomnio también puede actuar como un factor de riesgo ante otros trastornos mentales como la depresión (Ali et al., 2021; Kandemir et al.; 2021; Mao, Dong et al., 2023), la ansiedad (Ali et al., 2021; Mao, Dong et al., 2023) y burnout (Mao, Lin et al., 2023). Aslan y Dinc (2022), Dong et al. (2021), Mokros et al. (2021) y Zhan et al. (2020) especifican que existe una relación positiva entre la severidad del insomnio y la ansiedad por coronavirus y, Khanal et al. (2020) indican que el hecho de haber tomado medicación para alguna enfermedad mental previo a la pandemia estaba relacionado con una mayor prevalencia del insomnio en los profesionales sanitarios.

No hay lugar a dudas de que una historia previa de enfermedad puede condicionar la evolución de síntomas psicopatológicos entre los profesionales sanitarios. Mohamed et al. (2024) apuntaron que contar solamente con algún miembro familiar con historia de enfermedad mental, actúa como un factor de riesgo de depresión entre los profesionales sanitarios. Cabe destacar en este punto que padecer alguna enfermedad crónica o psiquiátrica aumenta el riesgo de suicidio entre los médicos (Khalili et al., 2024).

En cuanto al estado de salud percibido, Lu et al. (2020), así como Zhang et al. (2020) señalan que las personas sanitarias que calificaban su estado de salud como malo estaban más predispuestas a desarrollar problemas depresivos y de ansiedad, por lo que tener un mal estado general de salud, así como padecer alguna enfermedad orgánica fueron identificados como importantes factores de riesgo de depresión y ansiedad entre los profesionales sanitarios. Otros autores precisan que los profesionales sanitarios caracterizados por un mal estado de salud física

mostraban riesgo de padecer depresión 2,001 veces mayor que los trabajadores sanos (Liao et al., 2024; Yin et al., 2023).

Holton et al. (2020) y Youssef et al. (2020) coinciden que percibir y calificar el estado general de salud por parte de los profesionales sanitarios actúa como un factor de riesgo de ansiedad, depresión y estrés. Li et al. (2024) añaden que los trabajadores sanitarios con un peor estado de salud mental y física mostraban un elevado riesgo de insomnio. Además del desarrollo de las diferentes psicopatologías, Hong et al. (2021) señalan que percibir el estado de salud como malo aumenta el riesgo de ideaciones suicidas entre los profesionales sanitarios.

Chatterjee et al. (2020) indican un dato alarmante sobre la prevalencia de los problemas y enfermedades comórbidas entre los profesionales sanitarios además de los problemas de salud mental. Según estos autores, el 42,80% de los profesionales sanitarios evaluados mostraban al menos algún problema comórbido, como la diabetes o la hipertensión. Este dato se convierte en aún más problemático dado que señalan que la presencia de algún problema de salud comórbido actúa como factor de riesgo de depresión, volviendo a la población sanitaria particularmente vulnerable ante esta problemática. Al mismo tiempo, las enfermedades comórbidas no fueron identificadas como factores de riesgo significativos de ansiedad ni de estrés.

Hu et al. (2020) observaron que los enfermeros referían tener varias lesiones cutáneas a causa del material de protección utilizado en el trabajo. Conforme aumentaba el número de lesiones en la piel, los enfermeros mostraban una mayor sintomatología de ansiedad y depresión. Paralelamente, Huang et al. (2020) añaden que contar con problemas de ansiedad actuales por parte de los trabajadores sanitarios aumenta el riesgo de desarrollar sintomatología de estrés. Igualmente, tener miedo al contagio en el lugar de trabajo actúa como un adicional factor de riesgo de estrés. Finalmente, Chen et al. (2021) sugieren que presentar síntomas de problemas digestivos y respiratorios actuaban como factores de riesgo de depresión y ansiedad en los profesionales sanitarios especialmente durante la fase activa de la pandemia por COVID-19.

### 3.1.4. Nivel de estudios

Las aportaciones actuales discrepan en cuanto al impacto del nivel de estudios de los profesionales sanitarios en la salud mental. Por un lado, Sun et al. (2021) y Youssef et al. (2020) observaron que el nivel educativo actúa como un factor moderador de la depresión. Los profesionales sanitarios con un nivel educativo más bajo se mostraban menos propensos a desarrollar sintomatología severa de depresión. También han mostrado menor riesgo de padecer problemas de sueño (Su et al., 2024) y ansiedad (Guo, 2020) en comparación con los trabajadores que contaban con un nivel educativo superior. Youssef et al. (2020) constataron además que las personas que contaban con un nivel de educación elevado, a nivel de grado o postgrado mostraban un mayor riesgo de padecer problemas de estrés.

No obstante, otros investigadores presentan resultados opuestos a los descritos previamente. Así, Cao et al. (2024) apuntaron que los profesionales sanitarios con el nivel educativo más elevado desarrollan menos sintomatología de insomnio. Afirman que esta observación puede verse influida por los niveles de resiliencia sugiriendo que las personas sanitarias con un nivel educativo alto se caracterizan por una resiliencia significativamente superior que, en consecuencia, ayuda a atenuar los síntomas de insomnio. Las observaciones de Cao et al. (2024) se encuentran respaldadas por las aportaciones de Zhan et al. (2024) quienes detectaron una relación negativa entre insomnio y resiliencia psicológica en la población sanitaria.

El nivel de estudios más bajo también fue identificado como un factor de riesgo de ansiedad entre los profesionales sanitarios chinos por Hong et al. (2021) y Jin et al. (2024). Además, Khalili et al. (2024) sugieren que contar con un menor nivel de educación aumenta el riesgo de depresión entre los médicos. Los médicos con título de grado mostraban más síntomas depresivos que los que poseían el título de Máster o superior.

Es preciso remarcar las indicaciones de Chen et al. (2024) quienes observaron que los enfermeros con estudios de Máster o superiores mostraban un menor riesgo de insomnio que los compañeros con nivel de educación más bajo. Aslan y Dinc (2022) coinciden con las aportaciones anteriores, señalando que conforme aumenta el nivel educativo de los trabajadores sanitarios, los problemas de sueño se ven debilitados. Finalmente, contar con un nivel de educación por debajo del grado

universitario parece actuar como un factor de riesgo de problemas somáticos según Hong et al. (2021), mientras que Oteir et al. (2022) no identificaron el nivel educativo como un factor moderador de la severidad de la sintomatología de ansiedad, depresión ni insomnio.

De forma global, los factores personales y sociodemográficos parecen actuar como variables moduladoras del impacto psicológico derivado del contexto laboral sanitario. Sin embargo, la evidencia disponible no permite establecer relaciones causales directas, sino asociaciones probabilísticas que pueden variar en función del momento temporal y del entorno sanitario específico.

## 3.2. FACTORES OCUPACIONALES

### 3.2.1. Situación laboral

Han et al. (2020) observaron que los enfermeros que decidieron darse de baja durante la fase activa de la pandemia por COVID-19 por miedo al contagio, se mostraban más vulnerables frente a la depresión y la ansiedad. De hecho, estos autores especifican que darse de baja laboral por miedo al contagio por el COVID-19 actúa como un factor de riesgo de ansiedad y depresión en la población sanitaria.

Khajuria et al. (2021) observaron que el desplazamiento laboral a la unidad de urgencias hospitalarias a lo largo de la pandemia por COVID-19 actuó como un significativo factor de riesgo de depresión entre los profesionales sanitarios. Independientemente de la unidad asignada tras el desplazamiento laboral, las personas que referían obtener insuficientemente preparación previa a la ejecución del trabajo en un entorno laboral nuevo tenían más riesgo de desarrollar depresión (Khajuria et al., 2021).

Jin et al. (2024) aportan unos resultados aún más detallados sobre el desplazamiento laboral, observando que el hecho de seguir ejerciendo su profesión en el mismo lugar de trabajo sanitario, o ser desplazado a otra unidad dentro del mismo durante la fase activa de la pandemia por COVID-19, se asociaba con un mayor riesgo de depresión y ansiedad comparado con los trabajadores sanitarios derivados a instituciones sanitarias ajenas a su lugar de trabajo principal.

En cuanto a los factores organizacionales, percibir el clima laboral como insuficientemente ético es un importante factor de riesgo tanto de ansiedad como

de depresión entre los profesionales sanitarios (Azoulay, Cariou et al., 2020). Los autores definieron el clima ético como la percepción de la institución sanitaria como influyente sobre los patrones de conducta de sus trabajadores. Sumado a esto, Khajuria et al. (2021) resaltan la importancia de garantizar el apoyo por parte de la institución laboral a sus trabajadores. Esta conclusión deriva de la identificación del apoyo y de las medidas del cuidado de la salud mental insuficientes, como factores de riesgo de depresión según estos autores.

Contar con el material de protección suficiente parece ser un significativo factor moderador, pudiendo determinar la evolución de problemas mentales. De hecho, Khajuria et al. (2021) observaron que contar con material de protección insuficiente para la realización del trabajo sanitario durante la pandemia por COVID-19 fue un factor de riesgo de depresión.

Chen et al. (2021) evaluaron los factores de riesgo de la depresión y la ansiedad entre los profesionales sanitarios que trabajaban activamente durante la pandemia por COVID-19. En relación con los factores organizacionales, observaron que la sobrecarga de trabajo fue un importante factor de riesgo tanto para la depresión, como para la ansiedad. Los autores señalaron además que los trabajadores sanitarios en primera línea percibían una mayor carga de trabajo que los trabajadores sanitarios de otras unidades, no directamente involucrados en la gestión de la situación pandémica. Asimismo, Alsaraireh et al. (2024) observaron que la carga de trabajo durante el turno estaba relacionada con la aparición de ansiedad, estrés y depresión entre los profesionales sanitarios. Batat et al. (2024) coinciden con estos autores en que la satisfacción laboral disminuye el riesgo de los problemas mentales mencionados, pudiendo actuar como un importante factor de protección. Esta observación se encuentra respaldada por Xiao et al. (2023) quienes reafirmaron que la satisfacción laboral disminuía el riesgo de padecer ansiedad, depresión e insomnio. Es por ello, por lo que la adecuada gestión de la carga de trabajo atribuida a los trabajadores individualmente debería de ganar aún más importancia.

De Brier et al. (2020) en su detallada revisión sistemática que englobaba los estudios de diferentes urgencias sanitarias, como la pandemia por COVID-19, SARS y MERS, constatan que el grado de exposición al riesgo de contagio es fundamental en el desarrollo de los problemas de salud mental de los profesionales sanitarios. Conforme aumenta la exposición del trabajador sanitario al patógeno, el

riesgo de padecer algún problema de salud mental aumenta. Esta observación está estrechamente relacionada además con el miedo al contagio. Cuando la persona presenta más miedo al contagio por su estado de salud, corre más riesgo de desarrollar problemas de salud mental.

Múltiples investigadores coinciden que tener contacto directo con pacientes contagiados por el COVID-19 actuó como un indudable factor de riesgo de depresión, ansiedad e insomnio en la población sanitaria (Liu et al., 2020; Lu et al., 2020; Zhang et al., 2020). Lee et al. (2023) observaron que tener contacto directo con pacientes contagiados con el COVID-19 aumenta el riesgo de problemas mentales. En relación con el miedo al COVID-19, Chen et al. (2021) observaron que el hecho de hacerse las pruebas para detectar el COVID-19 por parte de los profesionales sanitarios actuaba como factor de riesgo de depresión y ansiedad. Babore (2020) identificó la exposición directa al contacto con pacientes contagiados por el COVID-19 como factor de riesgo de estrés entre los profesionales sanitarios. Khajuria et al. (2021) especifican que los trabajadores más vulnerables a sufrir depresión estaban en contacto directo con pacientes contagiados por el COVID-19 y que posteriormente han fallecido.

Se ha reportado que los profesionales sanitarios que trabajaban con potenciales o confirmados enfermos de COVID-19 mostraban más síntomas de insomnio que los demás trabajadores (Abdulah y Musa, 2020; Alfonsi et al., 2023; Kang et al., 2020; Sagherian et al., 2022; Wańkowicz et al, 2020; Zhan et al., 2020). La sintomatología del insomnio se mostraba más pronunciada conforme crecía el número total de días en contacto con pacientes con el COVID-19 (Abdulah y Musa, 2020).

De nuevo, la evidencia es variada en este sentido, algunos estudios no reportan diferencias significativas entre los trabajadores sanitarios en contacto directo con pacientes contagiados por el COVID-19 y los que no trabajaban con este tipo de pacientes (Abdulah y Mohammed, 2020; Badahdah et al., 2021). Es importante precisar que Abdulah y Mohammed (2020) tampoco observaron diferencias significativas entre los médicos que trabajaban con pacientes que presentaban diagnóstico confirmado de tener el COVID-19 y los médicos que trataban a los pacientes en sospecha de tenerlo. Mientras tanto, Azoulay, Cariou et al. (2020) no identificó como factor de riesgo de depresión ni de ansiedad, la mayor

carga de trabajo relacionada con el número de pacientes afectados por el COVID-19.

En cuanto a la ubicación del lugar de trabajo, Lu et al. (2020), así como Zhang et al. (2020) señalan que trabajar en zonas rurales son un factor de riesgo de ansiedad en los profesionales sanitarios. Igualmente, los mismos autores, también identificaron el trabajo en zonas rurales como un factor de riesgo de insomnio. En cambio, Azoulay, Cariou et al. (2020) identificaron el hecho de vivir en una cuidad grande con más de un millón de habitantes como un factor de riesgo de ansiedad y depresión en la población sanitaria.

Respecto al tipo de institución sanitaria, Chatterjee et al. (2020) observaron que trabajar en un hospital público actuaba como factor de riesgo de ansiedad en comparación con los centros sanitarios privados. En cambio, otros autores subrayaron que las personas que trabajaban en instituciones sanitarias privadas mostraban una mayor predisposición al estrés (Sorokin, 2020), ansiedad (Dagne et al., 2021; Santos et al., 2021) y depresión (Mohammadi et al., 2023; Santos et al., 2021).

Trabajar en un centro de atención primaria, al alcance de todas las personas, fue identificado como un factor de riesgo de depresión por Gupta et al. (2021). Los profesionales sanitarios que trabajaban en centros de atención primaria mostraban un riesgo 1,5 mayor de desarrollar problemas depresivos en comparación con aquellas personas que desarrollaban su trabajo en hospitales terciarios, caracterizados por la implementación de procedimientos altamente especializados y a menudo acompañados por alta tecnología.

Huang et al. (2020) coinciden con Gupta et al. (2021) en cuanto a la afectación de la especialización del hospital sobre la salud mental de los profesionales sanitarios. Este estudio concluye que trabajar en hospitales especializados, de segundo o tercer nivel, disminuye el riesgo de padecer estrés entre los profesionales sanitarios. Igualmente, trabajar en un hospital de nivel secundario, siendo el hospital de referencia que cuenta con departamentos especializados para atender las necesidades de la población general, incrementa el riesgo de desarrollar sintomatología de depresión y ansiedad entre los profesionales sanitarios (Lu et al., 2020; Zhang et al., 2020). Por último, Azoulay, Cariou et al. (2020) añaden que trabajar en un hospital universitario constituye un factor de protección de ansiedad entre los trabajadores sanitarios, pero no para la depresión.

### 3.2.2. Tipo de profesión y especialidad sanitaria

En cuanto a la depresión, Yörük y Güler, (2021) observaron que las matronas presentaban riesgo de padecerla 1,92 veces mayor en comparación con los enfermeros. Khajuria et al. (2021) y Mohamed et al. (2024) identificaron el hecho de trabajar como enfermero como un factor de riesgo de la depresión y Şahin et al. (2020) como un factor de riesgo de insomnio en comparación con los médicos. Igualmente, Cunill Olivas et al. (2020) identificaron que trabajar como enfermero o como asistente de enfermería actuaba como factor de riesgo de depresión y ansiedad frente a los médicos.

Por su parte, Erquicia et al. (2020) apuntan que los auxiliares de enfermería y los enfermeros junto con los técnicos de radiología son las profesiones más vulnerables en cuanto al desarrollo de síntomas de estrés, ansiedad y depresión frente a las demás profesiones sanitarias. Sin embargo, Gupta et al. (2021) observaron un mayor riesgo de sufrir ansiedad entre los enfermeros que en los médicos, paramédicos o el personal auxiliar y administrativo. Estos autores añaden que trabajar como médico puede disminuir el riesgo de depresión, actuando como factor de protección. En esta linea, Duden et al. (2023) especifican que los enfermeros en comparación con los paramédicos y los médicos muestran mayores niveles, particularmente, de sintomatología de ansiedad y depresión.

Holton et al. (2020) señalan que trabajar como enfermero y/o matrona es un significativo factor de riesgo de ansiedad. Estos autores observaron que los enfermeros y las matronas presentaban sintomatología de ansiedad más severa que los médicos y las demás profesiones sanitarias. Tal y como proponen los autores, esta observación se debe a que los enfermeros y/o las matronas entran frecuentemente en contacto directo con los pacientes por lo que están expuestos a un mayor riesgo de contagio que los demás profesionales sanitarios.

Fattori et al. (2023) también sugieren que los enfermeros y los auxiliares sanitarios son las profesiones más vulnerables frente a los problemas mentales. Alfonsi et al. (2023) coinciden con las observaciones de Fattori et al. (2023), añadiendo que además de los problemas mentales, ser enfermero actúa como factor de riesgo de problemas de sueño. Elmahdy y Shebl, (2021), Ding et al. (2024) y Umbetkulova et al. (2024) consideran que los enfermeros muestran un mayor riesgo de ansiedad, depresión e insomnio. Concretamente, Yang et al. (2024)

observó que los enfermeros tienen un riesgo de insomnio 0,4 veces menor que los auxiliares de enfermería, lo cual puede estar relacionado con la carga y el tipo de tareas de trabajo. Conforme aumentaba el cargo de los enfermeros, el riesgo de insomnio disminuía.

A pesar de lo expuesto, tanto Al Mahyijari et al. (2021), como Alsairafi et al. (2021) y Badahdah et al. (2021), no observaron diferencias significativas entre los médicos y enfermeros en cuanto a la sintomatología de estrés y ansiedad. Waich et al. (2023) tampoco encontraron diferencias significativas entre diferentes grupos de profesionales sanitarios en cuanto a la sintomatología de insomnio, mientras que Jahrami et al. (2021) no hallaron dichas diferencias en la sintomatología de estrés.

Por contrapartida, Sorokin et al. (2020) estimaron que los médicos mostraban un mayor riesgo de padecer estrés en comparación con los paramédicos y los enfermeros. Sobre todo, según estos autores, los anestesiólogos, los internistas y los especialistas de las unidades de emergencias sanitarias son los profesionales más vulnerables al estrés. En cambio, Khalili et al. (2024) determinaron que los médicos, independientemente de su especialización, muestran un parecido riesgo de depresión. En línea con lo anterior, las aportaciones de López-Salinas et al. (2023) mostraron que los enfermeros y los médicos residentes refieren tener más síntomas de depresión e insomnio en comparación con los médicos.

Liu et al. (2020) sugiere que trabajar como médico contribuye a una mayor probabilidad de desarrollar problemas de depresión y estrés, siendo un factor de riesgo de estos trastornos psicológicos. Igualmente, en línea con lo expuesto anteriormente, Podder et al. (2020) afirman que a causa de la urgencia sanitaria producida a raíz de la pandemia por COVID-19, los médicos mostraban niveles de estrés percibido más altos de lo habitual. Incluso, los médicos especializados en el campo de la dermatología presentaban altos niveles de estrés percibido, a pesar de ser considerados como los profesionales menos expuestos a problemas de estrés. Asimismo, Pazmiño Erazo et al. (2021) señalan que, entre las diferentes profesiones sanitarias, los médicos fueron quienes muestran más síntomas de depresión e insomnio frente a los enfermeros, técnicos de laboratorio, paramédicos, psicólogos y/o terapeutas respiratorios. En cambio, los mismos autores observaron que los psicólogos se mostraban menos afectados por la sintomatología de ansiedad, depresión e insomnio, por lo que ser psicólogo podría actuar como un potencial

factor de protección de estas psicopatologías en los contextos de las urgencias sanitarias.

Autores como Couarraze et al. (2021) señalan a los paramédicos como colectivo más vulnerable frente al estrés en comparación con los médicos. Esto se podría explicar por los frecuentes e instantáneos realojamientos de los paramédicos para cubrir las deficiencias producidas en el personal médico. Todo esto, sumado a la naturaleza del trabajo de los paramédicos, los cuales en muchas ocasiones son los primeros en entrar en contacto con el paciente para aportar los primeros auxilios, estando especialmente expuestos a la posibilidad de potencial contagio, puede explicar el significativo incremento de estrés percibido por parte de este colectivo (Couarraze et al., 2021). Los paramédicos también obtuvieron puntuaciones más altas en las escalas de ansiedad e insomnio en comparación con los médicos y enfermeros en el estudio realizado por Oteir et al. (2022). De hecho, estos autores confirman que existe una relación significativa entre el hecho de ser paramédico y el incremento de la sintomatología de insomnio.

Saricam (2020) añade que trabajar en las unidades destinadas a los pacientes con el COVID-19, así como en las unidades no especializadas en el cuidado de estos pacientes actúa como un factor de riesgo de ansiedad entre los profesionales sanitarios. En base a los resultados de este autor, parece que trabajar en el departamento de emergencias hospitalarias es un factor de protección de la ansiedad. Esta asociación puede explicarse por la naturaleza del trabajo en los departamentos de emergencias hospitalarias caracterizada por la precisa organización del trabajo y los claros protocolos de actuación, lo cual puede transmitir a los trabajadores sanitarios una mayor confianza y disminuir el riesgo de desarrollar sintomatología de ansiedad.

La literatura sugiere que trabajar en el departamento de urgencias hospitalarias constituye un importante factor de riesgo de insomnio (Du et al., 2022). Adicionalmente, San Martin-Rodríguez et al. (2022) señalan que el hecho de trabajar en hospitales asignados para ocuparse de pacientes con COVID-19 o en residencias de ancianos constituye un factor de riesgo ante el insomnio.

Liu et al. (2020) especificaron que contar con un puesto de trabajo superior, que por lo general requiere un mayor grado de responsabilidad, incrementa el riesgo de depresión y estrés en la población sanitaria. Igualmente, Habtu et al. (2024) apuntan que trabajar como un profesional sanitario especializado en algún

área concreta aumentaba el riesgo de ansiedad, depresión y estrés, conllevando por lo general una mayor carga de trabajo. En cambio, Lu et al. (2020), así como Zhang et al. (2020) indican que realizar el trabajo como técnico intermedio aumentaba el riesgo de padecer depresión y ansiedad entre los trabajadores sanitarios.

### 3.2.3. Años de experiencia

Contar con una larga experiencia laboral puede actuar como factor de protección ante los problemas de salud mental. No obstante, las aportaciones facilitadas en las investigaciones actuales difieren entre sí en cuanto a la duración exacta de dicha experiencia a partir de la cual el riesgo de padecer diferentes trastornos mentales disminuye.

Gupta et al. (2021) determinaron que poseer una experiencia laboral de 20 años puede disminuir el riesgo de padecer ansiedad y depresión entre los profesionales sanitarios. Yao et al. (2020) aludieron que la experiencia de trabajo en el ámbito sanitario inferior a 7 años se asociaba con un mayor malestar entre los profesionales sanitarios chinos. Youssef et al. (2020) apuntan que contar con una experiencia de trabajo menor de un año aumenta el riesgo de desarrollar problemas de ansiedad, depresión y estrés.

Sorokin et al. (2020) afirman que contar con una experiencia de trabajo no demasiado larga, constituye un factor de riesgo de estrés entre los profesionales sanitarios. Estos autores observaron que los trabajadores con una media de 13 años de experiencia laboral se mostraban más expuestos a desarrollar sintomatología de estrés que las personas con una experiencia laboral media de 18 años.

Holton et al. (2020) especifican que la edad y los años de experiencia laboral están estrechamente relacionados. Por lo tanto, en los análisis estadísticos para determinar factores de riesgo de la salud mental de los profesionales sanitarios, solamente fue incluida la variable de la experiencia laboral. De hecho, estos autores sugieren que conforme aumenta la experiencia laboral de los profesionales sanitarios disminuye el riesgo de ansiedad y estrés, aunque no de depresión. En cambio, Song et al. (2020), determinaron que contar con menos experiencia de trabajo se asociaba con un mayor riesgo de depresión. Elbay et al. (2020) señalan que tener una menor experiencia laboral incrementa el riesgo de padecer ansiedad y depresión por parte de los trabajadores sanitarios.

No obstante, no existe consenso acerca del impacto de la duración de la experiencia de trabajo en el estado de salud mental de los profesionales sanitarios. Por ejemplo, Saricam (2020) observó que una mayor experiencia de trabajo se asociaba con sintomatología de ansiedad más severa entre los profesionales sanitarios. Los trabajadores sanitarios que presentaban síntomas leves de ansiedad contaban con una experiencia laboral media de 6,80 años, mientras que los trabajadores con sintomatología elevada de ansiedad contaban con la experiencia de trabajo media de 9,63 años.

Esta falta de consenso también se observa en la sintomatología relacionada con el insomnio. Por un lado, algunos estudios indican que conforme aumenta la experiencia de trabajo de los profesionales sanitarios los síntomas del insomnio disminuyen, por lo que los años de experiencia actúan como un potencial factor de protección frente a los problemas de sueño (Abdulah y Musa, 2020; Lee et al., 2021). Los sanitarios que contaban con más de 15 años de experiencia de trabajo mostraban menos síntomas de insomnio que los demás sanitarios con menos años de experiencia profesional (Sagherian et al., 2022). Por otro lado, algunos autores señalan que los profesionales con más experiencia profesional estaban más propensos a desarrollar sintomatología de insomnio (Dong et al.,2021); Khanal et al., 2020; Zhan et al., 2020). Es más, Chen et al. (2024) especifican que los enfermeros con más de 10 años de experiencia laboral estaban más expuestos a problemas del insomnio que los trabajadores con menos experiencia laboral.

Otro de los factores influyentes en el desarrollo de los problemas mentales deriva de la experiencia de trabajo durante las urgencias sanitarias. Por ejemplo, Lintz (2024) constata que los profesionales sanitarios con experiencia de trabajo en situaciones de urgencias sanitarias previas se muestran menos propensos a sufrir sintomatología de estrés y ansiedad durante el transcurso de siguientes urgencias sanitarias, así como no refieren un significativo declive de su calidad de vida a raíz de estas. Las aportaciones de Cai, et al. (2020) complementan las observaciones anteriores puesto que estos autores señalan que los trabajadores sanitarios sin experiencia previa de trabajo en los contextos de emergencias sanitarias mostraban un peor estado de salud mental en la fase aguda de la pandemia por COVID-19, estando más vulnerables a diversos problemas psicológicos.

Tal y como se puede apreciar, la mayoría de las investigaciones actuales coinciden en que conforme se incrementa la experiencia de trabajo de los

profesionales sanitarios, el riesgo de padecer problemas de salud mental disminuye. No obstante, las aportaciones actuales difieren en cuanto a los tipos de trastornos mentales específicos relacionados con la experiencia laboral, así como al número determinado de años de experiencia.

### 3.2.4. Trabajo por turnos

Tener que trabajar horas extras a la jornada laboral durante la semana, así como no percibir el apoyo organizacional en cuanto a la estructuración logística del trabajo se identificaron como factores de riesgo de los problemas de salud mental como el estrés, la ansiedad y la depresión (Elbay et al., 2020).

Chatterjee et al. (2020) indicaron que las excesivas jornadas de trabajo afectan a la salud mental de los profesionales sanitarios, sobre todo en cuanto a los problemas de ansiedad y depresión. Los autores observaron que los trabajadores sanitarios que trabajaban entre 6 y 12 horas, así como más de 12 horas diariamente estaban más expuestos a desarrollar problemas de depresión y ansiedad. Igualmente, Song et al. (2020) observaron que trabajar muchas horas diarias, concretamente más de 12 horas al día, se asociaba con un mayor riesgo de depresión y estrés postraumático.

Hariri et al. (2023) proponen que trabajar más de nueve horas diarias aumenta el riesgo de ansiedad entre los médicos. Igualmente, Liao et al. (2024) coinciden en que trabajar más de 40 horas a la semana aumenta el riesgo de depresión entre los trabajadores sanitarios. Precisamente, los profesionales sanitarios cuya jornada laboral supera dichas 40 horas semanales presentan riesgo de padecer depresión 2,09 veces mayor que los demás compañeros con menos carga de trabajo. Otros autores apuntan de forma paralela que los enfermeros que trabajaban más de 40 horas semanalmente presentaban riesgo de insomnio 1,694 veces mayor que los demás compañeros sanitarios (Chen et al., 2024).

En relación al número de horas de trabajo, Chatterjee et al. (2020) señalan que los trabajadores sanitarios con más de 30 pacientes al día se mostraban más vulnerables a presentar problemas depresivos. Mohammadi et al. (2023) aumentan esa cifra a más de 50 pacientes diarios. Asimismo, Batat et al. (2024) observaron que el impacto negativo de las horas de trabajo en la vida social de los trabajadores

sanitarios, impidiendo la conciliación satisfactoria entre ambas se asociaba con una mayor sintomatología de depresion y ansiedad.

En esta misma línea, Abdalla et al. (2021), Cybulska et al. (2023) y Du et al. (2022) indican que la sintomatología de insomnio se ve aumentada conforme crece el número total de horas de trabajo por semana. Trabajar más de 40 horas por semana es un factor de riesgo para el insomnio (Du et al., 2022). En consecuencia, los enfermeros que nunca o raramente hacían descansos de 30 minutos durante la jornada laboral mostraban una mayor severidad de sintomatología de insomnio en comparación con los sanitarios que siempre o a menudo hacían el descanso (Sagherian et al., 2022). Zhan et al. (2020) indican que conforme aumenta la duración de la siesta durante el día, disminuye la severidad del insomnio.

A las consideraciones acerca de la carga de trabajo, hay que añadir las demás observaciones que derivan de la misma de forma indirecta. Así, Hariri et al. (2023) determinaron que percibir el estrés laboral como moderado o severo aumenta el riesgo de desarrollar ansiedad y depresión entre los profesionales sanitarios. Mientras tanto, Li et al. (2023) determinaron que el riesgo de depresión entre los profesionales sanitarios está principalmente condicionado por la calidad del trabajo percibido. Teniendo en cuenta el conjunto de estas aportaciones actuales, resalta la importancia de una buena gestión de la carga laboral, así como la organización del horario de trabajo a la hora de garantizar una buena salud mental de los profesionales sanitarios.

Finalmente, es importante mencionar los resultados sobre el impacto de los turnos nocturnos sobre la salud mental de los profesionales sanitarios. Bouchou et al. (2024) apuntaron que el 82,00% de los profesionales sanitarios que alternaban el trabajo durante el día y por la noche desarrollaron el trastorno de insomnio agudo. En cambio, la prevalencia de los trabajadores sanitarios que trabajaban únicamente por turnos nocturnos y que padecían trastorno de insomnio agudo se situó sobre el 60,00%. Esta observación indica el impacto del tipo de jornada de trabajo en la salud mental de los profesionales sanitarios.

En línea con lo anterior, Cheng et al. (2023) observaron que el 58,10% de los trabajadores sanitarios desarrollaron trastorno del sueño a causa del trabajo por turnos. Igualmente, estos autores apuntan que las personas con dicho trastorno son altamente más vulnerables a desarrollar problemas de salud mental, particularmente el síndrome de burnout. Asimismo, Hiestand et al. (2023)

observaron que el trastorno del sueño a causa del trabajo por turnos entre los enfermeros de Noruega se asociaba de forma significativa con la fatiga.

Misganaw et al. (2024) apuntaron que el trabajo por turnos nocturnos actúa como un importante factor de riesgo de ansiedad entre los enfermeros en Etiopia. Los profesionales sanitarios que trabajaban por turnos mostraban riesgo de desarrollar sintomatología de ansiedad el 3,12 veces mayor que las personas que trabajaban únicamente durante el día. Khalili et al. (2024) observaron que los profesionales sanitarios que trabajaban por turnos nocturnos, así como los que trabajaban más horas de lo establecido mostraban un mayor riesgo de sufrir depresión. Los trabajadores sanitarios que trabajaban por turnos mostraban más síntomas de insomnio en comparación con las personas con jornadas de trabajo estandarizadas (Abdulah y Musa, 2020; Aslan y Dinc, 2022; Rahman et al., 2023; Zhan et al., 2020). Según Peng et al. (2022), los profesionales sanitarios que trabajan por turnos muestran una mayor prevalencia de ansiedad (48,00% vs. 42,00%), depresión (62,00% vs. 50,00%) e insomnio (57,00% vs. 48,00%) frente a los trabajadores sanitarios sin esta condición. Conforme aumenta el número de turnos nocturnos, se agravan los problemas de sueño a causa de una importante desorganización del ritmo del sueño, pudiendo iniciarse problemas del insomnio.

En comparación con los factores personales, los factores ocupacionales muestran una asociación más consistente con la afectación de la salud mental. Variables como la sobrecarga laboral, el contacto directo con pacientes infectados, el trabajo por turnos nocturnos y la insuficiencia de recursos organizacionales emergen como predictores recurrentes de ansiedad, depresión, estrés e insomnio. Estos resultados subrayan el peso determinante del entorno laboral en la configuración del malestar psicológico de los profesionales sanitarios.

## 3.3. FACTORES CONDUCTUALES

### 3.3.1. Estilo de vida y hábitos de cuidado de la salud

Jin et al. (2024) observaron que la baja actividad física por parte de los trabajadores sanitarios se asociaba con un mayor riesgo de ansiedad y depresión. Además, estos mismos autores señalaron que la cantidad insuficiente de sueño es un factor de riesgo de ansiedad, mientras que seguir una dieta no saludable

aumentaba el riesgo de depresión en la población sanitaria. Los profesionales sanitarios que no practican un estilo de vida saludable son más vulnerables a desarrollar problemas de depresión y ansiedad. En base a estas aportaciones resaltan la importancia de implementar medidas de promoción de patrones de conducta saludables entre los profesionales sanitarios con el objetivo de preservar la buena salud mental de estos. Esta urgencia de implementación de medidas de promoción es particularmente importante, teniendo en cuenta que el 39,70% de los profesionales sanitarios refirieron que su estilo de vida pasó de ser saludable a no saludable en la fase activa de la pandemia por COVID-19 (Jin et al., 2024).

Youssef et al. (2020) señalan que los profesionales sanitarios que manifestaban no dormir ni descansar lo suficiente entre las jornadas regulares de trabajo referían problemas de ansiedad, depresión y estrés con una mayor frecuencia que el resto de los compañeros sanitarios. Liao et al. (2024) añaden que los enfermeros que dormían menos de siete horas diarias mostraban un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos que las personas que conseguían dormir al menos durante siete horas. Por lo tanto, destaca la importante relación entre la duración del sueño y la evolución de los problemas depresivos. Estas observaciones coinciden con las de Mohamed et al. (2024), quienes evidenciaron que la escasez de sueño es un factor de riesgo de depresión en la población sanitaria.

En lo relativo a la calidad del sueño, Alsaraireh et al. (2024), observaron que una mala calidad del sueño actúa como factor de riesgo de la depresión, estrés y ansiedad entre los enfermeros y las matronas, incrementando la probabilidad de desarrollo de dichas sintomatologías. Igualmente, además de los inadecuados hábitos de sueño, la inadecuada alimentación resulto ser otro de los factores moderadores claves de la sintomatología de la ansiedad, depresión y estrés. Precisamente, aquellos trabajadores sanitarios que referían no seguir una dieta equilibrada mostraban más sintomatología de ansiedad, depresión y estrés (Youssef et al., 2020). En línea con lo anterior, Dong et al. (2021) especifican que la insuficiente duración del sueño, así como de la actividad física, aparte de la alimentación inadecuada y el mal estado de la salud física son otros de los factores de riesgo que incrementan la frecuencia y la severidad de la sintomatología del insomnio y de la ansiedad por parte de los profesionales sanitarios.

En cuanto al impacto de la actividad física en los problemas de sueño, Barene y Krustrup (2022) llevaron a cabo un estudio experimental a los trabajadores de hospital en Noruega en el que aplicaron diferentes tipos de ejercicios físicos, incluyendo zumba y fútbol. El estudio evidenció que ambos tipos de actividad física resultaron beneficiosos para la salud mental de los profesionales sanitarios y los problemas de sueño. Sobre todo, el grupo experimental que recibió clases de zumba refirió una significativa mejoría en la calidad de sueño, así como la importante reducción de problemas de sueño y de dificultades para quedarse dormido. El grupo experimental que participó en las clases de fútbol también apreció una serie de beneficios para la salud mental pero dichas modificaciones no se mantuvieron estables a lo largo del periodo de 40 semanas entre la fase inicial y el seguimiento.

Por su parte, Ha et al. (2022) realizaron un estudio experimental en el que utilizaron una aplicación telemática con el objetivo de mejorar la actividad física y la calidad del sueño de los enfermeros que trabajaban por turnos a lo largo de la pandemia por COVID-19. La aplicación de la intervención duró 12 semanas en total. Los autores observaron un aumento de la calidad de sueño percibida subjetivamente por parte de los enfermeros, así como de su nivel de actividad física. Es importante señalar que dichas observaciones resultaron beneficiosas para los trabajadores sanitarios a pesar de la condición de trabajo por turnos, la cual, tal y como se comenta en el apartado anterior, ya por si constituye un importante factor de riesgo de los problemas de salud mental. No obstante, las diferencias entre la puntuación global en la calidad del sueño entre el grupo experimental y el grupo control no fueron estadísticamente significativas por lo que sería necesario repetir estudios similares con una mayor duración.

Niu et al. (2021) realizaron una intervención con las enfermeras que trabajaban por turnos. A lo largo de una semana el grupo experimental participaba en clases de aeróbic. Los autores observaron que, a pesar de la corta duración de la intervención, los participantes del programa referían dormir más tiempo y tener un sueño más recuperador en comparación con el periodo previo de la intervención. No obstante, el incremento en la duración del sueño se mantuvo solamente a lo largo de las cuatro primeras semanas de seguimiento y después disminuyó, lo cual una vez más, indica la importancia de practicar actividad física durante un tiempo prolongado.

En línea con lo anterior, Baek et al. (2022) realizaron un estudio cuasi experimental en el que utilizaron la aplicación móvil para facilitar las instrucciones acerca de los ejercicios de actividad física a los enfermeros que trabajaban por turnos. Los autores sobre todo se centraron en los beneficios de la actividad física en los problemas de sueño y el cansancio. Este estudio destaca frente a los demás por el largo periodo de tiempo de 18 semanas en el que fue realizada la intervención. Los autores observaron las diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo experimental en cuanto al estado de salud física y mental percibidas. Los trabajadores sanitarios que recibieron intervención referían tener menos problemas del sueño que los demás participantes en el estudio.

Mohamed et al. (2024) sugieren que la ausencia de actividad física es un factor de riesgo de depresión en la población sanitaria. La actividad física está además estrechamente relacionada con el estado de salud física. Según los estudios recientes, los profesionales sanitarios caracterizados por un mal estado de salud física mostraban un mayor riesgo de padecer depresión que los trabajadores sanos (Liao et al., 2024; Yin et al., 2023), por lo que la realización de actividad física se convierte en un aspecto de vital importancia para la salud mental de los profesionales sanitarios.

No obstante, hay que señalar que Yang et al. (2024) aportan unos resultados contradictorios según los cuales los enfermeros que realizan ejercicios físicos entre una y dos veces a la semana mostraban riesgo de insomnio 1,97 mayor que las personas que no estaban activas. Martland et al. (2024) en su reciente revisión sistemática no encontraron evidencia empírica sobre el impacto positivo de la actividad física en la severidad de la depresión y el bienestar psicológico en general de los profesionales sanitarios. Los mismos autores señalaron que la actividad física no reduce de forma estadísticamente significativa la sintomatología de ansiedad. Sin embargo, como indican los autores, la actividad física puede tener efectos beneficiosos sobre los diferentes aspectos de la salud mental de los profesionales sanitarios, aunque es necesario llevar a cabo más estudios experimentales sobre esa temática para poder sacar conclusiones concretas.

En lo relativo al alcohol, Searby et al. (2024) en enfermeros durante el segundo año de la pandemia por COVID-19, describieron factores de riesgo de un mayor consumo de alcohol tanto los factores organizacionales, como los factores externos derivados de la propia situación pandémica. El incremento en el consumo de

alcohol se asocia de forma significativa con el burnout, también, con un aumento de niveles de absentismo laboral, así como fortalece la intención de abandonar el trabajo entre los profesionales sanitarios. Entre los factores organizacionales destacados por estos autores como principales factores de riesgo de estrés y consecuentemente de la ingesta de alcohol, destacan la sobrecarga de trabajo, ausencia de descansos durante la jornada laboral, y las horas extraordinarias fuera de la jornada regular de trabajo.

Azoulay, de Waele et al. (2020) añaden que los trabajadores sanitarios que presentaban sintomatología de ansiedad y depresión referían presentar conductas de riesgo como fumar o tomar medicamentos para dormir con mayor frecuencia. Esta tendencia no la reportaron en cuanto al consumo de alcohol. Vitale et al. (2023) observaron además que los enfermeros que trabajaban por turnos nocturnos fumaban con una mayor frecuencia que los compañeros que tenían jornada de trabajo regular. Lee et al. (2021) señalaron que a consecuencia de los acontecimientos estresantes derivados de la pandemia por COVID-19, el 18,20% de los profesionales sanitarios referían practicar conductas de riesgo como fumar y/o beber. Dichas conductas de riesgo se asociaban sobre todo con el sexo masculino, pudiendo resumir que los hombres fueron particularmente propensos a implementar estrategias de afrontamiento desadaptativas, pudiendo tener problemas de adicción en el futuro. Estos apuntes son aún más preocupantes, teniendo en cuenta tal y como especifican los estudios actuales, el hecho de fumar tabaco aumenta el riesgo de depresión (Ahmed et al., 2021; Lee et al., 2021; Mohammadi et al., 2023), ansiedad (Ahmed et al., 2021) e insomnio (Lee et al., 2021) entre los profesionales sanitarios.

En resumen, la evidencia revisada indica que la afectación de la salud mental en profesionales sanitarios responde a la interacción de factores personales, ocupacionales y conductuales. No se trata de un fenómeno atribuible a una única variable, sino del resultado de la convergencia entre vulnerabilidades individuales y demandas contextuales intensas. Esta perspectiva integradora resulta coherente con los modelos teóricos expuestos previamente y refuerza la necesidad de aproximaciones analíticas que contemplen la multicausalidad del fenómeno.

# IV– JUSTIFICACIÓN ESTUDIO I

## IV -JUSTIFICACIÓN ESTUDIO I

Debido a sus características específicas, el trabajo dentro del ámbito sanitario a menudo representa un reto en cuanto al cuidado de la salud mental por parte de los profesionales sanitarios. Tal y como se explicó en los apartados anteriores, la exposición al riesgo de infección, el trabajo por turnos o sobrecarga asistencial son algunos de los numerosos factores de riesgo que se derivan del ejercicio profesional en este ámbito, afectando de forma negativa a la salud mental de los trabajadores sanitarios. Además, periódicamente, la salud mental de los profesionales sanitarios se vuelve especialmente vulnerable a lo largo del transcurso de emergencias sanitarias puntuales, como ocurrió en la epidemia de SARS o la reciente pandemia por COVID-19.

En los capítulos anteriores destaca el gran volumen de estudios empíricos, revisiones y metaanálisis acerca de la salud mental de los profesionales sanitarios en las primeras etapas de la pandemia por COVID-19, los cuales demuestran un significativo declive de la salud mental de este colectivo concreto. No obstante, son escasas las revisiones sistemáticas y metaanálisis realizadas en el periodo de la pospandemia. Es por ello, que el primer estudio de la presente tesis doctoral consiste en la revisión sistemática y el metaanálisis de evidencia existente, con el objetivo general de evaluar el estado de salud mental de los profesionales sanitarios en el periodo referente a la pospandemia. Con este estudio se pretende dar respuesta a la siguiente cuestión estructurada según la estrategia PICOS: ¿Cuál es la prevalencia y severidad de la sintomatología de depresión ansiedad, estrés e insomnio (Desenlaces) de los profesionales sanitarios (Población) que se encuentran en activo después de la pandemia (Exposición)? Para responder a esta pregunta, se consideró que la metodología de los estudios incluidos debía ser observacional, excluyendo los estudios con diseños experimentales o cuasiexperimentales (Study).

En base a los resultados encontrados en nuestra síntesis, se podrá valorar el mantenimiento y la evolución de la sintomatología de ansiedad, depresión, estrés

e insomnio durante la fase de relativa estabilización de la situación pandémica. Del mismo modo, se analizarán factores de riesgo de estos problemas clínicos en función de las variables sociodemográficas y metodológicas. Por último, los datos recogidos en esta revisión sistemática y metaanálisis han servido como referencia para comparar los resultados obtenidos en el estudio empírico llevado a cabo en la presente tesis doctoral.

# V – OBJETIVOS ESTUDIO I

# V - OBJETIVOS ESTUDIO I

## 5.1. OBJETIVOS

### 5.1.1. Objetivo general

El objetivo general del presente estudio fue integrar a través del metaanálisis la evidencia existente acerca de la prevalencia y la severidad de la depresión, la ansiedad, el estrés y el insomnio en profesionales sanitarios dos años después del inicio de la pandemia COVID-19 (2022-2025, en adelante periodo pospandemia).

### 5.1.2. Objetivos específicos

El objetivo general se divide en varios objetivos específicos detallados a continuación:

1. Realizar un análisis descriptivo de las características de los estudios relacionadas con los participantes, y las características relacionadas con la metodología de los estudios.
2. Evaluar la calidad metodológica estableciendo el riesgo de sesgo en los estudios incluidos.
3. Estimar la prevalencia y severidad global de los síntomas de depresión, ansiedad, estrés e insomnio en profesionales sanitarios en el periodo de la pospandemia.
4. Examinar la influencia de variables influyentes relacionadas con los participantes, la metodología utilizada en los estudios y el contexto en la prevalencia y severidad de la depresión, la ansiedad, el estrés y el insomnio.
5. Examinar la presencia de sesgo de publicación en los metaanálisis realizados sobre la prevalencia y severidad global de los síntomas de depresión, ansiedad, estrés e insomnio.

## 5.2. HIPÓTESIS

### 5.2.1. Respecto a los objetivos propuestos sobre la prevalencia y severidad global de depresión, ansiedad, estrés e insomnio (salud mental) en profesionales sanitarios y, la bibliografía consultada, se proponen las siguientes hipótesis:

**Hipótesis 1.**

La prevalencia y la severidad global de los síntomas de salud mental en profesionales durante el periodo de la pospandemia se mantendrán en niveles clínicamente relevantes.

1.1. Se observará una severidad media o alta de síntomas de salud mental en profesionales.

1.2. Se reportará una alta prevalencia de los síntomas salud mental en profesionales sanitarios.

### 5.2.2. En cuanto al análisis de la influencia de las variables relacionadas con los participantes en la prevalencia y severidad de salud mental, se proponen las siguientes hipótesis:

**Hipótesis 2.**

Variables relacionadas con los participantes (características demográficas y ocupacionales) actuarán como moderadoras de la prevalencia y la severidad de los síntomas de salud mental en el periodo de la pospandemia.

2.1. El sexo actuará como variable moderadora, observándose mayor prevalencia y severidad de los síntomas de salud mental en mujeres.

2.2. Una mayor edad estará asociada con una menor prevalencia y severidad de los síntomas de salud mental.

2.3. La prevalencia y severidad de los síntomas de salud mental se asociarán negativamente con los años de experiencia laboral

2.4. Los profesionales sanitarios en contacto directo con pacientes con COVID-19 presentarán una mayor prevalencia y severidad de los síntomas de salud mental.

2.5. La prevalencia y severidad de los síntomas de salud mental estarán asociados con la turnicidad, especialmente en el turno nocturno.

2.6. La presencia de enfermedades crónicas y/o trastornos mentales previos se asociará con una mayor prevalencia y severidad de los síntomas de salud mental.

### 5.2.3. Respecto a la influencia de las variables relacionadas con la metodología de los estudios en la prevalencia y severidad de depresión, ansiedad, estrés e insomnio entre los profesionales sanitarios en la pospandemia se establece que:

**Hipótesis 3.**

Las variables relacionadas con la metodología de los estudios influirán en las estimaciones de prevalencia y severidad de los síntomas de la salud mental estudiados en los profesionales sanitarios.

3.1. Las estimaciones de prevalencia y severidad de los síntomas diferirán en función del tipo de instrumento de evaluación utilizado.

3.2. Las estimaciones de prevalencia de depresión diferirán en función del punto de corte o nivel de gravedad empleado, esperándose valores más elevados en los estudios que utilicen criterios más inclusivos (p. ej., leve o superior) y más bajos en aquellos que empleen puntos de corte más restrictivos (p. ej., moderado o superior).

3.3. No se observarán diferencias significativas en las estimaciones de prevalencia y severidad de los síntomas en función del diseño del estudio

### 5.2.4. Respecto a la influencia de las variables contextuales sobre la prevalencia y severidad de la depresión, ansiedad, estrés e insomnio en profesionales sanitarios se propone lo siguiente:

**Hipótesis 4.**

Las variables contextuales de los estudios moderarán la prevalencia y severidad de los síntomas de la salud mental en profesionales sanitarios en el periodo de la pospandemia.

4.1. Se observarán diferencias significativas en las estimaciones de prevalencia y severidad de los síntomas en función de la zona geográfica (continente) en el que se realizó el estudio.

4.2. Las estimaciones de prevalencia y severidad de los síntomas de ansiedad, depresión, estrés e insomnio serán mayores en muestras temporalmente cercanas al inicio de la pandemia.

# VI - MATERIAL Y MÉTODO
# ESTUDIO I

# VI -MATERIAL Y MÉTODO

Para la elaboración del informe de esta revisión sistemática con metaanálisis se han seguido los criterios establecidos por el PRISMA Statement 2020 para revisiones sistemáticas y metaanálisis (Page et al., 2021), el cual ha sido diseñado principalmente para revisiones sistemáticas de estudios que evalúan los efectos de intervenciones o exposiciones en la salud, independientemente del diseño de los estudios incluidos.

## 6.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LOS ESTUDIOS

El objetivo general de este metaanálisis fue analizar la prevalencia y/o la severidad global de la depresión, ansiedad, estrés e insomnio entre los profesionales sanitarios en la pospandemia. Para ello, con el fin de seleccionar estudios relevantes para dicho objetivo se han definido los siguientes criterios de inclusión:

a) Los estudios debían analizar la presencia y/o severidad de la sintomatología de depresión, ansiedad, estrés y/o insomnio en los profesionales sanitarios.
b) Se debían aportar datos cuantitativos sobre la prevalencia y/o severidad de la sintomatología de depresión, ansiedad, estrés y/o insomnio en los profesionales sanitarios.
c) Los datos aportados debían ser recogidos después de la fase aguda de la pandemia por COVID-19, desde el año 2022 hasta la actualidad.
d) En las investigaciones debían utilizarse instrumentos de medición validados para evaluar los síntomas de las psicopatologías estudiadas.
e) Los estudios debían estar redactados en inglés y/o castellano.
f) Las investigaciones debían seguir diseños de tipo no-experimental.

Se decidió excluir los estudios que no especificaban el periodo en el que se habían recogido los datos de la muestra. También se eliminaron los estudios en los que la muestra no estaba compuesta específicamente por profesionales sanitarios o los resultados relativos a este colectivo no se presentaban de manera separada. Asimismo, se eliminaron estudios cuyos resultados fueron ya presentados en otros estudios incluidos en la revisión. Por último, se excluyeron los estudios publicados en tesis doctorales o comentarios críticos.

### 6.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Una vez establecidos los criterios de inclusión y exclusión de estudios, se procedió a la fase de la búsqueda sistemática de los estudios. En primer lugar, en noviembre de 2024 se realizaron las búsquedas sistemáticas para las variables de ansiedad y depresión. Consecutivamente, en diciembre de 2024 y en enero de 2025 se procedió con las búsquedas sistemáticas de las investigaciones referentes a las variables del insomnio y del estrés respectivamente. Las cuatro búsquedas sistemáticas individuales se llevaron a cabo en las siguientes bases de datos: APA Psycinfo, CINAHL Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection y Medline Complete.

A lo largo de esta fase, se aplicaron cuatro fórmulas de búsqueda específicas para cada una de las variables estudiadas, las cuales se encuentran recogidas en la Tabla 6. Independientemente de la variable analizada, todas las búsquedas sistemáticas efectuadas incluyeron estudios correspondientes al periodo comprendido entre los años 2022 y 2025, usando las palabras claves en inglés por título y resumen. De forma paralela, con el fin de complementar las búsquedas sistemáticas individuales, se procedió a revisar las referencias bibliográficas incluidas en revisiones sistemáticas y metaanálisis previamente publicadas (Muñoz-Ortega et al., 2024). Debido a la escasez de revisiones sistemáticas previas en el periodo de la pospandemia se tomó la decisión de analizar también las referencias de los artículos individuales identificados en las búsquedas.

*Tabla 6. Descripción de las fórmulas de búsqueda según la variable estudiada.*

| Variable | Estrategia de búsqueda |
|---|---|
| Depresión | (Depression OR depressive disorder OR depressive symptoms OR major depressive disorder [Titulo/Resumen]) AND (healthcare professionals OR healthcare workers OR healthcare providers OR physician OR nurse OR doctor OR paramedic [Titulo/Resumen]) |
| Ansiedad | (Anxiety disorders OR anxiety OR generalized anxiety disorder [Titulo/Resumen]) AND (Healthcare professionals OR healthcare workers OR healthcare providers OR physician OR nurse OR doctor OR paramedic [Titulo/Resumen]) |
| Estrés | (Stress OR stress disorder OR stress symptoms [Titulo/Resumen]) AND (Healthcare professionals OR healthcare workers OR healthcare providers OR physician OR nurse OR doctor OR paramedic [Titulo/Resumen]) |
| Insomnio | (Insomnia OR sleep disorders OR sleep disturbance OR sleeplessness [Title/Abstract]) AND (Healthcare professionals OR healthcare workers OR healthcare providers OR physician OR nurse OR doctor OR paramedic [Titulo/Resumen]) |

### 6.3. EXTRACCIÓN DE DATOS

Con el objetivo de extraer datos de interés se estableció un protocolo de extracción de datos, que fue aplicado por dos investigadores independientes a cada uno de los estudios seleccionados Dicho protocolo integraba variables referentes tanto a los participantes, como a las características metodológicas del estudio y a los desenlaces estudiados. En cuanto a las variables de los participantes se extrajeron datos referentes a: 1) número total de la muestra; 2) media de edad; 3) género (proporción de participantes varones); 4) país de origen; 5) profesión sanitaria; 6) media de horas trabajadas; 7) trabajo en contacto con pacientes que padecían la enfermedad del COVID-19 (proporción de profesionales sanitarios en primera línea); 8) trabajo por turnos nocturnos (proporción de profesionales sanitarios que trabajan por turnos nocturnos); 9) enfermedad crónica (proporción de profesionales sanitarios con enfermedad crónica); 10) enfermedad mental (proporción de profesionales sanitarios con enfermedad mental); 11) antecedente de infección con la enfermedad del COVID-19 (proporción de profesionales sanitarios diagnosticados de la enfermedad del COVID-19); 12) media de la experiencia de trabajo.

Haciendo referencia a las variables relacionadas con la metodología del estudio se recopilaron los siguientes datos: 1) año de publicación del estudio; 2) fecha de recogida de datos; 3) diseño utilizado; 4) instrumento utilizado en la medida de resultado; 5) nivel de gravedad o punto de corte utilizado en cada estudio para definir la presencia de los síntomas; 6) formato de recogida de datos (en papel; online); 7) tasa de respuesta.

Mientras tanto, respecto a las variables relacionadas con los desenlaces (depresión, ansiedad, estrés e insomnio) se recopiló la información acerca de: 1) prevalencia de la depresión, ansiedad, estrés e insomnio; 2) número de participantes con la sintomatología estudiada; 3) número y porcentaje de mujeres con depresión, ansiedad, estrés y/o insomnio; 4) número total de mujeres; 5) número y porcentaje de hombres con depresión, ansiedad, estrés y/o insomnio; 6) número total de hombres; 7) media y desviación típica de la severidad de la depresión, ansiedad, estrés y/o insomnio; 8) media y desviación típica de la severidad de la depresión, ansiedad, estrés y/o insomnio para mujeres; 9) media y

desviación típica de la severidad de la depresión, ansiedad, estrés y/o insomnio para hombres; 10) proporción de profesionales sanitarios en primera línea con la sintomatología estudiada; 11) proporción de profesionales sanitarios en segunda línea con la sintomatología estudiada.

### 6.4. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SESGO

La evaluación del riesgo de sesgo de los estudios seleccionados para las cuatro variables estudiadas se llevó a cabo aplicando la versión adaptada de la Escala Newcastle-Ottawa a los estudios transversales (Herzog et al., 2023; Modesti et al., 2016). A pesar de que algunos estudios seguían el diseño de tipo longitudinal, también se decidió aplicar a ellos la versión modificada de la escala para los estudios transversales.

El uso de la versión modificada de la Escala Newcastle-Ottawa para estudios transversales en aquellos estudios con diseño longitudinal se fundamentó en la naturaleza de los datos finalmente extraídos y analizados en el presente 'metaanálisis. Si bien algunos de los estudios incluidos presentaban un diseño longitudinal, estos recogían información sobre la prevalencia y/o severidad de las psicopatologías analizadas en múltiples momentos temporales, incluyendo la fase activa de la pandemia por COVID-19. No obstante, de acuerdo con los criterios de inclusión establecidos a priori, únicamente se extrajeron los datos correspondientes a un único momento temporal concreto, definido operativamente como periodo de la pospandemia, descartándose las mediciones previas. En consecuencia, los datos utilizados en el metaanálisis presentan una estructura transversal, independientemente del diseño original del estudio.

La Escala Newcastle-Ottawa para los estudios transversales incluye tres dominios principales para evaluar el riesgo de sesgo: la selección de la muestra, la comparabilidad de datos y evaluación del resultado. En el dominio de selección de la muestra, se puede otorgar un máximo de cinco puntos, centrándose en aspectos clave de la calidad de la muestra y su representatividad. Precisamente, este dominio incluye la representatividad de la muestra respecto a la población objetivo, el tamaño muestral, la tasa de respuesta/no-respondientes y la adecuación del instrumento de medición utilizado para registrar las variables de interés.

El dominio de selección puede sumar hasta cinco puntos en total. Así, en el ítem 1 (representatividad de la muestra) se otorga un punto a los estudios que incluyen una muestra totalmente o algo representativa de la población estudiada, y cero puntos si la muestra es un grupo no seleccionado o no se describe su derivación. En el ítem 2 (tamaño muestral) se asigna un punto si el tamaño muestral ha sido justificado y calculado previamente o se considera suficiente según criterios claros, y cero si no se especifica ni justifica. En tercer lugar, en el ítem 3 (no-respondientes/tasa de respuesta) se otorga un punto a los estudios cuando la tasa de respuesta es adecuada o cuando se proporciona información suficiente para comparar a respondientes y no-respondientes. Igualmente, se otorga cero si no se informa de ello o la tasa de respuesta es insatisfactoria. Finalmente, en el ítem 4 (instrumentos de medición), se asignan dos puntos a los estudios que con el fin de identificar el factor de exposición utilizan instrumentos de medición validados, mientras que a los estudios que emplean instrumentos de medición no validados pero los mismos están proporcionados por los autores y quedan debidamente detallados, se les puede otorgar un punto. Se otorga cero si no se describe la herramienta.

En el dominio de comparabilidad de datos, se evalúa la capacidad del estudio para controlar o ajustar por posibles factores de confusión relevantes, tales como sexo, edad u otras variables demográficas importantes. Dentro de la categoría de comparabilidad de datos se puede otorgar un máximo de dos puntos en total. En esta investigación se asignó un punto a los estudios que presentaron resultados sobre las psicopatologías analizadas en función del sexo de los participantes. Además, se otorgó un punto adicional si los estudios permitieron comparar los resultados según alguna variable adicional, como la edad, el tipo de profesión o el promedio de la experiencia laboral.

Por último, respecto al dominio de evaluación del resultado (outcome), se valora la metodología empleada para la evaluación de resultado y la precisión en su descripción estadística. Se puede otorgar un máximo de tres puntos a los estudios analizados dentro de este dominio de evaluación. En el ítem 1 (evaluación del outcome) se pueden asignar dos puntos si la evaluación del resultado se realiza mediante evaluación independiente o vinculación con datos fiables (por ejemplo, registros clínicos estandarizados), y un punto si el resultado se basa en

autoinformes de los participantes. Finalmente, en el ítem 2 de evaluación, se otorga un punto a los estudios que proporcionan análisis estadísticos adecuados y claramente descritos y cero si no lo es.

Según la versión modificada de la Escala Newcastle-Ottawa para estudios transversales, los estudios pueden alcanzar un puntaje máximo de 10. Los estudios con una puntuación total entre 9 y 10 se consideran de muy buena calidad metodológica, mientras que aquellos con una puntuación entre 7 y 8 se califican como buenos. Finalmente, los estudios con una puntuación entre 5 y 6 se consideran satisfactorios, y aquellos con una puntuación entre 0 y 4 se clasifican como no satisfactorios (Herzog et al., 2023; Modesti et al., 2016).

## 6.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los análisis estadísticos del se realizaron utilizando la versión 3.0 del programa Comprehensive Meta-Analysis (Borenstein et al., 2005), así como el entorno estadístico RStudio. En primer lugar, se llevaron a cabo metaanálisis con el objetivo de estimar la proporción combinada global de profesionales sanitarios que presentaban sintomatología de ansiedad, depresión, estrés e insomnio.

Dado que los estudios incluidos se realizaron en poblaciones diferentes y bajo contextos heterogéneos, el tamaño del efecto combinado se calculó mediante un modelo de efectos aleatorios, asignando el peso de cada estudio en función de su precisión estadística. La heterogeneidad entre los estudios se evaluó mediante los estadísticos *Q* de Cochran e $I^2$, así como a través del cálculo de los intervalos de predicción. Se realizó un análisis de sensibilidad mediante el método *leave-one-out*, recalculando el tamaño del efecto global tras excluir de forma iterativa cada uno de los estudios, con el fin de evaluar la robustez de los resultados y la posible influencia de estudios individuales.

Posteriormente, para analizar la influencia de las variables moderadoras sobre la prevalencia de la sintomatología de ansiedad, depresión, estrés e insomnio, se realizaron análisis de subgrupos mediante ANOVA utilizando el estadístico $Q_B$ en el caso de variables categóricas, y análisis de meta-regresión, empleando el estadístico $Q_R$ para las variables continuas. De acuerdo con lo propuesto por

Borenstein et al. (2021), el porcentaje de varianza explicada por los modelos de moderación se estimó mediante el coeficiente $R^2$.

Finalmente, el sesgo de publicación se evaluó mediante la prueba de Egger y la inspección visual del diagrama en embudo, aplicando el método Trim and Fill propuesto por Duval y Tweedie (2000).

# VII – RESULTADOS ESTUDIO I

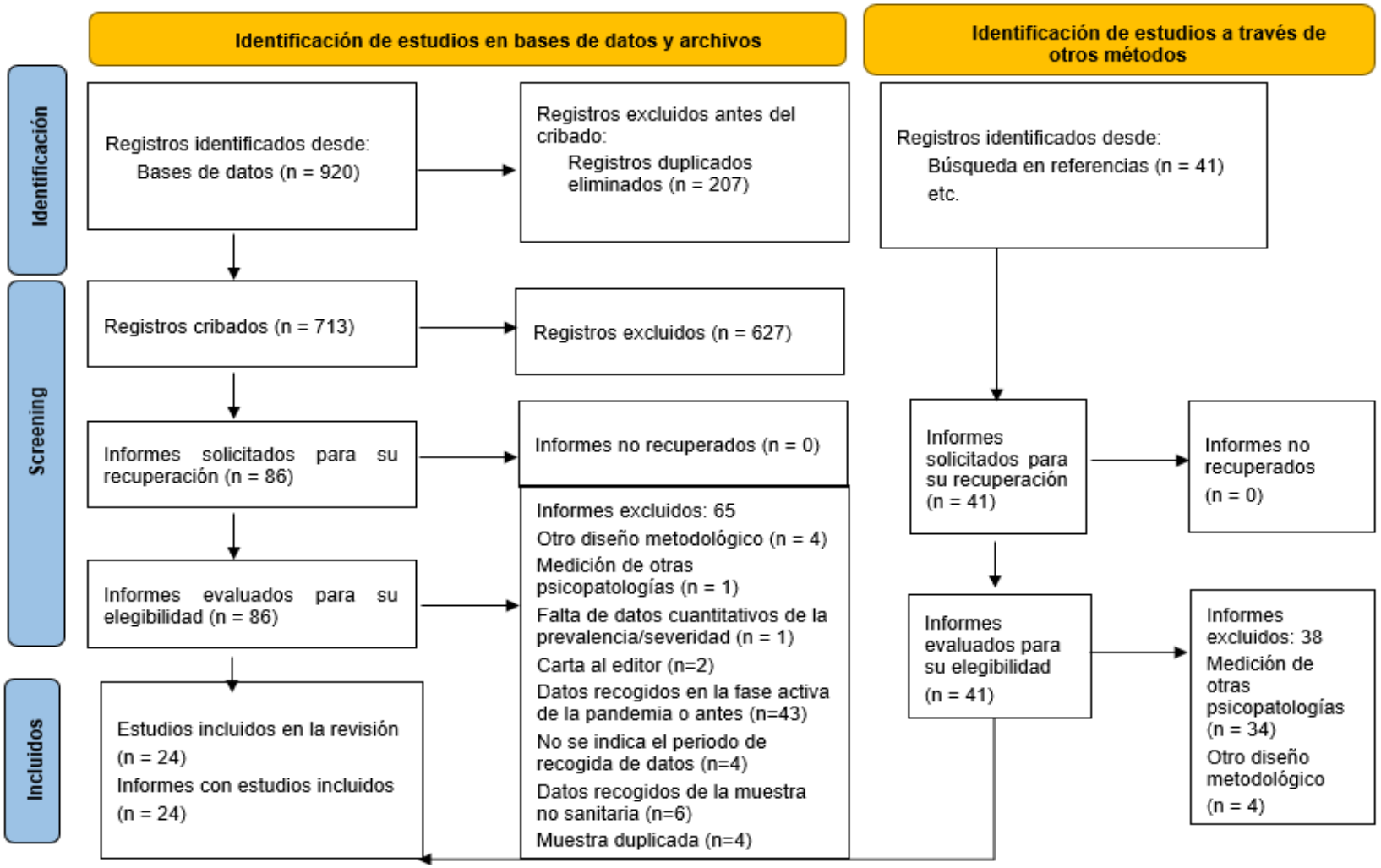
# VII - RESULTADOS ESTUDIO I

## 7.1. ESTUDIOS SELECCIONADOS

### 7.1.1. Depresión

Para la variable de depresión, se identificaron 920 registros en las cuatro bases de datos seleccionadas para la búsqueda, de los cuales 207 fueron duplicados. Tras su eliminación, se procedió con el cribado de los 713 artículos restantes mediante la revisión de títulos y resúmenes. Como resultado de este proceso, se excluyeron 627 estudios por no cumplir con los criterios de inclusión. Posteriormente, se realizó la lectura a texto completo de los 86 estudios restantes para la comprobación exhaustiva de los criterios de elegibilidad. Además, se llevó a cabo una revisión de las referencias bibliográficas incluidas en revisiones previas y en los estudios recuperados, lo que permitió identificar 41 estudios adicionales. Finalmente se incluyeron un total de 24 artículos científicos sobre la prevalencia y severidad de la sintomatología depresiva en profesionales sanitarios. En concreto, 21 estudios fueron seleccionados a partir de la búsqueda sistemática en bases de datos, mientras que los tres restantes fueron identificados mediante la revisión de la literatura científica. Las estrategias de búsqueda y selección de estudios sobre la variable de depresión se presentan en el diagrama de flujo PRISMA 2020, reflejado en la Figura 4

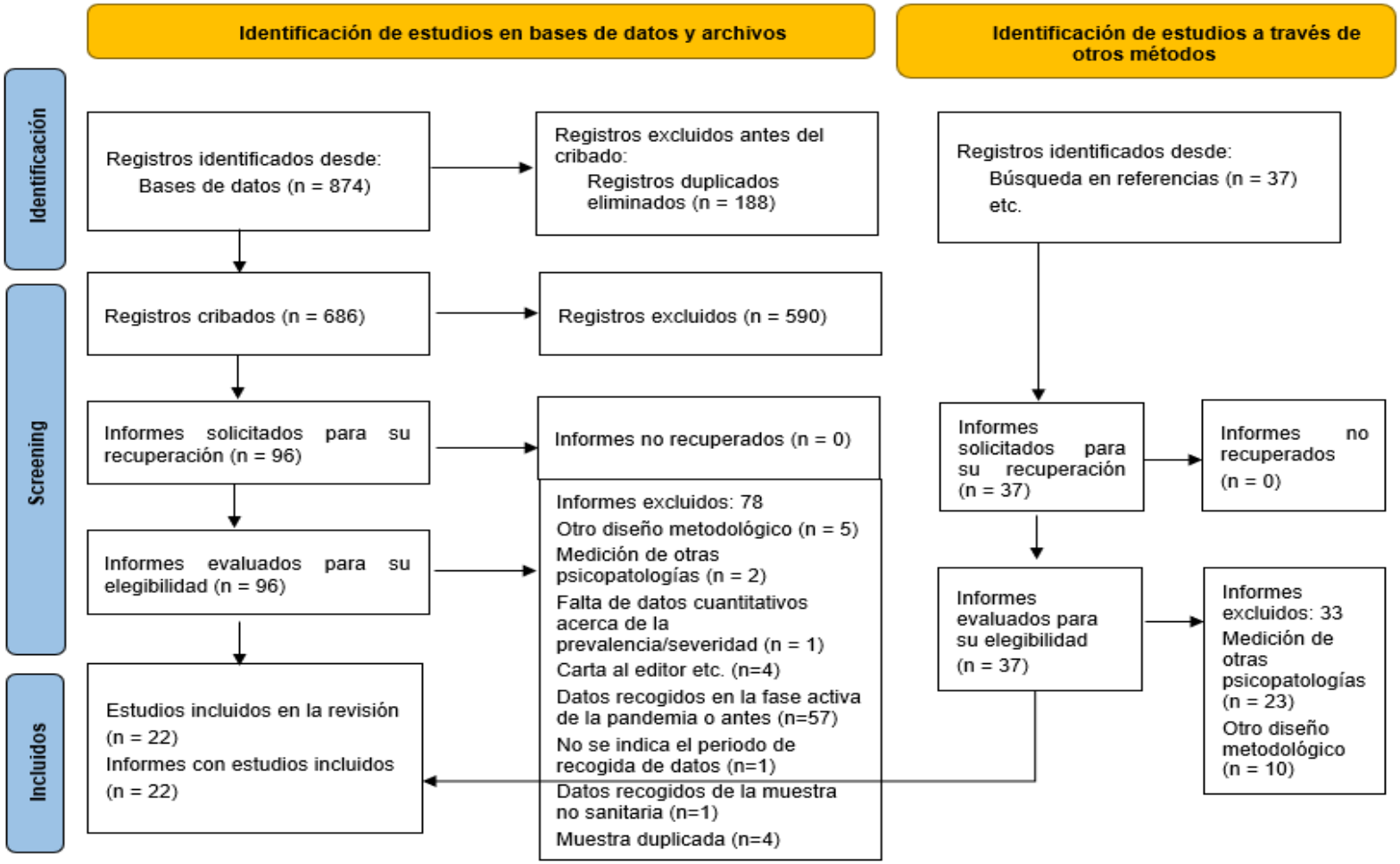
*Figura 4. Diagrama de flujo PRISMA para la selección de los estudios relacionados con la variable de la depresión.*



### 7.1.2. Ansiedad

Tal y como se puede apreciar en el diagrama de flujo PRISMA 2020 recogido en la Figura 5, para la variable de la ansiedad se identificaron un total de 874 registros mediante la búsqueda realizada en las bases de datos. Tras la eliminación de los 188 duplicados, se procedió con el cribado de 686 artículos por título y resumen siguiendo los criterios de inclusión y exclusión establecidos inicialmente. Tras dicho cribado, se decidió eliminar 590 estudios que no cumplían con los criterios de inclusión establecidos, llegando a solicitar un total de 96 artículos para su recuperación y lectura a texto completo. Tras esta etapa, se procedió a eliminar 78 estudios por los motivos indicados en la Figura 5. De forma paralela, se llevó a cabo la revisión de las referencias bibliográficas de la literatura científica previa en la que se llegó a identificar 37 estudios adicionales de los cuales 4 se adecuaban a los criterios de inclusión establecidos. Finalmente, se incluyeron un total de 22 estudios en el metaanálisis acerca de la variable de la ansiedad, de los cuales 18 provenían de la búsqueda en bases de datos electrónicas y 4 de la búsqueda de las referencias bibliográfica.

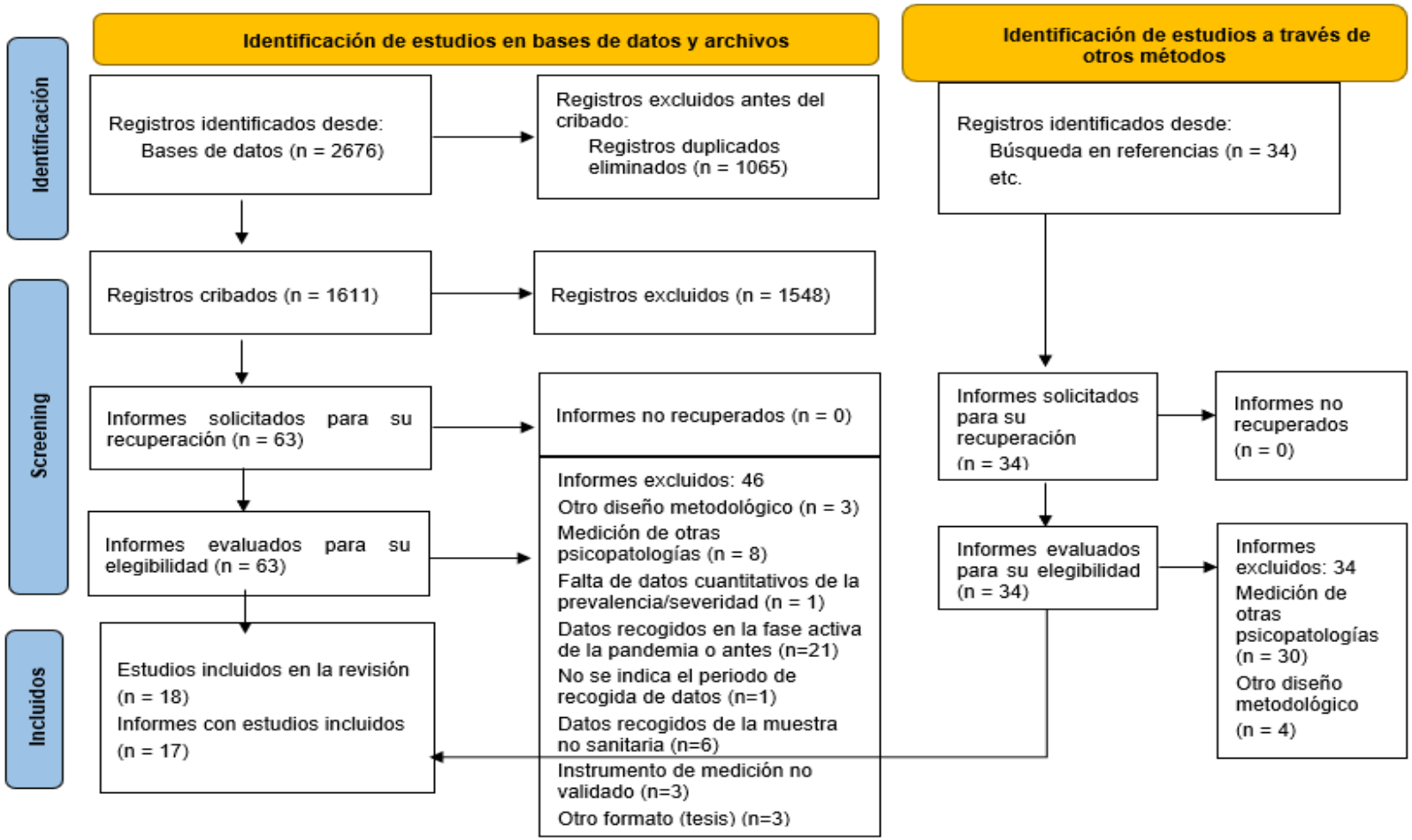
*Figura 5. Diagrama de flujo PRISMA 2020 para la selección la selección de los estudios relacionados con la variable de la ansiedad.*



### 7.1.3. Estrés

Como se muestra en la Figura 6, siguiendo el diagrama de flujo PRISMA 2020, para la variable de estrés se llevó a cabo una búsqueda inicial en las bases de datos, en la que se identificaron 2676 referencias. El número de artículos duplicados en esta variable fue de 1065 referencias. Tras su eliminación, se procedió con el cribado inicial de los 1611 estudios restantes mediante la revisión de títulos y resúmenes. Como resultado de este proceso, se excluyeron 1548 estudios por no cumplir con los criterios de inclusión. La mayoría de los estudios eliminados en esta primera fase hacían referencia a otras variables, como el estrés postraumático, lo que explica el elevado número de exclusiones. De los 63 estudios restantes para la lectura a texto completo, se eliminaron 46 por los motivos especificados en la Figura 6. De forma complementaria, se identificaron 34 referencias adicionales a partir de la revisión de las referencias bibliográficas, las cuales se excluyeron tras su lectura a texto completo. Finalmente, se incluyeron un total de 18 estudios procedentes de 17 informes científicos, todos ellos identificados a través de la búsqueda en bases de datos.

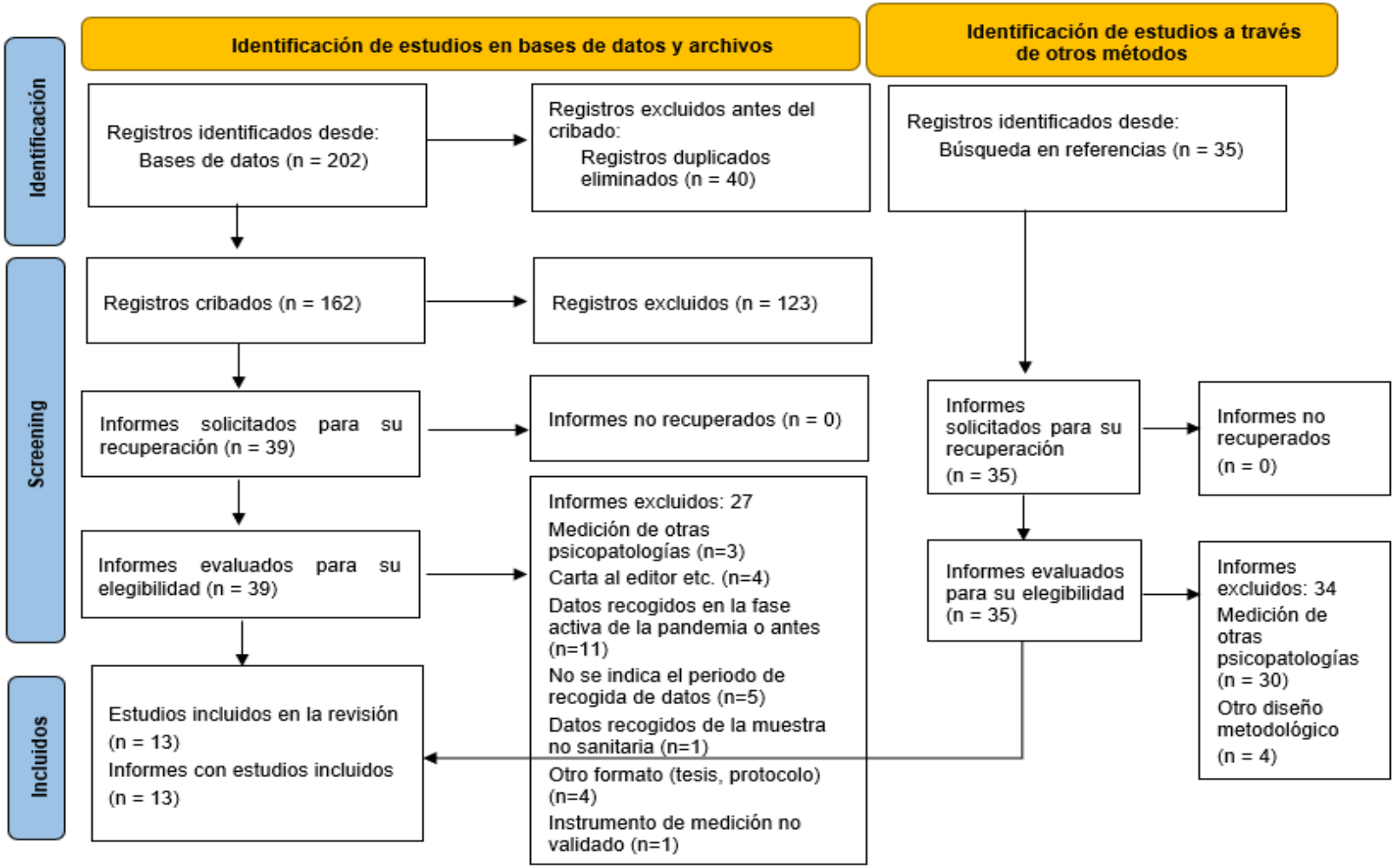
*Figura 6. Diagrama de flujo PRISMA 2020 para la selección de los estudios relacionados con la variable de estrés.*



### 7.1.4. Insomnio

Tal y como se muestra en el diagrama de flujo PRISMA 2020 presentado en la Figura 7, para la variable de insomnio se identificaron inicialmente 202 registros mediante la búsqueda sistemática realizada en las bases de datos electrónicas. Tras la eliminación de 40 registros duplicados, se procedió al cribado de 162 registros mediante la revisión de títulos y resúmenes, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Como resultado de este proceso, se excluyeron 123 estudios por los motivos detallados en la Figura 7. La mayoría de los estudios eliminados presentaban un periodo de recogida de datos correspondiente a la fase aguda de la pandemia por COVID-19, lo cual no se correspondía a los criterios de inclusión establecidos. Asimismo, se recuperaron 35 estudios de la búsqueda en referencias para su análisis a texto completo. Finalmente, en el metaanálisis sobre insomnio se incluyeron 13 estudios, de los cuales 12 fueron identificados mediante la búsqueda sistemática en bases de datos, mientras que 1 estudio adicional fue hallado a través de la revisión de referencias bibliográficas, realizada de manera complementaria.

*Figura 7. Diagrama de flujo PRISMA 2020 para la selección de los estudios relacionados con la variable del insomnio.*



## 7.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS

### 7.2.1. Depresión

#### *7.2.1.1. Características de los participantes*

En cuanto a la muestra total de los participantes, la misma fue compuesta por un total de 16749 profesionales sanitarios, comprendiéndose desde 64 (Liao et al., 2024) hasta 1774 individuos (Ding, Duan et al., 2024), lo cual se puede apreciar en la Tabla 7. La edad media de los participantes osciló entre 27,00 y 46,11 años. La participación total de los varones en los estudios seleccionados se situó sobre el 0,00% (Alsaraireh et al., 2024) y el 60,50% (Mohammadi et al., 2023). Al igual que para la variable de la ansiedad, la mayoría de los estudios seleccionados fueron desarrollados en China, llegando a representar el 45,83% del total de las referencias. Por otra parte, las demás investigaciones (54,17%) fueron llevadas a cabo en Afganistán, Alemania, Arabia Saudí, Corea del Sur, Egipto, Estados Unidos, Irán, Italia, Omán, Somalia y Turquía.

Desglosando los estudios por el tipo de profesionales sanitarios analizados, destaca que la mayoría de los estudios ($n$ = 15), o sea el 62,50% de la totalidad de los mismos, se evaluó la sintomatología de la depresión únicamente entre los enfermeros. Por otra parte, tres de los estudios seleccionados (12,50%) analizaron la salud mental de los médicos, mientras que otros seis (25,00%) incluyeron en sus análisis varios grupos de los profesionales sanitarios.

Por otro lado, solamente un estudio (Khalili et al., 2024) especificó el promedio de las horas trabajadas diariamente por los profesionales sanitarios, estimándolo sobre las ocho horas al día. Varios estudios indicaron la proporción de profesionales sanitarios que habían trabajado en contacto directo con pacientes infectados de la enfermedad del COVID-19, situándose entre el 65,50% (Morawa et al. 2023) y el 96,80% (Papa et al., 2024). Asimismo, entre el 12,50% (Alsaraireh et al., 2024) y el 100,00% (Ahn et al., 2024) de los trabajadores sanitarios trabajaron por turnos nocturnos. Respecto a la proporción de los respondientes que habían padecido alguna enfermedad crónica, la misma se situó entre el 14,40% (Mohamed et al., 2024) y el 51,80% (Mohammadi et al., 2023). En cuanto a la proporción de

personas con algún tipo de enfermedad mental, esta fue reportada únicamente en tres de los estudios analizados, variando significativamente desde el 5,90% (Ahn et al., 2024) y hasta el 58,50% (Mohammadi et al., 2023). Analizando los datos según la proporción de trabajadores sanitarios infectados de la enfermedad del COVID-19, los mismos se situaron entre el 23,20% (Morawa et al. 2023) y el 99,00% (Ding, Wang et al., 2024) del total de las muestras. Por último, la media de experiencia de trabajo aportada en los estudios se extendió entre 3,20 años (*DT* = 0,65) y 15,85 años (*DT* = 9,46).

*Tabla 7. Características de los participantes en los estudios acerca de la variable de depresión.*

| Estudio | Muestra (*n*) | Profesión | Edad (*M*) | Varones (%) | Área geográfica | Horas trabajadas (*M*) | Trabajo en primera línea (%) | Turnos nocturnos (%) | Enfermedad crónica (%) | Enfermedad mental (%) | Infectados por el COVID-19 *n* (%) | Experiencia de trabajo *M (DT)* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ahn et al. (2024) | 202 | Enfermeros | 31,60 | 4,00 | Corea del Sur | — | — | 100,00 | — | 5,90 | — | 7,40 (6,10) |
| Alqifari et al. (2024) | 96 | Enfermeros | — | 1,04 | Arabia Saudí | — | — | — | — | — | — | — |
| Alsaraireh et al. (2024) | 200 | Enfermeros | — | 0,00 | Omán | — | — | 12,50 | — | — | — | — |
| Ding, Duan et al. (2024) | 1774 | Enfermeros | 32,00 | 6,10 | China | — | — | — | — | — | — | — |
| (Ding, Wang et al. (2024) | 1412 | profesionales sanitarios | — | 43,10 | China | — | 72,20 | — | — | — | 99,00 | — |
| Emiral et al. (2024) | 300 | Médicos | 27,00 | 41,30 | Turquía | — | — | — | — | — | — | — |
| Grasmann et al. (2024) | 276 | Enfermeros | — | 21,70 | Alemania | — | 65,60 | — | — | — | — | — |
| Khalili et al. (2024) | 660 | Médicos | 39,00 | 45,90 | Egipto | 8,00 | — | 28,00 | 34,30 | 22,30 | — | — |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Khani et al. (2025) | 354 | Enfermeros | 33,35 | 25,42 | Irán | — | — | 79,95 | 23,45 | — | — | — |
| Li, J.N., et al. (2023) | 1401 | Enfermeros | — | 0,00 | China | — | — | — | — | — | — | — |
| Li, S., et al. (2023) | 1431 | Enfermeros | — | 2,10 | China | — | — | — | 23,50 | — | — | — |
| Liao et al. (2024) | 64 | Enfermeros | — | 12,50 | China | — | — | — | — | — | — | — |
| Lu et al. (2024) | 416 | profesionales sanitarios | — | 14,90 | China | — | 66,59 | 53,61 | — | — | — | — |
| Mao, Dong et al. (2023) | 740 | enfermeros | 30,53 | 0,00 | China | — | — | — | — | — | — | — |
| Mao, Lin et al. (2023) | 784 | enfermeros | 30,38 | 5,60 | China | — | — | — | — | — | — | 8,81 (6,87) |
| Mohamed et al. (2024) | 305 | profesionales sanitarios | 28,90 | 55,70 | Somalia | — | — | — | 14,40 | — | — | — |
| Mohammadi et al. (2023) | 299 | profesionales sanitarios | 30,88 | 60,50 | Afganistán | — | — | 72,10 | 51,80 | 58,50 | — | — |
| Morawa et al. (2023) | 168 | médicos | — | 36,30 | Alemania | — | 65,50 | — | — | — | 23,20 | — |
| Papa et al. (2024) | 1504 | profesionales sanitarios | 46,11 | 58,00 | Estados Unidos | — | 96,80 | — | — | — | — | 15,85 (9,46) |
| Ryani et al. (2023) | 294 | profesionales sanitarios | 32,00 | 49,00 | Arabia Saudí | — | — | — | 18,00 | — | — | — |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vitale et al. (2023) | 408 | enfermeros | — | 24,02 | Italia | — | 73,30 | — | — | — | — | — |
| Xiao et al. (2023) | 1766 | enfermeros | — | 4,08 | China | — | — | 69,31 | — | — | 90,83 | — |
| Zhang, Wu et al. (2024) | 616 | enfermeros | 28,00 | 20,40 | China | — | — | — | — | — | — | 3,2 (0,65) |
| Zhou et al. (2024) | 1279 | enfermeros | 34,10 | 6,70 | China | — | — | 64,00 | — | — | — | 11,6 (6,80) |

#### *7.2.1.2. **Características relacionadas con la metodología de los estudios de depresión en profesionales sanitarios***

Analizando la Tabla 8 en la que se recogen las principales características de los estudios seleccionados para la variable de la depresión, queda visible que los estudios fueron publicados entre el año 2023 y 2025. Para efectos del análisis, se consideró el último año de recogida de datos en aquellos estudios donde la misma abarcó dos años distintos. De este modo, diez de los estudios (41,70%) aportaron los datos referentes al año 2022. Por otro lado, nueve estudios (37,50%) realizaron la recogida de datos en el año 2023. Tres estudios (12,50%) facilitaron los datos más recientes, relativos al año 2024.

Casi todos los estudios seguían el tipo de diseño transversal, representando el 91,67% de la totalidad de las investigaciones incluidas, mientras que los dos estudios restantes seguían el diseño longitudinal. En la mayoría de los estudios (*n* = 10; 41,67%) se aplicó el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9, Kroenke et al., 2001*)* para medir la sintomatología depresiva. Además, tres estudios aplicaron la versión abreviada de este instrumento de medición conocido como el Cuestionario sobre la Salud del Paciente 2 (PHQ-2, Kroenke et al., 2003). En segundo lugar, el cuestionario más utilizado para la medición de los problemas de la depresión fue la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21, Antony et al., 1998), utilizada en seis estudios, representando el 25,00% de la totalidad. En tercer lugar, en dos estudios particulares se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II, Beck et al., 1996). En el último lugar, a mucha menos escala los estudios particulares aplicaron la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, Zigmond y Snaith, 1983), la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung (SDS, Zung, 1965) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES–D, Radloff, 1977). Los cuestionarios fueron aplicados principalmente de forma telemática, en el 62,50% de las investigaciones. En cuanto a la tasa de respuesta se puede ver que la misma fluctúa considerablemente entre los estudios, desde el 20,00% (Alsaraireh et al., 2024) hasta el 100,00% (Lu et al., 2024). Asimismo, en nueve estudios no se encontraron datos referentes a la tasa de respuesta.

*Tabla 8. Características relacionadas con la metodología de los estudios de depresión en profesionales sanitarios.*

| Estudio | Recogida de datos | Diseño | Instrumento utilizado | Formato de recogida de datos | Tasa de respuesta (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| Ahn et al. (2024) | julio - agosto 2023 | transversal | PHQ-9 | Online | — |
| Alqifari et al. (2024) | junio 2023 - abril 2024 | transversal | DASS-21 | en papel | 36,50 |
| Alsaraireh et al. (2024) | marzo - junio 2023 | transversal | DASS-21 | Online | 20,00 |
| Ding, Duan et al. (2024) | julio 2022 | transversal | PHQ-9 | Online | 90,30 |
| (Ding, Wang et al. (2024) | junio 2023 | transversal | PHQ-9 | en papel | 70,60 |
| Emiral et al. (2024) | — | transversal | DASS-21 | en papel | 25,00 |
| Grasmann et al. (2024) | febrero - mayo 2022 | longitudinal | PHQ-2 | Online | — |
| Khalili et al. (2024) | enero - julio 2023 | transversal | BDI-II | Online | — |
| Khani et al. (2025) | 2023 | transversal | DASS-21 | en papel | — |
| Li, J. N., et al. (2023) | diciembre 2022 - enero 2023 | transversal | SDS | Online | 94,30 |
| Li, S., et al. (2023) | enero - abril 2022 | transversal | PHQ-9 | Online | 95,40 |
| Liao et al. (2024) | junio 2022 - junio 2023 | transversal | BDI-II | en papel | — |
| Lu et al. (2024) | — | transversal | HADS | en papel | 100,00 |
| Mao, Lin et al. (2023) | enero 2022 | transversal | PHQ-9 | Online | — |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Mao, Dong et al. (2023) | enero 2022 | transversal | PHQ-9 | Online | — |
| Mohamed et al. (2024) | abril-mayo 2024 | transversal | PHQ-9 | en papel | 66,20 |
| Mohammadi et al. (2023) | junio 2022 | transversal | CES-D | en papel | 59,80 |
| Morawa et al. (2023) | febrero - mayo 2022 | longitudinal | PHQ-2 | Online | — |
| Papa et al. (2024) | septiembre - noviembre 2022 | transversal | PHQ-2 | Online | 65,80 |
| Ryani et al. (2023) | octubre - noviembre 2022 | transversal | DASS-21 | en papel | 96,71 |
| Vitale et al. (2023) | mayo 2022 | transversal | DASS 21 | Online | — |
| Xiao et al. (2023) | diciembre 2022 - enero 2023 | transversal | PHQ-9 | Online | 96,34 |
| Zhang, Wu et al. (2024) | diciembre 2022 - febrero 2023 | transversal | PHQ-9 | Online | 97,00 |
| Zhou et al. (2024) | noviembre 2023 - enero 2024 | transversal | PHQ-9 | Online | 79,90 |

### 7.2.2. Ansiedad

#### *7.2.2.1. Características de los participantes*

Como se muestra en la Tabla 9, la muestra total de participantes en todos los estudios fue de 18474 sujetos, oscilando entre 96 (Alqifari et al., 2024) y 4160 participantes (Zhang, Wu et al., 2024). La edad media de los participantes osciló entre 27,00 años y 46,11 años, con un rango de edad comprendido entre 18 y 60 años. Por otro lado, el porcentaje de varones incluidos en los estudios varió entre el 0,00% (Alsaraireh et al., 2024) y el 58,00% (Papa et al., 2024). La mayoría de los estudios incluidos se llevaron a cabo en China, representando el 45,45% del total de referencias (Chen, R., et al., 2024; Ding, Wang et al., 2024; Lu et al., 2024; Mao, Dong et al., 2023; Mao, Lin et al. 2023; Wang et al., 2023; Xiao et al., 2023; Zhang, Wu et al., 2024; Zhang, Zhang et al., 2024; Zhou et al., 2024). Los estudios restantes ($n$ = 12) se realizaron en Alemania (Grasmann et al., 2024; Morawa et al., 2023), Arabia Saudí (Alqifari et al., 2024; Ryani et al., 2023), Brasil (Fenzke et al., 2023), España (Gil-Almagro, García-Hedrera et al., 2024), Estados Unidos (Papa et al., 2024), Etiopía (Misganaw et al., 2024), Irán (Khani et al., 2025), Italia (Vitale et al., 2023), Omán (Alsaraireh et al., 2024) y Turquía (Emiral et al., 2024).

Respecto a la profesión sanitaria estudiada, 13 investigaciones analizaron la sintomatología de ansiedad en enfermeros, mientras que siete estudios incluyeron datos sobre varios grupos de profesionales sanitarios, representando el 59,09% y el 31,82% del total, respectivamente. Por otro lado, dos estudios evaluaron exclusivamente a los médicos. En ninguno de los estudios seleccionados se proporcionó información acerca del promedio de horas trabajadas semanalmente por los profesionales sanitarios. La media de la experiencia de trabajo se situó entre 8,73 (Zhang, Zhang et al., 2024) y 15,85 años (Papa et al., 2024) en base a la información extraída de cinco estudios seleccionados. En ocho de los estudios se indicó la proporción de profesionales sanitarios que trabajaban en contacto directo con pacientes infectados por la enfermedad de COVID-19, situándose dicha proporción entre 65,50% (Morawa et al., 2023) y 100,00% (Zhang, Wu et al., 2024). Por otro lado, seis de los estudios analizados especificaron la proporción de profesionales sanitarios que trabajaban por turnos nocturnos, pudiendo entender que dicha proporción oscilaba entre 12,50% (Alsaraireh et al., 2024) y 69,31% (Xiao

et al., 2023). Solamente dos estudios informaron acerca de la proporción de participantes con alguna enfermedad crónica (Misganaw et al., 2024; Ryani et al., 2023), mientras que en ninguno se incluyeron datos sobre la proporción de participantes con alguna condición mental. Igualmente, cinco de los estudios analizados informaron sobre la proporción de profesionales sanitarios que habían sido infectados por la enfermedad del COVID-19, oscilando dicha proporción entre el 23,20% (Morawa et al., 2023) y el 99,00% (Ding, Wang et al., 2024).

*Tabla 9. Características de los participantes en los estudios acerca de la variable de ansiedad.*

| Estudio | Muestra (*n*) | Profesión | Edad (*M*) | Varones (%) | Área geográfica | Trabajo en primera línea (%) | Turnos nocturnos (%) | Enfermedad crónica (%) | Infectados por el COVID-19 *n* (%) | Experiencia *M (DT)* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Alqifari et al. (2024) | 96 | enfermeros | — | 1,03 | Arabia Saudí | — | — | — | — | — |
| Alsaraireh et al. (2024) | 200 | enfermeros | — | 0,00 | Omán | — | 12,50 | — | — | — |
| Chen, R., et al. (2024) | 658 | profesionales sanitarios | — | 29,80 | China | — | — | — | — | — |
| Ding, Wang et al. (2024) | 1412 | profesionales sanitarios | — | 43,10 | China | 72,20 | — | — | 99,00 | — |
| Emiral et al. (2024) | 300 | Médicos | 27,00 | 41,30 | Turquía | — | — | — | — | — |
| Fenzke et al. (2023) | 100 | profesionales sanitarios | — | 28,00 | Brasil | 100,00 | 49,00 | — | 65,00 | — |
| Gil-Almagro, García-Hedrera et al. (2024) | 257 | profesionales sanitarios | 43,67 | 18,30 | España | — | — | — | — | 10,70 (9,23) |
| Grasmann et al. (2024) | 276 | enfermeros | — | 21,70 | Alemania | 65,60 | — | — | — | — |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Khani et al. (2025) | 354 | enfermeros | 33,35 | 25,42 | Irán | — | — | — | — | — |
| Lu et al. (2024) | 416 | profesionales sanitarios | — | 14,90 | China | 66,59 | 53,61 | — | — | — |
| Mao, Dong et al. (2023) | 740 | enfermeros | 30,53 | 0,00 | China | — | — | — | — | — |
| Mao, Lin et al. (2023) | 784 | enfermeros | 30,38 | 5,60 | China | — | — | — | — | 8,81 (6,87) |
| Misganaw et al. (2024) | 732 | enfermeros | 31,10 | 54,10 | Etiopia | — | 37,84 | 6,15 | — | — |
| Morawa et al. (2023) | 168 | Médicos | — | 36,30 | Alemania | 65,50 | — | — | 23,20 | — |
| Papa et al. (2024) | 1504 | profesionales sanitarios | 46,11 | 58,00 | Estados Unidos | 96,80 | — | — | — | 15,85 (9,46) |
| Ryani et al. (2023) | 294 | profesionales sanitarios | 32,00 | 49,00 | Arabia Saudí | — | — | 18,00 | — | — |
| Vitale et al. (2023) | 408 | enfermeros | — | 24,02 | Italia | 73,30 | — | — | — | — |
| Wang et al. (2023) | 2210 | enfermeros | — | 19,73 | China | — | — | — | — | — |
| Xiao et al. (2023) | 1766 | enfermeros | — | 4,08 | China | — | 69,31 | — | 90,83 | — |
| Zhang, Wu et al. (2024) | 4160 | enfermeros | 33,00 | 3,49 | China | 100,00 | — | — | 37,11 | — |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Zhang, Zhang et al. (2024) | 360 | enfermeros | 31,07 | 2,80 | China | — | — | — | — | 8,73 (5,32) |
| Zhou et al. (2024) | 1279 | enfermeros | 34,10 | 6,70 | China | — | 64,00 | — | — | 11,6 (6,80) |

#### *7.2.2.2. Características relacionadas con la metodología de los estudios de ansiedad en profesionales sanitarios*

En relación con la recolección de datos sobre la prevalencia y la severidad de la ansiedad expuestos en la Tabla 10, cabe señalar que, para efectos del análisis, en aquellos estudios donde la recolección abarcó dos años distintos se consideró el último año de recogida. Bajo este criterio, en 10 estudios (45,45%) los datos fueron obtenidos en 2022, mientras que ocho estudios (36,36%) proporcionaron datos de 2023. Además, dos estudios (9,09%) reportaron información correspondiente a 2024 (Alqifari et al., 2024; Zhou et al., 2024). En los dos estudios restantes (Emiral et al., 2024; Lu et al., 2024) no se especificó la fecha de recogida.

En cuanto al instrumento de recogida de datos, en la mayoría de las investigaciones ($n$ = 10) se aplicó la versión extensa de la Escala del Trastorno de la Ansiedad Generalizada (GAD-7, Spitzer et al., 2006), representando el 45,45% de la totalidad de los estudios. Adicionalmente, tres de los estudios seleccionados (13,64%) aplicaron la versión abreviada de la Escala del Trastorno de la Ansiedad Generalizada (GAD-2, Kroenke et al., 2007). En segundo lugar, para medir la sintomatología de la ansiedad en seis estudios seleccionados, se utilizó la Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés (DASS-21), representando el 27,27% de la totalidad. Finalmente, en los tres estudios restantes se aplicó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, Spielberger et al., 1983) y la Escala de Ansiedad de Autoevaluación de Zung (SAS, Zung, 1971) respectivamente. En el 59,10% de los estudios los cuestionarios fueron aplicados de forma online, frente al 40,90% de las investigaciones en las que se seguía el formato tradicional de utilización de los cuestionarios. Finalmente, la tasa de respuesta varió entre los estudios, dado que la tasa de respuesta más alta fue del 100,00% (Lu et al., 2024), mientras que la más baja se situó en torno al 20,00% (Alsaraireh et al., 2024). En total, nueve estudios no reportaron la tasa de respuesta.

*Tabla 10. Características relacionadas con la metodología de los estudios de ansiedad en profesionales sanitarios.*

| Estudio | Recogida de datos | Diseño | Instrumento utilizado | Formato de recogida de datos | Tasa de respuesta (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| Alqifari et al. (2024) | junio 2023 - abril 2024 | transversal | DASS-21 | en papel | 36,50 |
| Alsaraireh et al. (2024) | marzo - junio 2023 | Transversal | DASS-21 | online | 20,00 |
| Chen, R., et al. (2024) | septiembre - octubre 2022 | Transversal | GAD-7 | online | 96,76 |
| Ding, Wang et al. (2024) | junio 2023 | Transversal | GAD-7 | en papel | 70,60 |
| Emiral et al. (2024) | — | Transversal | DASS-21 | en papel | 25,00 |
| Fenzke et al. (2023) | abril - julio 2022 | Transversal | STAI | en papel | 63,00 |
| Gil-Almagro, García-Hedrera et al. (2024) | abril- junio 2022 | longitudinal | GAD-7 | online | — |
| Grasmann et al. (2024) | febrero - mayo 2022 | longitudinal | GAD-2 | online | — |
| Khani et al. (2025) | 2023 | Transversal | DASS-21 | en papel | — |
| Lu et al. (2024) | — | Transversal | HADS | en papel | 100,00 |
| Mao, Dong et al. (2023) | enero 2022 | Transversal | GAD-7 | online | — |
| Mao, Lin et al. (2023) | enero 2022 | Transversal | GAD-7 | online | — |
| Misganaw et al. (2024) | abril - mayo 2023 | Transversal | GAD-7 | papel | 98,10 |
| Morawa et al. (2023) | febrero - mayo 2022 | longitudinal | GAD-2 | online | — |
| Papa et al. (2024) | septiembre - noviembre 2022 | Transversal | GAD-2 | online | 65,80 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Ryani et al. (2023) | octubre - noviembre 2022 | Transversal | DASS-21 | en papel | 96,71 |
| Vitale et al. (2023) | mayo 2022 | Transversal | DASS-21 | online | — |
| Wang et al. (2023) | abril - julio 2023 | Transversal | SAS | online | — |
| Xiao et al. (2023) | diciembre 2022- enero 2023 | Transversal | GAD-7 | online | 96,34 |
| Zhang, Wu et al. (2024) | abril - junio 2023 | Transversal | GAD-7 | en papel | — |
| Zhang, Zhang et al. (2024) | diciembre 2022 - enero 2023 | Transversal | GAD-7 | online | 95,00 |
| Zhou et al. (2024) | noviembre 2023 - enero 2024 | Transversal | GAD-7 | online | 79,90 |

### 7.2.3. Estrés

#### *7.2.3.1. Características de los participantes*

Tal y como se puede observar en la Tabla 11, se estimó que la muestra total estaba compuesta por un total de 11763 participantes, comprendiéndose ente 96 (Fikri et al., 2024) y 4071 participantes (Jiang et al., 2023b). Asimismo, la edad media del total de la muestra se situó entre 27,00 y 39,00 años. Además, en cuanto a la participación de los varones en los estudios seleccionados, la misma varió entre el 0,00% (Alsaraireh et al., 2024; Baranauskas et al., 2024) y el 63,60% (Salameh et al., 2024). Igualmente, destaca la variedad de los países en los que se elaboraron los estudios en comparación con las demás variables. No obstante, al igual que en caso de la variable de la ansiedad y depresión, el mayor porcentaje de los estudios fue desarrollado en China, oscilando sobre el 16,67%. Los demás estudios procedían de los países como Arabia Saudí, Bahréin, República Checa, Etiopía del Sur, India, Indonesia, Irán, Italia, Jordania, Lituania, Omán, Palestina, Romanía y Turquía.

Haciendo referencia a la profesión sanitaria, diez de los estudios, correspondiéndose al 55,56% de la totalidad, facilitaron los datos sobre la salud mental exclusivamente de los enfermeros, mientras que el 38,89% de las investigaciones ($n$ = 7) englobó diversos grupos de los profesionales sanitarios en sus análisis. Por otro lado, en un estudio se evaluó la sintomatología de estrés exclusivamente en los médicos.

En ninguno de los estudios seleccionados se llegaron a facilitar los datos acerca del promedio de horas trabajadas por parte del colectivo sanitario. Por otro lado, algunos estudios especificaron la proporción de profesionales sanitarios que había trabajado en primera línea, en contacto directo con los pacientes con la enfermedad del COVID-19, situándose dicha proporción entre el 10,90% (Tao et al., 2023) y el 73,30% (Vitale et al., 2023). En cuanto al trabajo por turnos nocturnos, los datos seleccionados sugieren que entre el 12,50% (Alsaraireh et al., 2024) y el 83,00% (Bolado et al., 2024) de los profesionales sanitarios habían realizado este tipo de jornada laboral. Se puede observar igualmente, que entre el 18,00% (Ryani et al., 2023) y el 31,10% (Jiang et al., 2023b) de los trabajadores sanitarios habían sufrido alguna condición crónica, mientras que entre el 15,10% (Jiang et al., 2023a) y el 21,10% (Jiang et al., 2023b) habían padecido enfermedad mental. Solamente un

estudio aportó datos acerca de la proporción de profesionales sanitarios infectados por la enfermedad del COVID-19, situándose esta sobre el 78,20% (Jiang et al., 2023b). Por último, según los datos aportados en algunas de las investigaciones seleccionadas, la media de experiencia laboral en el ámbito sanitario se situó entre 4 (*DT* = 3,80) y 13,20 años (*DT* = 11,60).

*Tabla 11. Características de los participantes en los estudios acerca de la variable de estrés.*

| Estudio | Muestra (*n*) | Profesión | Edad *M* | Varones *(%)* | Área geográfica | Trabajo en primera línea *(%)* | Turnos nocturnos *(%)* | Enfermedad crónica *(%)* | Enfermedad mental *(%)* | Infectados por el COVID-19 *n (%)* | Experiencia de trabajo *M (DT)* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Alsaraireh et al. (2024) | 200 | enfermeros | — | 0,00 | Omán | — | 12,50 | — | — | — | — |
| Bani Hani y Abdu Aqoulah (2024) | 128 | enfermeros | — | 60,15 | Jordania | — | — | — | — | — | 7,63 (5,56) |
| Baranauskas et al. (2024) | 283 | enfermeros | — | 0,00 | Lituania | — | 14,50 | — | — | — | 13,20 (11,60) |
| Bolado et al. (2024) | 239 | enfermeros | 32,00 | 42,90 | Etiopia del Sur | — | 83,00 | — | — | — | — |
| Dobešová Cakirpaloglu et al. (2024) | 1064 | profesionales sanitarios | — | 23,59 | Republica Checa | — | 32,14 | — | — | — | — |
| Duică, et al. (2024) | 189 | profesionales sanitarios | 27,00 | 21,70 | Romania | — | — | — | — | — | — |
| Emiral et al. (2024) | 300 | Médicos | — | 41,30 | Turquía | — | — | — | — | — | — |
| Fikri et al. (2024) | 96 | enfermeros | 39,00 | 19,80 | Indonesia | — | — | — | — | — | — |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Jahrami et al. (2022) | 144 | profesionales sanitarios | 33,35 | 29,17 | Bahréin | 48,61 | — | — | — | — | — |
| Jiang et al. (2023a) | 1169 | profesionales sanitarios | — | 25,00 | China | — | — | 24,00 | 15,10 | — | — |
| Jiang et al. (2023b) | 4071 | profesionales sanitarios | — | 30,40 | China | — | — | 31,10 | 21,10 | 78,20 | — |
| Kamari et al. (2025) | 316 | enfermeros | — | 44,40 | Irán | — | — | — | — | — | 4,00 (3,80) |
| Khani et al. (2025) | 354 | enfermeros | 30,38 | 25,42 | Irán | — | 79,95 | 23,45 | — | — | — |
| Ryani et al. (2023) | 294 | profesionales sanitarios | 32,00 | 51,00 | Arabia Saudí | — | — | 18,00 | — | — | — |
| Salameh et al. (2024) | 187 | enfermeros | — | 63,60 | Palestina | — | — | — | — | — | — |
| Shivani et al. (2023) | 223 | enfermeros | — | 0,90 | India | — | — | — | — | — | — |
| Tao et al. (2023) | 2098 | profesionales sanitarios | — | 20,90 | China | 10,90 | — | — | — | — | — |
| Vitale et al. (2023) | 408 | enfermeros | — | 24,02 | Italia | 73,30 | — | — | — | — | — |

#### *7.2.3.2. Características relacionadas con la metodología de los estudios de estrés en profesionales sanitarios*

En la Tabla 12 se encuentran recogidas las características relacionadas con la metodología de los estudios referentes a la variable de estrés. Se puede ver que los mismos fueron desarrollados entre el año 2022 y 2024. Para efectos de análisis, en aquellos estudios donde la recogida de datos abarcó dos años distintos se consideró el último año de recogida. Según este criterio, siete de los estudios, es decir el 38,90% de la totalidad de las investigaciones, llevaron a cabo la recogida de datos en el año 2022. El 44,40% de los estudios, correspondientes a un total de ocho investigaciones, aportaron datos relativos al año 2023, mientras que los dos estudios restantes (11,11%) abarcan el periodo comprendido entre los años 2023 y 2024. Igualmente, la mayoría de los estudios se guiaron por el diseño transversal, mientras que uno fue longitudinal.

En cuanto a la evaluación de la sintomatología de estrés, el instrumento más utilizado para medir la variable de estrés fue la versión reducida de la Escala de Estrés Percibido (PSS-10, Remor et al., 2006), aplicada en el 55,55% de las investigaciones ($n$ = 10). Por otro lado, en los tres estudios adicionales (16,67%) se utilizó la versión extensa de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14, Cohen et al., 1983) compuesta por 14 ítems. Finalmente, en cinco estudios restantes, representando el 27,78% de las investigaciones seleccionadas, la evaluación de la sintomatología de estrés se efectuó mediante la aplicación de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). La mayoría de los estudios se llevaron a cabo con la aplicación telemática de los cuestionarios indicados ($n$ = 11), situándose sobre el 61,11% de la totalidad de las investigaciones. La tasa de respuestas varió entre el 20,00% (Alsaraireh et al., 2024) y el 99,60% (Bolado et al., 2024) en los estudios seleccionados. No obstante, en 12 de los estudios, representando el 66,67% del total de investigaciones, no se proporcionó dicha información.

*Tabla 12. Características relacionadas con la metodología de los estudios de estrés en profesionales sanitarios.*

| Estudio | Recogida de datos | Diseño | Instrumento utilizado | Formato de recogida de datos | Tasa de respuesta (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| Alsaraireh et al. (2024) | marzo - junio 2023 | transversal | DASS-21 | Online | 20,00 |
| Bani Hani y Abdu Aqoulah (2024) | diciembre 2023 - marzo 2024 | transversal | PSS-10 | en papel | — |
| Baranauskas et al. (2024) | octubre 2023 | transversal | PSS-10 | Online | — |
| Bolado et al. (2024) | noviembre - diciembre 2023 | transversal | PSS-10 | en papel | 99,60 |
| Dobešová Cakirpaloglu et al. (2024) | septiembre - noviembre 2023 | transversal | PSS-10 | Online | — |
| Duică, et al. (2024) | julio - septiembre 2022 | transversal | PSS-10 | en papel | 75,00 |
| Emiral et al. (2024) | — | transversal | DASS-21 | en papel | 30,00 |
| Fikri et al. (2024) | diciembre 2022 | transversal | PSS-10 | en papel | — |
| Jahrami et al. (2022) | febrero 2022 | longitudinal | PSS-10 | Online | 51,00 |
| Jiang et al. (2023) a | abril 2022 | transversal | PSS-10 | Online | — |
| Jiang et al. (2023) b | enero 2023 | transversal | PSS-10 | Online | — |
| Kamari et al. (2025) | enero abril 2023 | transversal | PSS-14 | Online | — |
| Khani et al. (2025) | 2023 | transversal | DASS-21 | en papel | — |
| Ryani et al. (2023) | octubre - noviembre 2022 | transversal | DASS-21 | en papel | — |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Salameh et al. (2024) | noviembre 2023 - enero 2024 | transversal | PSS-10 | Online | 75,00 |
| Shivani et al. (2023) | mayo - junio 2022 | transversal | PSS-14 | Online | — |
| Tao et al. (2023) | febrero - abril 2023 | transversal | PSS-14 | Online | — |
| Vitale et al. (2023) | mayo 2022 | transversal | DASS-21 | Online | — |

### 7.2.4. Insomnio

#### *7.2.4.1. Características de los participantes*

Pudiendo observar la Tabla 13 referente a los estudios acerca de la sintomatología de insomnio, se puede ver que la muestra total estuvo compuesta por un total de 11255 participantes, con tamaños de muestra individuales que oscilaron entre 216 (Gil-Almagro, Carmona-Monge et al., 2024) y 1874 participantes (Zhan et al., 2024). La edad media del total de la muestra osciló entre 30,38 y 43,77 años. Asimismo, la participación de los participantes varones se situó entre el 0,00% (Mao, Dong et al., 2023) y el 43,10% (Ding, Wang et al., 2024). Nueve estudios seleccionados, constituyendo la mayoría de estos, fueron desarrollados en China, representando el 69,23% del total de las referencias. Cuatro estudios restantes fueron llevados a cabo en España, Grecia, Italia e Irán.

Siguiendo con el análisis de los datos recogidos en la Tabla 16, ocho de los estudios seleccionados (61,54% del total) evaluaron la sintomatología de insomnio en enfermeros, mientras que los cinco restantes incluyeron muestras de diferentes profesionales sanitarios. Solo un estudio (Mokamelkhah et al., 2024) aportó datos sobre el promedio de horas trabajadas diariamente, situándose en 7,71 horas. Entre el 47,59% (Cao et al., 2024) y el 77,75% (Zhang, Li et al., 2024) de los profesionales trabajaron en primera línea con pacientes COVID-19, mientras que entre el 69,31% (Xiao et al., 2023) y el 79,86% (Ye et al., 2024) realizó trabajo por turnos nocturnos. Solo un estudio (Chen, X., et al., 2024) informó sobre la presencia de enfermedad crónica (29,60%), y ninguno analizó la presencia de enfermedad mental en los participantes. En cuanto a la infección por COVID-19, las tasas oscilaron entre el 90,83% (Xiao et al., 2023) y el 99,00% (Ding, Wang et al., 2024). Finalmente, la experiencia laboral media en el ámbito sanitario varió entre 8,81 *(DT* = 6,87) y 18,24 años (*DT* = 11,88).

*Tabla 13. Características de los participantes de los estudios acerca de la variable de insomnio.*

| Estudio | Muestra (*n*) | Profesión | Edad (*M*) | Varones (%) | Área geográfica | Horas trabajadas (*M*) | Trabajo en primera línea (%) | Turnos nocturnos (%) | Enfermedad crónica (%) | Infectados por el COVID-19 *n* (%) | Experiencia de trabajo *M (DT)* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cao et al. (2024) | 725 | enfermeros | 32,89 | 6,48 | China | — | 47,59 | 75,31 | — | — | — |
| Chen, X., et al. (2024) | 1004 | profesionales sanitarios | 39,96 | 27,30 | China | — | — | — | 29,60 | — | — |
| Ding, Wang et al. (2024) | 1412 | profesionales sanitarios | — | 43,10 | China | — | 72,20 | — | — | 99,00 | — |
| Gil-Almagro, Carmona-Monge et al. (2024) | 216 | profesionales sanitarios | 42,89 | 15,70 | España | — | — | — | — | — | 11,06 (9,29) |
| Mao, Dong et al. (2023) | 740 | enfermeros | 30,53 | 0,00 | China | — | — | — | — | — | — |
| Mao, Lin et al. (2023) | 784 | enfermeros | 30,38 | 5,60 | China | — | — | — | — | — | 8,81 (6,87) |
| Mokamelkhah et al. (2024) | 410 | profesionales sanitarios | 40,71 | 37,57 | Irán | 7,71 | — | — | — | — | 14,50 (1,04) |
| Pachi, Panagiotou et al. (2024) | 441 | enfermeros | 43,77 | 17,90 | Grecia | — | — | — | — | — | 18,24 (11,88) |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vitale et al. (2023) | 408 | enfermeros | — | 24,02 | Italia | — | 73,30 | — | — | — | — |
| Xiao et al. (2023) | 1766 | enfermeros | — | 4,08 | China | — | — | 69,31 | — | 90,83 | — |
| Ye et al. (2024) | 437 | enfermeros | 32,20 | 8,01 | China | — | — | 79,86 | — | — | — |
| Zhan et al. (2024) | 1874 | enfermeros | 33,73 | 15,00 | China | — | — | NA | — | — | — |
| Zhang, Li et al. (2024) | 1038 | profesionales sanitarios | — | 22,93 | China | — | 77,75 | NA | — | — | — |

#### *7.2.4.2. Características relacionadas con la metodología de los estudios de insomnio en profesionales sanitarios*

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 14 sobre las características de la medición de resultado, los estudios incluidos en el metaanálisis fueron desarrollados en el año 2022 y 2024. A pesar de las recientes fechas de publicación de los artículos, los datos aportados por los mismos provienen de periodos muy dispersos. Para efectos del análisis, en aquellos estudios donde la recolección de datos abarcó dos años distintos se consideró el último año de recogida. En primer lugar, cinco de los estudios incluidos, que representan el 38,46% del total, aportaron datos sobre la sintomatología de insomnio en los profesionales sanitarios referentes al año 2022. Asimismo, el 53,80% de las investigaciones aportaron los datos referentes año 2023 ($n$ = 7). Solamente un estudio proporcionó datos recientes del año 2024.

Casi todos los estudios, es decir el 92,31% de la totalidad, siguieron el diseño transversal. Solamente un estudio fue de tipo longitudinal. Sin lugar a duda, el instrumento de medición más utilizado para evaluar la sintomatología de insomnio fue el Índice de Severidad del Insomnio (ISI, Morin et al., 2011), siendo aplicado en 10 estudios, representando al 76,92% de los estudios seleccionados. Por otro lado, los tres estudios restantes aplicaron la Escala de Athens de Insomnio (AIS, Soldatos et al., 2000), representando el 23,08% de la totalidad de referencias seleccionadas. En ocho estudios, es decir en el 61,54% de los mismos, los cuestionarios fueron aplicados de forma online, mientras que en las demás referencias se utilizó el formato tradicional (en papel). En cuanto a la tasa de respuesta, se observa que fue elevada en los estudios seleccionados, variando entre el 70,60% (Ding, Wang et al., 2024) y el 98,40% (Chen, X., et al., 2024).

*Tabla 14. Características relacionadas con la metodología de los estudios de insomnio en profesionales sanitarios.*

| Estudio | Recogida de datos | Diseño | Instrumento utilizado | Formato de recogida de datos | Tasa de respuesta (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| Cao et al. (2024) | diciembre 2022 - enero 2023 | transversal | AIS | en papel | 76,72 |
| Chen, X., et al. (2024) | febrero - marzo 2024 | transversal | ISI | en papel | 98,40 |
| Ding, Wang et al. (2024) | junio 2023 | transversal | ISI | en papel | 70,60 |
| Gil-Almagro, Carmona-Monge et al. (2024) | abril - julio 2022 | longitudinal | ISI | online | — |
| Mao, Lin et al. (2023) | enero 2022 | transversal | ISI | online | — |
| Mao, Dong et al. (2023) | enero 2022 | transversal | ISI | online | — |
| Mokamelkhah et al. (2024) | diciembre 2022 - abril 2023 | transversal | ISI | en papel | 92,97 |
| Pachi, Panagiotou et al. (2024) | junio 2023 | transversal | AIS | online | 73,00 |
| Vitale et al. (2023) | mayo 2022 | transversal | ISI | online | — |
| Xiao et al. (2023) | diciembre 2022 - enero 2023 | transversal | ISI | online | — |
| Ye et al. (2024) | marzo - mayo 2023 | transversal | ISI | en papel | — |
| Zhan et al. (2024) | febrero - abril 2023 | transversal | ISI | online | 98,00 |
| Zhang, Li et al. (2024) | mayo 2022 | transversal | AIS | online | — |

## 7.3. RIESGO DE SESGO DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS

### 7.3.1. Depresión

Tras evaluar el riesgo de sesgo de los estudios referentes a la variable de depresión (Tabla 15), se puede apreciar que el conjunto de las investigaciones seleccionadas fue evaluado de forma satisfactoria. La calidad metodológica media del total de los estudios analizados fue buena, situándose sobre el 7,92. Además, 11 de los estudios, representando la mayoría, fueron calificados como muy buenos, llegando a representar el 45,83% de la totalidad de los estudios. Mientras tanto, la calidad metodológica del 33,34% de los estudios fue calificada como buena y el 20,83% restante como satisfactorio.

Respecto al primer dominio de evaluación referente a la selección de la muestra, todos los estudios obtuvieron la puntuación máxima de un punto en el ítem uno referente a la representatividad de la muestra. Asimismo, el 100,00% de las investigaciones analizadas obtuvo la puntuación máxima de uno y dos puntos en el ítem 2 y 4 respectivamente, informando sobre el tamaño muestral, así como aplicando los instrumentos de medida de resultados validados para identificar el factor de exposición. No obstante, en cuanto al ítem 3 referente a la tasa de respuesta y la comparabilidad de las características entre los respondientes y no respondientes, al 62,50% de los estudios se les asignó la puntuación máxima de un punto, mientras que al 37,50% de los estudios restantes no se les pudo asignar ninguna puntuación debido a la ausencia de datos facilitados.

En cuanto al segundo dominio de evaluación referente a la comparabilidad de datos, el 58,33% de los estudios aporto datos, que permitieron la comparabilidad de características entre grupos según el sexo y alguna otra variable demográfica. Asimismo, el 16,67% de las investigaciones posibilitó dicha comparación exclusivamente en función del sexo y/o de otro factor demográfico, mientras que el 25,00% de las mismas no controlaron por el sexo ni tampoco por otra variable demográfica importante.

Finalmente, respecto al tercer dominio de evaluación del resultado, al igual que para la variable de ansiedad, ningún estudio obtuvo la puntuación máxima dado que la medición de resultado se basó en los autoinformes, siendo referido

por los propios participantes mediante la cumplimentación de cuestionarios. Por lo tanto, en el ítem 1 se pudo asignar un máximo de un punto a todos los estudios analizados. Por otro lado, en el ítem 2 perteneciente a esta categoría, al 100,00% de los estudios se les asignó un máximo de un punto debido a la adecuada descripción de los análisis estadísticos pertinentes.

*Tabla 15. Análisis del riesgo de sesgo de los estudios de prevalencia y severidad de la depresión según la Escala Newcastle-Ottawa.*

| Estudio | Selección | | | | Comparabilidad | Resultado | | Puntuación total | Calidad metodológica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q1 | Q2 | | |
| Ahn et al. (2024) | * | * | | ** | * | * | * | 7 | Bueno |
| Alqifari et al. (2024) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Alsaraireh et al. (2024) | * | * | * | ** | * | * | * | 8 | Bueno |
| Ding, Duan et al. (2024) | * | * | * | ** | | * | * | 7 | Bueno |
| Ding, Wang et al. (2024) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Emiral et al. (2024) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Grasmann et al. (2024) | * | * | | ** | | * | * | 6 | Satisfactorio |
| Khalili et al. (2024) | * | * | | ** | ** | * | * | 8 | Bueno |
| Khani et al. (2025) | * | * | | ** | ** | * | * | 8 | Bueno |
| Li, J.N., et al. (2023) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Li, S., et al. (2023) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Liao et al. (2024) | * | * | | ** | ** | * | * | 8 | Bueno |
| Lu et al. (2024) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Mao, Lin et al. (2023) | * | * | | ** | | * | * | 6 | Satisfactorio |
| Mao, Dong et al. (2023) | * | * | | ** | * | * | * | 7 | Bueno |
| Mohamed et al. (2024) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Mohammadi et al. (2023) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Morawa et al. (2023) | * | * | | ** | | * | * | 6 | Satisfactorio |
| Papa et al. (2024) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Ryani et al. (2023) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Vitale et al. (2023) | * | * | | ** | | * | * | 6 | Satisfactorio |
| Xiao et al. (2023) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Zhang, Wu et al. (2024) | * | * | * | ** | * | * | * | 8 | Bueno |
| Zhou et al. (2024) | * | * | | ** | | * | * | 6 | Satisfactorio |

***Nota.*** Selección: Q1: Representatividad de la muestra; Q2: Tamaño muestral; Q3: No respondientes; Q4: Identificación del factor de exposición (riesgo). Comparabilidad: Q1: Control de los factores de confusión por el sexo y otro factor demográfico. Resultado: Q1: Evaluación de resultado; Q2: Análisis estadístico.

### 7.3.2. Ansiedad

Respecto al análisis del riesgo de sesgo de los estudios referentes a la variable de ansiedad, tal y como se puede observar en la Tabla 16, todos los estudios seleccionados recibieron una puntuación mayor de 4. Precisamente, el 45,45% de los estudios obtuvieron una calificación entre 9 y 10, mostrando muy buen nivel de calidad metodológica. Igualmente, el 27,27% de los estudios fue calificado como bueno, obteniendo la puntuación total entre 7 y 8, mientras que el 27,27% de los estudios restantes fue calificado como satisfactorio. La totalidad de los estudios seleccionados mostró una buena calidad metodológica, con la media de 7,86.

En el primer dominio referente a la selección de la muestra, 12 de los estudios analizados obtuvieron la puntuación máxima asignada, representando el 54,55% del total de los estudios. Simultáneamente, se les asignó una puntuación total de 4 a los 10 estudios restantes, correspondientes al 45,45% de la totalidad. Todos los estudios evaluados obtuvieron el máximo de un punto correspondiente al criterio de representatividad de la muestra y tamaño muestral. Igualmente, a todos los estudios analizados se les asignó el máximo de dos puntos en el criterio de adecuada identificación del factor de exposición, debido a que en todas las investigaciones seleccionadas se utilizaron exclusivamente instrumentos de medición debidamente validados. El ítem que recibió menor puntuación dentro de la muestra de estudios seleccionados fue el ítem 3 relativo a la adecuada descripción de la tasa de respuesta y/o comparabilidad entre las características de los respondientes y no respondientes. En este ítem se otorgó el punto correspondiente a aquellos estudios que proporcionaron información sobre la tasa de respuesta, lo que representa el 54,55% del total de estudios analizados.

Respecto al segundo dominio de evaluación de comparabilidad de datos, trece de los estudios, que representan el 59,09% de la totalidad, proporcionaron datos sobre la prevalencia de ansiedad según el sexo de los participantes, así como en función de algún otro factor demográfico, obteniendo la puntuación máxima de dos puntos. El 9,09% de los estudios facilitaron la comparabilidad de los resultados entre los distintos grupos únicamente en función del sexo u otro factor demográfico, por lo que se les otorgó un punto. Mientras tanto, el 31,82% de los estudios restantes no compararon los datos acerca de la prevalencia de ansiedad

según el sexo, ni tampoco según otra variable demográfica, por lo que no se les pudo asignar ningún punto bajo el dominio de comparabilidad de datos.

En tercer lugar, respecto al dominio de evaluación del resultado, la totalidad de los estudios obtuvo la puntuación máxima de dos puntos sobre tres. Así, respecto al ítem uno, en todas las investigaciones incluidas la evaluación de resultados se basó en los autoinformes en los que los participantes habían referido su sintomatología de ansiedad, por lo que se otorgó un punto sobre dos a la totalidad de los estudios. Finalmente, en todos los estudios seleccionados se incluyeron análisis estadísticos detallados y correctos, por lo que igualmente se les pudo asignar un punto.

*Tabla 16. Análisis del riesgo de sesgo de los estudios de prevalencia y severidad de la ansiedad según la Escala Newcastle-Ottawa.*

| Estudio | Selección | | | | Comparabilidad | Resultado | | Puntuación total | Calidad metodológica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q1 | Q2 | | |
| Alqifari et al. (2024) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Alsaraireh et al. (2024) | * | * | * | ** | * | * | * | 8 | Bueno |
| Chen, R., et al. (2024) | * | * | * | ** | | * | * | 7 | Bueno |
| Ding, Wang et al. (2024) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Emiral et al. (2024) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Fenzke et al. (2023) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Gil-Almagro, García-Hedrera et al. (2024) | * | * | | ** | ** | * | * | 8 | Bueno |
| Grasmann et al. (2024) | * | * | | ** | | * | * | 6 | Satisfactorio |
| Khani et al. (2025) | * | * | | ** | ** | * | * | 8 | Bueno |
| Lu et al. (2024) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Mao, Dong et al. (2023) | * | * | | ** | * | * | * | 7 | Bueno |
| Mao, Lin et al. (2023) | * | * | | ** | | * | * | 6 | Satisfactorio |
| Misganaw et al. (2024) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Morawa et al. (2023) | * | * | | ** | | * | * | 6 | Satisfactorio |
| Papa et al. (2024) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Ryani et al. (2023) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Wang et al. (2023) | * | * | | ** | ** | * | * | 8 | Bueno |
| Vitale et al. (2023) | * | * | | ** | | * | * | 6 | Satisfactorio |
| Xiao et al. (2023) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Zhang, Wu et al. (2024) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Zhang, Zhang et al. (2024) | * | * | | ** | | * | * | 6 | Satisfactorio |
| Zhou et al. (2024) | * | * | | ** | | * | * | 6 | Satisfactorio |

***Nota.*** Selección: Q1: Representatividad de la muestra; Q2: Tamaño muestral; Q3: No respondientes; Q4: Identificación del factor de exposición (riesgo). Comparabilidad: Q1: Control de los factores de confusión por el sexo y otro factor demográfico. Resultado: Q1: Evaluación de resultado; Q2: Análisis estadístico.

### 7.3.3. Estrés

En cuanto al análisis de riesgo de los estudios relevantes para la variable de estrés, todos los estudios evaluados fueron al menos satisfactorios, predominando una buena calidad metodológica (Tabla 17). Precisamente, la media de la calidad metodológica presentada por la totalidad de las investigaciones analizadas tuvo el valor del 7,56, interpretándose como de buena calidad. Según la puntuación obtenida, el 22,22% de los estudios seleccionados fue calificado como de muy buena calidad metodológica, mientras que el 50,00% de las investigaciones fue evaluado como de buena calidad metodológica. El 27,78% de los estudios restantes se consideró como satisfactorios respecto a su calidad metodológica. Teniendo en cuenta los datos presentados anteriormente, se puede concluir que los estudios seleccionados para las variables de la ansiedad, depresión y estrés mostraron una calidad metodológica parecida. Eso puede deberse a que algunos estudios se repitieron en las revisiones sistemáticas realizadas ya que abordaban más de una de las variables estudiadas.

Respecto al dominio de selección de la muestra, el 100% de los estudios obtuvo el puntuaje máximo de un punto en el ítem 1 en la Escala Newcastle-Ottawa, debido a que la muestra seleccionada fue debidamente representativa de la población sanitaria estudiada. Igualmente, en el ítem 2 también se les asignó el puntuaje máximo de un punto a todos los estudios analizados debido a la adecuada justificación del tamaño muestral. El ítem 3 fue el que recibió menos puntuaciones por los estudios dentro de la categoría de selección de la muestra. Así, únicamente el 33,34% de los estudios informaron debidamente acerca de la tasa de respuesta y/o comparabilidad de las características de los respondientes y no-respondientes. Mientras tanto, es importante señalar que en el ítem 4 todos los estudios obtuvieron el puntuaje máximo de dos puntos, utilizando los instrumentos de medición validados para la identificación del factor de exposición.

En cuanto a la comparabilidad de datos, en la mitad de los estudios los participantes de diferentes grupos fueron comparables por sexo y otro factor demográfico importante. Mientras tanto, el 16,67% de las investigaciones controló únicamente por sexo u por otro factor de confusión. Por último, el 33,33% de las mismas no controló a ninguno de los factores de confusión.

Finalmente, respecto al tercer dominio de evaluación del resultado, en el ítem 1 al 100% de los estudios se les otorgó un punto sobre dos, debido a que los resultados acerca de la sintomatología de estrés fueron reportados en forma de autoinforme por parte de los participantes. No obstante, en el ítem 2 todos los estudios analizados obtuvieron el puntuaje máximo de un punto, facilitando los análisis estadísticos correspondientes y detallados.

*Tabla 17. Análisis del riesgo de sesgo de los estudios de prevalencia y severidad de estrés según la Escala Newcastle-Ottawa.*

| Estudio | Selección | | | | Comparabilidad | Resultado | | Puntuación total | Calidad metodológica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q1 | Q2 | | |
| Alsaraireh et al. (2024) | * | * | * | ** | * | * | * | 8 | Bueno |
| Bani Hani y Abdu Aqoulah (2024) | * | * | | ** | ** | * | * | 8 | Bueno |
| Baranauskas et al. (2024) | * | * | | ** | ** | * | * | 8 | Bueno |
| Bolado et al. (2024) | * | * | * | ** | | * | * | 7 | Bueno |
| Dobešova Cakirpaloglu et al. (2024) | * | * | | ** | | * | * | 6 | Satisfactorio |
| Duică et al. (2024) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Emiral et al. (2024) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Fikri et al. (2024) | * | * | | ** | | * | * | 6 | Satisfactorio |
| Jahrami et al. (2022) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Jiang et al. (2023) a | * | * | | ** | | * | * | 6 | Satisfactorio |
| Jiang et al. (2023) b | * | * | | ** | | * | * | 6 | Satisfactorio |
| Kamari et al. (2025) | * | * | | ** | ** | * | * | 8 | Bueno |
| Khani et al. (2025) | * | * | | ** | ** | * | * | 8 | Bueno |
| Ryani et al. (2023) | * | * | | ** | ** | * | * | 8 | Bueno |
| Salameh et al. (2024) | * | * | * | ** | * | * | * | 9 | Muy bueno |
| Shivani et al. (2023) | * | * | | ** | * | * | * | 7 | Bueno |
| Tao et al. (2023) | * | * | | ** | ** | * | * | 8 | Bueno |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vitale et al. (2023) | * | * | ** | * | * | 6 | Satisfactorio |

***Nota.*** Selección: Q1: Representatividad de la muestra; Q2: Tamaño muestral; Q3: No respondientes; Q4: Identificación del factor de exposición (riesgo). Comparabilidad: Q1: Control de los factores de confusión por el sexo y otro factor demográfico. Resultado: Q1: Evaluación de resultado; Q2: Análisis estadístico.

### 7.3.4. Insomnio

Tal y como se observa en la Tabla 18, la calidad metodológica de los estudios sobre insomnio fue satisfactoria. La media fue de 8, lo que indica una calidad buena. El 46,15% de los estudios se clasificó como de muy buena calidad metodológica, mientras que el 38,46% y el 15,38% presentaron calidad buena y satisfactoria, respectivamente. Ningún estudio fue calificado como insatisfactorio, por lo que todas las referencias fueron incluidas en el metaanálisis.

Dentro del primer dominio de evaluación de la selección de la muestra, todos los estudios obtuvieron un punto en el ítem 1 debido a una adecuada selección muestral y su representatividad de la población sanitaria. En el ítem 2, también alcanzaron la puntuación máxima al describirse y justificarse correctamente el tamaño muestral. El ítem 3 presentó la puntuación más baja, ya que solo el 46,15 % de los estudios informó la tasa de respuesta o las características de los participantes incluidos y no incluidos. Por último, en el ítem 4, todos los estudios recibieron dos puntos al emplear instrumentos de medición validados para la identificación del factor de exposición.

Según el dominio de comparabilidad de datos, en el 69,23% de los estudios seleccionados, los grupos de participantes fueron comparables en cuanto al sexo y otro factor demográfico. Por otro lado, en el 15,38% de la totalidad de los estudios analizados solamente se pudo observar la comparación de los participantes en los distintos grupos según el sexo o por otro factor demográfico, otorgándoles un punto sobre dos. Finalmente, al 15,38% restante de los estudios no se le asignó ningún punto puesto que no controlaron por sexo ni otros factores demográficos relevantes.

Para concluir, bajo el dominio de evaluación del resultado, el 100% de los estudios obtuvo el puntuaje de un punto sobre dos en el ítem 1, siendo la información sobre la sintomatología del insomnio autorreportada por los participantes. Contrariamente, en el ítem 2, todos los estudios pudieron obtener elpuntuaje máximo de un punto debido a la adecuada descripción de los análisis estadísticos pertinentes

*Tabla 18. Análisis del riesgo de sesgo de los estudios de prevalencia y severidad del insomnio según la Escala Newcastle-Ottawa.*

| Estudio | Selección | | | | Comparabilidad | Resultado | | Puntuación total | Calidad metodológica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q1 | Q2 | | |
| Cao et al. (2024) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Chen, X., et al. (2024) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Ding, Wang et al. (2024) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Gil-Almagro, Carmona-Monge et al. (2024) | * | * | | ** | ** | * | * | 8 | Bueno |
| Mao, Dong et al. (2023) | * | * | | ** | * | * | * | 7 | Bueno |
| Mao, Lin et al. (2023) | * | * | | ** | | * | * | 6 | Satisfactorio |
| Mokamelkhah et al. (2024) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Pachi, Panagiotou et al. (2024) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Ye et al. (2024) | * | * | | ** | * | * | * | 7 | Bueno |
| Vitale et al. (2023) | * | * | | ** | | * | * | 6 | Satisfactorio |
| Xiao et al. (2023) | * | * | | ** | ** | * | * | 8 | Bueno |
| Zhan et al. (2024) | * | * | * | ** | ** | * | * | 9 | Muy bueno |
| Zhang, Li et al. (2024) | * | * | | ** | ** | * | * | 8 | Bueno |

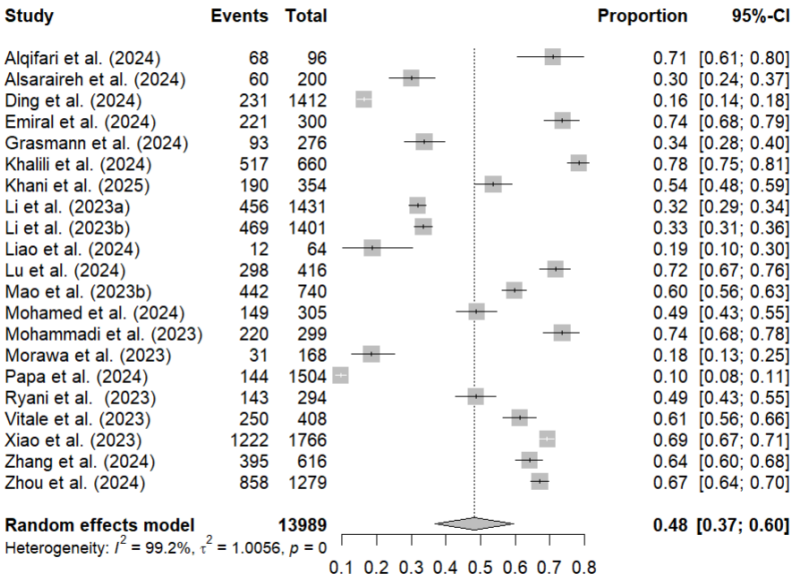
***Nota.*** Selección: Q1: Representatividad de la muestra; Q2: Tamaño muestral; Q3: No respondientes; Q4: Identificación del factor de exposición (riesgo). Comparabilidad: Q1: Control de los factores de confusión por el sexo y otro factor demográfico. Resultado: Q1: Evaluación de resultado; Q2: Análisis estadístico.

## 7.4. PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA

### 7.4.1. Depresión

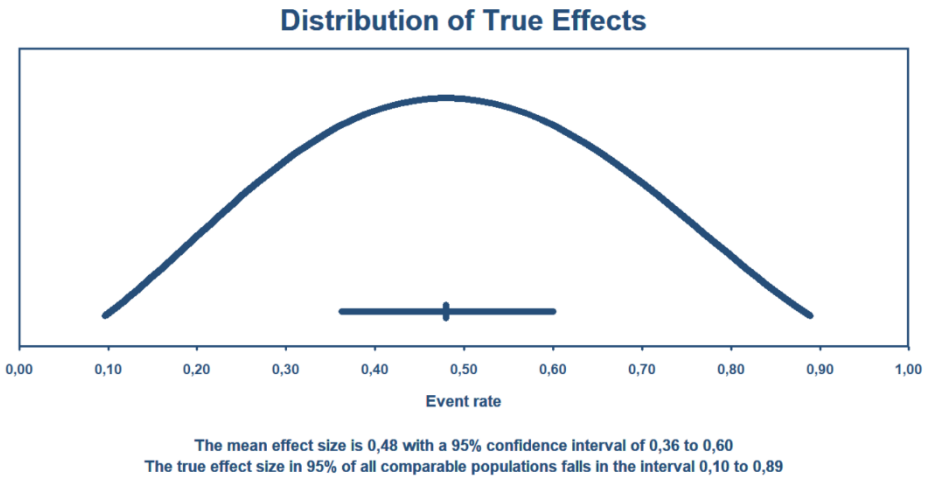
El metaanálisis de la prevalencia de la sintomatología depresiva incluyó 21 estudios con un total de 13989 profesionales sanitarios. Bajo un modelo de efectos aleatorios, la prevalencia combinada fue del 48,14% (IC 95% [36,94%– 59,53%]). La prevalencia más alta se observó en Khalili et al. (2024), con un 78,33% (IC 95% [74,99%–81,42%]), mientras que la más baja se registró en Papa et al. (2024), con un 9,57% (IC 95% [8,13%–11,17%]). La heterogeneidad fue elevada y estadísticamente significativa, $I^2$ = 99,20% (IC 95% [99,10%–99,30%]), $Q(20)$ = 2511,00, $p$ < 0,001. Aproximadamente el 99,20% de la variación total observada se atribuyó a diferencias reales entre los estudios y no al error muestral. Estos resultados indican que los estudios no comparten un único tamaño del efecto subyacente, sino que las estimaciones de prevalencia varían sustancialmente en función del contexto geográfico, las características de la muestra y los instrumentos y puntos de corte utilizados para evaluar la sintomatología depresiva.

*Figura 8. Gráfico de bosque para la variable de depresión.*



Asimismo, el intervalo de predicción indicó que los valores verdaderos del tamaño del efecto en el 95,00% de las poblaciones similares oscilarían en el rango entre 0,10 y 0,89 (Figura 9).

*Figura 9. Distribución estimada de los efectos verdaderos según el modelo de efectos aleatorios para la variable de depresión.*




.

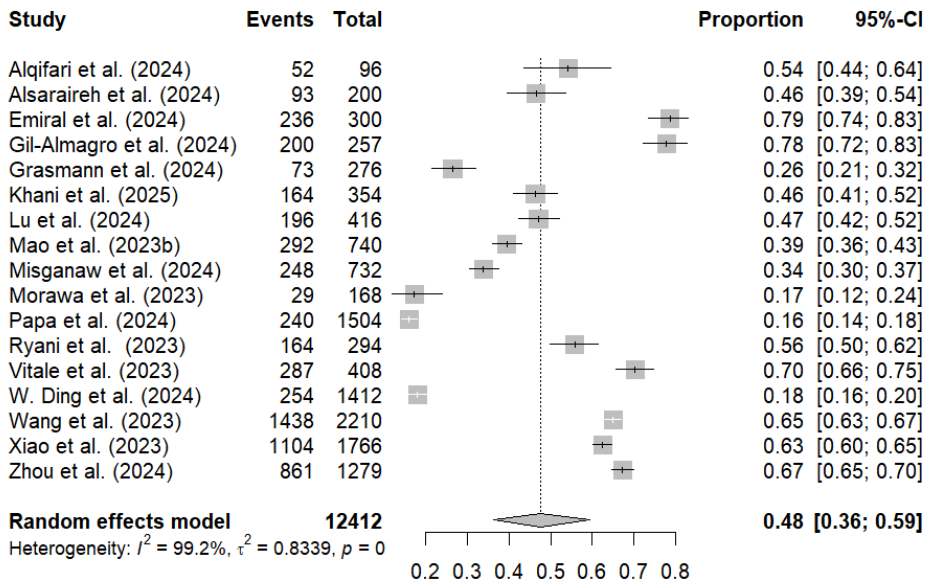
El análisis de sensibilidad bajo el modelo de efectos aleatorios, mostró que la exclusión secuencial de cada estudio no modificó de manera significativa la prevalencia combinada de sintomatología depresiva. Las estimaciones recalculadas oscilaron en un rango entre 0,47 (IC 95% [0,36–0,57]) tras la eliminación de Khalili et al. (2024) y 0,51 (IC 95% [0,41–0,61]) al excluir Papa et al. (2024).

### 7.4.2. Ansiedad

El metaanálisis de la prevalencia de la sintomatología ansiosa incluyó 17 estudios con un total de 12412 profesionales sanitarios. Bajo un modelo de efectos aleatorios, la prevalencia combinada fue del 47,67% (IC 95% [36,20%–59,39%]). La prevalencia más alta se observó en Emiral et al. (2024), con un 78,67% (IC 95% [73,59%–83,17%]), mientras que la más baja se registró en Papa et al. (2024), con un 15,96% (IC 95% [14,14%–17,91%]). La heterogeneidad fue elevada y significativa, $I^2$ = 99,2% (IC 95% [99,0%–99,3%]), $Q(16)$ = 1934,38, $p$ < 0,001. Alrededor del 99,20% de la variación total se atribuyó a diferencias reales entre los estudios, sugiriendo

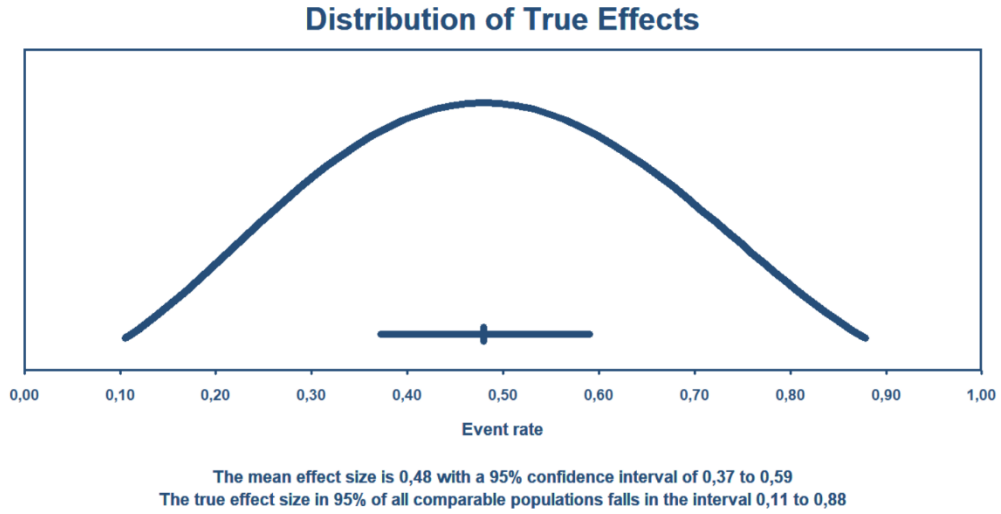
que estos no comparten un mismo tamaño del efecto, sino que los efectos verdaderos fluctúan sustancialmente en función del contexto, las características poblacionales y los procedimientos metodológicos empleados en los estudios.

*Figura 10. Gráfico de bosque para la variable de ansiedad.*




Asimismo, el intervalo de predicción señaló que los valores verdaderos de prevalencia en el 95,00% de las poblaciones comparables podrían oscilar entre el 11,00% y el 88,00%, manifestando una considerable variabilidad (Figura 9).

*Figura 11. Distribución estimada de los efectos verdaderos según el modelo de efectos aleatorios para la variable de ansiedad.*



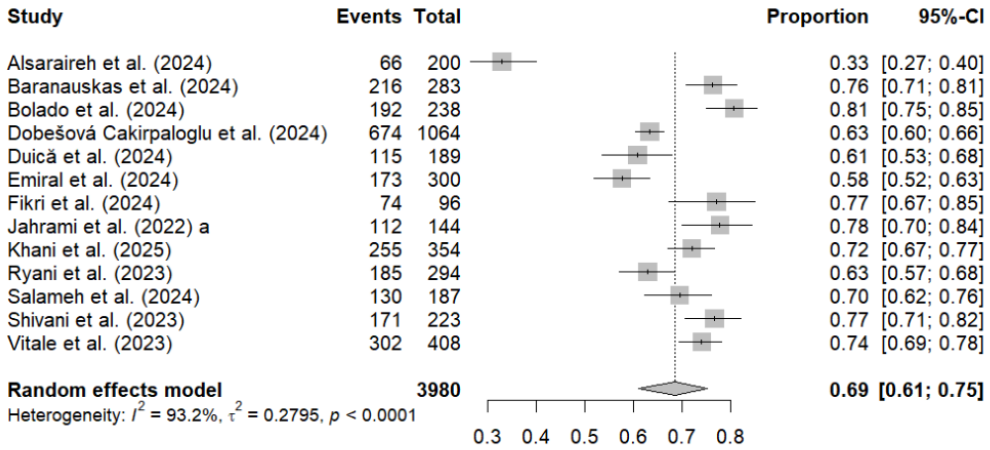

Adicionalmente, el análisis de sensibilidad bajo el modelo de efectos aleatorios indicó que la exclusión de estudios individuales no modificó de forma significativa la prevalencia combinada de ansiedad. Las estimaciones oscilaron entre 0,46 (IC 95% [0,35–0,57]) tras la eliminación de Emiral et al. (2024) y 0,50 (IC 95% [0,40–0,60]) al excluir Papa et al. (2024).

### 7.4.3. Estrés

El metaanálisis de la prevalencia de sintomatología de estrés incluyó 13 estudios con un total de 3980 profesionales sanitarios. Bajo un modelo de efectos aleatorios, la prevalencia combinada fue del 68,57% (IC 95% [61,01%–75,25%]). La prevalencia más alta se observó en Bolado et al. (2024), con un 80,67% (IC 95% [75,07%–85,49%]), mientras que la más baja se registró en Alsaraireh et al. (2024), con un 33,00% (IC 95% [26,53%–39,98%]). La heterogeneidad fue elevada y estadísticamente significativa, $I^2 = 93{,}20\%$ (IC 95% [90,10%–95,30%]), $Q(12) = 176{,}66$, $p < 0{,}001$. En consecuencia, aproximadamente el 93,00% de la variación total observada se atribuyó a diferencias reales entre los estudios y no al error muestral. Estos resultados indican que las estimaciones de prevalencia de estrés varían de

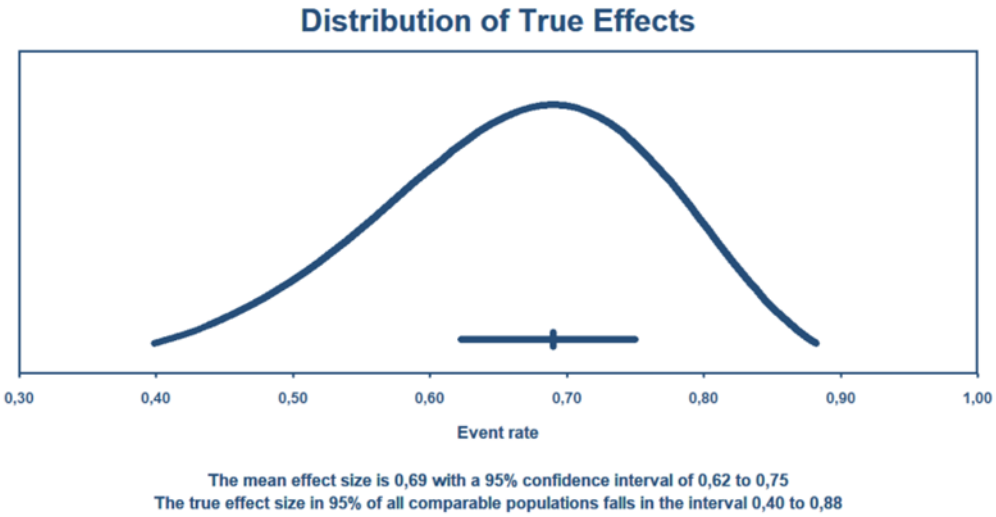
forma considerable entre estudios lo que sugiere la influencia de factores contextuales, características sociodemográficas y diferencias metodológicas.

*Figura 12. Gráfico de bosque para la variable de estrés.*




Finalmente, el intervalo de predicción mostró que los valores verdaderos de la prevalencia del estrés en el 95,00% de las poblaciones comparables se situarían en el rango entre 0,40 y 0,88, indicando una importante dispersión (Figura 13).

*Figura 13. Distribución estimada de los efectos verdaderos según el modelo de efectos aleatorios para la variable de estrés.*



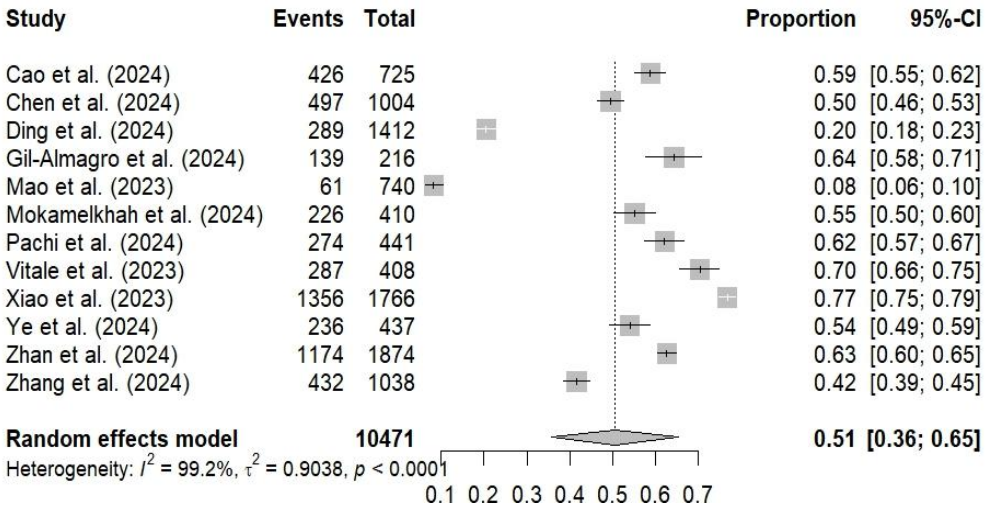

El análisis de sensibilidad bajo el modelo de efectos aleatorios indicó que la exclusión secuencial de cada estudio no produjo cambios sustanciales en la prevalencia combinada de estrés. La estimación global fue del 68,57%, y las estimaciones recalculadas oscilaron entre 0,67 (IC 95% [0,61–0,73]) tras la eliminación de Bolado et al. (2024) y 0,71 (IC 95% [0,67–0,75]) al excluir Alsaraireh et al. (2024).

### 7.4.4. Insomnio

El metaanálisis de la prevalencia de insomnio incluyó 12 estudios con un total de 10471 profesionales sanitarios. Bajo un modelo de efectos aleatorios, la prevalencia combinada fue del 51,00% (IC 95% [0,36–0,65]). La prevalencia más alta se observó en Xiao et al. (2023), con un 77,00% (IC 95% [0,75–0,79]), mientras que la más baja se registró en Mao, Lin et al. (2023), con un 8,00% (IC 95% [0,60–0,10]). La heterogeneidad fue extremadamente elevada y estadísticamente significativa, $I^2$ = 99,20%, $Q(11) = 1432,98$, $p < 0,001$. Aproximadamente el 99,00% de la variación total observada se atribuyó a diferencias reales entre los estudios y no al error muestral.

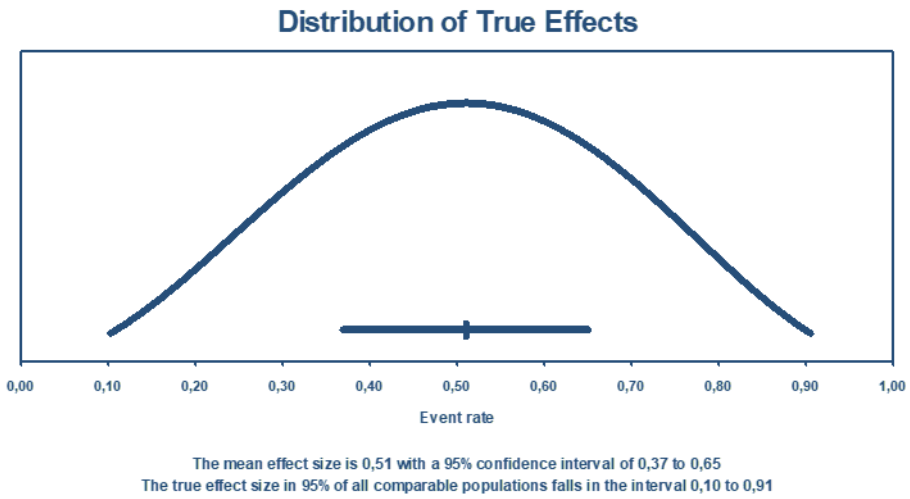
Estos resultados indican que los estudios no comparten un único tamaño del efecto subyacente, sino que las estimaciones de prevalencia varían considerablemente.

*Figura 14. Gráfico de bosque para la variable de insomnio.*




Además, el intervalo de predicción (0,10–0,91) sugiere que, en poblaciones comparables, la prevalencia verdadera podría situarse en un rango muy amplio, lo que refuerza la existencia de una marcada variabilidad entre contextos y la necesidad de interpretar la estimación combinada con cautela.

*Figura 15. Distribución estimada de los efectos verdaderos según el modelo de efectos aleatorios para la variable de insomnio.*




El análisis de sensibilidad bajo el modelo de efectos aleatorios mostró que la exclusión secuencial de cada estudio no produjo modificaciones sustanciales en la prevalencia combinada de insomnio. Las estimaciones recalculadas oscilaron entre 0,48 (IC 95% [0,36–0,60]) tras la eliminación de Xiao et al. (2023) y 0,56 (IC 95% [0,45–0,67]) al excluir Mao, Lin et al. (2023).

## 7.5. VARIABLES MODERADORAS DE LA PREVALENCIA

Dada la elevada heterogeneidad observada en las tres medidas de resultado, se considera que los tamaños del efecto combinados no representan adecuadamente la prevalencia real en las diferentes poblaciones. Con el objetivo de identificar las potenciales fuentes responsables de esta variabilidad se procedió con el análisis de variables moderadoras. Estas fueron clasificadas en: a) variables de los participantes, b) variables relacionadas con la metodología del estudio y c) variables relacionadas con el contexto en el que se llevaron a cabo los estudios.

### 7.5.1. Variables relacionadas con los participantes de los estudios

El análisis de meta-regresión indicó la ausencia de asociación significativa para la variable edad en relación con la ansiedad ($k$ = 8, $b$ = -0,047, $Q_1$ = 0,63, $p$ = 0,427, $R^2$ = 0,00), estrés ($k$ = 8, $b$ = -0,001, $Q_1$ = 0,00, $p$ = 0,983, $R^2$ = 0,00) insomnio ($k$ = 8, $b$ = 0,100, $Q_1$ = 2,25, $p$ = 0,133, $R^2$ = 0,15), sugiriendo que la edad media de los participantes no afectó de forma significativa las tasas de prevalencia reportadas para estos desenlaces. El análisis de meta-regresión indicó una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la prevalencia de depresión ($k$ = 10, $b$ = -0,110, $Q_1$ = 5,33, $p$ = 0,021, $R^2$ = 0,33). El coeficiente negativo sugiere que, a mayor edad media de la muestra, menor fue la prevalencia estimada de sintomatología depresiva. Además, el modelo explicó aproximadamente el 33,00% de la varianza entre estudios, lo que indica una contribución relevante.

Igualmente, la proporción de participantes varones incluidos en los estudios no fue un moderador significativo de la prevalencia de la depresión ($k$ = 21, $b$ = -0,005, $Q_1$ = 0,17, $p$ = 0,679, $R^2$ = 0,00), ansiedad ($k$ = 17, $b$ = -0,019, $Q_1$ = 2,68, $p$ = 0,102, $R^2$ = 0,10), estrés ($k$ = 13, $b$ = 0,004, $Q_1$ = 0,19, $p$ = 0,667, $R^2$ = 0,00) e insomnio ($k$ = 8, $b$ = -0,01, $Q_1$ = 0,04, $p$ = 0,837, $R^2$ = 0,08). Cuatro de los estudios seleccionados proporcionaron la tasa de prevalencia de ansiedad separadamente para hombres y mujeres, lo que permitió llevar a cabo un análisis de subgrupos. La prevalencia combinada fue de 0,54 (IC 95% [0,30–0,76) en participantes varones y de 0,50 (IC 95% [0,38–0,63]) en mujeres, no mostrando diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($Q_1$ = 0,07, $p$ = 0,798). Igualmente, cinco de los estudios identificados informaron la prevalencia de depresión para hombres y mujeres de forma diferenciada. La prevalencia combinada fue de 0,51 (IC 95% [0,34–0,69]) en participantes masculinos y de 0,56 (IC 95% [0,32–0,78]) en participantes femeninos, sin observarse diferencias estadísticamente significativas entre ambos subgrupos ($Q_1$ = 0,11, $p$ = 0,745). El por subgrupos de la variable sexo no pudo analizarse para la variable de estrés e insomnio puesto que los datos no se encontraban disponibles en un número suficiente de estudios.

Respecto a la profesión sanitaria, no se observaron asociaciones estadísticamente significativas para ninguna de las variables clínicas.

Empezando por la variable de depresión, la proporción de profesionales sanitarios médicos ($k$ = 18, $b$ = -0,004, $Q_1$ = 0,31, $p$ = 0,578, $R^2$ = 0,00) y enfermeras ($k$

= 19, $b$ = 0,004, $Q_1$ = 0,42, $p$ = 0,519, $R^2$ = 0,00) no resultó asociarse de forma estadísticamente significativa con la prevalencia de la depresión. De forma similar, la proporción de médicos no fue identificada como un moderador significativo ($k$ = 15, $b$ = -0,008, $Q_1$ = 1,16, $p$ = 0,281, $R^2$ = 0,01) y enfermeros ($k$ = 15, $b$ = 0,008, $Q_1$ = 1,33, $p$ = 0,249, $R^2$ = 0,02) no afectó de forma significativa la prevalencia de ansiedad estimada. Tampoco la proporción de profesionales sanitarios médicos ($k$ = 11, $b$ = -0,006, $Q_1$ = 0,75, $p$ = 0,386, $R^2$ = 0,00) y de enfermeras ($k$ = 11, $b$ = 0,004, $Q_1$ = 0,56, $p$ = 0,454, $R^2$ = 0,00) no se asoció de forma estadísticamente significativa con la prevalencia de estrés. Finalmente, en relación con el insomnio, la proporción de médicos ($k$ = 11, $b$ = -0,01, $Q_1$ = 0,65, $p$ = 0,422, $R^2$ = 0,00) y de enfermeros ($k$ = 11, $b$ = 0,01, $Q_1$ = 1,00, $p$ = 0,318, $R^2$ = 0,00) no mostró asociaciones estadísticamente significativas con las tasas de prevalencia estimadas.

Respecto al trabajo por turnos, los resultados obtenidos sugieren una asociación marginalmente significativa entre la proporción de participantes que trabajaban por turnos nocturnos y la tasa de prevalencia de ansiedad ($k$ = 7, $b$ = 0,018, $Q_1$ = 3,55, $p$ = 0,059, $R^2$ = 0,31). La proporción de profesionales que trabajaban a turnos nocturnos no se asoció de forma estadísticamente significativa con la prevalencia de depresión ($k$ = 11, $b$ = -0,002, $Q_1$ = 0,02, $p$ = 0,888, $R^2$ = 0,00) y estrés ($k$ = 6, $b$ = 0,011, $Q_1$ = 0,82, $p$ = 0,364, $R^2$ = 0,00). El efecto de esta variable no pudo analizarse para la variable de insomnio por falta de datos en suficientes estudios.

La proporción de trabajadores sanitarios en primera línea no se asoció de forma estadísticamente significativa con la prevalencia de depresión ($k$ = 7, $b$ = 0,000, $Q_1$ = 0,00, $p$ = 0,996, $R^2$ = 0,00), ansiedad ($k$ = 5, $b$ = 0,008, $Q_1$ = 0,31, $p$ = 0,579, $R^2$ = 0,00) e insomnio ($k$ = 4, $b$ = -0,02, $Q_1$ = 0,20, $p$ = 0,655, $R^2$ = 0,00). El efecto de esta variable no pudo analizarse en relación con el estrés porque no fue informada en un número suficiente de estudios. Por último, el porcentaje de participantes en los estudios que habían padecido el COVID-19 no se asoció con la prevalencia de la ansiedad ($k$ = 4, $b$ = 0,017, $Q_1$ = 0,64, $p$ = 0,424, $R^2$ = 0,00), no pudiendo analizarse esta variable para el resto de los desenlaces clínicos.

### 7.5.2. Variables relacionadas con la metodología del estudio

Respecto a la depresión, se analizó la asociación del instrumento de evaluación con la prevalencia de depresión incluyendo únicamente aquellos

instrumentos representados por al menos dos estudios (DASS-21, PHQ-2 y PHQ-9). Los resultados del modelo de efectos mixtos mostraron diferencias estadísticamente significativas entre instrumentos ($Q_1$ = 8,53, $p$ = 0,014), lo que indica que el tipo de instrumento actuó como moderador significativo. Ordenando las estimaciones de menor a mayor prevalencia, el PHQ-2 ($k$ = 3) presentó la estimación más baja (0,19; IC 95% [0,07–0,40]; $p$ = 0,007), seguido del PHQ-9 ($k$ = 7), con una prevalencia de 0,50 (IC 95% [0,33–0,67]; $p$ = 0,981). La prevalencia más elevada se observó en el DASS-21 ($k$ = 6), con una estimación de 0,57 (IC 95% [0,45–0,68]; $p$ = 0,275). Aunque no se incluyeron en el análisis formal por estar representados por un único estudio, el BDI-13 mostró una prevalencia de 0,19 (IC 95% [0,11–0,30]), el BDI-II de 0,78 (IC 95% [0,75–0,81]), el CES-D de 0,74 (IC 95% [0,68–0,78]), el HADS de 0,72 (IC 95% [0,67–0,76]) y el SDS de 0,34 (IC 95% [0,31–0,36]). Se consideró que las diferencias observadas entre instrumentos podían deberse, en gran medida, a los distintos puntos de corte empleados para definir la prevalencia de depresión. En el análisis por niveles de gravedad se observaron diferencias estadísticamente significativas ($Q_2$ = 9,91; $p$ = 0,007). Los estudios que consideraron depresión leve o superior mostraron la prevalencia más elevada (0,56; IC 95% [0,47–0,65]), seguidos de aquellos que utilizaron el criterio de depresión clínicamente significativa (0,38; IC 95% [0,13–0,72]). Los estudios que establecieron como punto de corte niveles moderados o superiores presentaron una prevalencia de 0,23 (IC 95% [0,11–0,42]), siendo esta la estimación más reducida.

Se estudió la asociación del tipo de instrumento de medición con la prevalencia de ansiedad incluyendo únicamente aquellos instrumentos evaluados en al menos dos estudios. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre instrumentos ($Q_2$ = 32,17; $p$ < 0,001), lo que indica que el tipo de medida actuó como moderador significativo. Ordenando las estimaciones del modelo de efectos mixtos de menor a mayor prevalencia, el GAD-2 ($k$ = 3) presentó la estimación más baja (0,20; IC 95% [0,14–0,27]; $p$ < 0,001), seguido del GAD-7 ($k$ = 6), con una prevalencia de 0,50 (IC 95% [0,31–0,68; $p$ = 0,950). La estimación más elevada se observó con el DASS-21 ($k$ = 6), con una prevalencia de 0,59 (IC 95% [0,48–0,70]; $p$ = 0,113). Adicionalmente, aunque no se incluyeron en el análisis por estar representados por un único estudio, el HADS mostró una prevalencia de 0,47 (IC 95% [0,42–0,52]) y el SAS una prevalencia de 0,65 (IC 95% [0,63–0,67]). Se consideró que las diferencias observadas entre instrumentos podían deberse, en

gran medida, a los distintos puntos de corte empleados para definir la prevalencia de ansiedad. En el análisis por niveles de gravedad se observaron diferencias estadísticamente significativas ($Q_3 = 50,13$; $p < 0,001$). Los estudios que consideraron ansiedad leve o superior mostraron la prevalencia más elevada (0,61; IC 95% [0,53–0,68]), seguidos de aquellos que utilizaron el criterio de ansiedad clínicamente significativa (0,56; IC 95% [0,39–0,73]). Los estudios que establecieron como punto de corte niveles moderados o superiores presentaron una prevalencia de 0,25 (IC 95% [0,12–0,44]). Finalmente, la prevalencia más reducida se observó en los estudios que estimaron posible presencia de trastorno (0,20; IC 95% [0,14–0,27]).

Se analizó la asociación del instrumento de evaluación con la prevalencia de estrés incluyendo únicamente aquellos instrumentos representados por al menos dos estudios (DASS-21 y PSS-10). Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre instrumentos ($Q_1 = 2,77$, $p = 0,096$), lo que indica que el tipo de instrumento no actuó como moderador significativo. En el modelo de efectos mixtos, la prevalencia estimada fue de 0,61 (IC 95% [0,47–0,73]) para el DASS-21 ($k = 5$) y de 0,72 (IC 95% [0,66–0,78) para el PSS-10 ($k = 7$). Aunque no se incluyó en el análisis formal de moderación por estar representado por un único estudio, el PSS-14 mostró una prevalencia de 0,77 (IC 95% [0,71–0,82]). A pesar de que los estudios utilizaron diferentes puntos de corte para definir la prevalencia del estrés, el análisis por niveles de gravedad no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos ($Q_1 = 3,21$, $p = 0,073$). Sin embargo, los estudios que consideraron niveles leves o superiores presentaron una prevalencia de 0,62 (IC 95% [0,51–0,73]; $k = 6$), mientras que aquellos que establecieron como punto de corte niveles moderados o superiores mostraron una prevalencia de 0,74 (IC 95% [0,67–0,79]; $k = 7$), observándose una tendencia marginalmente significativa hacia estimaciones más elevadas cuando se emplearon criterios de mayor gravedad.

Finalmente, en relación con el insomnio, la prevalencia de la sintomatología fue del 54,20% (IC 95% [0,41–0,67]) en los estudios que emplearon el AIS y del 49,30% (IC 95% [0,34–0,65) en aquellos que utilizaron el ISI para la evaluación. No obstante, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos instrumentos ($Q_1 = 0,20$, $p = 0,653$). Para esta variable no se realizó un análisis por niveles de gravedad utilizados como punto de corte para definir la prevalencia, ya que todos los estudios que emplearon el ISI establecieron el criterio a partir de

insomnio leve, mientras que los que utilizaron el AIS lo definieron como insomnio clínicamente significativo. Esta diferencia en los puntos de corte podría explicar la variabilidad observada en la magnitud de las prevalencias estimadas, aunque, como se ha señalado, dichas diferencias no alcanzaron significación estadística.

Respecto a la modalidad en la que se llevó a cabo la recogida de datos, los resultados obtenidos indicaron que no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de prevalencia estimadas entre la aplicación telemática y presencial de los instrumentos de medición de la sintomatología de ansiedad ($Q_1$ = 0,01, $p$ = 0,941). La prevalencia estimada fue de 0,48 (IC 95% [0,35–0,62]) en los estudios con aplicación online ($k$ = 10) y de 0,47 (IC 95% [0,32–0,64]) en los estudios presenciales ($k$ = 7), lo que confirma la ausencia de diferencias relevantes entre ambos formatos. También se analizó el formato de recogida de datos en relación con la prevalencia de depresión. Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación online y presencial ($Q_1$ = 0,39, $p$ = 0,534). La prevalencia estimada fue de 0,45 (IC 95% [0,32–0,59]) en los estudios con aplicación online ($k$ = 12) y de 0,52 (IC 95% [0,34–0,70]) en los estudios presenciales ($k$ = 9). Los resultados tampoco mostraron diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación online y presencial ($Q_1$ = 0,02, $p$ = 0,902) en los estudios de prevalencia de estrés. La prevalencia estimada fue de 0,68 (IC 95% [0,58–0,77]; $k$ = 7) en los estudios con aplicación online y de 0,69 (IC 95% [0,61–0,76]; $k$ = 6) en los estudios presenciales. Finalmente, en el análisis según el formato de administración, incluyendo estudios online ($k$ = 7) y presenciales ($k$ = 5), el modelo de efectos mixtos no mostró diferencias estadísticamente significativas entre ambos subgrupos ($Q_1$ = 0,31, $p$ = 0,580), lo que indica que el formato de recogida de datos no actuó como moderador significativo de la prevalencia de insomnio. La prevalencia estimada fue de 0,53 (IC 95% [0,37–0,69]) en los estudios online y de 0,47 (IC 95% [0,31–0,63]) en los estudios presenciales.

Por último, la tasa de respuesta tampoco influyó de forma estadísticamente significativa en la prevalencia estimada de la sintomatología depresiva ($k$ = 14, $b$ = -0,000, $Q_1$ = 0,00, $p$ = 0,977, $R^2$ = 0,00), ansiosa ($k$ = 10, $b$ = -0,006, $Q_1$ = 0,26, $p$ = 0,610, $R^2$ = 0,00) e insomnio ($k$ = 6, $b$ = 0,02, $Q_1$ = 0,82, $p$ = 0,365, $R^2$ = 0,00). No obstante, la tasa de respuesta mostró una asociación marginalmente significativa con la prevalencia de estrés ($k$ = 7, $b$ = 0,014, $Q_1$ = 3,71, $p$ = 0,054, $R^2$ = 0,33). El coeficiente positivo sugiere una tendencia a mayores estimaciones de prevalencia en estudios

con tasas de respuesta más elevadas, explicando aproximadamente el 33,00% de la varianza entre estudios, si bien el resultado no alcanzó el umbral convencional de significación estadística.

### 7.5.3. Variables contextuales

Se analizó la asociación del continente con la prevalencia de depresión incluyendo únicamente aquellos continentes representados por al menos dos estudios (África, Asia y Europa). Los resultados del modelo de efectos mixtos no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre continentes ($Q_2$ = 1,98, $p$ = 0,372), lo que indica que el continente no actuó como moderador significativo de la prevalencia estimada. A pesar de no alcanzar significación estadística, la prevalencia de sintomatología depresiva fue más elevada en los estudios realizados en África ($k$ = 2; 0,65; IC 95% [0,34–0,87]), seguida de Asia ($k$ = 15; 0,52; IC 95% [0,41–0,63]) y, finalmente, de Europa ($k$ = 3; 0,36; IC 95% [0,16–0,63). Aunque no se incluyó en el análisis formal de moderación por estar representada por un único estudio, América mostró una prevalencia de 0,10 (IC 95% [0,08–0,11]).

También, se analizó la asociación del continente con la prevalencia de ansiedad incluyendo únicamente aquellos continentes representados por al menos dos estudios. Los resultados del modelo de efectos mixtos no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre Asia y Europa ($Q_1$ = 0,104, $p$ = 0,747), lo que indica que el continente no actuó como moderador significativo de la prevalencia estimada. La prevalencia estimada fue de 0,53 (IC 95% [0,41–0,64]) en Asia ($k$ = 11) y de 0,47 (IC 95% [0,20–0,76]) en Europa ($k$ = 4). Aunque no se incluyeron en el análisis formal de moderación por estar representados por un único estudio, África mostró una prevalencia de 0,34 (IC 95% [0,31–0,37]) y Norteamérica una prevalencia de 0,16 (IC 95% [0,14–0,18]).

Respecto al estrés, en el análisis por continentes, se incluyeron únicamente Asia ($k$ = 8) y Europa ($k$ = 4), al ser las únicas regiones representadas por más de un estudio. El modelo de efectos mixtos no mostró diferencias estadísticamente significativas entre ambos continentes ($Q_1$ = 0,16, $p$ = 0,685), lo que indica que el continente no actuó como moderador significativo de la prevalencia de estrés. La prevalencia estimada fue de 0,67 (IC 95% [0,56–0,75]) en Asia y de 0,69 (IC 95% [0,61–0,76]) en Europa. Aunque África presentó la estimación puntual más elevada

(0,81; IC 95% [0,75–0,85]), este resultado procede de un único estudio, por lo que no se incluyó en el análisis formal de moderación.

Sin embargo, en el análisis por zona geográfica se observaron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de prevalencia de insomnio ($Q_1$ = 6,26, $p$ = 0,012), lo que indica que el continente actuó como moderador significativo. En concreto, los estudios realizados en Europa mostraron una prevalencia combinada del 65,70% (IC 95% [0,60–0,71]), mientras que los estudios llevados a cabo en Asia - todos ellos en China - informaron una prevalencia del 44,20% (IC 95% [0,29–0,60). Estas diferencias reflejan una mayor estimación de insomnio en los estudios europeos en comparación con los asiáticos.

Asimismo, se analizó la asociación del año de publicación con la prevalencia de ansiedad incluyendo únicamente aquellos años representados por al menos dos estudios, excluyéndose 2024 por contar con un único estudio. Los resultados del modelo de efectos mixtos no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre 2022 y 2023 ($Q_1$ = 0,01, $p$ = 0,936), lo que indica que el año de publicación no actuó como moderador significativo. En el modelo de efectos mixtos, la prevalencia estimada fue de 0,47 (IC 95% [0,30–0,64]) en los estudios publicados en 2022 ($k$ = 9) y de 0,48 (IC 95% [0,33–0,63]) en los publicados en 2023 ($k$ = 7). La estimación global fue de 0,47 (IC 95% [0,36–0,59]). Aunque no se incluyó en el análisis formal por estar representado por un único estudio, el año 2024 mostró una prevalencia de 0,54 (IC 95% [0,44–0,64]).

Respecto a la variable de depresión, aunque los análisis no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre años ($Q_2$ = 3,08, $p$ = 0,214), se observó una tendencia no significativa hacia un incremento de la prevalencia de sintomatología depresiva con el paso del tiempo, con estimaciones de 0,47 (IC 95% [0,31–0,63]) en 2022 ($k$ = 10), 0,45 (IC 95% [0,28–0,63]) en 2023 ($k$ = 8) y 0,62 (IC 95% [0,49–0,74]) en 2024 ($k$ = 3).

En relación con el estrés, en el análisis por año de publicación se incluyeron únicamente 2022 ($k$ = 7) y 2023 ($k$ = 5), dado que 2024 estaba representado por un único estudio. El modelo de efectos mixtos no mostró diferencias estadísticamente significativas entre ambos años ($Q_1$ = 0,22, $p$ = 0,638), lo que indica que el año de publicación no actuó como moderador significativo de la prevalencia de estrés. La prevalencia estimada fue de 0,70 (IC 95% [0,63–0,76]) en los estudios publicados en 2022 y de 0,66 (IC 95% [0,52–0,78]) en los publicados en 2023. Aunque el estudio

correspondiente a 2024 mostró una prevalencia de 0,70 (IC 95% [0,63–0,76]), este resultado no se incluyó en el análisis formal de moderación por estar basado en un único estudio.

Por último, respecto al insomnio, en el análisis por año de publicación se incluyeron únicamente 2022 ($k = 4$) y 2023 ($k = 7$), dado que 2024 estaba representado por un único estudio. El modelo de efectos mixtos no mostró diferencias estadísticamente significativas entre ambos años ($Q_1 = 0,62$, $p = 0,431$), lo que indica que el año de publicación no actuó como moderador significativo de la prevalencia de insomnio. La prevalencia estimada fue de 0,42 (IC 95% [0,18–0,71]) en los estudios publicados en 2022 y de 0,56 (IC 95% [0,40–0,71]) en los publicados en 2023. Aunque el estudio correspondiente a 2024 mostró una prevalencia de 0,50 (IC 95% [0,46–0,53]), este resultado no se incluyó en el análisis formal de moderación al estar basado en un único estudio.

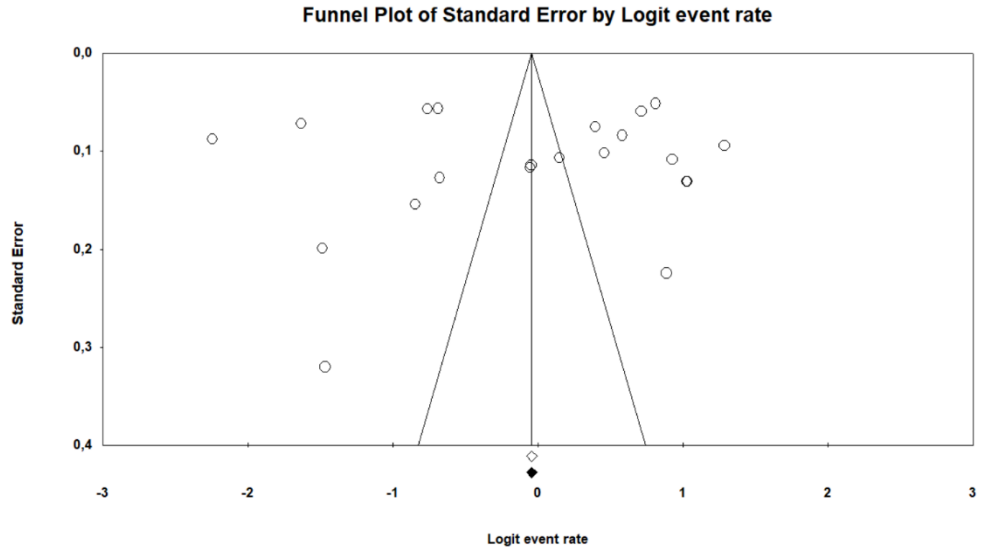
## 7.6. ANÁLISIS DEL SESGO DE PUBLICACIÓN

### 7.6.1. Depresión

Respecto a la variable de depresión, el análisis del sesgo de publicación tampoco mostró resultados estadísticamente significativos. En concreto, la prueba de regresión de Egger evidenció un intercepto no significativo ($b_0 = -0,13$; $t[19] = 0,02$; $p = 0,984$, bilateral), lo que sugiere ausencia de asimetría en el diagrama en embudo.

La inspección visual del *funnel plot* no reveló un patrón claramente asimétrico en la distribución de los estudios en torno al efecto combinado. Asimismo, el método *Trim and Fill* no identificó estudios potencialmente ausentes que debieran añadirse para corregir la asimetría, ya que las estimaciones ajustadas coincidieron con las obtenidas mediante los modelos de efectos fijos y aleatorios (Figura 17). En conjunto, estos resultados indican que es poco probable que el sesgo de publicación haya influido de manera relevante en la estimación global de la prevalencia de depresión.

*Figura 16. Diagrama en embutido para la variable de depresión.*

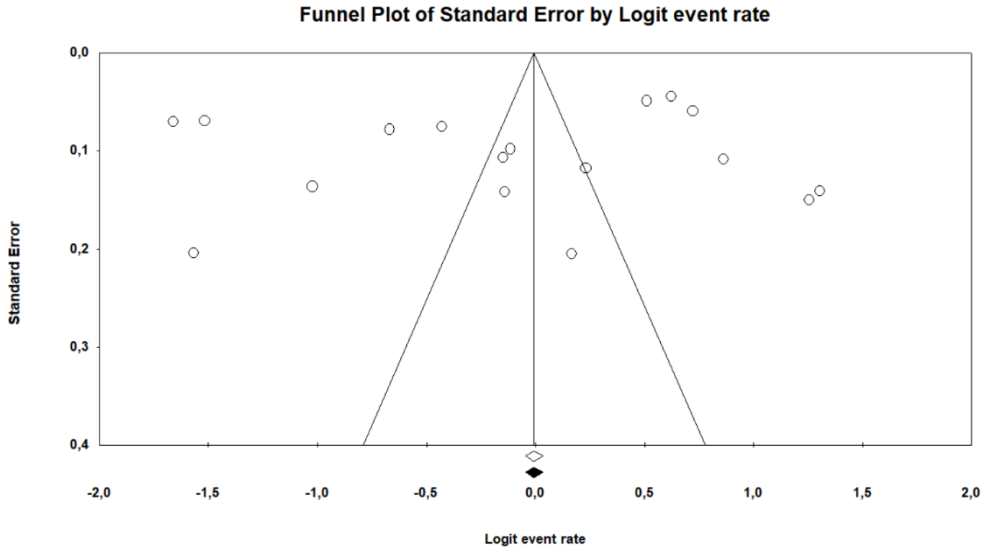



### 7.6.2. Ansiedad

Respecto a la variable de ansiedad, el análisis del sesgo de publicación no mostró resultados estadísticamente significativos. En concreto, la prueba de regresión de Egger arrojó un intercepto no significativo ($b_0$ = -4,26; $t$[15] = 0,65; $p$ = 0,528, bilateral), lo que indica ausencia de asimetría en el diagrama en embudo.

De forma complementaria, la inspección visual del *funnel plot* no evidenció una distribución claramente asimétrica de los estudios en torno al efecto combinado. Asimismo, el método *Trim and Fill* no identificó estudios potencialmente ausentes que debieran incorporarse para restablecer la simetría, ya que las estimaciones ajustadas coincidieron con las obtenidas bajo los modelos de efectos fijos y aleatorios (Figura 16). En términos generales, estos resultados sugieren que es poco probable que el sesgo de publicación haya influido de manera sustancial en la estimación global de la prevalencia de ansiedad.

*Figura 17. Diagrama en embutido para la variable de ansiedad.*

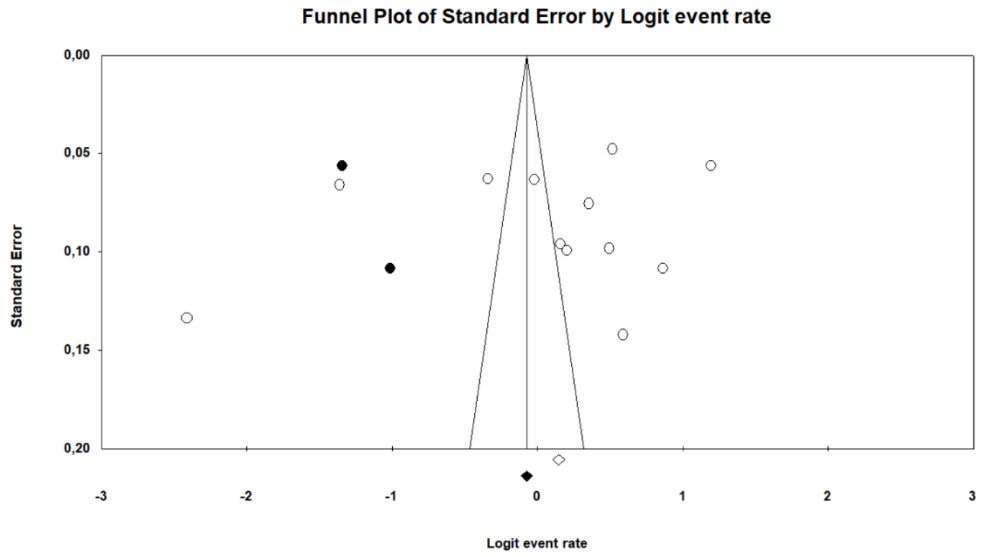



### 7.6.3. Estrés

En relación con la variable de estrés, la prueba de regresión de Egger no mostró resultados estadísticamente significativos ($b_0$ = 3,03; $t$[11] = 0,96; $p$ = 0,356, bilateral), lo que indica que no se detectó asimetría estadísticamente significativa.

No obstante, la inspección visual del *funnel plot* evidenció cierta asimetría, con una menor representación de estudios en el lado izquierdo del diagrama. En consonancia con esta distribución, el método de Duval y Tweedie (*Trim and Fill*) estimó la existencia de tres estudios potencialmente ausentes en el lado izquierdo. Tras la imputación de estos tres estudios, la prevalencia combinada bajo el modelo de efectos aleatorios pasó de 0,68 (IC 95% [0,62–0,74]) a 0,65 (IC 95% [0,59–0,71]), lo que supone una ligera reducción de la estimación puntual. No obstante, la magnitud del cambio fue limitada, lo que sugiere que, aunque podría existir cierta asimetría, el posible sesgo de publicación tendría un impacto moderado sobre la estimación global de la prevalencia de estrés (Figura 18).

*Figura 18. Diagrama en embutido para la variable de estrés.*

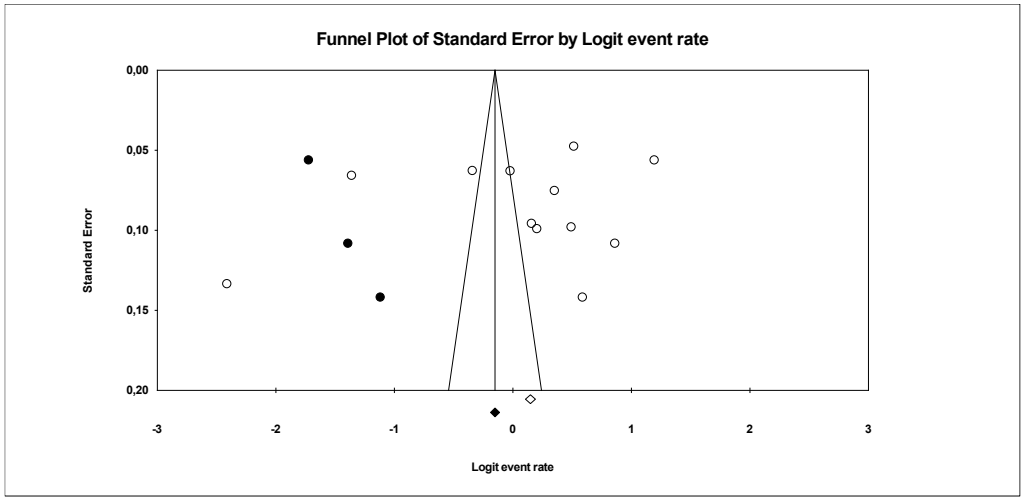



### 7.6.4. Insomnio

En relación con la variable de insomnio, la prueba de regresión de Egger no mostró resultados estadísticamente significativos ($b_0$ = -8,04; $t$[10] = 0,74; $p$ = 0,474, bilateral), lo que indica que no se detectó asimetría estadísticamente significativa.

No obstante, la inspección visual del *funnel plot* evidenció cierta asimetría, con una menor representación de estudios en el lado izquierdo del diagrama. En consonancia con esta distribución, el método de Duval y Tweedie (*Trim and Fill*), bajo el modelo de efectos fijos, estimó la existencia de dos estudios potencialmente ausentes a la izquierda de la media. Tras la imputación de estos dos estudios, la prevalencia combinada bajo el modelo de efectos aleatorios pasó de 0,51 (IC 95% [0,39–0,63]) a 0,46 (IC 95% [0,34–0,59]), observándose una reducción moderada de la estimación puntual. Sin embargo, los intervalos de confianza continuaron siendo amplios y solapados, lo que sugiere que, aunque podría existir cierta asimetría, el posible sesgo de publicación no altera de forma sustancial la interpretación global de la prevalencia de insomnio (Figura 19).

*Figura 19. Diagrama en embutido para la variable de insomnio.*



# VIII – JUSTIFICACIÓN ESTUDIO II

# VIII - JUSTIFICACIÓN ESTUDIO II

Los profesionales sanitarios tienen mayor riesgo de sufrir sintomatología relacionada con la salud mental que los no sanitarios (Sasaki et al., 2020). Esta situación ha llevado a organismos internacionales a proponer entre sus principales objetivos el trabajo con este grupo profesional, especialmente tras la aparición de la COVID-19 (Comisión Europea, 2021). En el inicio de la pandemia, los profesionales sanitarios se expusieron a un elevado riesgo psicosocial, sufriendo mayor morbilidad psicológica que otros profesionales (Krishnamoorthy et al., 2020), especialmente en unidades en contacto directo con pacientes COVID-19, el personal de medicina y profesionales mujeres (de Pablo et al., 2020; Lai et al, 2020; Xiao et al., 2020). Es decir, la probabilidad y la intensidad con la que los profesionales de los centros sanitarios se expusieron a pacientes (variables contextuales) y las variables personales podrían derivar en un mayor riesgo psicosocial durante y tras la pandemia (Cabarkapa et al., 2020), así como consecuencias para su salud física y psicológica (Cai, Cui, et al., 2020; Wang et al., 2020).

Sin embargo, el interés inicial mostrado por la salud mental de los profesionales sanitarios ha ido disminuyendo con el paso del tiempo, por lo que en la actualidad el número de investigaciones sobre estas cuestiones se ha reducido considerablemente (Artículos publicados en Web of Science con los términos Mental health y healthcare workers en 2022 = 1105; en 2025 = 872). De los pocos datos disponibles, la mayoría provienen de contextos distintos al español, por lo que resulta necesario un conocimiento más profundo de la situación de la salud mental de los trabajadores sanitarios en España, especialmente si tenemos en cuenta que fue una de las poblaciones donde mayor prevalencia de problemas de salud se reportó (Luo et al., 2020). Por lo tanto, la falta de información y/o de visibilización de la salud mental de profesionales sanitarios puede poner en riesgo los recursos y herramientas de apoyo y ayuda psicológica que precise este colectivo en la actualidad.

Por todos estos motivos, y con el fin de cubrir las lagunas identificadas en la bibliografía, se decidió llevar a cabo el Estudio II. Esta investigación pretende describir el estado actual de la salud mental de los profesionales sanitarios en España, así como identificar los factores de riesgo que continúan influyendo en la prevalencia y severidad de síntomas de ansiedad, depresión, estrés, insomnio y somatización.

Se espera que los resultados obtenidos no solo contribuyan a comprender en profundidad la situación actual de la salud mental de los profesionales sanitarios, sino que también, a largo plazo, sirvan de base para el diseño e implementación de programas de intervención psicosocial adecuados.

# IX– OBJETIVOS ESTUDIO II

# IX - OBJETIVOS ESTUDIO II

## 8.1. OBJETIVOS

### 8.1.1. Objetivo general

El presente estudio tuvo como objetivo general analizar la prevalencia y severidad de la sintomatología de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y problemas somáticos en una muestra de profesionales del sector sanitario. Asimismo, se propuso examinar la relación de estas variables con diferentes factores demográficos, ocupacionales, clínicos, hábitos de vida y relacionados con la experiencia durante la pandemia por COVID-19, estableciendo modelos predictivos para el desarrollo de esta sintomatología en dicha población.

### 8.1.2. Objetivos específicos

El objetivo general se divide en varios objetivos específicos detallados a continuación:

1. Examinar la prevalencia y la severidad de la sintomatología de ansiedad, depresión, estrés, insomnio y problemas somáticos en la población sanitaria en España en la pospandemia.

2. Analizar la influencia de las variables demográficas y ocupacionales en la prevalencia y la severidad de la sintomatología de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y problemas somáticos en la población sanitaria en España en la pospandemia.

3. Determinar la influencia de variables relacionadas con la salud en la prevalencia y la severidad de la sintomatología de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y problemas somáticos en la población sanitaria en España en la pospandemia.

4. Estudiar la influencia de las variables relacionadas con el estilo de vida en la prevalencia y la severidad de la sintomatología de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y problemas somáticos en la población sanitaria en España en la pospandemia.

5. Analizar la influencia de variables relacionadas con la experiencia durante la pandemia por COVID-19 en la prevalencia y la severidad de la sintomatología de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y problemas somáticos en la población sanitaria en España en la pospandemia.

6. Desarrollar modelos predictivos multivariantes con predictores significativos para el desarrollo de la sintomatología de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y problemas somáticos en la población sanitaria en España en la pospandemia.

## 8.2. HIPÓTESIS

Respecto a la prevalencia y la severidad de la sintomatología de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y problemas somáticos en la población sanitaria en España en la pospandemia, se acuerdan las siguientes hipótesis:

**Hipótesis 1**

1.1. Se estima que un elevado porcentaje de los profesionales sanitarios españoles mostrarán sintomatología de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y problemas somáticos.

Acerca de la identificación de las variables predictivas de la salud mental de los profesionales sanitarios españoles, se establecen las siguientes hipótesis:

**Hipótesis 2**

Las variables demográficas y ocupacionales seleccionadas tendrán la capacidad predictiva del desarrollo de la sintomatología de la depresión, ansiedad, estrés, insomnio y problemas somáticos.

2.1. Se estipula que una menor edad actuará como factor de riesgo del desarrollo de la sintomatología psicopatológica.

2.2. Se espera que las mujeres presentarán una mayor gravedad y prevalencia de la sintomatología en todas las variables clínicas.

2.3. Se espera encontrar relaciones estadísticamente significativas de las variables clínicas con el estado civil, siendo los profesionales sanitarios solteros los más vulnerables de desarrollar la sintomatología psicopatológica estudiada.

2.4. En cuanto al nivel de estudios, se estipula que los profesionales sanitarios con menor nivel educativo mostrarán una mayor prevalencia de la sintomatología clínica estudiada.

2.5. Se anticipa que la situación laboral influirá en la sintomatología clínica, de modo que los profesionales que trabajen por cuenta propia presentarán mayores niveles de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y problemas somáticos.

2.6. Se espera que el tipo de profesión sanitaria determine diferencias en la sintomatología clínica, siendo el colectivo de enfermería el más vulnerable.

2.7. La experiencia laboral inferior a cinco años se plantea como predictor de mayor sintomatología de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y problemas somáticos.

2.8. Se prevé que el trabajo por turnos se asocie a mayor sintomatología clínica. Los profesionales que trabajen por turnos presentarán niveles más altos de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y problemas somáticos que quienes no lo hacen.

**Hipótesis 3**

3.1. Se espera que las variables clínicas tendrán capacidad predictiva del desarrollo de la sintomatología de la depresión, ansiedad, estrés, insomnio y problemas somáticos.

3.2. La presencia de enfermedad física y/o mental previa se plantea como predictor del desarrollo de sintomatología, de modo que los profesionales sanitarios con estas condiciones estarán más expuestos a depresión, ansiedad, estrés, insomnio y problemas somáticos. Se espera que quienes presenten un diagnóstico previo de enfermedad mental puntúen más alto en todas las variables clínicas en comparación con aquellos con enfermedades físicas.

3.3. El seguimiento de un tratamiento farmacológico crónico previo a la pandemia se plantea como predictor de mayor sintomatología clínica. Se

espera que los profesionales sanitarios en tratamiento crónico puntúen más alto en depresión, ansiedad, estrés, insomnio y problemas somáticos que aquellos que no lo recibían.

**Hipótesis 4**

Las variables relacionadas con el estilo de vida efectuado explicarán el desarrollo de la sintomatología psicopatológica estudiada en la población sanitaria española.

4.1. Se espera que la reducción de contactos sociales en los últimos dos años y medio se asocie a mayores niveles de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y problemas somáticos.

4.2. Se prevé que la reducción o aumento de la ingesta alimentaria en los últimos dos años y medio se relacione con mayor sintomatología clínica en comparación con quienes mantuvieron un nivel estable.

4.3. Se espera que el aumento en el consumo de alcohol, tabaco y/o fármacos relajantes/opioides en el último año y medio se asocie a mayores niveles de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y problemas somáticos.

4.4. La reducción de la actividad física en los últimos dos años y medio se relacionará con mayor sintomatología clínica. Se prevé que quienes disminuyeron su actividad física presenten más depresión, ansiedad, estrés, insomnio y problemas somáticos que quienes la mantuvieron o aumentaron.

4.5. El deterioro de la calidad de vida sexual se plantea como predictor significativo de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y problemas somáticos,

**Hipótesis 5**

Las variables vinculadas a la experiencia durante la pandemia de COVID-19 predecirán el desarrollo de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y problemas somáticos en los profesionales sanitarios en España.

5.1. Se espera que los profesionales sanitarios que dieron positivo en COVID-19 presenten puntuaciones más altas en todas las variables clínicas.

5.2. Se prevé que quienes fueron diagnosticados de COVID-19 en más de una ocasión presenten mayor sintomatología clínica que aquellos diagnosticados una sola vez.

5.3. Se anticipa que haber sufrido enfermedad grave por COVID-19, se asociará a mayores niveles de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y problemas somáticos.

5.4. Se espera que los profesionales con secuelas de COVID-19 presenten mayor sintomatología clínica que aquellos que no sufrieron secuelas.

5.5. Haber experimentado repercusiones personales derivadas de la pandemia se plantea como predictor de mayor depresión, ansiedad, estrés, insomnio y problemas somáticos.

Acerca del diseño del modelo explicativo de la salud mental de los profesionales sanitarios, se barajan las siguientes hipótesis:

**Hipótesis 6**

6.1. Algunas variables demográficas (sexo), ocupacionales (experiencia laboral, trabajo en turnos), relacionados con el estilo de vida (reducción de contactos sociales, actividad física, deterioro de la vida sexual), así como relacionados con la experiencia durante la pandemia del COVID-19 (secuelas de COVID-19 y repercusiones personales derivadas de la pandemia) serán predictores significativos de mayor severidad y prevalencia de la sintomatología de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y problemas somáticos variando en su importancia relativa.

# X - MATERIAL Y MÉTODO ESTUDIO II

# X - MATERIAL Y MÉTODO ESTUDIO II

## 10.1. DISEÑO

En este estudio se empleó una metodología observacional con un diseño descriptivo transversal. Asimismo, se desarrollaron objetivos específicos bajo un diseño correlacional ex post facto de grupo único, orientado a examinar las asociaciones entre las variables de interés sin manipulación de estas.

La muestra se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico incidental, incluyendo profesionales sanitarios en activo en diferentes centros e instituciones de salud pertenecientes a 14 Comunidades Autónomas de España.

## 10.2. PARTICIPANTES

En cuanto al reclutamiento de la muestra, se establecieron una serie de criterios de inclusión. No se determinaron los criterios de exclusión adicionales.

- Tener una edad igual o superior a los 18 años.
- Ejercer una profesión en el ámbito sanitario.
- Encontrarse trabajando activamente
- Desarrollar su actividad laboral en centros sanitarios ubicados en España.

Siguiendo los criterios de inclusión establecidos, en la presente investigación, se recogieron un total de 667 respuestas. A continuación, se procedió con la eliminación de 36 respuestas que no cumplían con los criterios de inclusión. Precisamente, tres respuestas fueron incompletas, cuatro fueron respondidos por profesionales no sanitarios, mientras que 29 respuestas restantes provenían de los profesionales sanitarios que no desarrollaron su actividad laboral en España. Tras la exclusión de los casos, la muestra se situó sobre 631 respuestas. Tal y como se puede visualizar en la Tabla 20 en la que se recogieron las principales características sociodemográficas de la muestra, la misma fue compuesta mayormente por las mujeres, correspondiendo al 74,80% del total. La edad media de los participantes se situó sobre 41,85 años (*DT*=11,00), comprendiéndose entre los 20 y los 72 años.

## 10.3. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

### 10.3.1. Variables predictoras: cuestionario sociodemográfico

En primer lugar, se elaboró un cuestionario sociodemográfico ad hoc que incluía un total de 28 ítems destinados a recopilar información sobre las variables sociodemográficas, ocupacionales, clínicas y relacionadas con los hábitos de vida, así como con la experiencia durante la pandemia por COVID-19.

Bajo la categoría de las variables sociodemográficas se incluyeron: a) edad; b) sexo (hombre, mujer); c) lugar de residencia; d) estado civil (soltero/a, en pareja -conviviendo-, casado/a, divorciado/a, viudo/a); e) nivel de estudios (formación preuniversitaria, formación profesional de grado medio, formación profesional de grado superior, grado/licenciatura, máster, doctorado, otro).

Dentro de las variables ocupacionales se analizaron: a) situación laboral (estudiante, residente/interino, trabajador/a por cuenta ajena, trabajador/a por cuenta propia, jubilado/a, en paro); b) profesión sanitaria (médico/a de urgencias, médico/a de atención primaria, médico/a especialista, enfermero/a, auxiliar de enfermería, técnico/a de transporte sanitario, psiquiatra, psicólogo/a, dentista/odontólogo/a, farmacéutico/a, auxiliar de farmacia, fisioterapeuta, celador/a, matrón/a, técnico/a de laboratorio, otro); c) años de experiencia en el ámbito sanitario (menos de 1 año, entre 1 y 5 años, entre 5 y 10 años, más de 10 años); d) trabajo por turnos (sí, no). En caso de que los participantes seleccionaran la opción de médico especialista, se les solicitó que especificaran su especialidad.

Dentro de las variables de la salud se incluyeron: a) diagnóstico previo del trastorno mental y/o enfermedad biomédica (sí, no); b) tipo de trastorno/enfermedad padecida (mental/biomédica); c) tratamiento farmacológico crónico (sí, no).

Bajo la categoría de las variables relacionadas con el estilo de vida se englobaron las variables conductuales referentes a los dos últimos años y medio, haciendo referencia a: a) reducción de contactos sociales (sí, no); b) reducción de ingesta habitual de alimentos (sí, no); c) aumento de ingesta habitual de alimentos (sí, no); d) atracones de comida (sí, no); e) consumo de alcohol (sí, no); f) consumo de tabaco (sí, no); g) uso de sustancias o medicamentos relajantes (sí, no); h) frecuencia de realización de ejercicio físico (incremento, reducción, mantenimiento

del nivel previo a la pandemia); i) deterioro de la calidad de vida sexual, explorando los factores asociados a un posible deterioro (problemas de estado de ánimo, impacto de la pandemia, ambos, sin cambios).

Por último, dentro de las variables relacionadas con la experiencia durante la pandemia por COVID-19 se incluyeron: a) diagnóstico de COVID-19 mediante pruebas diagnósticas como PCR, test de antígenos o serología (sí, no); b) frecuencia de infecciones confirmadas (0, 1, 2, 3, más de 3); c) gravedad de la enfermedad del COVID-19 (asintomático, sintomático leve, sintomático moderado, sintomático grave); d) presencia de secuelas posteriores a la enfermedad del COVID-19 (neurológicas, psicológicas, físicas, alteraciones sensoriales); e) presencia de consecuencias de la pandemia por COVID-19 a nivel personal (económicas, emocionales, sociales, familiares, pérdida de alguien cercano, abandono del cuidado personal).

### 10.3.2. Variables criterio: sintomatología de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos

La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21 (*Depression, Anxiety and Stress Scale-21*, DASS-21; Antony et al., 1998) es la versión abreviada de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-42 (*Depression, Anxiety and Stress Scale-42*, DASS-42), desarrolladas por Lovibond y Lovibond (1995). En este estudio se utilizó la versión traducida y adaptada del DASS-21 a la población española elaborada por Daza et al. (2002). Este instrumento permite evaluar la sintomatología asociada a la depresión, la ansiedad y el estrés mediante la aplicación de 21 ítems, distribuidos en tres subescalas de siete ítems cada una. En particular, los ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21 evalúan la sintomatología depresiva; los ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20 corresponden a la dimensión de ansiedad; mientras que los ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18 miden el nivel de estrés percibido. Todos los ítems se presentan en forma de afirmaciones y se puntúan mediante una escala tipo Likert de cuatro opciones, que van desde 0 (“No se aplica a mí en absoluto”) hasta 3 (“Se aplica a mí mucho”). Una de las principales ventajas de este instrumento es su brevedad, ya que su aplicación requiere aproximadamente cinco minutos, lo que lo convierte en una herramienta eficiente para la evaluación clínica e investigadora. En cuanto al procedimiento de corrección, la puntuación total de cada dimensión se obtiene

mediante la suma de los valores asignados a los siete ítems correspondientes. Posteriormente, estas puntuaciones se comparan con los valores de referencia especificados en la Tabla 19 (Madrid et al., 2013), con el objetivo de determinar la intensidad de los síntomas. De acuerdo con los criterios establecidos en dicha tabla, los resultados se categorizan en cinco niveles: normal, leve, moderado, severo y extremadamente severo lo que permite una interpretación clínica y una posible orientación para la intervención.

*Tabla 19. Puntuaciones de corte para el DASS-21 (Madrid et al., 2013).*

| **Variables** | **Puntuaciones** |
|---|---|
| **Depresión** | |
| Normal | 0-4 |
| Leve | 5-6 |
| Moderado | 7-10 |
| Severo | 11-13 |
| Extremadamente severo | 14-21 |
| **Ansiedad** | |
| Normal | 0-3 |
| Leve | 4-5 |
| Moderado | 6-7 |
| Severo | 8-9 |
| Extremadamente severo | 10-21 |
| **Estrés** | |
| Normal | 0-7 |
| Leve | 8-9 |
| Moderado | 10-12 |
| Severo | 13-16 |
| Extremadamente severo | 17-21 |

En su validación original, los autores del instrumento establecieron una consistencia interna elevada, con coeficientes Alfa de Cronbach de $\alpha$ = .87 para la subescala de depresión, $\alpha$ = .91 para la de ansiedad y $\alpha$ = .94 para la de estrés, lo

que indica una fiabilidad muy buena y excelente, respectivamente (Antony et al., 1998). Estudios posteriores han respaldado la confiabilidad del cuestionario. En particular, Vargas-Olano et al. (2022) evaluaron la consistencia interna del instrumento, obteniendo un coeficiente global de $\alpha$ = .93 para el total de los 21 ítems, así como valores de $\alpha$ = .82 para la subescala de ansiedad, $\alpha$ = .85 para la de depresión y $\alpha$ = .85 para la de estrés. Asimismo, en estudios realizados con población española, la confiabilidad del instrumento ha sido valorada positivamente, con coeficientes de consistencia interna que oscilan entre $\alpha$ = .73 y $\alpha$ = .81 para las distintas subescalas (Fonseca-Pedrero et al., 2010). Además, estos autores no identificaron diferencias en el funcionamiento de los ítems en función del sexo de los participantes, lo que respalda la estabilidad del instrumento en diferentes grupos poblacionales. En este estudio, la escala mostró una adecuada consistencia interna ($\alpha$ = .94), lo que indica una excelente homogeneidad entre los ítems. Precisamente, las subescalas de la depresión, ansiedad y estrés del DASS-21 mostraron una consistencia interna adecuada, con $\alpha$ = .84, $\alpha$ = .85 y $\alpha$ = .88, respectivamente.

Cuestionario de Salud para Pacientes – 15 ítems (*Patient Health Questionnaire - 15 items*, PHQ-15; Kroenke et al., 2002) es un instrumento compuesto por 15 ítems diseñado para evaluar la presencia y gravedad de síntomas somáticos en la población general. El PHQ-15 fue validado y adaptado a la población española (Montalbán et al., 2010; Robles et al., 2024). En su aplicación, se solicita a los participantes que indiquen en qué medida han experimentado diversas molestias físicas, como dolor de estómago o de espalda, durante el último mes. Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de tres opciones, que van desde 0 ("No me afectó nada") hasta 2 ("Me afectó mucho"). En cuanto a la interpretación de los resultados, la puntuación total se obtiene mediante la suma de los valores asignados a cada ítem, con un rango posible de 0 a 30 puntos. Según los puntos de corte establecidos, una puntuación entre 5 y 9 indica la presencia de síntomas somáticos leves, mientras que valores entre 10 y 14 sugieren síntomas moderados y puntuaciones iguales o superiores a 15 reflejan sintomatología somática severa. Respecto a sus propiedades psicométricas, el PHQ-15 ha mostrado niveles adecuados de sensibilidad (78,00%) y especificidad (71,00%) en la identificación de síntomas somáticos clínicamente significativos (Kroenke et al., 2002). Asimismo, estudios previos han evaluado su confiabilidad, obteniendo una consistencia interna

aceptable con un coeficiente $\alpha$ = 0.79 (Interian et al., 2006). Estos resultados respaldan el uso del instrumento como una herramienta válida y fiable para la detección de síntomas somáticos en distintos contextos clínicos y de investigación. En el presente estudio, la consistencia interna fue buena ($\alpha$ = .86), mostrando una adecuada homogeneidad entre los ítems.

Índice de Severidad del Insomnio (*Insomnia Severity Index*, ISI; Fernández-Mendoza et al., 2012) es un instrumento diseñado para evaluar la sintomatología del insomnio y su impacto en el funcionamiento diario, siendo la versión traducida y adaptada a la población española del cuestionario original desarrollado por Bastien et al. (2001). El ISI está compuesto por 7 ítems que indagan sobre los problemas de sueño del individuo y el grado en que estos interfieren en su vida cotidiana. Durante la administración del cuestionario, se solicita a los participantes que indiquen la gravedad de los problemas de sueño experimentados en las dos últimas semanas. Las tres primeras preguntas se puntúan en una escala tipo Likert de 0 ("Nada") a 4 ("Muy grave"). El ítem 4, que evalúa la satisfacción con el sueño, presenta opciones de respuesta que van de 0 ("Muy satisfecho/a") a 4 ("Muy insatisfecho/a"). Los ítems 5, 6 y 7, que valoran la interferencia del insomnio en la vida diaria, la percepción de los demás sobre los problemas de sueño y la preocupación del individuo por su insomnio, se puntúan de 0 ("Nada") a 4 ("Muchísimo"). La puntuación total del ISI oscila entre 0 y 28 puntos. Para la interpretación de los resultados, se han establecido puntos de corte que permiten categorizar la gravedad del insomnio. Así, una puntuación entre 0 y 7 indica ausencia de insomnio clínico, valores entre 8 y 14 reflejan insomnio subclínico, mientras que puntuaciones entre 15 y 21 corresponden a insomnio clínico moderado. Finalmente, valores iguales o superiores a 22 indican la presencia de insomnio clínico grave. Respecto a sus propiedades psicométricas, el ISI ha demostrado una alta consistencia interna. En su versión original, se obtuvo un coeficiente $\alpha$ = 0.74 (Bastien et al., 2001), mientras que en su adaptación a la población española se reportó un coeficiente $\alpha$ = .82, lo que confirma su fiabilidad en este contexto (Fernández-Mendoza et al., 2012). La consistencia interna obtenido en el presente estudio fue excelente ($\alpha$ = .91), lo que indica una alta coherencia entre los ítems utilizados para medir la variable de insomnio.

## 10.4. PROCEDIMIENTO

En primer lugar, previo a la administración de la batería de pruebas seleccionadas se pidió permiso a la Comisión Ética de la Universidad Católica de Murcia (UCAM) para poder realizar el estudio empírico. La Comisión Ética emitió el informe positivo el día 24 de junio de 2022 con el código de referencia CE062202.

La participación en el estudio fue voluntaria y anónima. Previo a la cumplimentación de la batería de cuestionarios desarrollados, los participantes fueron informados explícitamente sobre la confidencialidad de sus datos de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, así como sobre el objetivo del estudio Se precisó que los datos facilitados se utilizarían exclusivamente con fines de investigación. Igualmente, se informó a los participantes sobre el derecho de acceder, rectificar o cancelar los datos facilitados en cualquier momento. Una vez expuesto, para proceder a su participación, los concurrentes debieron otorgar su consentimiento con el objetivo de poder visualizar el contenido del estudio, marcando la opción correspondiente en el cuestionario. Dado que en el presente estudio se involucró a los participantes, durante su realización se siguieron también los principios éticos establecidos por la Asociación Médica Mundial (AMM) en la Declaración de Helsinki (2024) con el objetivo de evitar los prejuicios, velando por los derechos individuales y otorgando el mayor respeto a cada participante. Todos los participantes completaron la misma batería de pruebas descrita en el apartado anterior. El tiempo estimado para cumplimentar la batería de pruebas fue aproximadamente de 10 minutos. El formato de aplicación de los cuestionarios fue exclusivamente online a través de la herramienta telemática Google Forms.

El muestreo empleado en el estudio fue de tipo no probabilístico por conveniencia, seleccionando a los participantes en función de los criterios de inclusión establecidos y la viabilidad de acceso a la muestra. La recogida de datos se llevó a cabo entre septiembre de 2022 y diciembre de 2024. La estrategia de reclutamiento de la muestra incluyó diversas vías de difusión. En primer lugar, se contactó con profesionales sanitarios registrados en el sistema de salud, a quienes se le facilitó el acceso al cuestionario. Además, se emplearon redes sociales como LinkedIn, Instagram y Facebook para ampliar la captación, proporcionando información sobre la investigación tanto de manera pública como mediante

mensajes privados. Paralelamente, el cuestionario fue enviado al Colegio Oficial de Psicólogos de Murcia para su difusión entre sus miembros. De forma complementaria, se realizaron visitas periódicas a centros de salud, consultas privadas y oficinas de farmacia ubicadas en la ciudad de Murcia, solicitando autorización para compartir el cuestionario en formato telemático. A la vez, se le hacia el seguimiento, realizando contactos sucesivos para, u donde procedía, enviando recordatorios para fomentar la participación. No obstante, a pesar de la elevada disposición de los profesionales sanitarios individuales para involucrarse en el estudio, durante el proceso de recogida de la muestra se observó una falta de motivación por parte de los gerentes de las instituciones sanitarias, así como de algunos colegios profesionales, para implicarse en el mismo, lo que dificultó significativamente la obtención de los datos. Respecto al control de calidad de datos, una vez recogida la muestra, se procedió con la eliminación de los cuestionarios incompletos o erróneos que no aportaban respuestas en el formato esperado y con las respuestas inconsistentes.

### 10.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En primer lugar, se procedió a la depuración de la base de datos mediante la eliminación de los registros incompletos y de aquellos casos que no cumplían con los criterios de inclusión previamente establecidos. Posteriormente, se realizó la codificación y estandarización de las variables con el fin de construir una base de datos homogénea, consistente y definitiva para los análisis estadísticos.

Se llevaron a cabo análisis descriptivos de las variables sociodemográficas, ocupacionales y de salud, así como de aquellas relacionadas con el estilo de vida y la experiencia laboral durante la pandemia por COVID-19. Asimismo, se calcularon los estadísticos descriptivos correspondientes a las puntuaciones obtenidas en las escalas de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos. En concreto, se estimaron la frecuencia y el porcentaje para las variables cualitativas, y la media y la desviación típica para las variables cuantitativas. Adicionalmente, para las variables clínicas cuantitativas se calcularon intervalos de confianza del 95%, con el objetivo de estimar la precisión de las medias obtenidas.

Antes de proceder a los análisis bivariados, se examinó el supuesto de normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Dado que este supuesto

no se cumplía en la mayoría de las variables clínicas, se optó por la aplicación de pruebas no paramétricas para el análisis de la severidad de la sintomatología. En concreto, se empleó la prueba U de Mann-Whitney para las comparaciones entre dos grupos independientes y la prueba H de Kruskal-Wallis cuando se compararon más de dos grupos. Asimismo, se estimó el tamaño del efecto mediante el estadístico r en el caso de la prueba U de Mann-Whitney y el eta cuadrado ($\eta^2$) en la prueba de Kruskal-Wallis. En relación con los análisis bivariados de la prevalencia de la sintomatología clínica (variable dicotómica), se utilizó la prueba de chi-cuadrado ($\chi^2$). Además, con el propósito de cuantificar la magnitud de la asociación y estimar el riesgo relativo de presentar sintomatología clínica, se calcularon los odds ratios (OR) junto con sus intervalos de confianza del 95%.

Finalmente, para el análisis multivariante se desarrollaron modelos predictivos diferenciados en función del tipo de variable dependiente. Para la severidad de la sintomatología (variables continuas), se aplicaron modelos de regresión lineal, mientras que para la prevalencia (variables dicotómicas) se utilizaron modelos de regresión logística binaria. En los modelos de regresión lineal se reportaron los coeficientes no estandarizados ($B$) y estandarizados ($\beta$), los errores estándar, los estadísticos $t$ y los valores $p$. En los modelos de regresión logística binaria se informaron los coeficientes no estandarizados (B), los errores estándar, los estadísticos de Wald, los valores $p$ y los odds ratios (OR) con sus correspondientes intervalos de confianza del 95%. Previamente a la interpretación de los modelos predictivos, se comprobaron los supuestos estadísticos correspondientes. En el caso de la regresión lineal, se evaluaron la linealidad de la relación entre las variables independientes y la variable dependiente, la independencia de los errores, la homocedasticidad, la normalidad de los residuos y la ausencia de multicolinealidad. Para la regresión logística binaria, se verificaron la ausencia de multicolinealidad entre los predictores, la linealidad en el logit para las variables continuas y la inexistencia de valores atípicos influyentes. Solo tras confirmar el cumplimiento razonable de estos supuestos se procedió a la interpretación de los resultados.

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa IBM SPSS Statistics, versión 27, estableciéndose un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

# XI – RESULTADOS ESTUDIO II

# XI - RESULTADOS ESTUDIO II

## 11.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

### 11.1.1. Descripción de la muestra según las variables demográficas

Las características sociodemográficas de la muestra se presentan en la Tabla 20. En la presente investigación participaron un total de 631 personas, cuya edad media fue de 41,85 años (*DT* = 11,00), con un rango comprendido entre los 20 y los 72 años. La mayoría de los participantes tenía entre 31 y 40 años, representando el 42,16% del total de la muestra. Asimismo, las mujeres constituyeron el 74,80% de la muestra, mientras que los hombres representaron el 25,20% restante.

En cuanto al lugar de residencia, la gran mayoría de los participantes residía en la Región de Murcia, lo que correspondía al 66,90% de la muestra. Respecto al estado civil, el 74,70% de los participantes convivía con su pareja y/o estaba casado, mientras que el 17,40% estaba soltero y el 7,40% divorciado. En relación con el nivel de formación, predominaban en la muestra los participantes que contaban con título de grado y/o licenciatura, representando el 44,20% del total, seguidos por aquellos que poseían estudios de máster (34,10%).

*Tabla 20. Descripción de la muestra según las variables demográficas.*

| **Variables** | ***M*** | ***DT*** |
|---|---|---|
| Edad | 41,85 | 11,00 |
| | ***n*** | ***%*** |
| 20-30 | 83 | 13,15 |
| 31-40 | 266 | 42,16 |
| 41-50 | 132 | 20,92 |
| 51-60 | 108 | 17,12 |
| ≥ 61 | 42 | 6,65 |
| Sexo | | |
| Masculino | 159 | 25,20 |

| | | |
|---|---|---|
| Femenino | 472 | 74,80 |
| Lugar de residencia | | |
| Región de Murcia | 422 | 66,90 |
| Comunidad Valenciana | 91 | 14,40 |
| Andalucía | 22 | 3,50 |
| Comunidad de Madrid | 40 | 6,30 |
| Galicia | 6 | 1,00 |
| Cataluña | 8 | 1,30 |
| Castilla y León | 11 | 1,70 |
| Castilla-La Mancha | 6 | 1,00 |
| Cantabria | 1 | 0,20 |
| País Vasco | 14 | 2,20 |
| Ceuta | 3 | 0,50 |
| Islas Baleares | 3 | 0,50 |
| Canarias | 2 | 0,30 |
| Aragón | 2 | 0,30 |
| Estado civil | | |
| Soltero/a | 110 | 17,40 |
| Convivencia en pareja/casado/a | 471 | 74,70 |
| Divorciado/a | 47 | 7,40 |
| Viudo/a | 3 | 0,50 |
| Nivel de estudios | | |
| Formación preuniversitaria | 5 | 0,80 |
| Formación profesional de grado superior | 39 | 6,20 |
| Formación profesional de grado medio | 39 | 6,20 |
| Licenciado/graduado | 279 | 44,20 |
| Estudios de Máster | 215 | 34,10 |
| Doctorado | 54 | 8,60 |

*Nota*. *n* = frecuencia; *M* = media; *DT* = desviación típica.

### 11.1.2. Descripción de la muestra según las variables ocupacionales

Respecto a las variables ocupacionales recogidas en la Tabla 21, la gran mayoría de los participantes trabajaba por cuenta ajena, representando el 73,50% de la totalidad de la muestra. En cuanto a la profesión sanitaria, los enfermeros y los médicos fueron los más numerosos en la muestra, constituyendo el 34,70% y el 21,59% de la misma, respectivamente. Por su parte, el 8,71% de los encuestados fue agrupado en la categoría "otros", en la que se incluyeron los siguientes profesionales sanitarios: auxiliares de farmacia ($n$ = 5), celadores ($n$ = 1), dentistas y odontólogos ($n$ = 21), logopedas ($n$ = 3), podólogos ($n$ = 4), profesionales de la nutrición humana y dietética ($n$ = 2), así como terapeutas ocupacionales ($n$ = 5), técnicos de laboratorio ($n$ = 5) y técnicos de transporte sanitario ($n$ = 9).

Dentro de la categoría de los médicos, la mayoría eran médicos especialistas ($n$ = 48), seguidos por médicos de atención primaria ($n$ = 34), psiquiatras ($n$ = 29) y médicos de urgencias ($n$ = 25). Respecto a la especialidad de los médicos especialistas, la pediatría ($n$ = 10), así como la ginecología y obstetricia ($n$ = 5), fueron las especialidades más representativas, seguidas por anestesiología ($n$ = 2), cirugía ($n$ = 4), endocrinología ($n$ = 2), hematología ($n$ = 1), medicina de la educación física y el deporte ($n$ = 1), medicina general integral ($n$ = 1), medicina intensiva ($n$ = 1), medicina interna ($n$ = 3), medicina del trabajo ($n$ = 2), neumología ($n$ = 2), oftalmología ($n$ = 2), oncología ($n$ = 3), otorrinolaringología ($n$ = 4), traumatología y ortopedia ($n$ = 1) y urología ($n$ = 4).

Con referencia a los años de experiencia, es importante señalar que más de la mitad de los participantes del presente estudio contaba con una experiencia laboral mayor de 10 años en el ámbito sanitario, lo cual es concordante con la edad media de los participantes de la muestra. Por último, el reparto de la muestra según el trabajo por turnos fue bastante equilibrado, siendo las personas que referían trabajar por turnos ligeramente más representativas (52,60%) que las que disfrutaban de una jornada de trabajo regular (47,40%).

*Tabla 21. Descripción de la muestra según las variables ocupacionales.*

| **Variables** | ***n*** | **%** |
|---|---|---|
| Situación laboral | | |
| Estudiante | 4 | 0,60 |
| Residente/interno | 63 | 10,00 |
| Trabajador/a por cuenta ajena | 464 | 73,50 |
| Trabajador/a por cuenta propia | 90 | 14,30 |
| Jubilado/a | 10 | 1,60 |
| Profesión sanitaria | | |
| Médicos | 136 | 21,59 |
| Enfermeros | 219 | 34,70 |
| Auxiliares de enfermería | 55 | 8,70 |
| Psicólogos | 99 | 15,70 |
| Farmacéuticos | 37 | 5,90 |
| Fisioterapeutas | 30 | 4,80 |
| Otros | 55 | 8,71 |
| Años de experiencia laboral en el ámbito sanitario | | |
| Menos de 1 año | 11 | 1,70 |
| Entre 1 y 5 años | 117 | 18,50 |
| Entre 5 y 10 años | 158 | 25,00 |
| Más de 10 años | 345 | 54,70 |
| Trabajo por turnos | | |
| Sí | 332 | 52,60 |
| No | 299 | 47,40 |

*Nota. n* = frecuencia.

### 11.1.3. Descripción de la muestra según las variables relacionadas con la salud

Respecto a la descripción de la muestra según las variables de salud, tal y como se puede observar en la Tabla 22, el 78,40% de los participantes no había sido

diagnosticado de ninguna enfermedad crónica, ya fuera mental o biomédica, antes del comienzo de la pandemia por COVID-19. Entre las personas que refirieron haber sido diagnosticadas de una enfermedad crónica previamente, el 10,00% (*n* = 63) sufría de un trastorno mental, mientras que el 12,50% (*n* = 79) padecía alguna condición biomédica. Dentro de los trastornos mentales se incluyeron la ansiedad, la depresión, el síndrome de agotamiento laboral, el trastorno de la conducta alimentaria y el trastorno obsesivo-compulsivo. Asimismo, en cuanto a las enfermedades biomédicas, los participantes presentaron artritis reumatoide, asma/bronquiectasias, atrofia grasa plantar, cáncer, cardiopatía, diabetes, dermatitis, enfermedad autoinmune, enfermedad gastrointestinal, enfermedad hematológica, fibromialgia, hernia, hipertensión arterial, hipertiroidismo y migraña. Finalmente, solamente el 19,80% de los participantes estaba bajo tratamiento farmacológico antes de la pandemia por COVID-19, lo cual es acorde con la proporción de las personas con algún diagnóstico previo del trastorno mental o enfermedad biomédica.

*Tabla 22. Descripción de la muestra según las variables de la salud.*

| **Variables** | ***n*** | **%** |
|---|---|---|
| Trastorno mental y/o enfermedad biomédica diagnosticados antes de la pandemia por COVID-19 | | |
| Sí | 136 | 21,60 |
| No | 495 | 78,40 |
| Trastorno mental | | |
| Si | 63 | 10,00 |
| No | 568 | 90,00 |
| Enfermedad biomédica | | |
| Si | 79 | 12,50 |
| No | 552 | 87,50 |
| Tratamiento farmacológico crónico | | |
| Sí | 125 | 19,80 |
| No | 506 | 80,20 |

*Nota. n* = frecuencia.

### 11.1.4. Descripción de la muestra según variables relacionadas con el estilo de vida en los últimos dos años y medio

En la Tabla 23, se puede observar que un porcentaje importante de participantes redujo sus contactos sociales, representando el 36,60% de la muestra. Respecto a la ingesta de alimentos, el 16,80% de los participantes refirió haber reducido su nivel habitual de ingesta. Por su parte, el 23,80% de la totalidad de la muestra declaró haber aumentado su nivel habitual de ingesta alimentaria. Además, el 16,30% de los participantes refirió experimentar atracones de comida en los últimos dos años y medio. En cuanto al consumo de alcohol y tabaco, la mayoría de los encuestados declaró no haber aumentado su consumo. No obstante, de acuerdo con los datos presentados en la Tabla 23, se puede apreciar que el 13,30% y el 15,10% de la muestra indicó haber aumentado el consumo de alcohol y tabaco, respectivamente. Igualmente, en referencia al uso de sustancias opiáceas o medicamentos relajantes, únicamente el 9,00% de la muestra confirmó haber recurrido a las mismas. Respecto a la frecuencia de realización de actividad física, el reparto de la muestra fue equilibrado, siendo ligeramente prevalentes las personas que mantuvieron su nivel habitual de actividad física (38,80%). Finalmente, respecto a la calidad de vida sexual, la mayoría de los participantes (73,50%) confirmó que la misma no había empeorado. Entre los factores que contribuyeron a la disminución de la calidad de vida sexual de los participantes destacan los problemas del estado de ánimo, los cuales fueron referidos por el 18,40% de la muestra.

*Tabla 23. Descripción de la muestra según las variables relacionadas con el estilo de vida.*

| **Variables** | ***n*** | **%** |
|---|---|---|
| Reducción de contactos sociales | | |
| Sí | 231 | 36,60 |
| No | 400 | 63,40 |
| Reducción de ingesta de alimentos | | |
| Sí | 106 | 16,80 |
| No | 525 | 83,20 |
| Aumento de ingesta de alimentos | | |
| Sí | 150 | 23,80 |

| | | |
|---|---|---|
| No | 481 | 76,20 |
| Atracones de comida | | |
| Sí | 103 | 16,30 |
| No | 528 | 83,70 |
| Aumento de consumo de alcohol | | |
| Sí | 84 | 13,30 |
| No | 547 | 86,70 |
| Aumento de consumo de tabaco | | |
| Sí | 95 | 15,10 |
| No | 536 | 84,90 |
| Uso de sustancias o medicamentos relajantes | 57 | 9,00 |
| Sí | 574 | 91,00 |
| No | | |
| Reducción de actividad física | | |
| Sí | 194 | 30,75 |
| No | 437 | 69,25 |
| Deterioro de la calidad de vida sexual | | |
| Problemas del estado de ánimo | 116 | 18,40 |
| Situación pandémica | 11 | 1,70 |
| Ambas | 40 | 6,30 |
| No ha empeorado | 464 | 73,50 |

*Nota. n* = frecuencia.

### 11.1.5. Descripción de la muestra según las variables relacionadas con la experiencia durante el COVID-19

Según las variables relacionadas con la experiencia durante la pandemia por COVID-19, en la Tabla 24 se puede observar que la mayoría de los participantes (80,80%) fueron diagnosticados de COVID-19. Principalmente, los participantes refirieron haber estado diagnosticado con la enfermedad del COVID-19 una o dos

veces, representando el 31,90% y el 34,20% de la muestra respectivamente. Respecto a la forma de pasar la enfermedad del COVID-19, el 59,00% de los participantes mostraron sintomatología leve de la misma y el 32,90 experimentaron sintomatología moderada. En línea con lo expuesto anteriormente, la mayoría de los participantes no precisaron ningún tipo de ingreso hospitalario, correspondiendo al 99,02% del total de la muestra. Un 0,98% de los profesionales sanitarios evaluados tuvieron que estar ingresados en planta durante la enfermedad del COVID-19, aunque ninguno en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). El 23,80% de los profesionales sanitarios declararon haber sufrido diversas secuelas tras la contracción de la enfermedad del COVID-19. Entre las secuelas más frecuentemente experimentadas se incluyeron el cansancio (*n* = 72), secuelas físicas (*n* = 51), secuelas neurológicas (*n* = 44), secuelas psicológicas (*n* = 30) y alteraciones de funciones de los sentidos (*n* = 23). Dentro de las secuelas físicas se agruparon las siguientes secuelas: dolor articular (*n* = 21), daño pulmonar/disnea (*n* = 8), alteraciones pulmonares (*n* = 7), alteraciones dermatológicas (*n* = 7), cardiopatía (*n* = 5) y problemas hepáticos (*n* = 3). Por último, respecto a las consecuencias de la pandemia por COVID-19 a nivel personal, el 75,60% de los trabajadores sanitarios confirmó haberlas experimentado. Precisamente, la mayoría de ellos señalaron las consecuencias en relaciones sociales (*n* = 217), consecuencias económicas (*n* = 139), perdida de alguien cercano (*n* = 123), consecuencias emocionales (*n* = 69), así como consecuencias familiares (*n* = 60) y abandono del cuidado personal (*n* = 43) como las consecuencias de la pandemia más destacadas.

*Tabla 24. Descripción de la muestra según las variables relacionadas con la experiencia durante la pandemia por COVID-19.*

| **Variables** | ***n*** | **%** |
|---|---|---|
| Diagnóstico de COVID-19 mediante PCR, test de antígenos o pruebas serológicas | | |
| Sí | 510 | 80,80 |
| No | 121 | 19,20 |
| Número de veces positivo en COVID-19 | | |
| 0 veces | 121 | 19,20 |
| 1 vez | 201 | 31,90 |

| | | |
|---|---|---|
| 2 veces | 216 | 34,20 |
| 3 veces | 67 | 10,60 |
| Más de 3 veces | 26 | 4,10 |
| Forma de pasar el COVID-19 | | |
| Asintomático | 33 | 6,50 |
| Sintomático leve | 301 | 59,00 |
| Sintomático moderado | 168 | 32,90 |
| Sintomático grave | 8 | 1,60 |
| Gravedad del COVID-19 | | |
| Sin ingreso hospitalario | 505 | 99,02 |
| Con ingreso hospitalario | 5 | 0,98 |
| Secuelas de la enfermedad del COVID-19 | | |
| Sí | 150 | 23,80 |
| No | 481 | 76,20 |
| Consecuencias de la pandemia por COVID-19 a nivel personal | | |
| Sí | 477 | 75,60 |
| No | 154 | 24,40 |

*Nota. n* = frecuencia.

## 11.2. SEVERIDAD Y PREVALENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA

Tal y como se observa en la Tabla 25, se puede observar que la puntuación media para la variable depresión fue de 2,82 (*DT* = 3,12) pudiendo interpretarse como la ausencia de sintomatología depresiva. Desglosando los resultados se precisa que el 78,10% de la muestra no mostraba síntomas depresivos, correspondiéndose a la mayoría de los participantes. Por otro lado, el 11,10% y el 7,60% de los profesionales sanitarios mostraron sintomatología depresiva leve y moderada respectivamente. Finalmente, el 3,20% restante de la muestra sufrió de sintomatología severa o extremadamente severa de depresión.

Siguiendo con la interpretación de los resultados de las variables clínicas según el DASS-21, la puntuación media obtenida en la variable de ansiedad fue de 2,52 (*DT*

= 3,15), indicando la ausencia de sintomatología de ansiedad. En cuanto a la prevalencia la mayoría de los participantes no presentaron síntomas de ansiedad en el periodo de la pospandemia, representando el 73,20% de la muestra. No obstante, el 12,90% y el 5,50% de la muestra sufrieron sintomatología leve y moderada, mientras que el 4,40% y el 4,00% padecieron sintomatología severa e incluso extremadamente severa respectivamente.

Respecto al estrés, la puntuación media obtenida por la muestra se situó en 5,36 (*DT* = 3,89), indicando la ausencia de sintomatología de estrés. La mayoría de los profesionales sanitarios (74,50%) no refirieron haber sufrido sintomatología de estrés en la pospandemia. No obstante, el 11,70% del total de la muestra desarrollaron sintomatología leve de estrés, mientras que el 8,60% moderada. Finalmente, el 3,60% y el 1,60% de la muestra sufrían sintomatología severa y extremadamente severa de estrés respectivamente.

Pasando a los resultados referentes al insomnio, en la Tabla 25 se puede apreciar que la puntuación media se situó en 7,30 (*DT* = 5,65) pudiendo interpretarse como la ausencia de insomnio clínico. Respecto a la prevalencia del insomnio, se observó que ligeramente más de la mitad (57,50%) no presentaba sintomatología de insomnio. No obstante, el 29,50% de los profesionales sanitarios sufrieron insomnio por debajo del umbral clínico y el 11,20% de ellos, insomnio clínico moderado.

Finalmente, respecto a la prevalencia y severidad de los síntomas somáticos, la puntuación media fue de 5,50 (*DT* = 5,03), correspondiéndose a sintomatología somática leve. La mayoría de los participantes (41,20%) no mostraron síntomas somáticos, aunque la proporción de los participantes sin sintomatología somática no superó el 50,00%. Una importante proporción de profesionales sanitarios (35,30%) sufrieron sintomatología somática leve, mientras que el 14,90% de la muestra, sintomatología somática moderada. El 8,60% del total de la muestra desarrolló sintomatología somática grave.

*Tabla 25. Severidad y prevalencia de la sintomatología clínica.*

| **Variables** | ***Min*** | ***Max*** | ***M*** | ***DT*** | **IC 95%** |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 0 | 19 | 2,82 | 3,12 | [2,58–3,06] |
| Ansiedad | 0 | 19 | 2,52 | 3,15 | [2,28–2,77] |
| Estrés | 0 | 20 | 5,36 | 3,89 | [5,06–5,66] |
| Insomnio | 0 | 27 | 7,30 | 5,65 | [6,68–7,74] |
| Síntomas somáticos | 0 | 30 | 5,50 | 5,03 | [5,11–5,89] |
| **Variables** | | | ***n*** | **%** | **IC 95%** |
| Depresión | | | | | |
| Nada | | | 493 | 78,10 | [74,00%–81,00%] |
| Leve | | | 70 | 11,10 | [9,00%–14,00%] |
| Moderado | | | 48 | 7,60 | [6.00%–10,00%] |
| Severo | | | 9 | 1,60 | [1,00%–3,00%] |
| Extremadamente severo | | | 10 | 1,60 | [1,00%–3,00%] |
| Ansiedad | | | | | |
| Nada | | | 462 | 73,20 | [70,00%–77,00%] |
| Leve | | | 81 | 12,90 | [10,00%–17,00%] |
| Moderado | | | 35 | 5,50 | [4,00%–7,00%] |
| Severo | | | 28 | 4,40 | [3,00%–6,00%] |
| Extremadamente severo | | | 25 | 4,00 | [2,00%–6,00%] |
| Estrés | | | | | |
| Nada | | | 470 | 74,50 | [71,00%–78,00%] |
| Leve | | | 74 | 11,70 | [9,00%–14,00%] |
| Moderado | | | 54 | 8,60 | [6,00%–11,00%] |
| Severo | | | 23 | 3,60 | [2,00%–5,00%] |
| Extremadamente severo | | | 10 | 1,60 | [1,00%–3,00%] |
| Insomnio | | | | | |
| Sin insomnio | | | 363 | 57,50 | [54,00%–61,00%] |
| Insomnio subclínico | | | 187 | 29,50 | [26,00%–33,00%] |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Insomnio clínico moderado | 70 | 11,20 | [9,00%–14,00%] |
| Insomnio clínico grave | 11 | 1,80 | [0,00%–3,00%] |
| Síntomas somáticos | | | |
| Ausencia de síntomas somáticos | 261 | 41,20 | [37,00%–45,00%] |
| Síntomas somáticos leves | 223 | 35,30 | [32,00%–39,00%] |
| Síntomas somáticos moderados | 94 | 14,90 | [12,00%–18,00%] |
| Síntomas somáticos graves | 53 | 8,60 | [6,00%–11,00%] |

*Nota. n* = frecuencia; *M* = media; *DT* = desviación típica; min. = valor mínimo; max. = valor máximo; IC 95% = intervalo de confianza.

## 11.3. PREDICTORES DE LA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN SANITARIA

### 11.3.1. Influencia de las variables sociodemográficas

#### *11.3.1.1.* ***Edad***

Haciendo referencia a la Tabla 26, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos de edad en las variables de depresión, estrés y síntomas somáticos.

En el caso de la depresión, las diferencias se identificaron exclusivamente entre el grupo de edad de 20–30 años y el grupo de 51–60 años ($p$ ajustada = 0,034). En esta comparación, los profesionales sanitarios más jóvenes presentaron puntuaciones medias más elevadas de sintomatología depresiva que los participantes de mayor edad. El tamaño del efecto fue pequeño ($\eta^2_h$ = 0,012).

Respecto a la variable de estrés, también se encontraron diferencias significativas entre algunos grupos de edad. En concreto, tras la corrección de Bonferroni, se observaron diferencias entre el grupo de 20–30 años y los grupos de 51–60 años ($p$ ajustada < 0,001) y ≥61 años ($p$ ajustada = 0,003). Asimismo, se identificaron diferencias entre los grupos de 31–40 y 51–60 años ($p$ ajustada = 0,020). En estas comparaciones, los profesionales sanitarios más jóvenes presentaron mayores niveles de estrés en comparación con los grupos de mayor edad. El tamaño del efecto también fue pequeño, aunque ligeramente superior al observado en otras variables ($\eta^2_h$ = 0,034).

Por último, en la variable de síntomas somáticos también se observaron diferencias significativas entre los grupos de edad. En concreto, tras la corrección de Bonferroni, únicamente se identificaron diferencias significativas entre los profesionales sanitarios de 20–30 años y aquellos mayores de 61 años ($p$ ajustada = 0,010). En esta comparación, los participantes más jóvenes presentaron puntuaciones medias superiores de sintomatología somática en comparación con los profesionales de mayor edad. El tamaño del efecto fue muy pequeño ($\eta^2_h$ = 0,003).

*Tabla 26. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la edad de los participantes mediante la prueba de Kruskal¬-Wallis.*

| **Variables** | **20-30** | **31-40** | **41-50** | **51-60** | **≥ 61** | ***H (gl)*** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ***M (DT)*** ***n* = 83** | ***M(DT)*** ***n* = 266** | ***M(DT)*** ***n* = 132** | ***M(DT)*** ***n* = 108** | ***M(DT)*** ***n* = 42** | | |
| Depresión | 3,73 (3,77) | 2,69 (2,82) | 2,49 (2,88) | 3,47 (3,53) | 2,33 (2,89) | 11,28 (4) | **0,024** |
| Ansiedad | 3,60 (3,62) | 2,58 (2,91) | 2,12 (3,02) | 2,72 (2,98) | 2,67 (3,22) | 8,23 (4) | 0,083 |
| Estrés | 6,52 (4,15) | 5,36 (3,47) | 5,01 (3,88) | 5,28 (4,06) | 4,33 (2,52) | 25,39 (4) | **0,000** |
| Insomnio | 8,39 (6,12) | 6,98 (5,43) | 6,99 (5,58) | 7,96 (4,49) | 6,00 (4,00) | 12,70 (4) | 0,192 |
| Síntomas somáticos | 7,29 (4,93) | 7,02 (5,14) | 6,10 (4,91) | 6,32 (5,71) | 6,00 (3,61) | 6,10 (4) | **0,019** |

Por otro lado, tal y como se puede observar en la Tabla 27, se estudiaron las diferencias en la prevalencia de cada uno de los síntomas según los grupos de edad. En los análisis, se eliminó la categoría de personas iguales/mayores a 61 años debido a la insuficiencia de los datos aportados ($n$<10) para las variables de depresión y estrés. Según los resultados expuestos, se hallaron diferencias significativas exclusivamente en la prevalencia de los síntomas somáticos según la edad de los participantes. Concretamente, los profesionales sanitarios de entre 20 y 30 años presentaron una mayor probabilidad de manifestar síntomas somáticos en comparación con los grupos de mayor edad. En comparación con el grupo de 41–50 años, los profesionales de 20–30 años mostraron 2,35 veces más probabilidades de presentar síntomas somáticos (IC 95% [1,25–4,40]; $p$ = 0,007). De forma similar, al compararlos con el grupo de 51–60 años, los trabajadores más jóvenes presentaron aproximadamente 3,00 veces más probabilidades de sintomatología somática. Asimismo, frente al grupo de ≥ 61 años, los profesionales de 20–30 años mostraron 4,82 veces más probabilidades de presentar síntomas somáticos (IC 95% [2,16–10,76]; $p$ = 0,001). Del mismo modo, al comparar el grupo de 20–30 años con el de 31–40 años, se observó que los profesionales más jóvenes presentaron 2,88 veces más probabilidades de manifestar síntomas somáticos, lo que confirma un mayor riesgo relativo en el grupo de menor edad. Por otro lado, al comparar grupos de mayor edad entre sí, únicamente se identificó una diferencia estadísticamente significativa entre los profesionales de 41–50 años y aquellos de ≥ 61 años (OR = 2,05; IC 95% [1,02–4,15]; $p$ = 0,043), indicando que el grupo de 41–50 años presentó el doble de probabilidad de síntomas somáticos en comparación con los profesionales de mayor edad.

*Tabla 27. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la edad de los participantes mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Edad | | | | |
| 20-30 | 60 (72,30) | 23 (27,70) | 4,33(3) | 0,228 |
| 31-40 | 217 (81,60) | 49 (18,40) | | |
| 41-50 | 99 (75,00) | 33 (25,00) | | |
| 51-60 | 83 (76,90) | 25 (23,10) | | |

| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Edad | | | | |
| 20-30 | 53 (63,90) | 30 (36,10) | 4,35(4) | 0,361 |
| 31-40 | 198 (74,40) | 68 (25,60) | | |
| 41-50 | 98 (74,20) | 34 (25,80) | | |
| 51-60 | 81 (75,00) | 27 (25,00) | | |
| ≥ 61 | 32 (76,20) | 10 (23,80) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Edad | | | | |
| 20-30 | 54 (65,10) | 29 (34,90) | 5,28(3) | 0,152 |
| 31-40 | 196 (73,70) | 70 (26,30) | | |
| 41-50 | 99 (75,00) | 33 (25,00) | | |
| 51-60 | 86 (79,60) | 22 (20,40) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Edad | | | | |
| 20-30 | 44 (53,00) | 39 (47,00) | 8,42(4) | 0,077 |
| 31-40 | 169 (63,50) | 97 (36,50) | | |
| 41-50 | 67 (50,80) | 65 (49,20) | | |
| 51-60 | 57 (52,80) | 51 (47,20) | | |
| ≥ 61 | 26 (62,90) | 16 (38,10) | | |
| | **No síntomas somáticos** *n (%)* | **Síntomas somáticos** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Edad | | | | |
| 20-30 | 18 (21,70) | 65 (78,30) | 19,47(4) | **0,001** |
| 31-40 | 118 (44,40) | 148 (55,60) | | |
| 41-50 | 52 (39,40) | 80 (60,60) | | |
| 51-60 | 49 (45,40) | 59 (54,60) | | |
| ≥ 61 | 24 (57,10) | 18 (42,90) | | |

*11.3.1.2.* ***Sexo***

Tal y como se muestra en la Tabla 28, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en ansiedad e insomnio. En cambio, sí se identificaron diferencias estadísticamente significativas en depresión, estrés y síntomas somáticos. En depresión, aunque las mujeres presentaron mayores niveles de sintomatología que los hombres, el tamaño del efecto fue pequeño, lo que indica que la magnitud práctica de la diferencia es reducida. De forma similar, en estrés se observaron mayores puntuaciones en mujeres, con un tamaño del efecto también pequeño, lo que sugiere una diferencia estadísticamente significativa, pero de impacto limitado. Por último, en síntomas somáticos, las mujeres mostraron niveles significativamente superiores a los hombres y, en este caso, el tamaño del efecto fue pequeño-moderado, lo que indica una diferencia más consistente y de mayor relevancia clínica en comparación con el resto de las variables analizadas.

*Tabla 28. Análisis de la severidad de las variables clínicas según el sexo mediante la prueba de Mann-Whitney.*

| **Variables** | **Hombres** *M (DT)* ***n* = 159** | **Mujeres** *M(DT)* ***n* = 472** | *z* | *p* | *r* |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 2,63 (3,52) | 2,89 (2,98) | -2,34 | **0,019** | -0,09 |
| Ansiedad | 2,21 (2,98) | 2,62 (3,20) | -1,94 | 0,053 | -0,08 |
| Estrés | 4,69 (4,07) | 5,58 (3,80) | -2.95 | **0,003** | -0,12 |
| Insomnio | 6,99 (5,59) | 7,40 (5,67) | -.810 | 0,418 | -0,03 |
| Síntomas somáticos | 4,74 (4,23) | 7,10 (5,14) | -5,55 | **0,000** | -0,22 |

Tal y como se muestra en la Tabla 29, únicamente se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la prevalencia de los síntomas somáticos. El análisis de la razón de momios indicó que los hombres presentaron una probabilidad significativamente menor de manifestar síntomas somáticos en comparación con las mujeres (OR = 0,38; IC 95% [0,26–0,55]), lo que implica aproximadamente un 62,00% menos de probabilidad en el grupo masculino. En relación con el resto de las variables clínicas, no se evidenciaron asociaciones estadísticamente significativas entre el sexo y la presencia de sintomatología.

*Tabla 29. Análisis de la prevalencia de las variables clínicas según el sexo mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Sexo | | | | |
| Hombres | 128 (80,50) | 31 (19,50) | 0,70 (1) | 0,403 |
| Mujeres | 365 (77,30) | 107 (22,70) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Sexo | | | | |
| Hombres | 121 (76,10) | 38 (23,90) | 0,90(1) | 0,342 |
| Mujeres | 341 (72,20) | 131 (27,80) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Sexo | | | | |
| Hombres | 123 (77,40) | 36 (22,60) | 0,92 (1) | 0,337 |
| Mujeres | 347 (77,30) | 125 (26,50) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Sexo | | | | |
| Hombres | 93 (58,50) | 66 (41,50) | 0,80 (1) | 0,776 |
| Mujeres | 270 (57,20) | 202 (42,80) | | |
| | **No síntomas somáticos** *n (%)* | **Síntomas somáticos** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Sexo | | | | |
| Hombres | 94 (59,10) | 65 (40,90) | 27,63 (1) | **< 0,001** |
| Mujeres | 167 (35,40) | 305 (64,60) | | |

*11.3.1.3.* ***Estado civil***

Como se observa en la Tabla 30, se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos de estado civil en las variables de ansiedad, depresión y estrés.

En el caso de la ansiedad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales sanitarios que convivían con su pareja o estaban casados y aquellos que se encontraban solteros ($p < 0,001$). En esta comparación, las personas solteras presentaron mayores niveles de sintomatología ansiosa que aquellas que convivían con su pareja o estaban casadas. El tamaño del efecto fue pequeño ($\eta^2_h = 0,026$). De forma similar, en la variable de depresión también se observaron diferencias significativas entre los participantes solteros y aquellos que convivían en pareja o estaban casados ($p = 0,001$). En este caso, los profesionales sanitarios solteros mostraron mayores puntuaciones medias de sintomatología depresiva en comparación con quienes convivían con su pareja o estaban casados. El tamaño del efecto fue pequeño ($\eta^2_h = 0,015$). Asimismo, en la variable de estrés se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales sanitarios solteros y aquellos que convivían con su pareja o estaban casados ($p = 0,002$), siendo nuevamente los participantes solteros quienes presentaron mayores niveles de sintomatología. El tamaño del efecto fue pequeño ($\eta^2_h = 0,017$).

Los participantes viudos no se incluyeron en los análisis debido al reducido número de casos ($n = 3$).

*Tabla 30.Análisis de la severidad de las variables clínicas según el estado civil de los participantes mediante la prueba de Kruskal-Wallis.*

| **Variables** | **Soltero/a**<br>***M (DT)***<br>***n* = 110** | **Convivencia en pareja/Casado/a**<br>***M(DT)***<br>***n* = 471** | **Divorciado/a**<br>***M(DT)***<br>***n* = 47** | ***H (gl)*** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 3,73 (3,77) | 2,55 (2,86) | 3,47 (3,53) | 11,58 (2) | **0,003** |
| Ansiedad | 3,60 (3,62) | 2,24 (2,99) | 2,72 (2,98) | 18,62 (2) | **0,000** |
| Estrés | 6,52 (4,15) | 5,10 (3,77) | 5,28 (4,06) | 12,31 (2) | **0,002** |
| Insomnio | 8,39 (6,12) | 6,98 (5,53) | 7,96 (4,49) | 5,82 (2) | 0,054 |
| Síntomas somáticos | 7,29 (4,93) | 6,34 (4,99) | 6,32 (5,71) | 5,53 (2) | 0,063 |

En la Tabla 31 se presentan los resultados del análisis de la prevalencia de sintomatología clínica según el estado civil. En este análisis se excluyeron las personas viudas debido al reducido número de casos.

En relación con la depresión, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las personas solteras y aquellas que convivían en pareja o estaban casadas. Concretamente, los profesionales sanitarios solteros presentaron una probabilidad significativamente mayor de manifestar sintomatología depresiva en comparación con los que convivían en pareja o estaban casados (OR = 2,06; IC 95% [1,30–3,28]; $p$ = 0,002). Asimismo, se identificaron diferencias significativas entre los participantes casados y los divorciados (OR = 0,48; IC 95% [0,25–0,93]; $p$ = 0,030), lo que indica que los profesionales casados presentaron una menor probabilidad de sintomatología depresiva en comparación con los divorciados.

Respecto a la ansiedad, únicamente se hallaron diferencias significativas entre las personas solteras y aquellas que convivían en pareja o estaban casadas (OR = 2,33; IC 95% [1,51–3,61]; $p$ < 0,001), mostrando los solteros más del doble de probabilidad de presentar sintomatología ansiosa.

De forma similar, en la variable de estrés se identificaron diferencias estadísticamente significativas exclusivamente entre los solteros y los que convivían en pareja o estaban casados (OR = 2,26; IC 95% [1,46–3,51]; $p$ < 0,001), evidenciando una mayor probabilidad de sintomatología en el grupo soltero.

Finalmente, en relación con los síntomas somáticos, se observaron diferencias significativas tanto entre los solteros y los que convivían en pareja o estaban casados (OR = 1,95; IC 95% [1,24–3,07]; $p$ = 0,004), como entre los solteros y los divorciados (OR = 2,90; IC 95% [1,43–5,88]; $p$ = 0,003), lo que indica una mayor probabilidad de sintomatología somática en los profesionales sanitarios solteros.

*Tabla 31. Análisis de la prevalencia de las variables clínicas según el estado civil mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Estado civil | | | | |
| Soltero/a | 75 (68,20) | 35 (31,80) | | |
| Convivencia en pareja/ Casado/a | 384 (80,70) | 87 (19,30) | 12,35 (2) | **0,002** |
| Divorciado/a | 32 (68,10) | 15 (31,90) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Estado civil | | | | |
| Soltero/a | 65 (59,10) | 45 (49,00) | | |
| Convivencia en pareja/Casado/a | 363 (77,00) | 108 (23,00) | 15,40 (2) | **< 0,001** |
| Divorciado/a | 32 (68,10) | 15 (31,90) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Estado civil | | | | |
| Soltero/a | 67 (60,90) | 43 (39,10) | | |
| Convivencia en pareja/Casado/a | 367 (77,90) | 104 (22,10) | 13,99 (2) | **0,001** |
| Divorciado/a | 33 (70,20) | 14 (29,80) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Estado civil | | | | |
| Soltero/a | 55 (50,00) | 55 (50,00) | | |
| Convivencia en pareja/Casado/a | 282 (59,90) | 189 (40,10) | 5,01 (3) | 0,171 |
| Divorciado/a | 24 (51,10) | 23 (48,90) | | |
| | **No síntomas somáticos** *n (%)* | **Síntomas somáticos** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Estado civil | | | | |
| Soltero/a | 31 (28,20) | 79 (71,80) | | |
| Convivencia en pareja/Casado/a | 204 (43,30) | 267 (56,70) | 11,33 (2) | **0,003** |
| Divorciado/a | 25 (53,20) | 22 (46,80) | | |

#### *11.3.1.4. **Nivel de estudios***

En relación con el nivel educativo de los participantes, se observaron diferencias estadísticamente significativas únicamente en las variables de depresión e insomnio, tal como se muestra en la Tabla 32.

En el caso de la depresión, se identificaron diferencias entre los profesionales sanitarios con estudios de grado superior y aquellos con licenciatura o grado ($p$ = 0,026), entre los participantes con grado medio y los licenciados o graduados ($p$ = 0,006), así como entre los trabajadores con grado medio y aquellos con estudios de doctorado ($p$ = 0,037). En general, los participantes con estudios universitarios (licenciatura/grado) presentaron menores niveles de sintomatología depresiva en comparación con los trabajadores con niveles formativos inferiores, especialmente aquellos con formación de grado medio. El tamaño del efecto fue pequeño ($\eta^2_h$ = 0,012).

De forma similar, en la variable de insomnio también se observaron diferencias estadísticamente significativas entre varios niveles educativos. En concreto, se identificaron diferencias entre los profesionales con estudios de grado medio y aquellos con licenciatura o grado ($p$ = 0,004), máster ($p$ = 0,005) y doctorado ($p$ = 0,004). En estas comparaciones, los participantes con formación de grado medio presentaron puntuaciones medias más elevadas de sintomatología de insomnio en comparación con quienes contaban con estudios universitarios o de posgrado. El tamaño del efecto fue igualmente pequeño ($\eta^2_h$ = 0,011).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos niveles educativos en las variables de ansiedad, estrés y síntomas somáticos.

*Tabla 32. Análisis de la severidad de las variables clínicas según el nivel de estudios mediante la prueba de Kruskal-Wallis.*

| **Variables** | **Formación preuniversitaria** *M(DT)* ***n* = 5** | **Grado superior** *M(DT)* ***n* = 39** | **Grado medio** *M(DT)* ***n* = 39** | **Licenciatura/ grado** *M(DT)* ***n* =279** | **Máster** *M(DT)* ***n* = 215** | **Doctorado** *M(DT)* ***n* = 54** | ***H (gl)*** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 2,00 (1,87) | 3,56 (3,42) | 3,92 (3,58) | 2,60 (3,04) | 2,72 (2,65) | 3,11 (4,41) | 12,49 (5) | **0,029** |
| Ansiedad | 2,60 (2,07) | 3,72 (4,44) | 3,26 (3,05) | 2,37 (2,98) | 2,34 (2,30) | 2,57 (3,46) | 9,65 (5) | 0,086 |
| Estrés | 6,00 (5,24) | 5,74 (4,40) | 5,49 (3,38) | 4,98 (3,89) | 5,65 (3,79) | 5,72 (4,07) | 5,35 (5) | 0,375 |
| Insomnio | 8,20 (6,69) | 8,64 (6,33) | 9,82 (5,84) | 7,06 (5,43) | 7,01 (5,52) | 6,74 (6,16) | 11,66 (5) | **0,040** |
| Síntomas somáticos | 4,40 (3,78) | 8,36 (6,43) | 8,13 (5,72) | 6,09 (4,87) | 6,52 (4,58) | 6,22 (5,60) | 9,13 (5) | 0,104 |

Respecto al análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según el nivel educativo, tal y como se muestra en la Tabla 33, únicamente se observaron diferencias estadísticamente significativas en la variable de insomnio entre los distintos grupos analizados.

Concretamente, los profesionales sanitarios con título de grado medio presentaron un mayor riesgo de manifestar sintomatología de insomnio en comparación con aquellos con licenciatura o grado (OR = 2,59; IC 95% [1,29–5,19]; $p$ = 0,006), así como con los que poseían un título de Máster (OR = 2,68; IC 95% [1,32–5,44]; $p$ = 0,005). Asimismo, el riesgo fue aún mayor al compararlos con los profesionales con título de doctorado (OR = 3,04; IC 95% [1,29–7,15]; $p$ = 0,010).

Por el contrario, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el riesgo de presentar insomnio en el resto de las comparaciones entre niveles educativos. Del mismo modo, no se halló evidencia suficiente para afirmar la existencia de diferencias significativas en la prevalencia de depresión, ansiedad, estrés o síntomas somáticos en función del nivel educativo.

*Tabla 33. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínicas según el nivel de estudios mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Nivel de estudios | | | | |
| Grado superior | 28 (71,79) | 11 (28,21) | 8,02(4) | 0,091 |
| Grado medio | 24 (61,54) | 15 (38,46) | | |
| Licenciado/graduado | 220 (78,85) | 59 (21,15) | | |
| Estudios de Máster | 172 (80,00) | 43 (20,00) | | |
| Doctorado | 44 (81,48) | 10 (18,52) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Nivel de estudios | | | | |
| Grado superior | 24 (61,54) | 15 (38,46) | 8,89(4) | 0,064 |
| Grado medio | 23 (58,97) | 16 (41,03) | | |
| Licenciado/graduado | 215 (77,06) | 64 (22,94) | | |
| Estudios de Máster | 157 (73,02) | 58 (26,98) | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Doctorado | 40 (74,07) | 14 (25,93) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Nivel de estudios | | | | |
| Grado superior | 28 (71,79) | 11 (28,21) | 2,15(4) | 0,709 |
| Grado medio | 29 (74,36) | 10 (25,64) | | |
| Licenciado/graduado | 215 (77,06) | 64 (22,94) | | |
| Estudios de Máster | 156 (72,56) | 59 (27,44) | | |
| Doctorado | 38 (70,37) | 16 (29,63) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Nivel de estudios | | | | |
| Grado superior | 19 (48,72) | 20 (51,28) | 10,20(4) | **0,037** |
| Grado medio | 14 (35,90) | 25 (64,10) | | |
| Licenciado/graduado | 165 (59,14) | 114 (40,86) | | |
| Estudios de Máster | 129 (60,00) | 86 (40,00) | | |
| Doctorado | 34 (62,96) | 20 (37,04) | | |
| | **No síntomas somáticos** *n (%)* | **Síntomas somáticos** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Nivel de estudios | | | | |
| Grado superior | 12 (30,77) | 27 (69,23) | 4,47(4) | 0,346 |
| Grado medio | 12 (30,77) | 27 (69,23) | | |
| Licenciado/graduado | 123 (44,09) | 156 (55,91) | | |
| Estudios de Máster | 89 (41,40) | 126 (58,60) | | |
| Doctorado | 22 (40,74) | 32 (59,26) | | |

### 11.3.2. Influencia de las variables ocupacionales

#### *11.3.2.1. **Situación laboral***

En referencia a la situación laboral de los profesionales sanitarios recogida en la Tabla 34, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos únicamente en la variable de ansiedad. Los análisis post hoc mostraron que

los profesionales que trabajaban por cuenta propia presentaban menores niveles de sintomatología ansiosa en comparación con los residentes o internos ($p < 0,001$) y con los trabajadores por cuenta ajena ($p < 0,001$). El tamaño del efecto fue pequeño ($\eta^2_h = 0,035$). Por el contrario, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos de situación laboral en las variables de depresión, estrés, insomnio y síntomas somáticos.

*Tabla 34. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la situación laboral de los participantes mediante la prueba de Kruskal-Wallis.*

| **Variables** | **Estudiante** *M (DT)* ***n* = 4** | **Residente/interno** *M(DT)* ***n* = 63** | **Trabajador/a por cuenta ajena** *M(DT)* ***n* = 464** | **Trabajador/a por cuenta propia** *M(DT)* ***n* = 90** | **Jubilado/a** *M(DT)* ***n* = 10** | *χ2 (gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 2,00 (2,31) | 2,65 (2,80) | 2,69 (3,25) | 1,24 (2,62) | 2,40 (3,50) | 2,42 (4) | 0,659 |
| Ansiedad | 3,00 (3,83) | 3,13 (3,02) | 2,93 (3,31) | 2,47 (1,90) | 1,70 (2,06) | 26,04 (4) | **< 0,001** |
| Estrés | 3,00 (2,31) | 5,63 (3,75) | 5,54 (4,00) | 4,54 (3,38) | 3,50 (3,14) | 8,62 (4) | 0,071 |
| Insomnio | 5,50 (4,66) | 7,40 (5,89) | 7,46 (5,65) | 6,24 (5,51) | 9,30 (5,29) | 6,30 (4) | 0,178 |
| Síntomas somáticos | 3,50 (1,73) | 7,40 (5,18) | 6,68 (5,18) | 5,14 (3,92) | 5,80 (4,61) | 9,37 (4) | 0,053 |

Los datos expuestos en la Tabla 35 indican que únicamente se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de la sintomatología de ansiedad según la situación laboral. En concreto, los residentes/interinos presentaron una probabilidad significativamente mayor de manifestar sintomatología ansiosa en comparación con los trabajadores por cuenta propia (OR = 3,85; IC 95% [1,70–8,72]; *p* = 0,001). Asimismo, los trabajadores por cuenta ajena mostraron mayor probabilidad de ansiedad que los trabajadores por cuenta propia (OR = 2,86; IC 95% [1,47–5,54]; *p* = 0,001). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de depresión, estrés, insomnio ni síntomas somáticos en función de la situación laboral.

*Tabla 35. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la situación laboral de los participantes mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Situación laboral | | | | |
| Residente/interno | 49 (77,78) | 14 (22,22) | | |
| Trabajador/a por cuenta ajena | 361 (77,84) | 103 (22,16) | 0,05(2) | 0,974 |
| Trabajador/a por cuenta propia | 71 (78,89) | 19 (21,11) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Situación laboral | | | | |
| Residente/interno | 41 (65,08) | 22 (34,92) | | |
| Trabajador/a por cuenta ajena | 332 (71,55) | 132 (28,45) | 12,53(2) | **0,002** |
| Trabajador/a por cuenta propia | 79 (87,78) | 11 (12,22) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Situación laboral | | | | |
| Residente/interno | 46 (73,02) | 17 (26,98) | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Trabajador/a por cuenta ajena | 335 (72,20) | 129 (27,80) | 5,93(2) | 0,052 |
| Trabajador/a por cuenta propia | 76 (84,44) | 14 (15,56) | | |
| | **No insomnio** ***n (%)*** | **Insomnio** ***n (%)*** | $\chi^2$ ***(gl)*** | ***p*** |
| Situación laboral | | | | |
| Residente/interno | 38 (60,32) | 25 (39,68) | | |
| Trabajador/a por cuenta ajena | 260 (56,03) | 204 (43,97) | 2,38(2) | 0,304 |
| Trabajador/a por cuenta propia | 58 (64,44) | 32 (35,56) | | |
| | **No síntomas somáticos** ***n (%)*** | **Síntomas somáticos** ***n (%)*** | $\chi^2$ ***(gl)*** | ***p*** |
| Situación laboral | | | | |
| Residente/interno | 22 (34,92) | 41 (65,08) | | |
| Trabajador/a por cuenta ajena | 187 (40,30) | 277 (59,70) | 4,82(2) | 0,090 |
| Trabajador/a por cuenta propia | 46 (51,11) | 44 (48,89) | | |

#### *11.3.2.2.* ***Profesión sanitaria***

Respecto a la profesión sanitaria, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos profesionales en las variables de depresión, ansiedad, insomnio y síntomas somáticos, tal como se muestra en la Tabla 36.

En la variable de depresión, los análisis post hoc mostraron diferencias entre médicos y enfermeros ($p$ = 0,001), médicos y auxiliares de enfermería ($p$ < 0,001), así como entre médicos y psicólogos ($p$ = 0,048), siendo los médicos quienes presentaron menores niveles de sintomatología depresiva. Asimismo, se identificaron diferencias entre farmacéuticos y enfermeros ($p$ = 0,014) y entre farmacéuticos y auxiliares de enfermería ($p$ = 0,002), mostrando los farmacéuticos puntuaciones medias más bajas. En general, los auxiliares de enfermería presentaron mayores niveles de depresión en

comparación con otros grupos profesionales. El tamaño del efecto fue pequeño ($\eta^2_h$ = 0,025).

En la variable de ansiedad también se identificaron diferencias significativas entre varios grupos profesionales. En concreto, los médicos presentaron menores niveles de ansiedad que los enfermeros ($p$ = 0,003) y los auxiliares de enfermería ($p$ < 0,001). Además, los auxiliares de enfermería mostraron mayores niveles de ansiedad en comparación con psicólogos ($p$ = 0,003) y farmacéuticos ($p$ = 0,003), mientras que los enfermeros también presentaron puntuaciones superiores a las de los farmacéuticos ($p$ < 0,001). El tamaño del efecto fue pequeño ($\eta^2_h$ = 0,029).

Respecto a la variable de insomnio, los médicos presentaron puntuaciones significativamente inferiores en comparación con los enfermeros ($p$ < 0,001) y los auxiliares de enfermería ($p$ < 0,001). Asimismo, los psicólogos mostraron menores niveles de insomnio que los enfermeros ($p$ = 0,002) y los auxiliares de enfermería ($p$ = 0,001). En general, los auxiliares de enfermería presentaron las puntuaciones más elevadas en esta variable. El tamaño del efecto fue pequeño ($\eta^2_h$ = 0,040).

Finalmente, en la variable de síntomas somáticos se observaron diferencias significativas entre varios grupos profesionales. Los médicos presentaron puntuaciones inferiores a las de enfermeros ($p$ < 0,001), auxiliares de enfermería ($p$ < 0,001), psicólogos ($p$ = 0,034) y fisioterapeutas ($p$ = 0,034). Asimismo, los psicólogos presentaron menores niveles de sintomatología somática que enfermeros ($p$ = 0,024) y auxiliares de enfermería ($p$ = 0,001). En general, los auxiliares de enfermería mostraron los niveles más elevados de síntomas somáticos entre los grupos profesionales analizados. El tamaño del efecto fue moderado ($\eta^2_h$ = 0,058).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las distintas profesiones sanitarias en la variable de estrés.

*Tabla 36. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la profesión sanitaria de los participantes mediante la prueba de Kruskal-Wallis.*

| **Variables** | **Médicos** | **Enfermeros** | **Auxiliares de enfermería** | **Psicólogos** | **Farmacéuticos** | **Fisioterapeutas** | **Otros** | ***H* (gl)** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ***M (DT)*** **$n$ = 136** | ***M(DT)*** **$n$ = 219** | ***M(DT)*** **$n$ = 55** | ***M(DT)*** **$n$ = 99** | ***M(DT)*** **$n$ = 37** | ***M(DT)*** **$n$ = 30** | ***M(DT)*** **$n$ = 55** | | |
| Depresión | 2,15 (2,72) | 3,29 (3,50) | 3,76 (3,49) | 2,62 (2,51) | 1,76 (1,88) | 3,10 (3,28) | 2,47 (2,97) | 21,88 (6) | **0,001** |
| Ansiedad | 1,90 (2,54) | 3,01 (3,55) | 3,58 (3,39) | 2,09 (2,48) | 1,19 (1,54) | 2,87 (3,25) | 2,60 (3,89) | 24,32 (6) | **< 0,001** |
| Estrés | 4,76 (3,85) | 5,74 (4,14) | 5,65 (3,97) | 4,90 (3,20) | 5,43 (3,11) | 5,83 (4,28) | 5,56 (4,18) | 5,60 (6) | 0,469 |
| Insomnio | 5,76 (4,97) | 8,35 (5,97) | 9,76 (6,34) | 6,20 (4,54) | 5,97 (3,76) | 7,03 (5,92) | 7,44 (5,57) | 30,67 (6) | **< 0,001** |
| Síntomas somáticos | 4,68 (3,92) | 7,36 (5,19) | 9,24 (6,10) | 5,95 (5,08) | 5,05 (3,47) | 7,87 (5,99) | 6,07 (4,94) | 42,15 (6) | **< 0,001** |

En la Tabla 37 se presentan los datos relativos a la prevalencia de la sintomatología clínica según el grupo profesional. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables de depresión, ansiedad, insomnio y síntomas somáticos.

En relación con la depresión, tomando como grupo de referencia a los médicos, se observó que los enfermeros (OR = 0,50; IC 95% [0,29–0,86]; $p$ = 0,012) y los auxiliares de enfermería (OR = 0,35; IC 95% [0,17–0,71]; $p$ = 0,003) presentaron una probabilidad significativamente mayor de sintomatología depresiva. No se observaron diferencias significativas entre médicos y psicólogos.

Respecto a la ansiedad, los médicos mostraron una probabilidad significativamente menor de presentar sintomatología ansiosa en comparación con los enfermeros (OR = 0,40; IC 95% [0,23–0,87]; $p$ = 0,001), los auxiliares de enfermería (OR = 0,29; IC 95% [0,14–0,59]; $p$ = 0,001) y los fisioterapeutas (OR = 0,29; IC 95% [0,12–0,69]; $p$ = 0,003). No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre médicos y psicólogos u otros profesionales sanitarios.

En cuanto al insomnio, los médicos presentaron una probabilidad significativamente menor de sintomatología en comparación con los enfermeros (OR = 0,41; IC 95% [0,26–0,65]; $p$ = 0,001) y los auxiliares de enfermería (OR = 0,27; IC 95% [0,14–0,51]; $p$ = 0,001). No se observaron diferencias significativas en el resto de las comparaciones.

Finalmente, en la variable de síntomas somáticos, los médicos mostraron una menor probabilidad de presentar sintomatología en comparación con los enfermeros (OR = 0,36; IC 95% [0,23–0,56]; $p$ = 0,001), los auxiliares de enfermería (OR = 0,22; IC 95% [0,11–0,45]; $p$ = 0,001) y otros profesionales sanitarios (OR = 0,45; IC 95% [0,24–0,85]; $p$ = 0,013). No se observaron diferencias significativas frente a psicólogos, farmacéuticos o fisioterapeutas.

No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de estrés según el grupo profesional.

*Tabla 37. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según el tipo de profesión sanitaria mediante la prueba de chi-cuadrado..*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Profesión sanitaria | | | | |
| Médicos | 115 (84,60) | 21 (15,40) | 10,08(3) | **0,018** |
| Enfermeros | 160 (73,10) | 59 (26,90) | | |
| Auxiliares de enfermería | 36 (65,50) | 19 (34,50) | | |
| Psicólogos | 77 (77,80) | 22 (22,20) | | |

| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Profesión sanitaria | | | | |
| Médicos | 114 (83,82) | 22 (16,18) | 19,30(5) | **0,002** |
| Enfermeros | 147 (67,12) | 72 (32,88) | | |
| Auxiliares de enfermería | 33 (60,00) | 22 (40,00) | | |
| Psicólogos | 73 (73,74) | 26 (26,26) | | |
| Fisioterapeutas | 18 (60,00) | 12 (40,00) | | |
| Otros | 43 (78,18) | 12 (21,82) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Profesión sanitaria | | | | |
| Médicos | 103 (75,74) | 33 (24,26) | | |
| Enfermeros | 155 (70,78) | 64 (29,22) | 3,88(4) | 0,422 |
| Auxiliares de enfermería | 40 (72,73) | 15 (27,27) | | |
| Psicólogos | 80 (80,81) | 19 (19,19) | | |
| Otros | 40 (72,73) | 15 (27,27) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Profesión sanitaria | | | | |
| Médicos | 95 (69,90) | 41 (30,10) | 27,91(6) | **0,001** |
| Enfermeros | 107 (48,90) | 112 (51,10) | | |
| Auxiliares de enfermería | 21 (38,20) | 34 (61,80) | | |
| Psicólogos | 65 (65,70) | 34 (34,30) | | |
| Farmacéuticos | 25 (67,60) | 12 (32,40) | | |
| Fisioterapeutas | 18 (60,00) | 12 (40,00) | | |
| Otros | 32 (58,20) | 23 (41,80) | | |
| | **No síntomas somáticos** *n (%)* | **Síntomas somáticos** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Profesión sanitaria | | | | |
| Médicos | 79 (58,10) | 57 (41,90) | 30,38(6) | **0,001** |
| Enfermeros | 73 (33,30) | 146 (66,70) | | |
| Auxiliares de enfermería | 13 (23,60) | 42 (76,40) | | |
| Psicólogos | 45 (45,50) | 54 (54,50) | | |

| | | |
|---|---|---|
| Farmacéuticos | 18 (48,60) | 19 (51,40) |
| Fisioterapeutas | 12 (40,00) | 18 (60,00) |
| Otros | 21 (38,20) | 34 (61,80) |

#### *11.3.2.3.* ***Años de experiencia***

Haciendo referencia a los análisis de las variables clínicas en función de los años de experiencia (Tabla 38), se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables de depresión y estrés.

En relación con la variable de depresión, se encontraron diferencias significativas en las comparaciones *post hoc* entre los profesionales sanitarios con una experiencia laboral entre 1 y 5 años y aquellos con más de 10 años de experiencia ($p$ = 0,014), así como entre los trabajadores con experiencia entre 5 y 10 años y los que contaban con más de 10 años de experiencia ($p$ = 0,042). En ambos casos, los profesionales con mayor trayectoria laboral mostraron menores puntuaciones medias de depresión que aquellos con menor experiencia. El tamaño del efecto asociado a estas diferencias fue pequeño ($\eta^2$ = 0,01). De forma similar, para la variable de estrés también se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones *post hoc* entre los profesionales con experiencia laboral entre 1 y 5 años y aquellos con más de 10 años de experiencia ($p$ = .003), así como entre los trabajadores con experiencia entre 5 y 10 años y los que contaban con más de 10 años de experiencia ($p$ = 0,003). Al igual que en la variable de depresión, los profesionales con más de 10 años de experiencia presentaron menores niveles de estrés en comparación con aquellos con menor trayectoria profesional. El tamaño del efecto observado fue pequeño ($\eta^2$ = 0,02).

Por el contrario, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables de ansiedad, insomnio ni síntomas somáticos en función de los años de experiencia profesional.

*Tabla 38. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la duración de la experiencia laboral de los participantes mediante la prueba de Kruskal-Wallis.*

| **Variables** | **Menos de 1 año** *M (DT)* ***n* = 11** | **Entre 1 y 5 años** *M(DT)* ***n* = 117** | **Entre 5 y 10 años** *M(DT)* ***n* = 158** | **Más de 10 años** *M(DT)* ***n* = 343** | ***H (gl)*** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 3,73 (3,72) | 3,00 (2,80) | 2,86 (2,74) | 2,71 (3,37) | 9,60 (3) | **0,022** |
| Ansiedad | 4,45 (5,37) | 2,79 (3,19) | 2,36 (2,83) | 2,43 (3,17) | 3,87 (3) | 0,276 |
| Estrés | 6,91 (4,48) | 5,91 (3,63) | 5,88 (3,72) | 4,88 (3,98) | 15,30 (3) | **0,002** |
| Insomnio | 7,18 (6,05) | 6,84 (5,00) | 7,50 (6,00) | 7,36 (5,69) | 0,28 (3) | 0,964 |
| Síntomas somáticos | 7,00 (6,03) | 6,68 (4,68) | 6,63 (4,60) | 6,36 (5,31) | 2,84 (3) | 0,418 |

Tal y como se presenta en la Tabla 39, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de sintomatología depresiva, ansiosa, insomnio ni síntomas somáticos en función de los años de experiencia laboral.

Sin embargo, en la variable de estrés sí se identificaron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2(2) = 6,71$; $p = 0,035$). En concreto, los profesionales con menos de 5 años de experiencia mostraron una mayor probabilidad de presentar sintomatología de estrés en comparación con aquellos con más de 10 años de experiencia (OR = 1,67; IC 95% [1,06–2,62]; $p = 0,027$). De manera similar, los profesionales con entre 5 y 10 años de experiencia también presentaron una mayor probabilidad de sintomatología de estrés frente a los trabajadores con más de 10 años de experiencia (OR = 1,55; IC 95% [1,01–2,38]; $p = 0,043$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales con menos de 5 años y aquellos con entre 5 y 10 años de experiencia.

*Tabla 39. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la duración de la experiencia laboral mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Años de experiencia | | | | |
| Menos de 5 años | 99 (77,34) | 29 (22,66) | 0,23(2) | 0,893 |
| Entre 5 y 10 años | 122 (77,20) | 36 (22,80) | | |
| Más de 10 años | 272 (78,80) | 73 (21,20) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Años de experiencia | | | | |
| Menos de 5 años | 89 (69,50) | 39 (30,50) | 2,36(2) | 0,306 |
| Entre 5 y 10 años | 112 (70,90) | 46 (29,10) | | |
| Más de 10 años | 261 (75,70) | 84 (24,30) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Años de experiencia | | | | |
| Menos de 5 años | 88 (68,80) | 40 (31,20) | 6,71(2) | **0,035** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Entre 5 y 10 años | 111 (70,30) | 47 (29,70) | | |
| Más de 10 años | 271 (78,60) | 74 (21,40) | | |
| | **No insomnio** ***n (%)*** | **Insomnio** ***n (%)*** | $\chi^2$ ***(gl)*** | ***p*** |
| Años de experiencia | | | | |
| Menos de 5 años | 75 (58,60) | 53 (41,40) | 0,08(2) | 0,959 |
| Entre 5 y 10 años | 90 (57,00) | 68 (43,00) | | |
| Más de 10 años | 198 (57,40) | 147 (42,60) | | |
| | **No síntomas somáticos** ***n (%)*** | **Síntomas somáticos** ***n (%)*** | $\chi^2$ ***(gl)*** | ***p*** |
| Años de experiencia | | | | |
| Menos de 5 años | 45 (35,20) | 83 (64,80) | 4,34(2) | 0,114 |
| Entre 5 y 10 años | 61 (38,60) | 97 (61,40) | | |
| Más de 10 años | 155 (44,90) | 190 (55,10) | | |

#### *11.3.2.4.* ***Trabajo por turnos***

Tal y como queda reflejado en la Tabla 40, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales sanitarios que trabajaban por turnos y aquellos que no lo hacían en las variables de ansiedad, insomnio y síntomas somáticos. Los profesionales que desarrollaban su trabajo por turnos presentaron mayores niveles de sintomatología en estas variables en comparación con aquellos que tenían una jornada laboral sin turnos. La magnitud del efecto fue pequeña para las variables en las que se observaron diferencias significativas. Por el contrario, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las variables de depresión y estrés.

*Tabla 40. Análisis de la severidad de las variables clínicas según el trabajo por turnos mediante la prueba de Mann-Whintey.*

| **Variables** | **Trabajo por turnos** *M (DT)* ***n* = 332** | **Trabajo sin turnos** *M(DT)* ***n* = 299** | *z* | *p* | *r* |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 2,99 (3,35) | 2,64 (2,84) | -0,98 | 0,323 | -0,04 |
| Ansiedad | 2,83 (4,01) | 2,16 (2,77) | -2,92 | **0,003** | -0,12 |
| Estrés | 5,64 (4,07) | 5,05 (3,73) | -1,58 | 0,114 | -0,06 |
| Insomnio | 7,88 (5,84) | 6,65 (5,36) | -2,67 | **0,008** | -0,11 |
| Síntomas somáticos | 7,14 (5,22) | 5,79 (4,72) | -3,53 | **0,000** | -0,14 |

Tal y como se recoge en la Tabla 41, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de sintomatología de insomnio y síntomas somáticos en función del trabajo por turnos.

En concreto, los profesionales sanitarios que trabajaban por turnos presentaron una mayor probabilidad de manifestar sintomatología de insomnio en comparación con aquellos que no realizaban trabajo por turnos (OR = 1,65; IC 95% [1,20–2,26]; $p$ = 0,002). Asimismo, los trabajadores por turnos mostraron una mayor probabilidad de presentar síntomas somáticos que los profesionales con jornada laboral regular (OR = 1,54; IC 95% [1,12–2,11]; $p$ = 0,008).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de sintomatología depresiva, ansiosa ni de estrés en función del trabajo por turnos.

*Tabla 41. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según el trabajo por turnos mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Trabajo por turnos | | | | |
| Si | 258 (77,70) | 74 (22,30) | 0,07(1) | 0,788 |
| No | 235 (78,60) | 64 (21,40) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Trabajo por turnos | | | | |
| Si | 237 (71,40) | 95 (28,60) | 1,20 | 0,274 |
| No | 225 (75,30) | 74 (24,70) | (1) | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Trabajo por turnos | | | | |
| Si | 243 (73,20) | 89 (26,80) | 0,62(1) | 0,433 |
| No | 227 (75,90) | 72 (21,40) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Trabajo por turnos | | | | |
| Si | 172 (51,80) | 160 (48,20) | 9,38(1) | **0,002** |
| No | 191 (63,90) | 108 (36,10) | | |
| | **No síntomas somáticos** *n (%)* | **Síntomas somáticos** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Trabajo por turnos | | | | |
| Si | 121 (36,40) | 211 (63,60) | 6,99(1) | **0,008** |
| No | 140 (46,80) | 159 (53,20) | | |

### 11.3.3. Influencia de las variables de la salud

#### *11.3.3.1. Presencia de enfermedad biomédica o trastorno mental*

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 42, se observaron diferencias estadísticamente significativas en todas de las variables clínicas según la presencia del diagnóstico de algún trastorno mental y/o enfermedad biomédica previo a la pandemia del COVID-19. Las personas que contaban con algún diagnóstico del trastorno mental y/o enfermedad biomédica previo a la pandemia por COVID-19 mostraban una mayor severidad de la sintomatología de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos. En línea con lo anterior, la magnitud del efecto fue pequeña para casi todas las variables clínicas, excepto para el insomnio.

*Tabla 42. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la presencia del diagnóstico del trastorno mental y/o enfermedad biomédica previo a la pandemia por COVID-19 mediante la prueba de Mann-Whitney.*

| **Variables** | **Diagnóstico previo** *M (DT)* ***n* = 136** | **Ausencia del diagnóstico previo** *M (DT)* ***n* = 495** | *z* | *p* | *r* |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 4,06 (4,00) | 2,48 (2,74) | 4,30 | **< 0,001** | 0,17 |
| Ansiedad | 3,62 (3,74) | 2,21 (2,89) | 4,74 | **< 0,001** | 0,19 |
| Estrés | 6,71 (4,19) | 4,99 (3,72) | 4,40 | **< 0,001** | 0,18 |
| Insomnio | 8,28 (6,07) | 7,03 (5,50) | 2,09 | **0,036** | 0,08 |
| Síntomas somáticos | 8,61 (5,97) | 5,92 (4,58) | 4,67 | **0,000** | 0,19 |

Por otro lado, en la Tabla 43 se puede observar la proporción de las personas con y sin la sintomatología clínica estudiada en función del diagnóstico previo de alguna condición biomédica y/o mental. De hecho, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las personas con y sin el diagnóstico previo en cuanto a la prevalencia de la sintomatología de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos. Precisamente, se observó que las personas que contaban con el diagnóstico previo tenían 2,34 (IC 95% [1,54–3,57]; $p < 0,001$) y 2,08 (IC 95% [1,39–3,13]; $p < 0,001$) veces más probabilidades relativas de desarrollar la sintomatología de depresión y ansiedad respectivamente que las personas sin dicho diagnóstico. Igualmente, las personas que contaban con el diagnóstico previo tenían aproximadamente el doble riesgo de desarrollar la sintomatología de estrés (OC = 2,19; IC 95% [1,46–3,29]; $p < 0,001$), insomnio (OC = 1,72; *IC* 95% [1,17–2,51]; $p = 0,005$) y síntomas somáticos (OC = 2,31; IC 95% [1,52–3,52]; $p < 0,001$).

*Tabla 43. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la presencia del diagnóstico del trastorno mental y/o enfermedad biomédica previo a la pandemia por COVID-19 mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Diagnóstico de la enfermedad previo | | | | |
| Sí | 89 (65,40) | 47 (34,60) | 16,34(1) | **< 0,001** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| No | 404 (81,60) | 91 (18,40) | | |
| | **No ansiedad** ***n (%)*** | **Ansiedad** ***n (%)*** | $\chi^2$ ***(gl)*** | ***p*** |
| Diagnóstico de la enfermedad previo | | | | |
| Sí | 63 (54,30) | 53 (45,70) | 13,13(1) | **< 0,001** |
| No | 379 (76,60) | 116 (23,40) | | |
| | **No estrés** ***n (%)*** | **Estrés** ***n (%)*** | $\chi^2$ ***(gl)*** | ***p*** |
| Diagnóstico de la enfermedad previo | | | | |
| Sí | 84 (61,80) | 52 (38,20) | 14,76(1) | **< 0,001** |
| No | 386 (78,00) | 109 (22,00) | | |
| | **No insomnio** ***n (%)*** | **Insomnio** ***n (%)*** | $\chi^2$ ***(gl)*** | ***p*** |
| Diagnóstico de la enfermedad previo | | | | |
| Sí | 64 (47,10) | 72 (52,90) | 7,78(1) | **0,005** |
| No | 299 (60,40) | 196 (39,60) | | |
| | **No síntomas somáticos** ***n (%)*** | **Síntomas somáticos** ***n (%)*** | $\chi^2$ ***(gl)*** | ***p*** |
| Diagnóstico de la enfermedad previo | | | | |
| Sí | 36 (26,50) | 100 (73,50) | 15,85(1) | **< 0,001** |
| No | 225 (45,50) | 270 (54,50) | | |

*11.3.3.2.* ***Presencia de trastorno mental***

En la tabla 44, se puede apreciar que se hallaron diferencias estadísticamente significativas para todas las variables clínicas entre las personas con el diagnóstico del trastorno mental previo a la pandemia por COVID-19 y sin dicho diagnóstico. Las personas que contaban con el diagnóstico previo del trastorno mental previo obtuvieron puntuaciones medias más altas en comparación con los participantes que

no habían contado con esta condición. La magnitud del efecto encontrada fue pequeña pero significativa para todas las variables clínicas analizadas.

Tal y como se recoge en la Tabla 46, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de sintomatología depresiva, ansiosa, de estrés, insomnio y síntomas somáticos en función de la presencia de un diagnóstico previo del trastorno mental. No se hallaron diferencias significativas en función de la presencia de enfermedad biomédica.

En relación con la depresión, los profesionales sanitarios con diagnóstico previo del trastorno mental mostraron una mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva en comparación con aquellos sin dicho diagnóstico (OR = 3,34; IC 95% [1,92–5,80]; $p < 0,001$). De forma similar, los profesionales con diagnóstico previo del trastorno mental presentaron una mayor probabilidad de sintomatología ansiosa (OR = 3,25; IC 95% [1,89–5,58]; $p < 0,001$).

Respecto al estrés, los trabajadores con diagnóstico previo del trastorno mental mostraron una probabilidad significativamente mayor de presentar sintomatología de estrés (OR = 3,78; IC 95% [2,19–6,53]; $p < 0,001$). Asimismo, la probabilidad de presentar insomnio fue superior en los profesionales con diagnóstico previo de trastorno mental (OR = 2,23; IC 95% [1,32–3,78]; $p = 0,003$). Finalmente, los trabajadores con diagnóstico previo del trastorno mental presentaron una mayor probabilidad de manifestar síntomas somáticos en comparación con aquellos sin dicho diagnóstico (OR = 3,32; IC 95% [1,71–6,43]; $p < 0,001$).

*Tabla 44. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la presencia del diagnóstico del trastorno mental y/o enfermedad biomédica previo a la pandemia por COVID-19 mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **Trastorno mental** ***M (DT)*** ***n* = 63** | **Sin trastorno mental** ***M(DT)*** ***n* = 568** | ***z*** | ***p*** | ***r*** |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 4,95 (4,19) | 2,58 (2,89) | 4,85 | **0,000** | 0,19 |
| Ansiedad | 4,48 (4,13) | 2,30 (2,94) | 4,83 | **0,000** | 0,19 |
| Estrés | 7,67 (3,77) | 5,10 (3,82) | 5,21 | **0,000** | 0,20 |
| Insomnio | 9,08 (5,90) | 7,10 (5,59) | 2,68 | **0,007** | 0,11 |
| Síntomas somáticos | 9,86 (5,93) | 6,13 (4,78) | 4,95 | **0,000** | 0,20 |

#### *11.3.3.3. **Presencia de enfermedad biomédica***

En la Tabla 45, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables clínicas analizadas entre los profesionales sanitarios que habían tenido el diagnóstico de alguna enfermedad biomédica previo a la pandemia por COVID-19 y los que no, obteniendo ambos grupos las puntuaciones medias similares.

*Tabla 45. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la presencia de la enfermedad biomédica previo a la pandemia por COVID-19 mediante la prueba de Mann-Whitney.*

| **Variables** | **Enfermedad biomédica** ***M (DT)*** ***n* = 79** | **Sin enfermedad biomédica** ***M (DT)*** ***n* = 552** | ***z*** | ***p*** | ***r*** |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 3,30 (3,75) | 2,75 (3,02) | 1,70 | 0,396 | 0,07 |
| Ansiedad | 2,95 (3,31) | 2,45 (3,12) | 0,85 | 0,089 | 0,03 |
| Estrés | 5,70 (4,32) | 5,31 (3,82) | 0,38 | 0,707 | 0,02 |
| Insomnio | 7,61 (5,75) | 7,25 (5,59) | 0,28 | 0,783 | 0,01 |
| Síntomas somáticos | 7,59 (6,09) | 6,34 (4,91) | 1,62 | 0,106 | 0,06 |

En la Tabla 46 no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de ninguna de las variables clínicas en función de la presencia de enfermedad biomédica.

*Tabla 46. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la presencia del trastorno mental y/o enfermedad biomédica previo a la pandemia por COVID-19 mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Trastorno mental | | | | |
| Sí | 35 (55,56) | 28 (44,44) | 20,87(1) | **< 0,001** |
| No | 458 (80,63) | 110 (19,37) | | |
| Enfermedad biomédica | | | | |
| Sí | 58 (73,42) | 21 (26,58) | 1,17(1) | 0,279 |
| No | 435 (78,80) | 117 (21,20) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Trastorno mental | | | | |
| Sí | 31(49,21) | 32 (50,79) | 20,58(1) | **< 0,001** |
| No | 431 (75,88) | 137 (24,12) | | |
| Enfermedad biomédica | | | | |
| Sí | 55 (69,62) | 24 (30,38) | 0,60(1) | 0,440 |
| No | 407 (73,74) | 145 (26,26) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Trastorno mental | | | | |
| Sí | 30 (47,62) | 33 (52,38) | 26,58(1) | **< 0,001** |
| No | 440 (77,46) | 128 (22,54) | | |
| Enfermedad biomédica | | | | |
| Sí | 60 (75,95) | 19 (24,05) | 0,10(1) | 0,750 |
| No | 410 (74,28) | 142 (25,72) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Trastorno mental | | | | |
| Sí | 25 (39,68) | 38 (60,32) | 9,12(1) | **0,003** |
| No | 338 (59,51) | 230 (40,49) | | |
| Enfermedad biomédica | | | | |
| Sí | 42 (53,16) | 37 (46,84) | 0,70(1) | 0,402 |
| No | 321 (58,15) | 231 (41,85) | | |
| | **No síntomas somáticos** *n (%)* | **Síntomas somáticos** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Trastorno mental | | | | |
| Sí | 12 (19,05) | 51 (80,95) | 14,37(1) | **0,000** |
| No | 249 (43,85) | 319 (56,15) | | |
| Enfermedad biomédica | | | | |
| Sí | 53 (67,10) | 26 (32,90) | 2,66(1) | 0,103 |
| No | 317 (57,40) | 235 (42,60) | | |

#### *11.3.3.4. **Tratamiento farmacológico crónico***

En cuanto al tratamiento farmacológico crónico previo a la pandemia por COVID-19, se observaron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables clínicas analizadas (Tabla 47). En concreto, los profesionales sanitarios que habían seguido algún tratamiento farmacológico crónico antes de la pandemia, ya fuera por una trastorno mental o enfermedad biomédica, presentaron puntuaciones significativamente más elevadas en depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos en comparación con aquellos que no habían recibido tratamiento farmacológico. En todos los casos, los valores de *p* fueron inferiores a 0,001. La magnitud del efecto fue pequeña en todas las variables clínicas evaluadas, lo que indica que, aunque las diferencias fueron estadísticamente significativas, su impacto práctico fue reducido.

*Tabla 47. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la presencia del tratamiento farmacológico crónico mediante la prueba Mann-Whitney.*

| **Variables** | **Con tratamiento farmacológico crónico** ***M (DT)*** ***n* = 125** | **Sin tratamiento farmacológico crónico** ***M(DT)*** ***n* = 506** | ***z*** | ***p*** | ***r*** |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 3,95 (4,04) | 2,54 (2,79) | -3,64 | **< 0,001** | 0,14 |
| Ansiedad | 3,99 (4,09) | 2,15 (2,75) | -5,43 | **< 0,001** | 0,22 |
| Estrés | 6,64 (4,51) | 5,04 (3,66) | -3,73 | **< 0,001** | 0,15 |
| Insomnio | 9,40 (6,67) | 6,78 (5,24) | -3,83 | **< 0,001** | 0,15 |
| Síntomas somáticos | 8,78 (6,33) | 5,94 (4,49) | -4,29 | **< 0,001** | 0,17 |

Tal y como se recoge en la Tabla 48, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de sintomatología depresiva, ansiosa, de estrés, insomnio y síntomas somáticos en función de la presencia de tratamiento farmacológico crónico previo.

En relación con la depresión, los profesionales sanitarios que seguían tratamiento farmacológico crónico presentaron una mayor probabilidad de sintomatología depresiva en comparación con aquellos que no recibían dicho tratamiento (OR = 2,17; IC 95% [1,40–3,34]; $p < 0,001$). De forma similar, la probabilidad de presentar sintomatología ansiosa fue mayor en el grupo con tratamiento farmacológico (OR = 2,70; IC 95% [1,79–4,00]; $p < 0,001$). Asimismo, los profesionales bajo tratamiento farmacológico mostraron una mayor probabilidad de sintomatología de estrés (OR = 1,81; IC 95% [1,19–2,75]; $p = 0,006$). En cuanto al insomnio, también se observó una mayor probabilidad en el grupo con tratamiento farmacológico (OR = 1,83; IC 95% [1,22–2,73]; $p = 0,003$). Finalmente, se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el tratamiento farmacológico crónico y los síntomas somáticos, siendo mayor la probabilidad en el grupo tratado (OR = 1,98; IC 95% [1,29–3,02]; $p = 0,001$).

*Tabla 48. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la presencia del tratamiento farmacológico crónico mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Tratamiento farmacológico crónico | | | | |
| Sí | 83 (66,40) | 42 (33,60) | 12,55 | **< 0,001** |
| No | 410 (81,00) | 96 (19,00) | (1) | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Tratamiento farmacológico crónico | | | | |
| Sí | 70 (56,00) | 55 (44,00) | 23,56 | **< 0,001** |
| No | 392 (77,50) | 114 (22,50) | (1) | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Tratamiento farmacológico crónico | | | | |
| Sí | 81 (64,80) | 44 (35,20) | 7,69 (1) | **< 0,001** |
| No | 389 (76,90) | 117 (23,10) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Tratamiento farmacológico crónico | | | | |
| Sí | 57 (45,60) | 68 (54,40) | 9,08(1) | **< 0,001** |
| No | 306 (60,50) | 200 (39,50) | | |
| | **No síntomas somáticos** *n (%)* | **Síntomas somáticos** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Tratamiento farmacológico crónico | | | | |
| Sí | 36 (28,80) | 89 (71,20) | 10,14(1) | **0,001** |

| | | |
|---|---|---|
| No | 225 (44,50) | 281 (55,50) |

### 11.3.4. Influencia de las variables relacionadas con los hábitos de vida

#### *11.3.4.1. Reducción de contactos sociales*

Tal y como se recoge en la Tabla 49, se observaron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables clínicas en función de la reducción de contactos sociales durante los últimos dos años y medio. En concreto, los profesionales sanitarios que habían reducido sus contactos sociales presentaron puntuaciones significativamente más elevadas en depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos en comparación con aquellos que no habían reducido sus contactos ($p$ < 0,001 en todos los casos).

En cuanto a la magnitud del efecto, los tamaños del efecto fueron de magnitud baja en ansiedad e insomnio, mientras que alcanzaron una magnitud moderada en depresión, estrés y síntomas somáticos. Estos resultados indican que la reducción de contactos sociales se asocia no solo con diferencias estadísticamente significativas, sino también con una magnitud clínicamente relevante, especialmente en las variables de depresión y estrés.

*Tabla 49. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la reducción de contactos sociales mediante la prueba de Mann-Whitney.*

| **Variables** | **Reducción de contactos sociales** ***M (DT)*** ***n* = 231** | **Sin reducir los contactos sociales** ***M(DT)*** ***n* = 400** | ***z*** | ***p*** | ***r*** |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 4,24 (3,84) | 2,00 (2,25) | -8,35 | **< 0,001** | -0,33 |
| Ansiedad | 3,58 (3,87) | 1,90 (2,44) | -5,40 | **< 0,001** | -0,21 |
| Estrés | 7,03 (4,07) | 4,39 (3,43) | -7,96 | **< 0,001** | -0,32 |
| Insomnio | 9,23 (6,36) | 6,18 (4,86) | -5,78 | **< 0,001** | -0,23 |
| Síntomas somáticos | 8,53 (5,42) | 5,33 (4,39) | -7,76 | **< 0,001** | -0,31 |

Analizando la Tabla 50, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de sintomatología depresiva, ansiosa, de estrés, insomnio y síntomas somáticos en función de la reducción de contactos sociales durante los últimos dos años y medio ($p < 0,001$ en todos los casos).

En relación con la depresión, los profesionales sanitarios que habían reducido sus contactos sociales presentaron una mayor probabilidad de sintomatología depresiva en comparación con aquellos que no lo habían hecho (OR = 3,62; IC 95% [2,43–5,39]). Asimismo, la probabilidad de presentar sintomatología ansiosa fue mayor en el grupo que redujo sus contactos sociales (OR = 2,68; IC 95% [1,87–3,85]). De forma similar, la reducción de contactos sociales se asoció con una mayor probabilidad de sintomatología de estrés (OR = 3,06; IC 95% [2,10–4,46]). En cuanto al insomnio, los profesionales que redujeron sus contactos sociales mostraron una mayor probabilidad de presentar sintomatología (OR = 2,31; IC 95% [1,66–3,21]). Finalmente, también se observó una asociación significativa entre la reducción de contactos sociales y los síntomas somáticos (OR = 2,88; IC 95% [2,02–4,01]).

*Tabla 50. Análisis de la prevalencia de las variables clínicas según la reducción de contactos sociales mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Reducción de contactos sociales | | | | |
| Si | 139 (64,50) | 82 (35,50) | 39,61(1) | **< 0,001** |
| No | 344 (86,00) | 56 (14,00) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Reducción de contactos sociales | | | | |
| Si | 140 (60,60) | 91 (39,40) | 29,55(1) | **< 0,001** |
| No | 322 (80,50) | 78 (19,50) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Reducción de contactos sociales | | | | |
| Si | 140 (60,60) | 91 (39,40) | 36,93(1) | **< 0,001** |
| No | 330 (82,50) | 70 (17,50) | | |
| | **No insomnio** | **Insomnio** | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| | ***n (%)*** | ***n (%)*** | | |
| Reducción de contactos sociales | | | | |
| Si | 103 (44,60) | 128 (55,40) | 24,97(1) | **< 0,001** |
| No | 260 (65,00) | 140 (35,00) | | |
| | **No síntomas somáticos** | **Síntomas somáticos** | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| | ***n (%)*** | ***n (%)*** | | |
| Reducción de contactos sociales | | | | |
| Si | 60 (26,00) | 171 (74,00) | 35,58(1) | **< 0,001** |
| No | 201 (50,20) | 199 (49,80) | | |

#### *11.3.4.2. **Reducción de ingesta de alimentos***

En relación con la reducción de la ingesta habitual de alimentos durante los últimos dos años y medio, tal y como se recoge en la Tabla 51, se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables de depresión, ansiedad, estrés e insomnio. En todos estos casos, los profesionales sanitarios que habían reducido su ingesta de alimentos presentaron puntuaciones medias más elevadas en comparación con aquellos que no habían modificado su alimentación habitual.

Por el contrario, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la variable de síntomas somáticos.

En cuanto a la magnitud del efecto, esta fue pequeña para depresión, estrés e insomnio, mientras que en ansiedad alcanzó una magnitud moderada, lo que sugiere que la reducción de la ingesta alimentaria se asocia de manera más consistente con esta dimensión clínica.

*Tabla 51. Análisis de la severidad de las variables clínicas en función de la reducción de la ingesta alimentaria habitual mediante la prueba de Mann-Whitney.*

| **Variables** | **Reducción de ingesta de alimentos** *M (DT)* ***n* = 106** | **Sin reducir la ingesta de alimentos** *M(DT)* ***n* = 525** | *z* | *p* | *r* |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 3,73 (3,39) | 2,64 (3,04) | -4,06 | **< 0,001** | -0,16 |
| Ansiedad | 2,85 (3,45) | 2,45 (3,08) | -8,18 | **< 0,001** | -0,33 |
| Estrés | 6,30 (3,93) | 5,17 (3,86) | -2,89 | **0,004** | -0,12 |
| Insomnio | 8,59 (6,39) | 7,03 (5,46) | -2,11 | **0,035** | -0,08 |
| Síntomas somáticos | 6,83 (4,74) | 6,43 (5,09) | -1,14 | 0,256 | -0,05 |

En cuanto a la prevalencia de la sintomatología clínica estudiada, tal y como se recoge en la Tabla 52, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de profesionales sanitarios con y sin sintomatología de depresión, ansiedad e insomnio en función de la reducción de la ingesta de alimentos durante los últimos dos años y medio. No se hallaron diferencias significativas en las variables de estrés y síntomas somáticos. En relación con la depresión, los profesionales que habían reducido su ingesta alimentaria mostraron una mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva en comparación con aquellos que no habían reducido su alimentación habitual (OR = 2,13; IC 95% [1,35–3,36]). Asimismo, la reducción de la ingesta alimentaria se asoció con una mayor probabilidad de presentar sintomatología ansiosa (OR = 1,71; IC 95% [1,07–2,72]). De forma similar, los profesionales que habían reducido su ingesta mostraron una mayor probabilidad de presentar insomnio (OR = 1,58; IC 95% [1,04–2,40]). Por el contrario, no se observó una asociación estadísticamente significativa entre la reducción de la ingesta alimentaria y la presencia de sintomatología de estrés o síntomas somáticos.

*Tabla 52. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica en función de la reducción de la ingesta alimentaria habitual mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Reducción de ingesta de alimentos | | | | |
| Si | 70 (66,00) | 36 (34,00) | 10,90(1) | **0,001** |
| No | 423 (80,60) | 102 (19,40) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Reducción de ingesta de alimentos | | | | |
| Si | 69 (65,10) | 37 (34,90) | 4,29(1) | **0,038** |
| No | 393 (74,90) | 123 (25,10) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Reducción de ingesta de alimentos | | | | |
| Si | 71 (67,00) | 35 (33,00) | 3,78(1) | 0,052 |
| No | 399 (76,00) | 126 (24,00) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Reducción de ingesta de alimentos | | | | |
| Si | 51 (48,10) | 55 (51,90) | 4,62(1) | **0,032** |
| No | 312 (59,40) | 213 (40,60) | | |
| | **No síntomas somáticos** *n (%)* | **Síntomas somáticos** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Reducción de ingesta de alimentos | | | | |
| Si | 38 (35,80) | 68 (64,20) | 1,60(1) | 0,206 |
| No | 223 (42,50) | 302 (57,50) | | |

### *11.3.4.3. Aumento de ingesta de alimentos*

Siguiendo con la exploración de los cambios en los hábitos alimenticios, tal y como se recoge en la Tabla 53, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales sanitarios que aumentaron su ingesta de alimentos y aquellos que no lo hicieron durante los últimos dos años y medio en todas las variables clínicas analizadas.

Los trabajadores que habían incrementado su ingesta alimentaria habitual presentaron puntuaciones medias significativamente más elevadas en depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos en comparación con quienes no experimentaron dicho aumento. En cuanto a la magnitud del efecto, esta fue pequeña para las variables de depresión, ansiedad, estrés e insomnio, mientras que para los síntomas somáticos alcanzó una magnitud moderada, indicando una mayor relevancia clínica en esta última variable.

*Tabla 53. Análisis de la severidad de las variables clínicas en función del aumento de la ingesta alimentaria habitual mediante la prueba de Mann-Whitney.*

| **Variables** | **Aumento de ingesta de alimentos** ***M (DT)*** ***n* = 150** | **Sin aumentar la ingesta de alimentos** ***M(DT)*** ***n* = 481** | ***z*** | ***p*** | ***r*** |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 4,01 (3,59) | 2,45 (2,86) | -5,36 | **< 0,001** | -0,21 |
| Ansiedad | 4,11 (4,06) | 2,02 (2,61) | -6,64 | **< 0,001** | -0,26 |
| Estrés | 7,14 (4,04) | 4,80 (3,67) | -6,34 | **< 0,001** | -0,25 |
| Insomnio | 9,80 (6,62) | 6,52 (5,43) | -6,49 | **< 0,001** | -0,26 |
| Síntomas somáticos | 9,17 (5,40) | 5,67 (4,61) | -7,47 | **< 0,001** | -0,30 |

Por otro lado, tal y como se recoge en la Tabla 54, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de profesionales sanitarios con y sin sintomatología clínica en todas las variables analizadas en función del aumento del nivel habitual de ingesta alimentaria durante los últimos dos años y medio.

En relación con la depresión, los profesionales que habían aumentado su ingesta alimentaria mostraron una mayor probabilidad de presentar sintomatología

depresiva en comparación con aquellos que no lo habían hecho (OR = 2,44; IC 95% [1,62–3,67]). De manera similar, el aumento de la ingesta se asoció con una mayor probabilidad de presentar sintomatología de ansiedad (OR = 2,56; IC 95% [1,74–3,78]) y estrés (OR = 2,61; IC 95% [1,76–3,86]). Asimismo, los profesionales que habían incrementado su ingesta alimentaria habitual presentaron una probabilidad significativamente mayor de desarrollar insomnio (OR = 3,58; IC 95% [2,44–5,27]) y síntomas somáticos (OR = 3,70; IC 95% [2,39–5,73]) en comparación con quienes no experimentaron dicho aumento.

*Tabla 54. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica en función del aumento de la ingesta alimentaria habitual mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Aumento de ingesta de alimentos | | | | |
| Si | 98 (65,30) | 52 (34,70) | 18,86(1) | **< 0,001** |
| No | 395 (82,10) | 86 (17,90) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Aumento de ingesta de alimentos | | | | |
| Si | 87 (58,00) | 63 (42,00) | 23,24(1) | **< 0,001** |
| No | 375 (78,00) | 106 (22,00) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Aumento de ingesta de alimentos | | | | |
| Si | 89 (59,30) | 61 (40,70) | 23,78(1) | **< 0,001** |
| No | 381 (79,20) | 100 (20,80) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Aumento de ingesta de alimentos | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Si | 51 (34,00) | 99 (66,00) | 44,58(1) | **< 0,001** |
| No | 312 (64,90) | 169 (35,10) | | |
| | **No síntomas somáticos** *n (%)* | **Síntomas somáticos** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Aumento de ingesta de alimentos | | | | |
| Si | 30 (20,00) | 120 (80,00) | 37,03(1) | **< 0,001** |
| No | 231 (48,00) | 250 (52,00) | | |

*11.3.4.4.* ***Atracones de comida***

En línea con lo expuesto anteriormente, tal y como se recoge en la Tabla 55, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales sanitarios que habían experimentado atracones de comida en los últimos dos años y medio y aquellos que no lo habían hecho en todas las variables clínicas analizadas.

Concretamente, los participantes que refirieron haber sufrido atracones de comida presentaron puntuaciones medias significativamente más elevadas en depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos en comparación con quienes no habían experimentado este comportamiento. En cuanto a la magnitud del efecto, esta fue moderada para las variables de depresión, ansiedad, estrés y síntomas somáticos, mientras que para el insomnio se situó en el rango alto del efecto pequeño, indicando en conjunto una asociación consistente y clínicamente relevante entre la presencia de atracones de comida y una mayor severidad de la sintomatología psicológica.

*Tabla 55. Análisis de la severidad de las variables clínicas en función de la presencia de los atracones de comida mediante la prueba de Mann-Whitney.*

| **Variables** | **Atracones de comida** *M (DT)* ***n* = 103** | **Sin atracones de comida** *M(DT)* ***n* = 528** | *z* | *p* | *r* |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 5,18 (4,06) | 2,36 (2,67) | -7,47 | **< 0,001** | -0,30 |
| Ansiedad | 5,11 (4,30) | 2,01 (2,59) | -8,14 | **< 0,001** | -0,32 |
| Estrés | 8,32 (4,14) | 4,78 (3,57) | -7,93 | **< 0,001** | -0,32 |
| Insomnio | 11,05 (5,74) | 6,56 (5,34) | -7,21 | **< 0,001** | -0,29 |
| Síntomas somáticos | 10,33 (5,49) | 5,75 (4,58) | -7,96 | **< 0,001** | -0,32 |

Respecto a la prevalencia de las variables clínicas, tal y como se recoge en la Tabla 56, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de profesionales sanitarios con y sin sintomatología de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos en función de la presencia de atracones de comida durante los últimos dos años y medio.

Los valores de los OR evidenciaron una asociación fuerte y consistente entre la presencia de atracones de comida y una mayor probabilidad de presentar sintomatología clínica. En concreto, los profesionales sanitarios que habían experimentado atracones mostraron una mayor probabilidad de presentar depresión (OR = 4,03; IC 95% [2,57–6,31]), ansiedad (OR = 4,38; IC 95% [2,82–6,79]) y estrés (OR = 3,20; IC 95% [2,06–4,97]) en comparación con aquellos que no habían referido este comportamiento. Asimismo, la presencia de atracones se asoció con una probabilidad significativamente mayor de presentar insomnio (OR = 4,39; IC 95% [2,76–6,99]) y síntomas somáticos (OR = 5,12; IC 95% [2,88–9,08]).

*Tabla 56. Análisis de la prevalencia de las variables clínicas en función de la presencia de los atracones de comida mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Atracones de comida | | | | |
| Si | 56 (54,40) | 47 (45,60) | 40,67(1) | **< 0,001** |
| No | 437 (82,80) | 91 (17,20) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Atracones de comida | | | | |
| Si | 47 (45,60) | 56 (54,40) | 47,77(1) | **< 0,001** |
| No | 415 (78,60) | 113 (21,40) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | ***P*** |
| Atracones de comida | | | | |
| Si | 55 (53,40) | 48 (46,60) | 28,80(1) | **< 0,001** |
| No | 415 (78,60) | 113 (21,40) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Atracones de comida | | | | |
| Si | 29 (28,20) | 74 (71,80) | 43,46(1) | **< 0,001** |
| No | 334 (63,30) | 194 (36,70) | | |
| | **No síntomas somáticos** *n (%)* | **Síntomas somáticos** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Atracones de comida | | | | |
| Si | 15 (14,60) | 88 (85,40) | 36,45(1) | **< 0,001** |
| No | 246 (46,60) | 282 (53,40) | | |

### *11.3.4.5. Consumo de alcohol*

En cuanto al consumo de alcohol, tal y como se recoge en la Tabla 57, se observaron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables clínicas entre los profesionales sanitarios que habían aumentado su consumo habitual de alcohol y aquellos que lo mantuvieron estable durante los últimos dos años y medio.

Concretamente, los trabajadores que refirieron un incremento en el consumo de alcohol presentaron puntuaciones medias significativamente más elevadas en depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos en comparación con quienes no habían aumentado dicho consumo.

En relación con la magnitud del efecto, esta fue pequeña para todas las variables clínicas analizadas, lo que indica que, aunque las diferencias fueron estadísticamente significativas, la relevancia práctica del efecto fue reducida.

*Tabla 57. Análisis de la severidad de las variables clínicas según el consumo del alcohol mediante la prueba de Mann-Whitney.*

| **Variables** | **Aumento de consumo de alcohol** ***M (DT)*** ***n* = 84** | **Sin aumento de consumo de alcohol** ***M (DT)*** ***n* = 547** | ***z*** | ***p*** | ***r*** |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 4,57 (4,33) | 2,55 (2,80) | -4,14 | **< 0,001** | -0,16 |
| Ansiedad | 3,99 (3,98) | 2,29 (2,94) | -4,40 | **< 0,001** | -0,18 |
| Estrés | 7,05 (4,30) | 5,10 (3,76) | -3,96 | **< 0,001** | -0,16 |
| Insomnio | 9,50 (5,98) | 6,96 (5,52) | -3,78 | **< 0,001** | -0,15 |
| Síntomas somáticos | 8,74 (5,03) | 6,16 (4,95) | -4,79 | **< 0,001** | -0,19 |

Tal y como se recoge en la Tabla 58, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de todas las variables clínicas en función del aumento del consumo de alcohol durante los últimos dos años y medio.

En relación con la depresión, los profesionales sanitarios que habían incrementado su consumo habitual de alcohol presentaron una mayor probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva en comparación con aquellos que no habían

aumentado dicho consumo (OR = 2,56; IC 95% [1,57–4,17]). De forma similar, el aumento del consumo de alcohol se asoció con una mayor probabilidad de presentar sintomatología de ansiedad (OR = 2,34; IC 95% [1,45–3,75]) y estrés (OR = 1,88; IC 95% [1,16–3,05]). Asimismo, los profesionales que habían incrementado su consumo mostraron una mayor probabilidad de presentar insomnio (OR = 2,22; IC 95% [1,39–3,54]) y síntomas somáticos (OR = 2,52; IC 95% [1,48–4,28]).

*Tabla 58. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según el consumo del alcohol mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Aumento de consumo de alcohol | | | | |
| Si | 52 (61,90) | 32 (38,10) | 14,93(1) | **< 0,001** |
| No | 441 (80,60) | 106 (19,40) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Aumento de consumo de alcohol | | | | |
| Si | 48 (57,10) | 36 (42,90) | 12,77(1) | **< 0,001** |
| No | 414 (75,70) | 133 (24,30) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Aumento de consumo de alcohol | | | | |
| Si | 53 (63,10) | 31 (36,90) | 6,61(1) | **0,010** |
| No | 417 (76,20) | 130 (23,80) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Aumento de consumo de alcohol | | | | |
| Si | 34 (40,50) | 50 (59,50) | 11,53(1) | **0,001** |
| No | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 329 (60,10) | 218 (39,90) | | |
| | **No síntomas somáticos** *n (%)* | **Síntomas somáticos** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Aumento de consumo de alcohol | | | | |
| Si | 20 (23,80) | 64 (76,20) | 12,31(1) | **< 0,001** |
| No | 241 (44,10) | 306 (55,90) | | |

### *11.3.4.6. Consumo de tabaco*

En relación con el consumo de tabaco, tal y como se recoge en la Tabla 59, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales sanitarios que declararon haber aumentado su consumo habitual de tabaco y aquellos que no lo hicieron en las variables de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos.

Los trabajadores que habían incrementado su consumo de tabaco presentaron puntuaciones medias significativamente más elevadas en todas las variables clínicas analizadas en comparación con quienes no refirieron dicho aumento. En cuanto a la magnitud del efecto, esta fue pequeña para todas las variables clínicas.

*Tabla 59. Análisis de la severidad de las variables clínicas según el consumo de tabaco mediante la prueba Mann-Whintey.*

| **Variables** | **Aumento de consumo de tabaco** *M (DT)* ***n* = 95** | **Sin aumento de consumo de tabaco** *M (DT)* ***n* = 536** | *z* | *p* | *r* |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 3,81 (3,76) | 2,65 (2,96) | -3,44 | **0,001** | -0,14 |
| Ansiedad | 3,31 (3,62) | 2,37 (3,04) | -2,51 | **0,012** | -0,10 |
| Estrés | 7,42 (3,63) | 4,99 (3,82) | -6,07 | **< 0,001** | -0,24 |
| Insomnio | 9,87 (5,88) | 6,84 (5,49) | -4,79 | **< 0,001** | -0,19 |
| Síntomas somáticos | 8,27 (5,02) | 6,19 (4,97) | -4,12 | **< 0,001** | -0,16 |

Analizando los resultados recogidos en la Tabla 60, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos en función del aumento del consumo de tabaco durante los últimos dos años y medio.

En relación con la depresión, los profesionales sanitarios que habían incrementado su consumo habitual de tabaco mostraron una mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva en comparación con aquellos que no habían aumentado su consumo (OR = 1,94; IC 95% [1,20–3,13]). De forma similar, el aumento del consumo de tabaco se asoció con una mayor probabilidad de presentar sintomatología de ansiedad (OR = 1,95; IC 95% [1,24–3,08]) y estrés (OR = 2,93; IC 95% [1,86–4,61]). Asimismo, los profesionales que habían incrementado su consumo mostraron una mayor probabilidad de presentar insomnio (OR = 2,31; IC 95% [1,48–3,61]) y síntomas somáticos (OR = 2,50; IC 95% [1,52–4,12]). En conjunto, los resultados indican que el aumento del consumo de tabaco se asoció de manera consistente con un mayor riesgo relativo de sintomatología psicológica en la muestra sanitaria analizada.

*Tabla 60. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según el consumo de tabaco mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Aumento de consumo de tabaco | | | | |
| Si | 64 (67,40) | 31 (32,60) | 7,58(1) | **0,006** |
| No | 429 (80,00) | 107 (20,00) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Aumento de consumo de tabaco | | | | |
| Si | 58 (61,10) | 37 (38,90) | 8,44(1) | **0,004** |
| No | 404 (75,40) | 132 (24,60) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Aumento de consumo de tabaco | | | | |
| Si | 52 (54,70) | 43 (45,30) | 22,95(1) | **< 0,001** |
| No | 418 (78,00) | 118 (22,00) | | |
| | **No insomnio** ***n (%)*** | **Insomnio** ***n (%)*** | $\chi^2$ ***(gl)*** | ***p*** |
| Aumento de consumo de tabaco | | | | |
| Si | 38 (40,00) | 57 (60,00) | 14,06(1) | **< 0,001** |
| No | 325 (60,60) | 211 (39,40) | | |
| | **No síntomas somáticos** ***n (%)*** | **Síntomas somáticos** ***n (%)*** | $\chi^2$ ***(gl)*** | ***p*** |
| Aumento de consumo de tabaco | | | | |
| Si | 23 (24,20) | 72 (75,80) | 13,57(1) | **< 0,001** |
| No | 238 (44,40) | 298 (55,60) | | |

#### *11.3.4.7.* ***Uso medicamentos opiáceos y/o relajantes***

En relación con el uso de opiáceos y/o medicamentos relajantes durante los últimos dos años y medio, tal y como se recoge en la Tabla 61, se observaron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables clínicas analizadas.

Concretamente, los profesionales sanitarios que indicaron haber utilizado este tipo de sustancias presentaron puntuaciones medias significativamente más elevadas en depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos en comparación con aquellos que no refirieron dicho uso. En cuanto a la magnitud del efecto, esta fue pequeña para todas las variables clínicas.

*Tabla 61. Análisis de la severidad de las variables clínicas según el uso de sustancias opiáceas y/o medicamentos relajantes mediante la prueba de Mann-Whitney.*

| **Variables** | **Uso de relajantes** *M (DT)* **n = 57** | **Sin el uso de relajantes** *M (DT)* **n = 574** | ***z*** | ***p*** | ***r*** |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 6,09 (4,81) | 2,50 (2,70) | -6,23 | **< 0,001** | -0,25 |
| Ansiedad | 5,58 (4,25) | 2,21 (2,84) | -6,85 | **< 0,001** | -0,27 |
| Estrés | 6,68 (4,18) | 5,03 (3,70) | -6,22 | **< 0,001** | -0,25 |
| Insomnio | 12,04 (6,67) | 6,83 (5,32) | -5,68 | **< 0,001** | -0,23 |
| Síntomas somáticos | 11,72 (6,10) | 5,98 (4,61) | -6,89 | **< 0,001** | -0,27 |

En la Tabla 62 se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de depresión, ansiedad, estrés e insomnio en función del uso de sustancias opiáceas y/o medicamentos relajantes. La variable de síntomas somáticos no fue analizada en este apartado debido a la insuficiente frecuencia de casos en algunas categorías, lo que comprometía la estabilidad de las estimaciones.

Los resultados indicaron que los profesionales sanitarios que habían utilizado este tipo de sustancias presentaron una mayor probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva (OR = 4,42; IC 95% [2,53–7,73]) y ansiosa (OR = 6,20; IC 95% [3,48–11,04]) en comparación con quienes no recurrieron a dichas sustancias.

Asimismo, el uso de estas sustancias se asoció con una mayor probabilidad de presentar sintomatología de estrés (OR = 3,47; IC 95% [1,99–6,04]) e insomnio (OR = 3,57; IC 95% [1,98–6,45]).

*Tabla 62.Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínicas según el uso de sustancias opiáceas y/o medicamentos relajantes mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Uso de sustancias o medicamentos relajantes | | | | |
| Si | 28 (49,10) | 29 (50,90) | 30,86(1) | **< 0,001** |
| No | 465 (81,00) | 109 (19,00) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Uso de sustancias o medicamentos relajantes | | | | |
| Si | 20 (35,10) | 37 (64,90) | 46,46(1) | **< 0,001** |
| No | 442 (77,00) | 132 (23,00) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Uso de sustancias o medicamentos relajantes | | | | |
| Si | 28 (49,10) | 29 (50,90) | 21,21(1) | **< 0,001** |
| No | 442 (77,00) | 132 (23,00) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Uso de sustancias o medicamentos relajantes | | | | |
| Si | 17 (29,80) | 40 (70,20) | 19,68(1) | **< 0,001** |
| No | 346 (60,30) | 228 (39,70) | | |

### *11.3.4.8. **Reducción de actividad física***

Tal y como se recoge en la Tabla 63, se observaron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables clínicas en función de la reducción de la actividad física en los profesionales sanitarios.

En términos generales, los profesionales que habían reducido su actividad física presentaron puntuaciones medias más elevadas en depresión, estrés, insomnio y síntomas somáticos en comparación con aquellos que no habían reducido su actividad. En cuanto a la magnitud del efecto, esta fue pequeña en todas las variables clínicas. No obstante, el efecto alcanzó mayor consistencia en las variables de depresión, estrés y síntomas somáticos.

En el caso de la ansiedad, sin embargo, se observó una diferencia estadísticamente significativa en sentido inverso, aunque con un tamaño del efecto muy reducido.

*Tabla 63. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la reducción de la actividad física mediante la prueba de Mann-Whitney.*

| **Variables** | **Reducción de la actividad física** | **Sin reducción de la actividad física** | ***z*** | ***p*** | ***r*** |
|---|---|---|---|---|---|
| | ***M (DT)*** **$n$ = 194** | ***M (DT)*** **$n$ = 437** | | | |
| Depresión | 3,23 (3,20) | 2,64 (3,10) | -3,09 | **0,002** | -0,12 |
| Ansiedad | 2,30 (3,24) | 2,61 (3,10) | 2,05 | **0,040** | 0,08 |
| Estrés | 5,97 (3,47) | 5,08 (4,04) | -3,35 | **0,001** | -0,13 |
| Insomnio | 7,84 (5,43) | 7,05 (5,73) | -2,04 | **0,042** | -0,08 |
| Síntomas somáticos | 7,12 (4,76) | 6,23 (5,13) | -2,73 | **0,006** | -0,11 |

En relación con la prevalencia de la sintomatología clínica, tal y como se recoge en la Tabla 64, no se encontró evidencia suficiente para afirmar una asociación estadísticamente significativa entre la reducción de la actividad física y la presencia de sintomatología de depresión, ansiedad, estrés e insomnio.

Por el contrario, sí se observó una asociación estadísticamente significativa en el caso de los síntomas somáticos. En concreto, los profesionales sanitarios que habían reducido su actividad física en los últimos dos años y medio presentaron 1,51 veces

más probabilidades de manifestar sintomatología somática en comparación con aquellos que no la habían reducido (IC 95% [1,07–2,15]).

*Tabla 64. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la reducción de la actividad física mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Reducción de actividad física | | | | |
| Sí | 49 (25,30) | 145 (74,70) | 1,88(1) | 0,170 |
| No | 89 (20,40) | 348 (49,60) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Reducción de actividad física | | | | |
| Sí | 44 (22,70) | 150 (77,30) | 2,40(1) | 0,121 |
| No | 125 (28,60) | 312 (71,40) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Reducción de actividad física | | | | |
| Sí | 57 (29,40) | 137 (70,60) | 2,20(1) | 0,138 |
| No | 104 (23,80) | 333 (76,20) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Reducción de actividad física | | | | |
| Sí | 91 (46,90) | 103 (53,10) | 2,26(1) | 0,133 |
| No | 177 (40,50) | 260 (59,50) | | |
| | **No síntomas somáticos** *n (%)* | **Síntomas somáticos** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Reducción de actividad física | | | | |
| Sí | 127 (65,50) | 67 (34,50) | 5,38(1) | **0,020** |
| No | 243 (55,60) | 194 (44,40) | | |

#### *11.3.4.9. **Deterioro de la calidad de vida sexual***

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables clínicas en función del deterioro de la calidad de vida sexual de los profesionales sanitarios (Tabla 65). En concreto, aquellos cuya calidad de vida sexual había empeorado en los últimos dos años y medio presentaron puntuaciones medias significativamente más elevadas en depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos en comparación con quienes no informaron dicho deterioro. En cuanto a la magnitud del efecto, esta fue moderada para las variables de depresión, estrés y síntomas somáticos. Para la ansiedad e insomnio, el tamaño del efecto fue pequeño.

*Tabla 65. Análisis de la severidad de las variables clínicas en función del deterioro de la calidad de vida sexual mediante la prueba de Mann-Whitney.*

| **Variables** | **Deterioro calidad vida sexual** ***M (DT)*** ***n* = 167** | **Sin deterioro calidad vida sexual** ***M(DT)*** ***n* = 464** | ***z*** | ***p*** | ***r*** |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 5,01 (3,92) | 2,03 (2,32) | 10,36 | **< 0,001** | 0,38 |
| Ansiedad | 4,25 (4,06) | 1,89 (2,47) | 7,36 | **< 0,001** | 0,28 |
| Estrés | 7,75 (3,91) | 4,50 (3,51) | 9,17 | **< 0,001** | 0,34 |
| Insomnio | 10,20 (6,26) | 6,25 (5,02) | 7,16 | **< 0,001** | 0,27 |
| Síntomas somáticos | 9,40 (5,67) | 5,46 (4,34) | 8,10 | **< 0,001** | 0,31 |

Según los resultados recogidos en la Tabla 66, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de todas las variables clínicas en función del deterioro de la calidad de vida sexual.

Los profesionales sanitarios cuya calidad de vida sexual había empeorado en los últimos dos años y medio presentaron 7,96 veces más probabilidades de manifestar sintomatología depresiva (IC 95% [5,20–12,18]) en comparación con aquellos cuya calidad de vida sexual no había empeorado. Asimismo, mostraron 4,40 veces más probabilidades de presentar sintomatología de ansiedad (IC 95% [2,89–6,69]) y 5,29 veces más probabilidades de desarrollar sintomatología de estrés (IC 95% [3,50–7,99]). De igual modo, el riesgo de padecer sintomatología de insomnio fue 4,16 veces mayor (IC 95% [2,73–6,33]) en el grupo que informó deterioro en su vida sexual. Finalmente, los profesionales sanitarios cuya calidad de vida sexual había empeorado presentaron 3,28 veces más probabilidades de manifestar síntomas somáticos (IC 95% [2,13–5,05]) en comparación con aquellos que no reportaron dicho deterioro.

*Tabla 66. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica en función del deterioro de la calidad de la vida sexual mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Deterioro de la calidad de la vida sexual | | | | |
| Si | 72 (43,11) | 95 (56,89) | 59,98(1) | **< 0,001** |
| No | 66 (14,22) | 398 (85,78) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Deterioro de la calidad de la vida sexual | | | | |
| Si | 84 (50,30) | 83 (49,70) | 64,04(1) | **< 0,001** |
| No | 85 (18,32) | 379 (81,68) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Deterioro de la calidad de la vida sexual | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Si | 77 (46,11) | 90 (53,89) | 50,67(1) | **< 0,001** |
| No | 84 (18,10) | 380 (81,90) | | |
| | **No insomnio** ***n (%)*** | **Insomnio** ***n (%)*** | $\chi^2$ ***(gl)*** | ***p*** |
| Deterioro de la calidad de la vida sexual | | | | |
| Si | 113 (67,66) | 54 (32,34) | 58,99(1) | **< 0,001** |
| No | 155 (33,40) | 309 (66,60) | | |
| | **No síntomas somáticos** ***n (%)*** | **Síntomas somáticos** ***n (%)*** | $\chi^2$ ***(gl)*** | ***p*** |
| Deterioro de la calidad de la vida sexual | 130 (77,84) | 37 (22,16) | 34,54(1) | **< 0,001** |
| Si | 240 (51,72) | 224 (48,28) | | |
| No | | | | |

### 11.3.5. Influencia de las variables relacionadas con la experiencia durante la pandemia por COVID-19

#### *11.3.5.1. Diagnóstico de COVID-19*

Tal y como se recoge en la Tabla 67, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables clínicas analizadas entre los profesionales sanitarios que habían sido diagnosticados de COVID-19 mediante PCR, test de antígenos o pruebas serológicas y aquellos que no habían recibido dicho diagnóstico.

Asimismo, los tamaños del efecto fueron prácticamente nulos en todas las variables dependientes.

*Tabla 67. Relación de la severidad de las variables clínicas con diagnóstico de la enfermedad del COVID-19 mediante la prueba de Mann-Whitney.*

| **Variables** | **Diagnóstico COVID-19** ***M (DT)*** ***n* = 510** | **Sin diagnóstico COVID-19** ***M(DT)*** ***n* = 121** | ***z*** | ***p*** | ***r*** |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 2,81 (3,15) | 2,88 (3,01) | -0,51 | 0,430 | -0,02 |
| Ansiedad | 2,51 (3,23) | 2,52 (2,80) | -0,79 | 0,610 | -0,03 |
| Estrés | 5,43 (3,94) | 5,05 (3,65) | 0,75 | 0,454 | 0,03 |
| Insomnio | 7,26 (5,59) | 7,44 (5,89) | -0,14 | 0,887 | -0,00 |
| Síntomas somáticos | 6,55 (4,97) | 6,27 (5,29) | 0,81 | 0,420 | -0,03 |

Según los resultados recogidos en la Tabla 68, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de profesionales sanitarios con y sin sintomatología clínica en función de haber recibido un diagnóstico previo de COVID-19.

*Tabla 68. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica con presencia del diagnóstico de la enfermedad del COVID-19 mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** ***n (%)*** | **Depresión** ***n (%)*** | $\chi^2$ ***(gl)*** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|
| Diagnóstico de COVID-19 | | | | |
| Sí | 398 (78,04) | 112 (21,96) | 0,01(1) | 0,910 |
| No | 95 (78,51) | 26 (21,49) | | |
| | **No ansiedad** ***n (%)*** | **Ansiedad** ***n (%)*** | $\chi^2$ ***(gl)*** | ***p*** |
| Diagnóstico de COVID-19 | | | | |
| Sí | 375 (73,53) | 135 (26,47) | 0,13(1) | 0,716 |
| No | 87 (71,90) | 34 (28,10) | | |
| | **No estrés** | **Estrés** | $\chi^2$ ***(gl)*** | ***p*** |

| | *n (%)* | *n (%)* | | |
|---|---|---|---|---|
| Diagnóstico de COVID-19 | | | | |
| Sí | 297 (58,24) | 213 (41,76) | 0,55(1) | 0,460 |
| No | 66 (54,55) | 55 (45,45) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Diagnóstico de COVID-19 | | | | |
| Sí | 290 (58,35) | 207 (41,65) | 0,65(1) | 0,421 |
| No | 73 (54,48) | 61 (45,52) | | |
| | **No síntomas somáticos** *n (%)* | **Síntomas somáticos** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *P* |
| Diagnóstico de COVID-19 | | | | |
| Sí | 210 (41,18) | 300 (58,82) | 0,04(1) | 0,845 |
| No | 51 (42,15) | 70 (57,85) | | |

#### *11.3.5.2. Número de veces positivo en COVID-19*

En cuanto al número de veces que los profesionales sanitarios habían dado positivo en COVID-19, tal y como se recoge en la Tabla 69, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables clínicas analizadas. Las puntuaciones medias en depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos fueron similares entre los distintos grupos, independientemente del número de diagnósticos de COVID-19 reportado.

*Tabla 69. Análisis de la severidad de las variables clínicas según el número de diagnósticos de la enfermedad del COVID-19 mediante la prueba de Kruskal-Wallis.*

| **Variables** | **0 veces** *M (DT)* ***n* = 121** | **1 vez** *M (DT)* ***n* = 201** | **2 veces** *M(DT)* ***n* = 216** | **3 veces** *M(DT)* ***n* = 67** | **Más de 3 veces** *M(DT)* ***n* = 26** | ***H (gl)*** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 2,88 (3,00) | 2,68 (3,24) | 2,74 (2,97) | 3,30 (3,07) | 3,12 (4,05) | 4,70 (4) | 0,319 |
| Ansiedad | 2,52 (2,80) | 2,65 (3,10) | 2,26 (3,16) | 2,81 (3,54) | 2,77 (3,83) | 5,43 (4) | 0,246 |
| Estrés | 5,05 (3,65) | 5,25 (4,04) | 5,32 (3,75) | 6,21 (3,95) | 5,73 (4,69) | 3,35 (4) | 0,501 |
| Insomnio | 7,44 (5,89) | 7,59 (6,05) | 6,73 (5,06) | 7,81 (5,58) | 7,73 (6,14) | 2,15 (4) | 0,708 |
| Síntomas somáticos | 6,27 (5,29) | 6,62 (5,22) | 6,17 (4,60) | 6,87 (5,02) | 8,50 (5,64) | 5,15 (4) | 0,273 |

En línea con lo anterior, tal y como se recoge en la Tabla 70, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de la sintomatología clínica en función del número de diagnósticos de COVID-19 para ninguna de las variables analizadas. Para estos análisis, las categorías "3 veces" y "más de 3 veces" se agruparon en una única categoría denominada "más de 2 veces", con el objetivo de garantizar la estabilidad de las estimaciones y evitar frecuencias bajas en las celdas.

*Tabla 70. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según el número de diagnósticos de la enfermedad del COVID-19 mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Diagnóstico de COVID-19 | | | | |
| 0 veces | 95 (78,50) | 26 (21,50) | 4,73(3) | 0,193 |
| 1 vez | 165 (82,10) | 36 (17,90) | | |
| 2 veces | 167 (77,30) | 49 (22,70) | | |
| Más de 2 veces | 66 (70,97) | 27 (29,03) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Diagnóstico de COV ID-19 | | | | |
| 0 veces | 87 (71,90) | 34 (28,10) | 1,71(3) | 0,635 |
| 1 vez | 144 (71,60) | 57 (28,40) | | |
| 2 veces | 165 (76,40) | 51 (23,60) | | |
| Más de 2 veces | 66 (70,97) | 27 (29,03) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Diagnóstico de COVID-19 | | | | |
| 0 veces | 92 (76,00) | 29 (24,00) | 0,51(3) | 0,917 |
| 1 vez | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 veces | 151 (75,10) | 50 (24,90) | | |
| Más de 2 veces | 160 (74,10) | 56 (25,90) | | |
| | 67 (72,04) | 26 (27,96) | | |
| | **No insomnio** ***n (%)*** | **Insomnio** ***n (%)*** | $\chi^2$ ***(gl)*** | ***p*** |
| Diagnóstico de COVID-19 | | | | |
| 0 veces | 66 (54,50) | 55 (45,50) | 2,77(3) | 0,428 |
| 1 vez | 111 (55,20) | 90 (44,80) | | |
| 2 veces | 134 (62,00) | 82 (38,00) | | |
| Más de 2 veces | 52 (55,41) | 41 (44,09) | | |
| | **No síntomas somáticos** ***n (%)*** | **Síntomas somáticos** ***n (%)*** | $\chi^2$ ***(gl)*** | ***p*** |
| Diagnóstico de COVID-19 | | | | |
| 0 veces | 51 (42,10) | 70 (57,90) | 4,03(3) | 0,259 |
| 1 vez | 81 (40,30) | 120 (59,70) | | |
| 2 veces | 98 (45,40) | 118 (54,60) | | |
| Más de 2 veces | 31 (33,33) | 62 (66,67) | | |

#### *11.3.5.3. **Gravedad de la enfermedad por COVID-19***

Viendo la Tabla 71, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias obtenidas en las variables de insomnio y síntomas somáticos. En relación con la gravedad de la enfermedad por COVID-19, los análisis post hoc indicaron que, en la variable de insomnio, las diferencias se produjeron específicamente entre los profesionales sanitarios con sintomatología leve y aquellos con sintomatología moderada ($p$ = 0,003), siendo este último grupo el que presentó puntuaciones medias significativamente más elevadas. De forma similar, en la variable de síntomas somáticos se observaron diferencias entre los grupos con sintomatología leve y moderada ($p$ = 0,002), mostrando nuevamente el grupo con sintomatología moderada mayor severidad.

En cuanto a la magnitud del efecto, se calculó el índice eta cuadrado para Kruskal–Wallis. El tamaño del efecto fue pequeño tanto para el insomnio como para los síntomas somáticos, lo que indica que aproximadamente el 1,60% y el 1,40% de la variabilidad total en estas variables, respectivamente, se explicó por las diferencias en la gravedad de la enfermedad.

*Tabla 71. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la gravedad de la enfermedad del COVID-19 mediante la prueba de Kruskal-Wallis.*

| **Variables** | **Asintomático** | **Sintomático leve** | **Sintomático moderado** | **Sintomático grave** | ***H(gl)*** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ***M (DT)*** | ***M (DT)*** | ***M (DT)*** | ***M (DT)*** | | |
| | ***n* = 33** | ***n* = 301** | ***n* = 168** | ***n* = 8** | | |
| Depresión | 2,33 (3,14) | 2,62 (2,91) | 3,23 (3,54) | 2,75 (2,71) | 4,58 (3) | 0,206 |
| Ansiedad | 2,70 (3,38) | 2,18 (2,90) | 3,03 (3,67) | 3,62 (3,42) | 7,81 (3) | 0,051 |
| Estrés | 5,24 (5,18) | 5,23 (3,76) | 5,81 (3,97) | 5,88 (4,45) | 3,50 (3) | 0,320 |
| Insomnio | 8,45 (6,19) | 6,49 (5,05) | 8,29 (6,07) | 10,00 (7,89) | 10,98 (3) | **0,012** |
| Síntomas somáticos | 5,82 (5,04) | 6,00 (4,53) | 7,63 (5,45) | 8,00 (7,05) | 10,24 (3) | **0,017** |

En referencia a la Tabla 72, las personas que habían desarrollado sintomatología leve y/o fueron asintomáticos durante la enfermedad del COVID-19 tuvieron menor riesgo de presentar sintomatología de depresión (OC = 0,63; IC 95% [0,41–0,97]), ansiedad (OC = 0,61; IC 95% [0,41–0,91]), insomnio (OC = 0,69; IC 95% [0,48–0,99]) y síntomas somáticos (OC = 0,57; IC 95% [0,39–0,83]), en comparación con aquellos profesionales sanitarios que habían desarrollado sintomatología moderada y/o grave de la enfermedad. No obstante, no se observó una asociación estadísticamente significativa entre la gravedad de la enfermedad del COVID-19 y el riesgo de presentar sintomatología de estrés (OC = 0.85; IC 95% [0.57–1.27]). Para los análisis se agruparon las categorías de respuesta asintomático y sintomatología

leve, así como sintomatología moderada y grave, creando dos categorías independientes.

*Tabla 72. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la gravedad de la enfermedad del COVID-19 mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Gravedad del COVID-19 | | | | |
| Asintomático y leve | 64 (19,20) | 270 (80,80) | 4,43(1) | **0,035** |
| Moderado y grave | 48 (27,27) | 128 (72,73) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Gravedad del COVID-19 | | | | |
| Asintomático y leve | 77 (23,10) | 257 (76,90) | 5,81(1) | **0,016** |
| Moderado y grave | 58 (32,95) | 118 (67,05) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Gravedad del COVID-19 | | | | |
| Asintomático y leve | 82 (24,60) | 252 (75,40) | 0,89(1) | 0,344 |
| Moderado y grave | 50 (28,41) | 126 (71,59) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Gravedad del COVID-19 | | | | |
| Asintomático y leve | 129 (38,60) | 205 (61,40) | 3,93(1) | **0,047** |
| Moderado y grave | 84 (47,73) | 92 (52,27) | | |

| | **No síntomas somáticos** *n (%)* | **Síntomas somáticos** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Gravedad del COVID-19 | | | | |
| Asintomático y leve | 181 (54,20) | 153 (45,80) | 8,57(1) | **0,003** |
| Moderado y grave | 119 (67,61) | 57 (32,39) | | |

### *11.3.5.4. **Secuelas del COVID-19***

En relación con la presencia de secuelas posteriores a la infección por COVID-19, se observaron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables clínicas analizadas (Tabla 73). Los profesionales sanitarios que habían desarrollado secuelas mostraron mayores puntuaciones medias en depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos en comparación con aquellos que no presentaron secuelas. La magnitud del efecto fue pequeña en todas las variables clínicas, si bien resultó ligeramente más elevada en la sintomatología somática y en el estrés.

*Tabla 73. Análisis de la severidad de las variables clínicas en función de la presencia de las secuelas de la enfermedad del COVID-19 mediante la prueba de Mann-Whitney.*

| **Variables** | **Sin secuelas** *M (DT)* ***n* = 481** | **Con secuelas** *M (DT)* ***n* = 150** | *z* | *p* | *r* |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 2,54 (2,96) | 3,72 (3,72) | 4,59 | **< 0,001** | 0,18 |
| Ansiedad | 2,23 (2,80) | 3,43 (3,94) | 3,52 | **< 0,001** | 0,14 |
| Estrés | 4,90 (3,79) | 6,82 (3,86) | 5,45 | **< 0,001** | 0,22 |
| Insomnio | 6,70 (5,42) | 9,20 (5,96) | 4,66 | **< 0,001** | 0,19 |
| Síntomas somáticos | 5,78 (4,71) | 8,81 (5,34) | 6,64 | **< 0,001** | 0,26 |

Según los resultados expuestos en la Tabla 74, Según los resultados obtenidos, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de todas las variables clínicas en función de la presencia de secuelas posteriores a la

infección por COVID-19. Los profesionales sanitarios que habían desarrollado secuelas mostraron mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva (OR = 1,96; IC 95% [1,28–3,00]), ansiosa (OR = 1,65; IC 95% [1,07–2,55]) y de estrés (OR = 2,05; IC 95% [1,34–3,14]) en comparación con aquellos que no presentaron secuelas. Asimismo, la presencia de secuelas se asoció significativamente con un mayor riesgo de insomnio (OR = 1,98; IC 95% [1,36–2,89]) y de síntomas somáticos (OR = 3,52; IC 95% [2,20–5,63]).

*Tabla 74. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica en función de la presencia de las secuelas de la enfermedad del COVID-19 mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Secuelas de la enfermedad del COVID-19 | | | | |
| Sí | 103 (68,70) | 47 (31,30) | 10,31(1) | **< 0,001** |
| No | 390 (81,10) | 91 (18,90) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Secuelas de la enfermedad del COVID-19 | | | | |
| Sí | 98 (75,70) | 52 (24,30) | 6,24(1) | **0,013** |
| No | 364 (65,30) | 117 (34,70) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Secuelas de la enfermedad del COVID-19 | | | | |
| Sí | 95 (63,30) | 55 (36,70) | 12,88(1) | **< 0,001** |
| No | 375 (78,00) | 106 (22,00) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Secuelas de la enfermedad del COVID-19 | | | | |
| Sí | 67 (44,70) | 83 (55,30) | 13,32(1) | **< 0,001** |
| No | 296 (61,50) | 185 (38,50) | | |
| | **No síntomas somáticos** | **Síntomas somáticos** | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| | ***n* (%)** | ***n* (%)** | | |
| Secuelas de la enfermedad del COVID-19 | | | | |
| Sí | 31 (20,70) | 119 (79,30) | 34,75(1) | **< 0,001** |
| No | 230 (47,80) | 251 (52,20) | | |

En relación con la presencia de secuelas neurológicas tras la infección por COVID-19, se observaron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables clínicas analizadas (Tabla 75). Los profesionales sanitarios que habían desarrollado secuelas neurológicas mostraron mayores puntuaciones medias en depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos en comparación con aquellos que no presentaron este tipo de secuelas. La magnitud del efecto fue pequeña en todas las variables clínicas.

*Tabla 75. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la presencia de las secuelas neurológicas después de la enfermedad del COVID-19 mediante la prueba de Mann-Whitney.*

| **Variables** | **Con secuelas neurológicas** *M (DT)* **n = 44** | **Sin secuelas neurológicas** *M (DT)* **n = 587** | *z* | *p* | *r* |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 4,30 (3,31) | 3,71 (3,08) | 3,87 | **< 0,001** | 0,15 |
| Ansiedad | 3,86 (4,17) | 2,41 (3,04) | 2,70 | **< 0,001** | 0,11 |
| Estrés | 7,34 (3,97) | 5,21 (3,85) | 3,50 | **< 0,001** | 0,14 |
| Insomnio | 9,64 (6,92) | 7,12 (5,51) | 2,27 | **< 0,001** | 0,09 |
| Síntomas somáticos | 9,84 (6,03) | 6,25 (4,86) | 4,11 | **< 0,001** | 0,16 |

Tal y como se puede ver en la Tabla 76, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de sintomatología depresiva y de estrés en función de la presencia de secuelas neurológicas tras la infección por COVID-19. Los profesionales sanitarios que habían desarrollado este tipo de secuelas presentaron mayor probabilidad de manifestar sintomatología depresiva (OR = 2,69; IC 95% [1,42–5,08]) y de estrés (OR = 2,15; IC 95% [1,13–4,08]) en comparación con aquellos que no presentaron secuelas neurológicas. No se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre la presencia de secuelas neurológicas y la sintomatología de ansiedad ni de insomnio.

La variable de síntomas somáticos no fue incluida en estos análisis debido a la insuficiente frecuencia de casos en algunas categorías, lo que comprometía la estabilidad de las estimaciones.

*Tabla 76. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la presencia de las secuelas neurológicas después de la enfermedad del COVID-19 mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Secuelas neurológicas | | | | |
| Sí | 26 (59,09) | 18 (40,91) | 10,03(1) | **0,002** |
| No | 467 (79,56) | 120 (20,44) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Secuelas neurológicas | | | | |
| Sí | 28 (63,64) | 16 (36,36) | 2,21(1) | 0,137 |
| No | 434 (73,94) | 153 (26,06) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Secuelas neurológicas | | | | |
| Sí | 26 (59,09) | 18 (40,91) | 5,90(1) | **0,015** |
| No | 444 (75,64) | 143 (24,36) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Secuelas neurológicas | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Sí | 22 (50,00) | 22 (50,00) | 1,10(1) | 0,295 |
| No | 341 (58,08) | 246 (41,92) | | |

En relación con la presencia de secuelas psicológicas (Tabla 77) tras la infección por COVID-19, se observaron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables clínicas analizadas. Los profesionales sanitarios que habían desarrollado este tipo de secuelas mostraron mayores puntuaciones medias en depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos en comparación con aquellos que no presentaron secuelas psicológicas. La magnitud del efecto fue pequeña en todas las variables clínicas.

*Tabla 77. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la presencia de las secuelas psicológicas después de la enfermedad del COVID-19 mediante la prueba de Mann-Whintey.*

| **Variables** | **Con secuelas psicológicas** ***M (DT)*** ***n* = 30** | **Sin secuelas psicológicas** ***M (DT)*** ***n* = 601** | ***z*** | ***p*** | ***r*** |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 6,30 (4,72) | 2,65 (2,92) | 4,76 | **< 0,001** | 0,19 |
| Ansiedad | 5,07 (5,37) | 2,39 (2,94) | 2,94 | **0,003** | 0,12 |
| Estrés | 8,87 (4,58) | 5,18 (3,77) | 4,32 | **< 0,001** | 0,18 |
| Insomnio | 11,70 (5,43) | 7,08 (5,57) | 4,31 | **< 0,001** | 0,17 |
| Síntomas somáticos | 10,77 (6,25) | 6,29 (4,87) | 4,03 | **< 0,001** | 0,16 |

Tal y como queda reflejado en la Tabla 78, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés en función de la presencia de secuelas psicológicas tras la enfermedad por COVID-19. En estos análisis no se incluyeron las variables de insomnio ni de síntomas somáticos debido a la insuficiente frecuencia de casos en algunas categorías, lo que comprometía la estabilidad de las estimaciones.

En concreto, los profesionales sanitarios que habían desarrollado secuelas psicológicas presentaron una mayor probabilidad de manifestar sintomatología depresiva (OR = 4,49; IC 95% [2,07–9,72]), así como de ansiedad (OR = 2,90; IC 95%

[1,36–6,18]) y de estrés (OR = 3,12; IC 95% [1,47–6,63]), en comparación con aquellos que no habían experimentado este tipo de secuelas.

*Tabla 78. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la presencia de las secuelas psicológicas después de la enfermedad del COVID-19 mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Secuelas psicológicas | | | | |
| Sí | 14 (46,67) | 16 (53,33) | 18,25(1) | **< 0,001** |
| No | 479 (79,70) | 122 (20,30) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Secuelas psicológicas | | | | |
| Sí | 15 (50,00) | 15 (50,00) | 8,66(1) | **0,003** |
| No | 447 (74,38) | 154 (25,62) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Secuelas psicológicas | | | | |
| Sí | 15 (50,00) | 15 (50,00) | 9,94(1) | **0,002** |
| No | 455 (75,71) | 146 (24,29) | | |

Tal y como se muestra en la Tabla 79, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables clínicas analizadas entre los participantes que habían experimentado alteraciones de los sentidos tras superar la enfermedad por COVID-19 y aquellos que no presentaron dichas alteraciones. La magnitud del efecto fue irrelevante en todas las variables clínicas estudiadas.

*Tabla 79. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la presencia de alteraciones de los sentidos después de la enfermedad por COVID-19 mediante la prueba de Mann-Whintey.*

| **Variables** | **Con alteración de los sentidos** | **Sin alteración de los sentidos** | ***z*** | ***p*** | ***r*** |
|---|---|---|---|---|---|
| | ***M (DT)*** ***n* = 23** | ***M (DT)*** ***n* = 608** | | | |
| Depresión | 3,39 (2,98) | 2,80 (3,13) | 1,25 | 0,212 | 0,05 |
| Ansiedad | 3,74 (3,63) | 2,47 (3,12) | 1,89 | 0,059 | 0,08 |
| Estrés | 5,91 (3,44) | 5,34 (3,91) | 1,02 | 0,308 | 0,04 |
| Insomnio | 8,17 (6,77) | 7,24 (5,60) | 1,02 | 0,308 | 0,04 |
| Síntomas somáticos | 8,83 (4,71) | 6,44 (5,04) | 1,96 | 0,051 | 0,08 |

Tal y como se observa en la Tabla 80, únicamente se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de sintomatología ansiosa en función de la presencia de alteraciones de los sentidos tras la enfermedad por COVID-19. Los profesionales sanitarios que habían desarrollado este tipo de alteraciones presentaron mayor probabilidad de manifestar sintomatología de ansiedad (OR = 2,61; IC 95% [1,12–6,10]) en comparación con aquellos que no experimentaron dicha repercusión. No se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre la presencia de alteraciones de los sentidos y la sintomatología de insomnio.

Las variables de depresión, estrés y síntomas somáticos no fueron incluidas en estos análisis debido a la insuficiente frecuencia de casos en algunas categorías, lo que comprometía la estabilidad de las estimaciones.

*Tabla 80. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la presencia de alteraciones de los sentidos después de la enfermedad por COVID-19 mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Alteración de los sentidos | | | | |
| Sí | 12 (52,17) | 11 (47,83) | 5,39(1) | **0,020** |
| No | 450 (74,01) | 158 (25,99) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Alteración de los sentidos | | | | |
| Sí | 13 (56,52) | 10 (43,48) | 0,01(1) | 0,921 |
| No | 350 (57,57) | 258 (42,43) | | |

Tal y como se observa en la Tabla 81, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables clínicas analizadas en función de la presencia de secuelas físicas tras la enfermedad por COVID-19. Los profesionales sanitarios que habían desarrollado secuelas físicas mostraron mayores puntuaciones medias en depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos en comparación con aquellos que no presentaron este tipo de secuelas. La magnitud del efecto fue pequeña en todas las variables clínicas, siendo ligeramente más elevada en la sintomatología somática y en la ansiedad.

*Tabla 81. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la presencia de las secuelas físicas después de la enfermedad por COVID-19 mediante la prueba de Mann-Whintey.*

| **Variables** | **Con secuelas físicas** *M (DT)* **n = 51** | **Sin secuelas físicas** *M (DT)* **n = 580** | *z* | *p* | *r* |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 4,94 (3,89) | 2,70 (3,02) | 2,80 | **0,005** | 0,11 |
| Ansiedad | 4,18 (4,85) | 2,30 (2,86) | 4,80 | **< 0,001** | 0,19 |
| Estrés | 7,41 (4,46) | 5,18 (3,79) | 3,54 | **< 0,001** | 0,14 |
| Insomnio | 10,25 (6,07) | 7,04 (5,54) | 3,75 | **< 0,001** | 0,15 |
| Síntomas somáticos | 10,43 (5,83) | 6,16 (4,81) | 5,32 | **< 0,001** | 0,21 |

Tal y como se muestra en la Tabla 82, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de sintomatología depresiva, ansiosa, de estrés e insomnio en función de la presencia de secuelas físicas tras la enfermedad por COVID-19. La variable de síntomas somáticos no fue incluida en estos análisis debido a la insuficiente frecuencia de casos en algunas categorías, lo que comprometía la estabilidad de las estimaciones. Los profesionales sanitarios que habían desarrollado secuelas físicas presentaron mayor probabilidad de manifestar sintomatología depresiva (OR = 2,09; IC 95% [1,13–3,88]), sintomatología de ansiedad (OR = 2,44; IC 95% [1,36–4,38]), sintomatología de estrés (OR = 2,41; IC 95% [1,33–4,38]) e insomnio (OR = 3,26; IC 95% [1,74–6,11]) en comparación con aquellos que no presentaron este tipo de secuelas.

*Tabla 82. Análisis de la prevalencia de las variables clínicas según la presencia de las secuelas físicas después de la enfermedad por COVID-19 mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Secuelas físicas | | | | |
| Sí | 33 (64,71) | 18 (35,29) | 5,85(1) | **0,016** |
| No | 460 (79,31) | 120 (20,69) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Secuelas físicas | | | | |
| Sí | 28 (54,90) | 23 (45,10) | 9,49(1) | **0,002** |
| No | 434 (74,83) | 146 (25,17) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Secuelas físicas | | | | |
| Sí | 29 (56,86) | 22 (43,14) | 9,07(1) | **0,003** |
| No | 441 (74,75) | 139 (25,25) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Secuelas físicas | | | | |
| Sí | 16 (31,37) | 35 (68,63) | 15,54(1) | **< 0,001** |
| No | 347 (59,83) | 233 (40,17) | | |

### *11.3.5.5. Consecuencias de la pandemia*

Tal y como se observa en la Tabla 83, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables clínicas en función de la presencia de consecuencias personales derivadas de la pandemia por COVID-19. Los profesionales sanitarios que habían experimentado este tipo de repercusiones mostraron mayores puntuaciones medias en depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos en comparación con aquellos que no habían experimentado consecuencias personales.

La magnitud del efecto fue pequeña en todas las variables clínicas, siendo ligeramente más elevada en la sintomatología de estrés y depresión.

*Tabla 83. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la presencia de las consecuencias de la pandemia por COVID-19 a nivel personal mediante la prueba de Mann-Whitney.*

| **Variables** | **Sin consecuencias de la pandemia** ***M (DT)*** ***n* = 154** | **Con consecuencias de la pandemia** ***M (DT)*** ***n* = 477** | ***z*** | ***p*** | ***r*** |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 1,80 (2,65) | 3,15 (3,20) | 6,03 | **< 0,001** | 0,24 |
| Ansiedad | 1,53 (2,28) | 2,83 (3,32) | 4,61 | **< 0,001** | 0,18 |
| Estrés | 3,71 (3,46) | 5,89 (3,89) | 6,51 | **< 0,001** | 0,26 |
| Insomnio | 5,62 (5,35) | 7,84 (5,64) | 4,68 | **< 0,001** | 0,19 |
| Síntomas somáticos | 5,09 (5,19) | 6,96 (4,90) | 5,09 | **< 0,001** | 0,20 |

Tal y como se observa en la Tabla 84, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de todas las variables clínicas en función de la presencia de consecuencias personales derivadas de la pandemia por COVID-19. Los profesionales sanitarios que habían experimentado este tipo de repercusiones presentaron mayor probabilidad de manifestar sintomatología depresiva (OR = 2,74; IC 95% [1,55–4,83]), ansiosa (OR = 3,26; IC 95% [1,90–5,60]) y de estrés (OR = 2,81; IC 95% [1,60–4,93]) en comparación con aquellos que no habían experimentado consecuencias personales. Asimismo, la presencia de consecuencias personales se asoció significativamente con un mayor riesgo de insomnio (OR = 2,13; IC 95% [1,37–3,31]) y de síntomas somáticos (OR = 2,61; IC 95% [1,69–4,02]).

*Tabla 84. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la presencia de las consecuencias de la pandemia por COVID-19 a nivel personal mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Consecuencias de la pandemia | | | | |
| Sí | 356 (74,60) | 121 (25,40) | 13,99(1) | **< 0,001** |
| No | 137 (89,00) | 17 (11,00) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Consecuencias de la pandemia | | | | |
| Sí | 327 (68,55) | 150 (31,45) | 21,68(1) | **< 0,001** |
| No | 135 (87,66) | 19 (12,34) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Consecuencias de la pandemia | | | | |
| Sí | 336 (70,40) | 141 (29,60) | 16,82(1) | **< 0,001** |
| No | 134 (87,00) | 20 (13,00) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Consecuencias de la pandemia | | | | |
| Sí | 254 (53,20) | 223 (46,80) | 14,64(1) | **< 0,001** |
| No | 109 (70,80) | 45 (29,20) | | |
| | **No síntomas somáticos** *n (%)* | **Síntomas somáticos** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Consecuencias de la pandemia | | | | |
| Sí | 170 (35,60) | 307 (64,40) | 26,40(1) | **< 0,001** |
| No | 91 (59,10) | 63 (40,90) | | |

Tal y como se muestra en la Tabla 85, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en las variables de depresión, estrés e insomnio en función de la presencia de consecuencias económicas derivadas de la pandemia por COVID-19 a nivel personal. Los profesionales sanitarios que habían experimentado este tipo de repercusiones presentaron mayores puntuaciones medias en estas tres variables clínicas en comparación con aquellos que no habían sufrido consecuencias económicas. La magnitud del efecto fue pequeña en las variables de depresión e insomnio, mientras que en el caso del estrés el tamaño del efecto fue muy reducido.

*Tabla 85. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la presencia de las consecuencias económicas como repercusión de la pandemia por COVID-19 a nivel personal mediante la prueba Mann-Whitney.*

| **Variables** | **Con consecuencias económicas** ***M (DT)*** ***n* = 138** | **Sin consecuencias económicas** ***M (DT)*** ***n* = 493** | ***z*** | ***p*** | ***r*** |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 3,45 (3,44) | 2,65 (3,01) | 2,70 | **0,007** | 0,11 |
| Ansiedad | 2,91 (3,48) | 2,40 (3,04) | 1,30 | 0,193 | 0,05 |
| Estrés | 5,91 (3,88) | 5,20 (3,88) | 2,15 | **0,032** | 0,08 |
| Insomnio | 8,37 (5,71) | 7,00 (5,60) | 2,67 | **0,008** | 0,11 |
| Síntomas somáticos | 7,11 (5,11) | 6,33 (5,00) | 1,77 | 0,077 | 0,08 |

Tal y como se observa en la Tabla 86, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en función de la presencia de consecuencias económicas derivadas de la pandemia por COVID-19 a nivel personal. Los profesionales sanitarios que habían experimentado incertidumbre económica presentaron mayor probabilidad de manifestar sintomatología depresiva (OR = 1,73; IC 95% [1,11–2,69]) y sintomatología de ansiedad (OR = 1,72; IC 95% [1,12–2,63]) en comparación con aquellos que no habían experimentado este tipo de repercusiones. No se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre las consecuencias económicas y la sintomatología de estrés, insomnio o síntomas somáticos.

*Tabla 86. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la presencia de las consecuencias económicas como repercusión de la pandemia por COVID-19 a nivel personal mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Consecuencias económicas | | | | |
| Sí | 97 (70,29) | 41 (29,71) | 6,35(1) | **0,012** |
| No | 396 (80,33) | 97 (19,67) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Consecuencias económicas | | | | |
| Sí | 89 (64,49) | 49 (35,51) | 6,86(1) | **0,009** |
| No | 374 (75,71) | 120 (24,29) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Consecuencias económicas | | | | |
| Sí | 97 (70,29) | 41 (29,71) | 1,64(1) | 0,201 |
| No | 373 (75,66) | 120 (24,34) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Consecuencias económicas | | | | |
| Sí | 71 (51,45) | 67 (48,55) | 2,67(1) | 0,102 |
| No | 292 (59,30) | 201 (40,70) | | |
| | **No síntomas somáticos** *n (%)* | **Síntomas somáticos** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Consecuencias económicas | | | | |
| Sí | 49 (59,24) | 89 (40,76) | 2,50(1) | 0,114 |

| | | |
|---|---|---|
| No | 212 (43,00) | 281 (57,00) |

Tal y como se puede observar en la Tabla 87, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la severidad de la sintomatología depresiva, ansiosa, de estrés, insomnio ni de síntomas somáticos entre los profesionales sanitarios que habían perdido a una persona cercana a causa de la COVID-19 y aquellos que no habían experimentado dicha pérdida. Asimismo, la magnitud del efecto fue irrelevante en todas las variables clínicas analizadas

*Tabla 87. Análisis de la severidad de las variables clínicas según la presencia de pérdida de alguien cercano como consecuencia de la pandemia por COVID-19 a nivel personal mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **Con pérdida de alguien cercano** ***M (DT)*** ***n* = 123** | **Sin pérdida de alguien cercano** ***M (DT)*** ***n* = 508** | ***z*** | ***p*** | ***r*** |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 2,76 (2,74) | 2,84 (3,21) | 0,48 | 0,629 | 0,02 |
| Ansiedad | 2,49 (3,17) | 2,52 (3,14) | -0,07 | 0,946 | -0,00 |
| Estrés | 5,60 (3,73) | 5,30 (3,93) | 1,07 | 0,284 | 0,04 |
| Insomnio | 7,53 (5,21) | 7,22 (5,75) | 1,24 | 0,233 | 0,05 |
| Síntomas somáticos | 6,90 (4,88) | 6,40 (5,07) | 1,19 | 0,216 | 0,05 |

Según la Tabla 88, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de la sintomatología clínica en función del hecho de haber perdido a alguien cercano a causa de la pandemia por COVID-19 en ninguna de las variables analizadas.

*Tabla 88. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la presencia de pérdida de alguien cercano como consecuencia de la pandemia por COVID-19 a nivel personal mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Pérdida de alguien cercano | | | | |
| Sí | 95 (77,24) | 28 (22,76) | 0,07(1) | 0,789 |
| No | 398 (78,35) | 110 (21,65) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Pérdida de alguien cercano | | | | |
| Sí | 88 (71,54) | 35 (28,46) | 0,22(1) | 0,641 |
| No | 374 (73,62) | 134 (26,38) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Pérdida de alguien cercano | | | | |
| Sí | 85 (69,11) | 38 (30,89) | 2,33(1) | 0,127 |
| No | 385 (75,79) | 123 (24,21) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Pérdida de alguien cercano | | | | |
| Sí | 67 (54,47) | 56 (45,53) | 0,58(1) | 0,445 |
| No | 296 (58,27) | 212 (41,73) | | |
| | **No síntomas somáticos** *n (%)* | **Síntomas somáticos** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Pérdida de alguien cercano | | | | |
| Sí | 45 (36,59) | 78 (63,41) | 1,44(1) | 0,230 |
| No | 216 (42,52) | 292 (57,48) | | |

Tal y como se recoge en la Tabla 89, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la severidad de la sintomatología depresiva, ansiosa, de estrés y de síntomas somáticos en función de la presencia de consecuencias emocionales derivadas de la pandemia por COVID-19 a nivel personal. En concreto, los profesionales sanitarios que manifestaron haber experimentado repercusiones emocionales mostraron mayores niveles de sintomatología en estas variables en comparación con aquellos que no las habían referido.

En cuanto al tamaño del efecto, este fue pequeño pero relevante para las variables de depresión, ansiedad, estrés y síntomas somáticos. Por el contrario, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la variable de insomnio, y la magnitud del efecto fue irrelevante en este caso.

*Tabla 89. Análisis de la severidad de las variables clínicas en función de la presencia de consecuencias emocionales como consecuencia de la pandemia por COVID-19 a nivel personal mediante la prueba de Mann-Whitney.*

| **Variables** | **Con consecuencias emocionales** ***M (DT)*** ***n* = 69** | **Sin consecuencias emocionales** ***M (DT)*** ***n* = 562** | ***z*** | ***p*** | ***r*** |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 3,77 (3,36) | 2,70 (3,07) | 3,21 | **0,001** | 0,13 |
| Ansiedad | 3,26 (3,44) | 2,42 (3,09) | 2,49 | **0,013** | 0,10 |
| Estrés | 6,74 (3,92) | 5,19 (3,85) | 3,12 | **0,002** | 0,12 |
| Insomnio | 8,33 (5,62) | 7,17 (5,64) | 1,78 | 0,076 | 0,07 |
| Síntomas somáticos | 7,71 (4,78) | 6,35 (5,04) | 2,49 | **0,013** | 0,10 |

Viendo la Tabla 90, se puede apreciar que los profesionales sanitarios que habían desarrollado consecuencias emocionales como repercusión de la pandemia por COVID-19 tuvieron mayor riesgo de presentar sintomatología de depresión (OC = 1,79; IC 95% [1,02–3,21]) y síntomas somáticos (*OC* = 2,00; IC 95% [1,15–3,45]) en comparación con aquellos trabajadores sanitarios que no lo habían experimentado. Por otra parte, no se halló una asociación estadísticamente significativa entre el hecho de haber sufrido repercusiones emocionales como

consecuencia de la pandemia por COVID-19, y un mayor riesgo de presentar sintomatología de ansiedad (OC = 1,32; IC 95% [0,76–2,27]), estrés (OC = 1.54; IC 95% [0,91–2,63]) e insomnio (OC = 1,12; IC 95% [0,68–1,85]).

*Tabla 90. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica teniendo en cuenta la presencia de consecuencias emocionales como repercusión de la pandemia por COVID-19 a nivel personal mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Consecuencias emocionales | | | | |
| Sí | 47 (68,12) | 22 (31,88) | 4,55(1) | **0,033** |
| No | 446 (79,64) | 114 (20,36) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Consecuencias emocionales | | | | |
| Sí | 47 (68,12) | 22 (31,88) | 1,03(1) | 0,311 |
| No | 415 (73,83) | 147 (26,17) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Consecuencias emocionales | | | | |
| Sí | 32 (61,54) | 20 (38,46) | 2,49(1) | 0,114 |
| No | 424 (75,45) | 138 (24,55) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Consecuencias emocionales | | | | |
| Sí | 38 (55,07) | 31 (44,93) | 0,19(1) | 0,662 |
| No | 325 (57,83) | 237 (42,17) | | |
| | **No síntomas somáticos** | **Síntomas somáticos** | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |

| | *n (%)* | *n (%)* | | |
|---|---|---|---|---|
| Consecuencias emocionales | | | | |
| Sí | 19 (27,54) | 50 (72,46) | 6,11(1) | **0,013** |
| No | 242 (43,06) | 320 (56,94) | | |

Viendo los resultados plasmados en la Tabla 91, se puede apreciar que también se hallaron diferencias estadísticas en todas las variables clínicas entre los profesionales sanitarios que habían sufrido consecuencias en relaciones sociales como repercusión de la pandemia por COVID-19, y los que no. Las consecuencias en relaciones sociales fueron identificadas como un importante factor moderador, agravando la sintomatología clínica de la depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos. Se observó la magnitud del efecto relevante, aunque pequeña para todas las variables clínicas.

.

*Tabla 91. Análisis de la severidad de las variables clínicas de acuerdo con la presencia de consecuencias en relaciones sociales como repercusión de la pandemia por COVID-19 a nivel personal mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **Con consecuencias en relaciones sociales** ***M (DT)*** ***n* = 60** | **Sin consecuencias en relaciones sociales** ***M (DT)*** ***n* = 571** | *z* | *p* | *r* |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 4,73 (4,12) | 2,62 (2,88) | 6,85 | **< 0,001** | 0,27 |
| Ansiedad | 4,12 (4,24) | 2,35 (2,96) | 4,90 | **< 0,001** | 0,20 |
| Estrés | 7,43 (4,13) | 5,14 (3,80) | 6,74 | **< 0,001** | 0,27 |
| Insomnio | 10,77 (6,33) | 6,93 (5,45) | 4,35 | **< 0,001** | 0,17 |
| Síntomas somáticos | 8,67 (6,09) | 6, 27 (4,86) | 5,49 | **< 0,001** | 0,22 |

Viendo la Tabla 92, se puede apreciar que los profesionales sanitarios que habían experimentado consecuencias en sus relaciones sociales como repercusión de la pandemia por COVID-19 presentaron una mayor probabilidad de mostrar

sintomatología clínica en todas las variables analizadas. En concreto, este grupo mostró mayor riesgo de depresión (OR = 2,42; IC 95% [1,65–3,56]), ansiedad (OR = 2,53; IC 95% [1,76–3,64]), estrés (OR = 2,49; IC 95% [1,72–3,59]) e insomnio (OR = 2,29; IC 95% [1,64–3,20]). Asimismo, la asociación fue especialmente marcada para los síntomas somáticos (OR = 4,83; IC 95% [3,31–7,05]).

*Tabla 92. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica a nivel personal, según la presencia de consecuencias en relaciones sociales como repercusión de la pandemia por COVID-19 mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Consecuencias en relaciones sociales | | | | |
| Sí | 147 (67,74) | 70 (32,26) | 20,89(1) | **< 0,001** |
| No | 346 (83,57) | 68 (16,43) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Consecuencias en relaciones sociales | | | | |
| Sí | 132 (60,83) | 85 (39,17) | 25,88(1) | **< 0,001** |
| No | 330 (79,71) | 84 (20,29) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Consecuencias en relaciones sociales | | | | |
| Sí | 136 (62,67) | 81 (37,33) | 24,28(1) | **< 0,001** |
| No | 334 (80,67) | 80 (19,33) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Consecuencias en relaciones sociales | | | | |
| Sí | 96 (44,24) | 121 (55,76) | 23,90(1) | **< 0,001** |
| No | 267 (64,49) | 147 (35,51) | | |

| | **No síntomas somáticos** *n (%)* | **Síntomas somáticos** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Consecuencias en relaciones sociales | | | | |
| Sí | 59 (27,19) | 158 (72,81) | 27,40(1) | **< 0,001** |
| No | 202 (64,33) | 112 (35,67) | | |

Igualmente, se observaron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables clínicas evaluadas en función de la presencia de abandono del cuidado personal como consecuencia individual de la pandemia por COVID-19. Tal y como se muestra en la Tabla 93, los profesionales sanitarios que refirieron haber experimentado abandono del cuidado personal presentaron puntuaciones medias más elevadas en depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos en comparación con aquellos que no habían experimentado dicha repercusión. En cuanto a la magnitud del efecto, esta resultó relevante para todas las variables clínicas, pudiendo interpretarse como pequeña.

*Tabla 93. Análisis de la severidad de las variables clínicas en función de la presencia de abandono del cuidado personal como manifestación individual del impacto de la pandemia por COVID-19 mediante la prueba de Mann-Whitney.*

| **Variables** | **Abandono del cuidado personal** *M (DT)* ***n* = 43** | **Sin abandono del cuidado personal** *M (DT)* ***n* = 588** | *z* | *p* | *r* |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 5,63 (3,88) | 2,64 (2,98) | 5,35 | **< 0,001** | 0,21 |
| Ansiedad | 5,35 (4,74) | 2,29 (3,87) | 5,36 | **< 0,001** | 0,21 |
| Estrés | 8,12 (4,46) | 5,16 (3,77) | 4,36 | **< 0,001** | 0,17 |
| Insomnio | 11,44 (6,20) | 6,99 (5,49) | 4,58 | **< 0,001** | 0,18 |
| Síntomas somáticos | 10,70 (6,45) | 6,19 (4,78) | 4,65 | **< 0,001** | 0,18 |

Respecto a la prevalencia de la sintomatología clínica plasmada en la Tabla 94, los profesionales sanitarios que habían experimentado abandono del cuidado personal como consecuencia de la pandemia por COVID-19 presentaron una mayor probabilidad de manifestar sintomatología de depresión y ansiedad, respectivamente 4,17 (IC 95% [2,27–7,69]) y 4,35 (IC 95% [2,27–8,34]) veces superior en comparación con aquellos que no habían experimentado dicha situación. De manera similar, se observó una asociación estadísticamente significativa entre el abandono del cuidado personal y una mayor probabilidad de presentar sintomatología de estrés (OR = 4,16; IC 95% [2,22–7,69]) e insomnio (OR = 4,34; IC 95% [2,15–9,09]). En estos análisis se excluyó la variable de síntomas somáticos debido al insuficiente número de casos en algunas categorías ($n < 10$).

*Tabla 94. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica según la presencia del abandono del cuidado personal como consecuencia de la pandemia por COVID-19 a nivel personal mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Abandono del cuidado personal | | | | |
| Sí | 21 (48,84) | 22 (51,16) | 23,17(1) | **< 0,001** |
| No | 472 (80,27) | 116 (19,73) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Abandono del cuidado personal | | | | |
| Sí | 18 (41,86) | 25 (58,14) | 23,14(1) | **< 0,001** |
| No | 444 (75,51) | 144 (24,49) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Abandono del cuidado personal | | | | |
| Sí | 19 (44,19) | 24 (55,81) | 22,29(1) | **< 0,001** |
| No | 451 (76,70) | 137 (23,30) | | |
| | **No insomnio** | **Insomnio** | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |

| | *n (%)* | *n (%)* | | |
|---|---|---|---|---|
| Abandono del cuidado personal | | | | |
| Sí | 11 (25,60) | 32 (74.40) | 19,27(1) | **< 0,001** |
| No | 352 (59,90) | 236 (40,10) | | |

Mientras tanto, respecto a la presencia de consecuencias familiares como repercusión de la pandemia por COVID-19 a nivel personal, de acuerdo con los resultados plasmados en la Tabla 95, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales sanitarios que habían experimentado este tipo de repercusiones y aquellos que no en las variables de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos. En concreto, las personas que informaron de consecuencias familiares derivadas de la pandemia presentaron puntuaciones medias más elevadas en todas las variables clínicas analizadas. En cuanto a la magnitud del efecto, esta fue pequeña

*Tabla 95. Análisis de la severidad de las variables clínicas conforme a la presencia de consecuencias familiares como repercusión de la pandemia por COVID-19 a nivel personal mediante la prueba de Mann-Whitney.*

| **Variables** | **Consecuencias familiares** *M (DT)* **n = 60** | **Sin consecuencias familiares** *M (DT)* **n = 571** | *z* | *p* | *r* |
|---|---|---|---|---|---|
| Depresión | 4,73 (4,78) | 2,35 (2,88) | 4,09 | **< 0,001** | 0,16 |
| Ansiedad | 4,12 (4,24) | 2,62 (2,96) | 3,55 | **< 0,001** | 0,14 |
| Estrés | 7,43 (4,13) | 5,14 (3,80) | 4,31 | **< 0,001** | 0,17 |
| Insomnio | 10,77 (6,33) | 6,93 (5,49) | 4,56 | **< 0,001** | 0,18 |
| Síntomas somáticos | 8,67 (6,09) | 6,27 (4,88) | 2,98 | **0,003** | 0,12 |

Por otro lado, tal y como se muestra en la Tabla 96, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de todas las variables clínicas en función de haber experimentado consecuencias familiares como repercusión negativa de la pandemia por COVID-19. En concreto, los profesionales sanitarios

que habían presentado problemas familiares derivados de la pandemia mostraron una mayor probabilidad de manifestar sintomatología de depresión (OR = 2,86; IC 95% [1,67–5,00]) y ansiedad (OR = 3,13; IC 95% [1,82–5,26]) en comparación con aquellos que no habían experimentado dicha situación. De manera similar, las consecuencias familiares se asociaron significativamente con un mayor riesgo de presentar sintomatología de estrés (OR = 3,13; IC 95% [1,82–5,26]), insomnio (OR = 3,03; IC 95% [1,72–5,29]) y síntomas somáticos (OR = 1,89; IC 95% [1,05–3,34]) en la muestra sanitaria analizada.

*Tabla 96. Análisis de la prevalencia de la sintomatología clínica en función de la presencia de consecuencias familiares como repercusión de la pandemia por COVID-19 a nivel personal mediante la prueba de chi-cuadrado.*

| **Variables** | **No depresión** *n (%)* | **Depresión** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
|---|---|---|---|---|
| Consecuencias familiares | | | | |
| Sí | 35 (58,30) | 25 (41,70) | 15,21(1) | **< 0,001** |
| No | 458 (80,21) | 113 (19,79) | | |
| | **No ansiedad** *n (%)* | **Ansiedad** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Consecuencias familiares | | | | |
| Sí | 30 (50,00) | 30 (50,00) | 18,23(1) | **< 0,001** |
| No | 432 (75,64) | 139 (24,36) | | |
| | **No estrés** *n (%)* | **Estrés** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Consecuencias familiares | | | | |
| Sí | 31 (51,67) | 29 (48,33) | 18,17(1) | **< 0,001** |
| No | 439 (76,90) | 132 (23,10) | | |
| | **No insomnio** *n (%)* | **Insomnio** *n (%)* | $\chi^2$ *(gl)* | *p* |
| Consecuencias familiares | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Sí | 20 (33,33) | 40 (66,67) | 15,89(1) | < **0,001** |
| No | 343 (60,07) | 228 (39,93) | | |
| | **No síntomas somáticos** ***n (%)*** | **Síntomas somáticos** ***n (%)*** | $\chi^2$ ***(gl)*** | ***p*** |
| Consecuencias familiares | | | | |
| Sí | 17 (28,33) | 43 (71,67) | 4,64(1) | **0,031** |
| No | 244 (42,72) | 327 (57,28) | | |

### 11.4. MODELOS PREDICTIVOS

Con el objetivo de identificar los factores asociados con la prevalencia y la severidad de cada una de las variables clínicas analizadas, se realizaron diferentes modelos de regresión incluyendo exclusivamente aquellas variables que habían mostrado asociaciones estadísticamente significativas en los análisis bivariados previos. Para las variables de prevalencia (presencia/ausencia de sintomatología), se estimaron modelos de regresión logística binaria por pasos, mientras que para las variables de severidad (puntuaciones en las escalas), se aplicaron modelos de regresión lineal múltiple. En ambos casos, el procedimiento por pasos permitió obtener modelos finales parsimoniosos, reteniendo únicamente aquellos predictores que mantenían una asociación estadísticamente significativa tras controlar el efecto del resto de variables incluidas en el modelo.

#### 11.4.1. Modelos predictivos de prevalencia de la sintomatología clínica

##### *11.4.1.1. Depresión*

En la Tabla 97 se presenta el modelo final de regresión logística para la prevalencia de la sintomatología depresiva, incluyendo exclusivamente las variables que resultaron significativas en el análisis previo. El modelo obtenido fue estadísticamente significativo, $\chi^2$ (6) = 101,38, $p < 0,001$.

Entre los predictores incluidos, las consecuencias negativas de la pandemia por COVID-19 en el autocuidado (OR = 2,94; IC 95% [1,46–5,91]) y el deterioro de la calidad de vida sexual (OR = 2,86; IC 95% [1,81–4,50]) mostraron las asociaciones

más elevadas con la presencia de sintomatología depresiva. Asimismo, los profesionales sanitarios que informaron de atracones de comida presentaron una mayor probabilidad de depresión (OR = 2,30; IC 95% [1,37–3,87]), al igual que aquellos que reportaron secuelas neurológicas tras padecer COVID-19 (OR = 2,13; IC 95% [1,02–4,43]). Por otra parte, la reducción de la ingesta alimentaria (OR = 1,93; IC 95% [1,16–3,21]) y la reducción de los contactos sociales durante los últimos dos años y medio (OR = 1,78; IC 95% [1,14–2,79]) también se asociaron de forma significativa con una mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva, aunque con un menor peso relativo dentro del modelo.

En conjunto, el modelo explicó el 22,80 % de la varianza de la variable dependiente ($R^2$ de Nagelkerke = 0,228) y clasificó correctamente al 81,00 % de los participantes.

*Tabla 97. Modelo de regresión logística por pasos para predecir la prevalencia de los síntomas de depresión.*

| **Depresión** | ***B*** | ***EE*** | ***Wald*** | ***gl*** | ***p*** | **OR** | **IC 95% inferior** | **IC 95% superior** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Reducción de contactos sociales (Sí) | 0,58 | 0,23 | 6,40 | 1 | 0,011 | 1,78 | 1,14 | 2,79 |
| Reducción de ingesta (Sí) | 0,66 | 0,26 | 6,40 | 1 | 0,011 | 1,93 | 1,16 | 3,21 |
| Atracones (Sí) | 0,83 | 0,27 | 9,86 | 1 | 0,002 | 2,30 | 1,37 | 3,87 |
| Deterioro de la vida sexual (Sí) | 1,05 | 0,23 | 20,53 | 1 | < 0,001 | 2,86 | 1,81 | 4,50 |
| Secuelas neurológicas (Sí) | 0,76 | 0,37 | 4,09 | 1 | 0,043 | 2,13 | 1,02 | 4,43 |
| Consecuencias del autocuidado (Sí) | 1,08 | 0,36 | 9,13 | 1 | 0,003 | 2,94 | 1,46 | 5,91 |
| Constante | -2,60 | 0,55 | 22,52 | 1 | < 0,001 | | | |

*11.4.1.2.* ***Ansiedad***

En la Tabla 98 se presenta el modelo final de regresión logística para predecir la prevalencia de la sintomatología de ansiedad en los profesionales sanitarios en la etapa pospandémica, incluyendo únicamente las variables que resultaron significativas en el análisis previo. El modelo obtenido fue estadísticamente significativo, $\chi^2(7) = 144{,}07$, $p < 0{,}001$.

Entre los predictores incluidos, las consecuencias negativas de la pandemia por COVID-19 en el autocuidado (OR = 3,54; IC 95% [1,68–7,47]) y el deterioro de la calidad de vida sexual (OR = 3,42; IC 95% [2,17–5,38]) mostraron las asociaciones más elevadas con la presencia de sintomatología de ansiedad. Asimismo, la reducción de la actividad física (OR = 2,63; IC 95% [1,61–4,31]) y el consumo de sustancias relajantes (OR = 2,53; IC 95% [1,28–4,98]) se asociaron significativamente con una mayor probabilidad de ansiedad. Del mismo modo, la presencia de atracones de comida (OR = 2,43; IC 95% [1,44–4,09]) y el seguimiento de tratamiento crónico (OR = 2,28; IC 95% [1,42–3,67]) también se relacionaron con una mayor probabilidad de presentar sintomatología ansiosa. Finalmente, las consecuencias negativas de la pandemia en las relaciones sociales (OR = 2,20; IC 95% [1,45–3,33]) constituyeron el predictor con menor peso relativo dentro del modelo.

En general, el modelo explicó el 29,70% de la varianza de la variable dependiente ($R^2$ de Nagelkerke = 0,297) y clasificó correctamente al 78,40% de los participantes.

*Tabla 98. Modelo de regresión logística por pasos para predecir la prevalencia de los síntomas de ansiedad.*

| Ansiedad | *B* | *EE* | *Wald* | *gl* | *p* | OR | IC 95% inferior | IC 95% superior |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tratamiento crónico (Sí) | 0,82 | 0,24 | 11,53 | 1 | 0,001 | 2,28 | 1,42 | 3,67 |
| Atracones (Sí) | 0,89 | 0,27 | 11,01 | 1 | 0,001 | 2,43 | 1,44 | 4,09 |
| Deterioro de la vida sexual (Sí) | 1,23 | 0,23 | 28,12 | 1 | <0,001 | 3,42 | 2,17 | 5,38 |
| Consumo de relajantes (Sí) | 0,93 | 0,35 | 7,17 | 1 | 0,007 | 2,53 | 1,28 | 4,98 |
| Reducción de la actividad física (Sí) | 0,97 | 0,25 | 14,82 | 1 | <0,001 | 2,63 | 1,61 | 4,31 |
| Consecuencias en relaciones sociales (Sí) | 0,79 | 0,21 | 13,91 | 1 | <0,001 | 2,20 | 1,45 | 3,33 |
| Consecuencias del autocuidado (Sí) | 1,26 | 0,38 | 10,98 | 1 | 0,001 | 3,54 | 1,68 | 7,47 |
| Constante | -3,92 | 0,55 | 51,72 | 1 | <0,001 | | | |

#### *11.4.1.3. **Estrés***

En la Tabla 99 se presenta el modelo final de regresión logística por pasos para predecir la prevalencia de la sintomatología de estrés en los profesionales sanitarios en la etapa pospandémica. El modelo obtenido fue estadísticamente significativo, $\chi^2(5) = 94,55$, $p < 0,001$.

Entre los predictores incluidos, las consecuencias negativas de la pandemia por COVID-19 en el autocuidado (OR = 2,98; IC 95% [1,51–5,87]) mostraron la asociación más elevada con la presencia de sintomatología de estrés. Asimismo, deterioro de la calidad de vida sexual (OR = 2,66; IC 95% [1,74–4,07]) y el aumento del consumo de tabaco (OR = 2,32; IC 95% [1,43–3,78]) también se asociaron significativamente con una mayor probabilidad de presentar estrés. Por otra parte, la reducción de los contactos sociales (OR = 1,86; IC 95% [1,23–2,82]) y las

consecuencias negativas de la pandemia en las relaciones sociales (OR = 1,72; IC 95% [1,15–2,57]) se identificaron igualmente como predictores significativos, aunque con un menor peso relativo dentro del modelo.

En su totalidad, el modelo explicó el 20,50% de la varianza de la variable dependiente ($R^2$ de Nagelkerke = 0,205) y clasificó correctamente al 77,80% de los participantes.

*Tabla 99. Modelo de regresión logística por pasos para predecir la prevalencia del estrés.*

| Estrés | ***B*** | ***EE*** | ***Wald*** | ***gl*** | ***p*** | **OR** | **IC 95% inferior** | **IC 95% superior** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Reducción de contactos sociales (Sí) | 0,62 | 0,21 | 8,63 | 1 | 0,003 | 1,86 | 1,23 | 2,82 |
| Aumento del consumo de tabaco (Sí) | 0,84 | 0,25 | 11,49 | 1 | 0,001 | 2,32 | 1,43 | 3,78 |
| Deterioro de la vida sexual (Sí) | 0,98 | 0,22 | 20,53 | 1 | <0,001 | 2,66 | 1,74 | 4,07 |
| Consecuencias en relaciones sociales (Sí) | 0,54 | 0,21 | 6,97 | 1 | 0,008 | 1,72 | 1,15 | 2,57 |
| Consecuencias del autocuidado (Sí) | 1,09 | 0,35 | 9,99 | 1 | 0,002 | 2,98 | 1,51 | 5,87 |
| Constante | -1,97 | 0,40 | 27,72 | 1 | <0,001 | | | |

#### *11.4.1.4.* ***Insomnio***

En la Tabla 100 se presenta el modelo final de regresión logística por pasos para predecir la prevalencia de la sintomatología de insomnio en los profesionales sanitarios en la etapa pospandémica. El modelo obtenido fue estadísticamente significativo, $\chi^2(6) = 117,68$, $p < 0,001$.

Entre los predictores incluidos, el deterioro de la calidad de vida sexual (OR = 3,13; IC 95% [2,10–4,68]) mostró la asociación más elevada con la presencia de sintomatología de insomnio. Asimismo, la presencia de secuelas físicas tras padecer COVID-19 (OR = 2,70; IC 95% [1,37–5,33]) también se asoció significativamente con una mayor probabilidad de insomnio. Del mismo modo, las consecuencias negativas de la pandemia en el autocuidado (OR = 2,49; IC 95% [1,13–5,46]) y el aumento de la ingesta alimentaria (OR = 2,33; IC 95% [1,52–3,50]) se identificaron como predictores relevantes de la sintomatología de insomnio. Por otra parte, las consecuencias negativas de la pandemia en las relaciones sociales (OR = 1,80; IC 95% [1,24–2,60]) y el aumento del consumo de tabaco (OR = 1,67; IC 95% [1,03–2,72]) también se asociaron de forma significativa con la presencia de insomnio, aunque con un menor peso relativo dentro del modelo.

En conjunto, el modelo explicó el 22,90% de la varianza de la variable dependiente ($R^2$ de Nagelkerke = 0,229) y clasificó correctamente al 69,10% de los participantes.

*Tabla 100. Modelo de regresión logística por pasos para predecir la prevalencia de la sintomatología de insomnio en los profesionales sanitarios en la pospandemia.*

| Insomnio | *B* | *EE* | *Wald* | *gl* | *p* | **OR** | **IC 95% inferior** | **IC 95% superior** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Aumento en la ingesta (Sí) | 0,84 | 0,22 | 15,30 | 1 | < 0,001 | 2,33 | 1,52 | 3,50 |
| Aumento del consumo de tabaco (Sí) | 0,51 | 0,25 | 4,27 | 1 | 0,039 | 1,67 | 1,03 | 2,72 |
| Deterioro de la vida sexual (Sí) | 1,14 | 0,21 | 31,00 | 1 | < 0,001 | 3,13 | 2,10 | 4,68 |
| Secuelas físicas (Sí) | 1,00 | 0,35 | 8,25 | 1 | 0,004 | 2,70 | 1,37 | 5,33 |
| Consecuencias en relaciones sociales (Sí) | 0,57 | 0,19 | 9,74 | 1 | 0,002 | 1,80 | 1,24 | 2,60 |
| Consecuencias del | 0,91 | 0,40 | 5,17 | 1 | 0,023 | 2,49 | 1,13 | 5,46 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| autocuidado (Sí) | | | | | |
| Constante | -3,76 | 0,56 | 44,98 | 1 | < 0,001 |

*11.4.1.5.* ***Síntomas somáticos***

En la Tabla 101 se presenta el modelo final de regresión logística por pasos para predecir la prevalencia de la sintomatología somática en los profesionales sanitarios en la etapa pospandémica. El modelo obtenido fue estadísticamente significativo, $\chi^2(8) = 136{,}32$, $p < 0{,}001$.

Entre los predictores incluidos, el sexo mostró la asociación más elevada con la presencia de síntomas somáticos, observándose una mayor probabilidad de sintomatología en las mujeres (OR = 4,10; IC 95% [2,62–6,40]). Asimismo, el consumo de sustancias relajantes (OR = 3,88; IC 95% [1,51–9,94]) y la edad comprendida entre los 20 y 30 años (OR = 3,34; IC 95% [1,83–6,09]) también se asociaron significativamente con una mayor probabilidad de presentar síntomas somáticos.

Del mismo modo, el aumento de la ingesta alimentaria (OR = 2,81; IC 95% [1,71–4,60]), el seguimiento de tratamiento crónico (OR = 2,55; IC 95% [1,52–4,27]) y el aumento del consumo de tabaco (OR = 2,54; IC 95% [1,42–4,53]) se identificaron como predictores significativos de la sintomatología somática. Por otra parte, las consecuencias negativas de la pandemia en las relaciones sociales (OR = 2,20; IC 95% [1,47–3,29]) y el deterioro de la calidad de vida sexual (OR = 2,09; IC 95% [1,31–3,34]) también mostraron asociaciones significativas, aunque con un menor peso relativo dentro del modelo.

En total, el modelo explicó el 30,60% de la varianza de la variable dependiente ($R^2$ de Nagelkerke = 0,306) y clasificó correctamente al 72,30% de los participantes.

*Tabla 101. Modelo de regresión logística por pasos para predecir la prevalencia de la sintomatología somática en los profesionales sanitarios en la pospandemia.*

| Síntomas somáticos | *B* | *EE* | *Wald* | *gl* | *p* | OR | IC 95% inferior | IC 95% superior |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Edad (20-30) | 1,21 | 0,31 | 15,42 | 1 | < 0,001 | 3,34 | 1,83 | 6,09 |
| Sexo (Mujeres) | 1,41 | 0,23 | 38,44 | 1 | < 0,001 | 4,10 | 2,62 | 6,40 |
| Tratamiento crónico (Sí) | 0,94 | 0,26 | 12,79 | 1 | < 0,001 | 2,55 | 1,52 | 4,27 |
| Aumento en la ingesta (Sí) | 1,03 | 0,25 | 16,67 | 1 | < 0,001 | 2,81 | 1,71 | 4,60 |
| Aumento del consumo de tabaco (Sí) | 0,93 | 0,30 | 9,88 | 1 | 0,002 | 2,54 | 1,42 | 4,53 |
| Consumo de sustancias relajantes (Sí) | 1,35 | 0,48 | 7,94 | 1 | 0,005 | 3,88 | 1,51 | 9,94 |
| Deterioro de la vida sexual (Sí) | 0,74 | 0,24 | 9,60 | 1 | 0,002 | 2,09 | 1,31 | 3,34 |
| Consecuencias en relaciones sociales (Sí) | 0,79 | 0,21 | 14,61 | 1 | < 0,001 | 2,20 | 1,47 | 3,29 |
| Constante | -6,55 | 0,72 | 83,28 | 1 | < 0,001 | 0,001 | | |

### 11.4.2. Modelos predictivos de la severidad de la sintomatología clínica

#### *11.4.2.1. Depresión*

En la Tabla 102 se presenta el modelo de regresión lineal por pasos para predecir la severidad de la sintomatología depresiva en profesionales sanitarios en la etapa pospandémica. El modelo obtenido fue estadísticamente significativo, $F(11, 619) = 31{,}75$, $p < 0{,}001$, explicando el 36,10% de la varianza de la variable dependiente ($R^2 = 0{,}36$).

Atendiendo al peso relativo de los predictores incluidos en el modelo, el deterioro de la calidad de vida sexual destacó como el factor con mayor influencia en la severidad de la sintomatología depresiva. Asimismo, la reducción de

contactos sociales y el consumo de sustancias relajantes también mostraron una contribución relevante. Del mismo modo, la presencia de secuelas psicológicas tras padecer COVID-19 y la presencia de atracones de comida se asociaron con una mayor severidad de la sintomatología depresiva.

Otros predictores significativos fueron las consecuencias negativas de la pandemia en las relaciones sociales, el seguimiento de tratamiento crónico, el aumento del consumo de alcohol, las consecuencias negativas en el autocuidado y la presencia de secuelas neurológicas tras la enfermedad por COVID-19. Por otro lado, convivir con pareja o estar casado/a actuó como un factor protector frente a una mayor severidad de la sintomatología depresiva.

*Tabla 102. Modelo de regresión por pasos para predecir la severidad de la sintomatología depresiva en profesionales sanitarios en la pospandemia.*

| Depresión | ***B*** | ***EE*** | ***B*** | ***t*** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|
| Estado civil (Convivencia en pareja/estar casado/a) | -0,79 | 0,23 | -0,11 | -3,37 | 0,001 |
| Tratamiento crónico (Sí) | 0,70 | 0,26 | 0,09 | 2,69 | 0,008 |
| Reducción de contactos sociales (Sí) | 0,90 | 0,23 | 0,14 | 3,84 | < 0,001 |
| Atracones (Sí) | 0,98 | 0,30 | 0,12 | 3,29 | 0,001 |
| Consumo de sustancias relajantes (Sí) | 1,38 | 0,38 | 0,13 | 3,60 | < 0,001 |
| Aumento de consumo de alcohol (Sí) | 0,85 | 0,31 | 0,09 | 2,76 | 0,006 |
| Deterioro de la vida sexual (Sí) | 1,60 | 0,26 | 0,23 | 6,24 | < 0,001 |
| Secuelas neurológicas (Sí) | 0,85 | 0,40 | 0,07 | 2,11 | 0,035 |
| Secuelas psicológicas (Sí) | 1,76 | 0,49 | 0,12 | 3,56 | < 0,001 |
| Consecuencias en relaciones sociales (Sí) | 0,75 | 0,22 | 0,11 | 3,40 | 0,001 |
| Consecuencias en autocuidado (Sí) | 0,99 | 0,42 | 0,08 | 2,37 | 0,018 |
| Constante | 1,65 | 0,24 | | 6,98 | < 0,001 |

#### *11.4.2.2. **Ansiedad***

En la Tabla 103 se presenta el modelo de regresión lineal por pasos para predecir la severidad de la sintomatología de ansiedad en profesionales sanitarios en la etapa pospandémica. El modelo obtenido fue estadísticamente significativo,

$F(10, 620) = 31{,}75$, $p < 0{,}001$, explicando el 33,90% de la varianza de la variable dependiente ($R^2 = 0{,}339$).

Atendiendo al peso relativo de los predictores incluidos en el modelo, la presencia de atracones, el deterioro de la calidad de vida sexual y las consecuencias negativas de la pandemia en el autocuidado destacaron como los factores con mayor influencia en la severidad de la sintomatología ansiosa. Otros factores, como el seguimiento de tratamiento crónico, la reducción de la actividad física o la presencia de secuelas físicas tras la enfermedad por COVID-19, también mostraron una contribución relevante. En cambio, la reducción de contactos sociales, las consecuencias en las relaciones sociales y el consumo de sustancias relajantes presentaron un peso relativo menor dentro del modelo.

Por otro lado, convivir con pareja o estar casado/a actuó como un factor protector frente a una mayor severidad de la sintomatología ansiosa. Ninguna de las variables ocupacionales resultó ser un predictor significativo de la sintomatología de ansiedad en profesionales sanitarios en el contexto pospandémico.

*Tabla 103. Modelo de regresión por pasos para predecir la severidad de la sintomatología de ansiedad en profesionales sanitarios en la pospandemia.*

| Ansiedad | ***B*** | ***EE*** | ***β*** | ***t*** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|
| Estado civil (Convivencia en pareja/Estar casado/a) | -0,59 | 0,24 | -0,08 | -2,45 | 0,015 |
| Tratamiento crónico (Sí) | 1,23 | 0,26 | 0,16 | 4,65 | < 0,001 |
| Reducción de contactos sociales (Sí) | 0,55 | 0,24 | 0,08 | 2,29 | 0,022 |
| Atracones (Sí) | 1,58 | 0,31 | 0,19 | 5,17 | < 0,001 |
| Consumo de sustancias relajantes (Sí) | 1,27 | 0,39 | 0,12 | 3,27 | 0,001 |
| Deterioro de la vida sexual (Sí) | 1,25 | 0,26 | 0,18 | 4,74 | < 0,001 |
| Reducción de actividad física (Sí) | 0,97 | 0,23 | 0,14 | 4,19 | < 0,001 |
| Secuelas físicas (Sí) | 1,53 | 0,39 | 0,13 | 3,93 | < 0,001 |
| Consecuencias en relaciones sociales (Sí) | 0,81 | 0,23 | 0,12 | 3,57 | < 0,001 |
| Consecuencias en el autocuidado (Sí) | 2,11 | 0,43 | 0,17 | 4,91 | < 0,001 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Constante | 0,59 | 0,31 | | 1,87 | 0,062 |

*11.4.2.3.* ***Estrés***

En la Tabla 104 se presenta el modelo de regresión lineal por pasos para predecir la severidad de la sintomatología de estrés en profesionales sanitarios en la etapa pospandémica. El modelo obtenido fue estadísticamente significativo, $F(9, 621) = 31{,}70$, $p < 0{,}001$, explicando el 31,50% de la varianza de la variable dependiente ($R^2 = 0{,}315$).

Atendiendo al peso relativo de los predictores incluidos en el modelo, la presencia de atracones y el deterioro de la calidad de vida sexual destacaron como los factores con mayor influencia en la severidad de la sintomatología de estrés. Asimismo, el aumento del consumo de tabaco, el seguimiento de tratamiento crónico y las consecuencias negativas de la pandemia en las relaciones sociales también mostraron una contribución relevante. Otros factores, como la reducción de contactos sociales y el consumo de sustancias relajantes, presentaron un peso relativo menor dentro del modelo.

Por otro lado, tener entre 51 y 60 años se asoció de forma negativa con la sintomatología de estrés, actuando como un factor protector. Asimismo, el sexo femenino se asoció con una mayor severidad de la sintomatología de estrés. Ninguna de las variables ocupacionales resultó ser un predictor significativo de la sintomatología de estrés en profesionales sanitarios en el contexto pospandémico.

*Tabla 104. Modelo de regresión por pasos para predecir la severidad de la sintomatología de estrés en profesionales sanitarios en la pospandemia.*

| Estrés | ***B*** | ***EE*** | ***β*** | ***t*** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|
| Edad (51-60 años) | -1,22 | 0,36 | -0,12 | -3,41 | 0,001 |
| Sexo (Mujer) | 0,83 | 0,31 | 0,09 | 2,73 | 0,007 |
| Tratamiento crónico (Sí) | 1,43 | 0,34 | 0,15 | 4,16 | < 0,001 |
| Reducción de contactos sociales (Sí) | 1,02 | 0,30 | 0,13 | 3,40 | 0,001 |
| Atracones (Sí) | 1,84 | 0,38 | 0,18 | 4,86 | < 0,001 |
| Consumo de sustancias relajantes (Sí) | 1,40 | 0,49 | 0,10 | 2,88 | 0,004 |
| Aumento de consumo de tabaco (Sí) | 1,68 | 0,37 | 0,15 | 4,49 | < 0,001 |
| Deterioro de la vida sexual (Si) | 1,57 | 0,33 | 0,18 | 4,78 | < 0,001 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Consecuencias en relaciones sociales (Sí) | 1,22 | 0,28 | 0,15 | 4,32 | 0,002 |
| Constante | 2,77 | 0,31 | | 8,98 | < 0,001 |

#### *11.4.2.4. **Insomnio***

En la Tabla 105 se presenta el modelo de regresión lineal por pasos para predecir la severidad de la sintomatología de insomnio en profesionales sanitarios en la etapa pospandémica. El modelo obtenido fue estadísticamente significativo, $F(8, 622) = 23{,}47$, $p < 0{,}001$, explicando el 23,00% de la varianza de la variable dependiente ($R^2 = 0{,}23$).

Atendiendo al peso relativo de los predictores incluidos en el modelo, deterioro de la calidad de vida sexual y la presencia de atracones destacaron como los factores con mayor influencia en la severidad de la sintomatología de insomnio. Asimismo, la reducción de contactos sociales, el aumento del consumo de tabaco y el seguimiento de tratamiento crónico también mostraron una contribución relevante. Otros factores, como el consumo de sustancias relajantes, así como las consecuencias negativas de la pandemia en el autocuidado y en el ámbito familiar, presentaron un peso relativo menor dentro del modelo.

Ninguna de las variables demográficas ni ocupacionales resultó ser un predictor significativo de la sintomatología de insomnio en profesionales sanitarios en el contexto pospandémico.

*Tabla 105. Modelo de regresión por pasos para predecir la severidad de la sintomatología de insomnio en profesionales sanitarios en la pospandemia.*

| Insomnio | ***B*** | ***EE*** | ***β*** | t | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|
| Tratamiento crónico (Sí) | 1,78 | 0,51 | 0,12 | 2,49 | 0,001 |
| Reducción de contactos sociales (Sí) | 1,46 | 0,45 | 0,13 | 3,24 | 0,001 |
| Atracones (Sí) | 2,17 | 0,59 | 0,14 | 3,70 | < 0,001 |
| Aumento de consumo de tabaco (Sí) | 1,84 | 0,57 | 0,12 | 3,24 | 0,001 |
| Consumo de sustancias relajantes (Sí) | 2,04 | 0,75 | 0,10 | 2,72 | 0,007 |
| Deterioro de la vida sexual (Sí) | 1,87 | 0,51 | 0,15 | 3,69 | < 0,001 |
| Consecuencias en el autocuidado (Sí) | 2,11 | 0,82 | 0,09 | 2,56 | 0,011 |
| Consecuencias familiares (Sí) | 2,01 | 0,70 | 0,09 | 2,56 | 0,011 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Constante | 4,76 | 0,29 | | 16,71 | < 0,001 |

#### *11.4.2.5. **Síntomas somáticos***

En la Tabla 106 se presenta el modelo de regresión lineal por pasos para predecir la severidad de la sintomatología de síntomas somáticos en profesionales sanitarios en la etapa pospandémica. El modelo obtenido fue estadísticamente significativo, $F(10, 620) = 32,95$, $p < 0,001$, explicando el 35,00% de la varianza de la variable dependiente ($R^2 = 0,35$).

Atendiendo al peso relativo de los predictores incluidos en el modelo, el consumo de sustancias relajantes y el sexo femenino destacaron como los factores con mayor influencia en la severidad de la sintomatología somática. Asimismo, el seguimiento de tratamiento crónico, el deterioro de la calidad de vida sexual, el aumento de la ingesta alimentaria y la presencia de secuelas físicas tras la enfermedad por COVID-19 también mostraron una contribución relevante. Otros factores, como la reducción de contactos sociales, las consecuencias negativas de la pandemia en las relaciones sociales y en el autocuidado, así como la presencia de secuelas neurológicas, presentaron un peso relativo menor dentro del modelo.

Ninguna de las variables ocupacionales resultó ser un predictor significativo de la sintomatología somática en profesionales sanitarios en el contexto pospandémico.

*Tabla 106. Modelo de regresión por pasos para predecir la severidad de la sintomatología de síntomas somáticos en profesionales sanitarios en la pospandemia.*

| Síntomas somáticos | ***B*** | ***EE*** | ***β*** | ***t*** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|
| Sexo (Mujer) | 2,24 | 0,38 | 0,19 | 5,90 | < 0,001 |
| Tratamiento crónico (Sí) | 2,11 | 0,42 | 0,17 | 5,03 | < 0,001 |
| Reducción de contactos sociales (Sí) | 1,04 | 0,38 | 0,10 | 2,72 | 0,007 |
| Aumento en ingesta (Sí) | 1,59 | 0,42 | 0,14 | 3,83 | < 0,001 |
| Consumo de sustancias relajantes (Sí) | 2,91 | 0,61 | 0,17 | 4,78 | < 0,001 |
| Deterioro de la vida sexual (Si) | 1,86 | 0,42 | 0,16 | 4,47 | < 0,001 |
| Secuelas neurológicas (Sí) | 1,83 | 0,66 | 0,09 | 2,78 | 0,006 |
| Secuelas físicas (Sí) | 2,31 | 0,62 | 0,13 | 3,71 | < 0,001 |
| Consecuencias en relaciones sociales (Sí) | 1,07 | 0,36 | 0,10 | 2,99 | 0,003 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Consecuencias en autocuidado (Sí) | 2,07 | 0,68 | 0,10 | 3,05 | 0,002 |
| Constante | 2,07 | 0,38 | | 5,52 | < 0,001 |

# XII – DISCUSIÓN

# XII - DISCUSIÓN

## 12.1. ESTUDIO I

El primer estudio llevado a cabo en esta tesis doctoral consistió en la realización del metaanálisis para recoger la evidencia sobre la prevalencia de la depresión, ansiedad, estrés e insomnio en los profesionales sanitarios en la pospandemia.

En primer lugar, y tal como se planteó en el Objetivo 1, se llevó a cabo un análisis descriptivo de los estudios incluidos en función de las características de los participantes y de la metodología empleada. Los resultados permitieron identificar un número suficiente de investigaciones procedentes de distintos países para las variables de depresión, ansiedad, estrés e insomnio. Estos hallazgos son consistentes con revisiones previas realizadas en población sanitaria, en las que también se observó una amplia representación geográfica de los estudios analizados (Ghahramani et al., 2023; Hill et al., 2022; Huang et al., 2024).

En segundo lugar, y en relación con el Objetivo 2, tras la evaluación de la calidad metodológica se observó una adecuada representatividad de muestra y uso adecuado de instrumentos. Cabe señalar que en algunos estudios no se pudo obtener información sobre la tasa de respuesta, las diferencias de sexo u otras variables según la aplicación de la Escala Newcastle-Ottawa (Herzog et al., 2023; Modesti et al., 2016). En términos generales, los trabajos incluidos en los cuatro metaanálisis realizados presentaban una adecuada calidad metodológica. La aplicación de este método de análisis de sesgo ha sido apoyada con anterioridad en la bibliografía, reforzando así la aplicación de este y la fiabilidad de los resultados obtenidos en el presente estudio (Stang, 2010).

En relación con el Objetivo 3, los resultados del metaanálisis indican que la prevalencia global de ansiedad se sitúa en torno al 47,67%, la de la sintomatología depresiva en el 48,14%, la de estrés en el 68,57% y la de insomnio en el 51,00%. No ha sido posible la comparación con estudios similares ya que este parece ser el primer estudio de revisión que aborda la prevalencia global de síntomas de salud mental profesionales sanitarios en etapa pospandemia. Sin embargo, diversas revisiones cualitativas y cuantitativas previas sí que realizan estos cálculos en la

fase activa de la misma obteniendo, generalmente, una prevalencia menor en todos ellos.

Tres de estos estudios evaluaron ansiedad y depresión. Sahebi et al. (2021), en siete estudios obtuvieron una prevalencia del 24,94% y del 24,83% para la ansiedad y depresión respectivamente. Saragih et al. (2021) obtuvieron una prevalencia del 40,00% para ansiedad y del 37,00% para depresión en una muestra de 38 estudios. Mientras tanto, Li et al. (2021) calcularon la prevalencia de depresión en 21,70% y de ansiedad en 22,10% en una muestra de hasta 21 países obtenida en 35 estudios.

Dos estudios de revisión evaluaron depresión, ansiedad e insomnio en sus resultados. Hao et al. (2021), en una muestra de 20 estudios y 10886 profesionales, obtuvieron una prevalencia de 24,10%, 28,60% y 44,10% respectivamente. Pappa et al. (2020), obtuvieron una prevalencia de ansiedad del 23,20%, depresión del 22,80% e insomnio del 38,90% en una muestra de 13 estudios y 33062 participantes. En ambos casos, se concluye que las mujeres y el personal de enfermería tenían mayor riesgo. Cabe mencionar un estudio adicional, Xia et al., (2021), quienes calcularon exclusivamente la prevalencia de insomnio, situándola en 45,10%.

Por su parte tres estudios de revisión evaluaron ansiedad, depresión y estrés. Salari et al. (2020), quienes reportaron una prevalencia en torno al 24,30% para depresión, 25,80% para ansiedad y, 45,00% para estrés en una muestra de 22380 participantes y 21 artículos. Serrano-Ripoll et al. (2020), en 117 estudios, situaron la prevalencia en torno al 40,00% en estrés, 30,00% en ansiedad y 24,00% en depresión. Wu et al. (2021), en un análisis realizado con 66 estudios y 221970 participantes, obtuvieron prevalencias del 31,40%, 31,90% y 37,90% para depresión, ansiedad e insomnio respectivamente.

Tan solo un estudio previo evaluó las cuatro variables en conjunto. Marvaldi et al. (2021) situaron la prevalencia en 30,00% para ansiedad, 31,10% para depresión, 56,50% para estrés y 44,00% para insomnio en una muestra de 70 estudios (101017 participantes).

En definitiva, los resultados obtenidos muestran que la sintomatología de ansiedad, depresión, estrés e insomnio en profesionales sanitarios presenta prevalencias elevadas durante el periodo pospandémico. En sentido, los porcentajes obtenidos para estrés son notablemente más altos que el resto, que están en torno al 50,00%. Si bien, los cuatro grupos de síntomas son de especial

relevancia por su impacto y su presencia en la población estudiada, el estrés podría situarse como la variable de mayor importancia a la hora de evaluar e intervenir en la salud laboral de los profesionales sanitarios. Aunque los metaanálisis realizados durante la fase aguda de la pandemia por COVID-19 mostraron una considerable heterogeneidad en sus estimaciones, la comparación con la evidencia previa permite observar un incremento de los problemas de salud mental tras la finalización de la fase más crítica de la crisis sanitaria. Estos hallazgos ponen de manifiesto que el impacto psicológico de la pandemia no se limitó al periodo agudo, sino que sus consecuencias podrían persistir, e incluso incrementarse, a largo plazo en el personal sanitario. En este sentido, los resultados coinciden con las aportaciones de Ricci-Caballero et al. (2020), quienes identificaron efectos psicológicos negativos significativos en profesionales sanitarios tanto durante como después de otras emergencias sanitarias previas a la pandemia por COVID-19.

El empeoramiento progresivo de la salud mental de los profesionales sanitarios a lo largo de las distintas fases pandémicas podría atribuirse al agotamiento de los recursos personales y profesionales necesarios para afrontar las condiciones laborales altamente estresantes derivadas de la crisis sanitaria. Numerosos estudios asocian la presencia continuada de estos síntomas con la aparición de otros de impacto directo en el entorno personal y laboral, como el síndrome de burnout conceptualizado como una respuesta física y emocional desadaptativa al estrés laboral crónico en profesionales sanitarios tras la pandemia por COVID-19 (Ghahramani et al., 2021; Hwang et al., 2023; Jalili et al., 2021; Parandeh et al., 2022). A ello se suma una baja realización personal, caracterizada por sentimientos de incompetencia y escasa percepción de logro profesional (Maslach y Jackson, 1981).

En este contexto, la exposición prolongada al estrés, junto con la elevada carga asistencial derivada de la pandemia por COVID-19, podría haber limitado significativamente la capacidad de afrontamiento adaptativo de muchos profesionales sanitarios, intensificando la sintomatología de ansiedad, depresión, estrés e insomnio incluso después de la finalización de la fase aguda de la emergencia sanitaria. Además, Hill et al. (2022) plantean que, durante el transcurso de la crisis sanitaria, pudieron reactivarse experiencias traumáticas vinculadas a emergencias sanitarias previas, contribuyendo igualmente a la acumulación y persistencia de sintomatología clínica a largo plazo.

En relación con el Objetivo 4, referido a las variables moderadoras de la prevalencia, los resultados obtenidos muestran que la mayoría de las variables demográficas analizadas no influyeron de manera significativa sobre las tasas de prevalencia de ansiedad, estrés e insomnio. No obstante, en el caso de la depresión, la edad media de los participantes sí actuó como moderador significativo, observándose menores tasas de sintomatología depresiva en aquellas muestras con mayor edad media. Este hallazgo podría relacionarse con una mayor experiencia profesional y el desarrollo de estrategias de afrontamiento más adaptativas en profesionales sanitarios de mayor edad (Alsaraireh et al., 2025; Miguel-Puga et al. 2021; Umbetkulova et al. 2024). Igualmente, los resultados obtenidos sugieren que el trabajo por turnos nocturnos puede moderar la tasa de la prevalencia de ansiedad en el colectivo sanitario. Estudios previos afirman que el trabajo nocturno se asocia con una mayor prevalencia de la ansiedad entre los profesionales sanitarios, posiblemente debido a las dificultades encontradas a la hora de adaptarse a un ciclo vital alterado, un mayor cansancio durante el día o bien la preocupación por la imposibilidad de pasar el tiempo de calidad en familia como consecuencia de las limitaciones horarias (Belayneh et al., 2021; Misganaw et al. 2024). Si bien el análisis de la influencia de las variables sociodemográficas es de especial interés, no deben de interpretarse individualmente, ya que la influencia estas podrían verse modificada por la presencia de una o más variables críticas. Por ejemplo, profesionales de edad media con turnicidad nocturna podrían exponenciar el riesgo más allá de la influencia de las variables por si solas.

Respecto a las variables metodológicas, el tipo de instrumento de evaluación y los puntos de corte empleados influyeron significativamente en las estimaciones de prevalencia de depresión y ansiedad. En concreto, los estudios que utilizaron criterios de gravedad más leves mostraron prevalencias considerablemente más elevadas que aquellos que emplearon puntos de corte moderados o clínicamente significativos. Estos hallazgos son consistentes con la literatura previa en la que se explica que los instrumentos más frecuentemente utilizados para la evaluación de la sintomatología depresiva y ansiosa fueron diseñados con el objetivo del cribado y no con los fines diagnósticos, lo que conlleva que la posible modificación en los puntos de cortes puede alterar el equilibro entre especificidad y sensibilidad de dichos instrumentos (Kroenke et al., 2010). En linea con lo anterior, Snijkers et al. (2021) apuntan también que la elección de los puntos de corte debería de

establecerse en función de la población evaluada o el objetivo de la investigación para garantizar una mayor precisión de los resultados. Como se ha mencionado, esta falta de precisión parece ser la explicación más plausible a la elevada variabilidad de prevalencias.

En lo que respecta a los instrumentos de evaluación, Levis et al. (2020) en su metanálisis observaron que el uso del PHQ-9, utilizando los puntos de corte establecidos, suele asociarse a una relevante sobreestimación de la prevalencia de depresión en comparación con las entrevistas clínicas, lo cual de nuevo subraya la necesidad de elegir con precaución los instrumentos de medición de las variables evaluadas. Mientras tanto, Snijkers et al. (2021) encontraron que los puntos de corte establecidos en la HADS para la ansiedad y depresión con congruentes con los puntos de corte recomendados para las escalas GAD-7 y el PHQ-9. No obstante, los mismos autores apuntan que la modificación de los puntos de corte en la HADS para la variable de ansiedad tiene unas implicaciones significativas sobre la especificidad y sensibilidad de las estimaciones, pudiendo alterar los resultados del cribado. A su vez, la elevada heterogeneidad observada entre estudios podría atribuirse a diferencias en la operacionalización de los síntomas psicológicos y ponen de manifiesto la necesidad de interpretar las estimaciones de prevalencia considerando las características metodológicas de cada investigación. En definitiva, la interpretación de las comparaciones entre los estudios que utilizan diferentes puntos de cortes o instrumentos de medición debería de llevar con cautela.

En relación con lo antes expuesto, la tasa de respuesta parece asociarse positivamente con la prevalencia de estrés. Tal y como señalan Groves y Peytcheva (2008) en su metaanálisis, una baja participación de los encuestados puede sesgar la precisión de las estimaciones obtenidas, lo que podría explicar la relación observada en el presente estudio.

En cuanto a las variables contextuales, la zona geográfica actuó como moderador significativo de la prevalencia de insomnio, observándose mayores tasas en los estudios realizados en Europa en comparación con aquellos desarrollados en Asia. Estos hallazgos concuerdan con las observaciones previas, donde se observaron mayores tasas de prevalencia de insomnio en los países europeos que en China (Marvaldi et al., 2021). Es posible que estas diferencias pudieran explicarse por diversos factores contextuales y sociolaborales. Tal y como

señala la OMS (2024), el considerable envejecimiento del personal sanitarios en Europa, asociado a la vez a la escasez del suficiente personal joven y una elevada tasa de rotaciones agravadas tras la pandemia del COVID-19 podría apoyar la observación encontrada. Igualmente, dichas diferencias podrían atribuirse a una considerable sobrecarga asistencial crónica, que a la vez repercute en los problemas de sueño de los profesionales sanitarios en Europa (Gil-Almagro, Carmona-Monge et al., 2024). Se recomienda que las principales variables a las que debería atenderse en futuros estudios para equiparar las comparaciones entre distintos contextos, independientemente del continente donde se realicen, serían las diferencias en la organización de los sistemas sanitarios, la unidad en la que ejerció la profesión, la presión asistencial mantenida tras la pandemia, las condiciones laborales del personal sanitario, las funciones específicas de los profesionales, las variaciones culturales en la percepción y comunicación de los problemas relacionados con el sueño o la feminización de la profesión, entre otras.

Por último, aunque el año de publicación no mostró diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables analizadas, se observó una tendencia hacia un incremento progresivo de la prevalencia de depresión e insomnio en los estudios más recientes. Estos hallazgos podrían reflejar la persistencia del impacto psicológico de la pandemia y la acumulación de fatiga laboral mantenida en el tiempo entre los profesionales sanitarios. Por ejemplo, en la revisión sistemática de Gonçalves y Matos (2025), se observó que la fatiga acumulada, junto con la ausencia de recuperación suficiente a nivel físico y mental, se asocian un con mayor deterioro de la salud mental de los profesionales sanitarios.

Finalmente, y en relación con el Objetivo 5, el análisis del sesgo de publicación no mostró indicios claros de la existencia de este en las variables de depresión y ansiedad. No obstante, en el caso del estrés y el insomnio se observó cierta asimetría en los gráficos de embudo, lo que sugiere que la presencia de estudios no localizados podría alterar de forma significativa la prevalencia global estimada para estas variables.

## 12.2. ESTUDIO II

El segundo estudio llevado a cabo en la presente tesis doctoral tuvo el propósito de estudiar de forma empírica la prevalencia y severidad de la sintomatología de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y problemas somáticos entre los profesionales sanitarios en España.

En respuesta al Objetivo 1 del Estudio II, aproximadamente una cuarta parte de los profesionales sanitarios presentó sintomatología mayormente leve de depresión (21,90%), ansiedad (26,80%) y estrés (25,50%) durante la etapa pospandémica. Asimismo, el 42,50% mostró algún grado de alteración del sueño, aunque la mayoría correspondía a sintomatología de insomnio subclínica, mientras que el 58,80% presentó síntomas somáticos, principalmente leves. En su conjunto, estos hallazgos sugieren la persistencia de malestar psicológico y físico en una proporción relevante del colectivo sanitario tras la finalización de la fase aguda de la pandemia por COVID-19, especialmente en relación con el insomnio y la sintomatología somática.

En comparación a los datos disponibles referentes a la etapa pospandémica, se observa que en Asia la prevalencia de ansiedad entre los profesionales sanitarios oscila entre el 7,90% (Mao, Dong et al., 2023) y el 78,67% (Emiral et al., 2024). En Europa, la prevalencia de ansiedad fluctúa entre el 17,26% (Morawa et al., 2023) y el 77,80% (Gil-Almagro, García-Hedrera et al., 2024), siendo este último realizado en la muestra española. En America del Norte, la prevalencia aportada es del 16,00% (Papa et al., 2024) y en Africa del 33,90% (Misganaw et al, 2024). En resumen, la prevalencia global de ansiedad en este contexto se sitúa aproximadamente entre el 8,00% y el 80,00%, siendo la tasa aportada por los investigadores españoles una de las más elevadas.

Tal y como se puede observar, hay diferencias marcadas en las tasas de prevalencia aportadas por diversos autores respecto al periodo pospandémico que pueden deberse a distintos factores, entre ellos los aspectos metodológicos de cada estudio. Sobre todo, destaca que la tasa de prevalencia de ansiedad aportada por los investigadores españoles es considerablemente superior de la hallada en este estudio. Dichas discrepancias podrían atribuirse a unas importantes cuestiones metodológicas. En primer lugar, el estudio llevado a cabo por Gil-Almagro, García-Hedrera et al. (2024) es un estudio longitudinal, realizado en tres momentos

puntuales en al año 2020, 2021 y 2022 con la aplicación del GAD-7 en una muestra compuesta por 257 profesionales sanitarios. Las escalas breves como el GAD-7 están diseñadas como instrumentos de screening y, en ocasiones, esto podría magnificar algunos de los resultados obtenidos, especialmente si se evalúan en distintos tiempos a las mismas personas. Por lo tanto, las diferencias en el periodo de recogida de datos, así como la aplicación de un instrumento de medición distinto al utilizado en el presente estudio podrían ayudar a explicar las discrepancias encontradas. A pesar de la alta heterogeneidad de las estimaciones ya menciona, se puede concluir que la mayoría de las tasas aportadas en la fase pospandemia superan a la obtenida en la presente investigación. Si bien los resultados no son directamente comparables por la influencia de otras variables (p. ej. diferencias culturales), parece evidenciarse una alta presencia de síntomas en la población sanitaria, presentándose, al menos, en uno de cada cuatro profesionales.

Aunque la metodología empleada en este estudio no ha permitido examinar de forma longitudinal la evolución de la sintomatología desde la fase activa de la pandemia hasta el momento de la recogida de datos (en la fase pospandémica), la evidencia previa permite realizar una comparación de los datos obtenidos. De este modo, en Africa, la prevalencia de ansiedad en la fase activa fluctuó entre el 26,80% (Dagne et al., 2021) y el 88,00% (Elmahdy y Shebl, 2021), mientras que en América entre el 21,00% (López-Salinas et al., 2023) y el 72,90% (Monterrosa-Castro et al., 2020). En Asia, la prevalencia de la ansiedad también fue muy dispersa, oscilando entre el 19,60% (Al Noaimi et al., 2021) y el 78,00% (Repon et al., 2021). En el contexto europeo, las tasas de prevalencia de ansiedad en la fase activa de la pandemia generalmente fueron superiores a la encontrada en el presente estudio, oscilando sobre el 50,00% en Francia, Italia, Grecia o Suiza (Azoulay, Cariou et al., 2020; Conti et al., 2020; Sikaras et al., 2023; Wozniak et al., 2021), con la excepción de Vitale (2021) quien reportó una tasa inferior del 15,37% en Italia. En España, Gil-Amgaro, García-Hedrera et al. (2024) reportaron un descenso en la prevalencia de ansiedad entre la fase activa de la pandemia y la fase pospandémica. Aunque de nuevo la heterogeneidad de resultados puede atribuirse a las causas ya mencionadas, los resultados parecen indicar que se produjo un descenso en la prevalencia de la sintomatología de ansiedad entre los profesionales sanitarios entre ambas fases, al menos en el contexto europeo.

Si bien la prevalencia es un resultado de interés, no debe obviarse que la severidad de síntomas constituye un factor relevante a tener en consideración (Pérez-Fuentes et al., 2019). En este sentido, se observa que el 5,50%, el 4,40% y el 4,00% de la muestra sanitaria presentó sintomatología ansiosa moderada, severa y extremadamente severa, respectivamente. Respecto a los datos obtenidos sobre la severidad de la sintomatología de ansiedad en la pospandemia, los resultados obtenidos en este estudio concuerdan con lo reportado por Alsaraireh et al. (2024), quienes también indican la ausencia de sintomatología ansiosa en los profesionales sanitarios según la severidad de los síntomas. No obstante, contrariamente a lo indicado en este estudio, dichos autores no identifican a los profesionales sanitarios con sintomatología de ansiedad severa en la muestra sanitaria analizada, mientras que Alqifari et al. (2024) observan una proporción significativamente mayor de profesionales sanitarios con sintomatología severa y extremadamente severa de ansiedad que lo reportado en la presente investigación.

Respecto a la fase activa de la pandemia y la severidad de la sintomatología ansiosa, por ejemplo, en moderada, Oteir et al. (2022) identificaron mayor prevalencia a la reportada en este estudio, Lai et al. (2020) una prevalencia similar a la nuestra y, Shen et al. (2021) reportaron un menor porcentaje. Por su parte, en el contexto nacional, Gil-Amgaro, García-Hedrera et al. (2024) observaron un descenso significativo en la severidad de la sintomatología ansiosa en el colectivo sanitario entre la fase activa y pospandémica en España. Precisamente, observaron un descenso del 56,60% en el año 2020 al 32,60% en el año 2022 de la sintomatología moderada a severa. No obstante, la proporción de profesionales sanitarios facilitada por estos autores supera considerablemente las encontradas en este estudio, realizado posteriormente. A modo de hipótesis, se podría entender que la severidad de la sintomatología ansiosa podría disminuir con el tiempo en España, aunque la gran variedad de resultados observada en función a la severidad en las distintas zonas geográficas y fases señala la necesidad de tomar este planteamiento con precaución.

En relación con la depresión, los estudios desarrollados durante la misma etapa que la presente investigación, de nuevo, pueden dividirse en varios bloques. Por un lado, aquellos estudios que reportan prevalencias inferiores, así como los que informan tasas superiores a la encontrada en el presente estudio, siendo este segundo grupo bastante más numeroso. En Asia, dichas tasas oscilan entre el

16,40% y el 78,30% (Khalili et al., 2024). Similarmente, en Europa las tasas de prevalencia fluctúan entre el 18,45% (Morawa et al., 2023) y el 62,00% (Vitale et al., 2023). Igualmente, la tasa de prevalencia de depresión observada en este estudio resulta ser inferior de la reportada en Africa (48,90%; Mohamed et al., 2024), aunque superior de la referente a la America de Norte (10,00%; Papa et al., 2024). No se hallaron estudios previos con objetivos comparables que evaluaran esto en población española. Al igual que lo sucedido con la ansiedad, la prevalencia de síntomas depresivos asume un rango amplio (aproximadamente entre el 10,00% y el 80,00%), lo que sugiere que el contexto y metodología aplicada podría estar influyendo notablemente en estos resultados. A pesar de esto, se concluye que, al menos, entre uno y dos de cada diez profesionales sufren sintomatología congruente con depresión en el contexto laboral sanitario en la fase pospandemia.

En comparación con los datos disponibles en la fase activa, se observan diversos estudios que obtuvieron cifras muy superiores a las observadas en la presente muestra. Por ejemplo, en América la prevalencia de depresión se sitúa entre el 27,30% (Pazmiño Erazo et al., 2021) y el 65,90% (Samaniego et al., 2020). Similarmente, los valores estimados en el continente africano en la fase activa de la pandemia fueron significativamente más altos, aproximándose o superando el 60,00% (Ahmed et al., 2021; Elmahdy y Shebl, 2021; Youssef et al. 2020). Respecto a los datos provenientes de Asia, la evidencia previa afirma una prevalencia superior de la encontrada en este estudio en la fase activa, situándose generalmente entre el 25,20% (Song et al., 2020) y el 60,20% (Sahin et al., 2020). Por su parte, unos pocos estudios aportan cifras inferiores situadas entre el 12,20% y 20,50% (Al Noaimi et al., 2021; Lee et al., 2021; Zhang et al., 2020). En cuanto a Europa, generalmente las tasas de prevalencia de depresión estimadas fueron altas y significativamente superiores de la observada en el presente estudio (Conti et al., 2020; Pataka et al., 2022; Vitale, 2021). Respecto a la muestra española, también se encontró una prevalencia considerablemente superior de la observada en la presente investigación (Muñoz-Muñoz et al., 2022). En cuanto a los aspectos metodológicos del estudio de Muñoz-Muñoz et al. (2022), merece la pena destacar que estos autores crearon su propio cuestionario adaptado al contexto pandémico para medir la salud mental de los profesionales sanitarios, lo cual podría explicar las diferencias de estimación encontradas.

Si bien, de nuevo, no se pueden realizar comparaciones directas, basándonos en los resultados del Estudio II se hipotetiza que la sintomatología depresiva puede haber disminuido entre fases, aunque esto podría depender en gran parte del lugar donde se realice el estudio o, incluso, de la especialidad del profesional sanitario (López-Ros et al., 2023).

En relación con la severidad clínica de la depresión, el 7,60%, el 1,60% y el 1,60% de la muestra presentaron sintomatología moderada, severa y extremadamente severa, respectivamente. Estos resultados se sitúan por debajo de lo reportado en estudios anteriores referentes a la fase activa de la pandemia (p. ej. Ahmed et al., 2021; Santos et al., 2021). Mientras tanto, en referencia a los datos de la pospandemia, los resultados acerca de la severidad de la sintomatología depresiva se asemejan a lo indicado por Alsaraireh et al. (2024). Al mismo tiempo, la proporción de profesionales sanitarios con sintomatología extremadamente severa de depresión obtenida en esta investigación es significativamente inferior de la reportada por Alqifari et al. (2024) y Khalili et al. (2024), aunque similar a la reportada por Ding, Wang et al. (2024) en el mismo periodo. Aunque no se pueden llevar a cabo las comparaciones directas con la fase activa de la pandemia del COVID-19, se puede hipotetizar un posible descenso ocurrido en la severidad de la sintomatología de depresión entre fases.

Respecto a la sintomatología de estrés, las prevalencias identificadas en esta investigación resultan inferiores a las reportadas recientemente. Los datos referentes a la pospandemia permiten concluir que las tasas fluctúan entre el 33,00% y el 81,00%. Específicamente, en Asia, las tasas de prevalencia de estrés se sitúan entre el 33,00% (Alsaraireh et al., 2024) y el 77,78% (Jahrami et al., 2022). En Africa, Bolado et al. (2024) informaron de la tasa de prevalencia más elevada, situándola en el 81,00%. Mientras tanto, a nivel europeo, la evidencia disponible sitúa las tasas de prevalencia de estrés entre el 60,80% (Duică, et al., 2024) y el 76,32% (Baranauskas et al., 2024), siendo considerablemente superior de lo observado en esta investigación. Las diferencias entre las tasas de prevalencia significativamente reportadas en el contexto europeo y la del presente estudio podría deberse de nuevo a las diferencias contextuales y metodológicas. Cabe destacar que Duică, et al. (2024) llevaron a cabo su estudio en el año 2022, poco después de la finalización de la fase activa de la pandemia del COVID-19. Estas investigaciones (Baranauskas et al., 2024; Duică, et al., 2024) aplicaron la escala PSS-

10 para medir la sintomatología de estrés en una muestra relativamente poco representativa, compuesta por 283 y 189 profesionales sanitarios respectivamente. A pesar de que el estudio de Baranauskas et al. (2024) fue realizado posteriormente, en el año 2023, la muestra fue compuesta únicamente por mujeres, lo cual podría explicar la elevada estimación de la prevalencia.

La fase activa de la pandemia indudablemente tuvo especial impacto en el estrés percibido por los profesionales. Por ejemplo, en Africa, Youssef et al. (2020) informan de la tasa de prevalencia de estrés superior de la encontrada en este estudio, situándose sobre el 37,20%. En Asia, en conjunto, las tasas de prevalencia fueron superiores de la hallada en este estudio, fluctuando entre el 38,90% (Debnath et al., 2023) y el 90,10% (Sandesh et al., 2020). Pocos autores informaron de las tasas de prevalencia de estrés ligeramente inferiores del 13,60% (Rahman et al., 2023) o 23,40% (Lu et al. (2021). Respecto a Europa, se observaron pocos estudios que evaluaban especificadamente la sintomatología de estrés entre los profesionales sanitarios. Asimismo, en España, Muñoz-Muñoz et al. (2022) apuntaron que el 52,20% de los profesionales sanitarios indica sufrir del mayor estrés psicológico. A forma de hipótesis, la sintomatología de estrés parece haber disminuido en una proporción relevante de profesionales sanitarios si comparamos ambas fases.

La severidad clínica del estrés observada fue de 8,60%, 3,60% y 1,60% para presencia moderada, severa y extremadamente severa, respectivamente. Respecto a los datos referentes al periodo pospandémico, el valor promedio de severidad de sintomatología de estrés en este estudio se muestra más bajo del reportado por Bani Hani et al. (2024) y Kamari et al. (2025), quienes señalan una severidad media moderada. Por otra parte, numerosos autores, como Bolado et al. (2024) y Dobešová Cakirpaloglu et al. (2024), estiman una mayor proporción de trabajadores sanitarios con sintomatología de estrés, concretamente severa. No obstante, en contra a lo observado en la presente investigación, Alsaraireh et al. (2024) no identifican a los profesionales sanitarios con una sintomatología severa y extremadamente severa de estrés en su muestra sanitaria, mientras que Duică et al. (2024) informan de una proporción inferior a estos.

Asimismo, los valores medios de severidad de estrés encontrados en este estudio fueron inferiores a los reportados durante la fase activa de la pandemia por COVID-19 (Couarraze et al., 2021; Jahrami et al., 2021; Sandesh et al., 2020). La

proporción de profesionales sanitarios con sintomatología severa de estrés resultó ser inferior a la referida durante la pandemia por COVID-19 (Kandemir et al., 2022; Monterrosa-Castro et al., 2020; Samaniego et al., 2020), pudiendo inferirse un posible descenso en la severidad entre fases.

De nuevo es difícil concluir con certeza si la prevalencia y severidad de síntomas en el presente contexto es alta en comparación a otros estudios. Indistintamente de esto, el estrés ha sido ampliamente estudiado en población sanitaria por su influencia en otros síntomas (por ejemplo, burnout) y el impacto directo que tiene tanto en la salud de los profesionales como en el trato con los usuarios o el funcionamiento de la organización (Pina et al., 2021). La presencia de síntomas es un indicador relevante para el planteamiento de planes de prevención que intente evitar el aumento de estos y, por lo tanto, los índices de severidad observador en nuestra muestra.

En cuanto al insomnio, generalmente los estudios realizados en la etapa pospandémica aportan las tasas de prevalencia superiores a las encontradas en este estudio. Precisamente, en Asia, principalmente en China, las tasas de prevalencia de insomnio fluctúan entre el 8,20% (Mao, Dong et al., 2023) y el 76,78% (Xiao et al., 2023), aunque la mayoría de ellas se aproximan o superan al 50,00%. Mientras tanto, en Europa las mismas también son generalmente elevadas, entre el 60,00% y 70,00% (Pachi, Panagiotou et al., 2024; Vitale et al., 2023), superando significativamente el resultado encorado en el presente estudio.

Respecto a España, Gil-Almagro, Carmona-Monge et al. (2024) en otro estudio longitudinal, aunque observaron un descenso significativo del 75,00% al 64,40% en la prevalencia del insomnio entre el año 2020 y 2022, este sigue siendo relativamente pequeño manteniéndose en prevalencia total alta. Los mismos autores especificaron que dicho descenso ya no fue significativo entre el año 2021 y 2022. La tasa de prevalencia de insomnio reportada por estos autores fue bastante superior a la hallada en la presente investigación. Esto puede deberse al periodo de recogida de datos (inicio de la etapa pospandémica) al elegido en el presente estudio, por lo que no pudo haberse producido un mayor descenso de la sintomatología estudiada.

Respecto a la fase activa de la pandemia del COVID-19, las tasas de prevalencia de insomnio fueron generalmente elevadas. En América se observó una gran heterogeneidad de estas, fluctuando entre el 16,30% (Pazmiño Erazo et

al., 2021) y el 72,60% (Abdalla et al., 2021). En Africa, Youssef et al. (2020) apuntaron que los problemas de insomnio afectaron al 51,90% de la población sanitaria en Egipto. Mientras tanto, en Asia, la prevalencia de insomnio en la fase activa de la pandemia se situó entre el 27,00% (Tian et al. 2022) y el 87,00% (Repon et al., 2021), habiendo una alta diversidad de los resultados. Finalmente, en Europa se observó que las tasas de prevalencia de insomnio fueron generalmente altas, entre el 61,40% (Sikaras et al., 2023) y el 89,02% (Vitale, 2021). Si bien en la fase activa parecían reportarse una alta prevalencia de insomnio, esta sigue siendo relevante en la fase pospandemia según los resultados obtenidos en esta investigación. Es decir, en comparación al resto de síntomas, los problemas asociados con el sueño están notablemente más presentes. Aunque no se puede inferir si existe o no una mejoría entre fases, sí que es posible señalar este conjunto de síntomas como una variable crítica en la intervención. Los problemas de sueño pueden ser moderadores de la salud percibida y, por lo tanto, influir notablemente en el bienestar de los profesionales.

En relación con la severidad clínica del insomnio, en este estudio se reporta que el 29,50% de los profesionales sanitarios presentaron síntomas por debajo del umbral clínico, mientras que únicamente el 11,20% y el 1,80% manifestaron sintomatología moderada y grave, respectivamente. Estos valores son significativamente menores de los aportados por Gil-Almagro, Carmona-Monge et al. (2024) en España en cuanto a la etapa pospandémica. Las diferencias encontradas una vez más podrían producirse por los distintos periodos de recogida de datos en comparación con la presente investigación. En general, la proporción de profesionales sanitarios con sintomatología de insomnio por debajo del umbral clínico coincide con lo reportado por Mokamelkhah et al. (2024), aunque es significativamente inferior en cuanto a la sintomatología moderada y severa. Por su parte, a pesar de que Ding, Wang et al. (2024) informan de una mayor proporción de personas con sintomatología severa de insomnio.

En cuanto a la fase activa, no se puede inferir por el presente estudio que exista una mejoraría de la presencia de síntomas o la severidad de estos entre fases, sin embargo, si es posible hipotetizarlo ya que se observaron tasas superiores (Kandemir et al., 2022; Wu y Wei, 2020) o similares (Lai et al., 2020; Mokros et al., 2021) con algunas excepciones (p. ej. Aslan y Dinc, 2021; Oteir et al., 2022). Específicamente en España, Gil-Almagro, Carmona-Monge et al. (2024) en su

estudio longitudinal realizado en España observaron un descenso significativo en la severidad de insomnio, aunque únicamente entre el primer año de la pandemia y la etapa pospandémica y no entre el segundo año, lo cual puede sugerir que, en caso de la sintomatología de insomnio, su descenso se ha ralentizado, siendo más lento y menos apreciado con el paso del tiempo.

Finalmente, en relación con la sintomatología somática, no se han observado estudios que la evalúen en etapa pospandemia. En este sentido, los resultados expuestos son de especial relevancia para la comprensión de la salud laboral en este contexto ya que se muestran en un alto porcentaje de la población. De la evidencia disponible, Conti et al. (2020) identificaron prevalencias incluso superiores durante la fase activa de la pandemia. Por su parte, Zhang et al. (2020) reportaron prevalencias considerablemente inferiores. La severidad observada en este estudio fue principalmente leve. Concretamente, el 35,30%, el 14,90% y el 8,60% de la muestra presentaron sintomatología leve, moderada y severa, respectivamente. No obstante, la limitada disponibilidad de investigaciones centradas específicamente en la sintomatología somática durante la etapa pospandémica dificulta una adecuada comprensión de la evolución de esta problemática en el colectivo sanitario. A pesar de las carencias observadas, se puede afirmar que los síntomas somáticos pueden contribuir negativamente al deterioro del sueño, los hábitos alimentarios y el bienestar psicológico general (Wozniak et al., 2021), por lo que se configuran como una variable de especial interés para la mejora de la salud laboral de los profesionales sanitarios.

Por lo general, los hallazgos correspondientes al Objetivo 1 ponen de manifiesto que una proporción relevante de profesionales sanitarios continúa presentando sintomatología clínica durante la etapa pospandémica, especialmente en relación con el insomnio y los síntomas somáticos. Del mismo modo, debido a la persistencia de malestar psicológico en el colectivo sanitario, los resultados obtenidos en el Estudio I y el Estudio II evidencian la necesidad de continuar garantizando el seguimiento y el apoyo psicológico a los profesionales sanitarios incluso tras la finalización oficial de la emergencia sanitaria derivada de la COVID-19.

Como Objetivo 2 se quiso estudiar la influencia de las variables demográficas y ocupacionales en la prevalencia y la severidad de la sintomatología. En relación con la influencia de la edad, los análisis bivariados muestran que los profesionales

sanitarios más jóvenes, concretamente aquellos comprendidos entre los 20 y 30 años, presentan una mayor severidad de sintomatología depresiva, estrés y síntomas somáticos en comparación con determinados grupos de mayor edad. En concreto, las diferencias más consistentes se observaron frente a los profesionales de entre 51 y 60 años en las variables de depresión y estrés, así como frente a los profesionales mayores de 61 años en relación con los síntomas somáticos.

Estos hallazgos son consistentes con los resultados obtenidos en el Objetivo 6, donde el modelo de regresión indica que los profesionales de entre 51 y 60 años presentan puntuaciones de estrés 1,22 puntos inferiores respecto a los grupos etarios más jóvenes. En general, estos resultados sugieren que una menor edad podría asociarse con una mayor vulnerabilidad psicológica y una mayor severidad de determinadas manifestaciones clínicas, mientras que una mayor edad podría relacionarse con menores niveles de estrés y sintomatología somática.

Complementando estos resultados, los análisis bivariados del Objetivo 2 muestran que los profesionales sanitarios más jóvenes presentan un mayor riesgo de desarrollar síntomas somáticos en comparación con aquellos mayores de 41 años. Concretamente, los menores de 30 años presentan aproximadamente cinco veces más probabilidades de desarrollar este tipo de sintomatología que los profesionales mayores de 61 años. Del mismo modo, los hallazgos de los modelos de regresión indican que pertenecer al grupo de edad comprendido entre los 20 y 30 años se asocia con un riesgo aproximadamente tres veces superior de presentar síntomas somáticos respecto al resto de grupos etarios.

Estos hallazgos coinciden con gran parte de la literatura previa (Al Mahyijari et al., 2021; Azoulay, Cariou et al., 2020; Elbay et al., 2020; Elmahdy y Shebl, 2021; Gupta et al., 2021; Morawa et al., 2023; Samaniego et al., 2020; Song et al., 2020; Sun et al., 2020; Umbetkulova et al., 2024; Youssef et al., 2020), cuyos resultados indican que ser joven se asocia con una mayor severidad de sintomatología depresiva, estrés y síntomas somáticos. Del mismo modo, Ahmed et al. (2021) identificaron que pertenecer al grupo de edad comprendido entre los 20 y 30 años se relaciona con una mayor sintomatología depresiva en profesionales sanitarios. No obstante, los resultados obtenidos contrastan con las observaciones de Hariri et al. (2023), quienes reportaron que los trabajadores sanitarios mayores de 50 años fueron los más afectados por la sintomatología depresiva. De forma similar, Chatterjee et al. (2020) señalaron que la juventud se asociaba con una mayor sintomatología

depresiva, aunque no necesariamente con mayores niveles de estrés. En sentido opuesto, Waich et al. (2023) apuntan que los trabajadores sanitarios menores de 30 años gestionan el estrés de forma más eficaz y desarrollan menos sintomatología relacionada en comparación con los profesionales de mayor edad. Estas discrepancias evidencian la necesidad de continuar profundizando en el estudio de la influencia de la edad sobre la salud mental del colectivo sanitario.

El conjunto de estos hallazgos podría explicarse, en parte, por la mayor carga emocional y familiar experimentada por los trabajadores sanitarios jóvenes. En este sentido, la preocupación constante por el bienestar de los hijos u otros miembros de la familia podría contribuir significativamente al deterioro de la salud mental, especialmente en relación con la sintomatología depresiva (Song et al., 2020). Asimismo, Kannampallil et al. (2020; citado en Debnath et al., 2023) sugieren que la necesidad continua de equilibrar las demandas familiares y laborales, frecuentemente percibida como altamente exigente, podría explicar el peor estado de salud mental observado en este grupo. Adicionalmente, la mayor vulnerabilidad psicológica observada en los profesionales sanitarios jóvenes podría relacionarse con menores niveles de resiliencia psicológica, variable que se asocia significativamente con una mayor edad (Pachi, Tselebis et al., 2024). Tal y como señalan estos autores, el incremento de la edad favorece el desarrollo de estrategias de afrontamiento emocional más eficaces ante situaciones especialmente estresantes, reduciendo así la probabilidad de desarrollar sintomatología clínica.

En cuanto al sexo, en consonancia con investigaciones previas (Ding, Wang et al., 2024; Khajuria et al., 2021; Mohamed et al., 2024), los análisis bivariados mostraron que las mujeres presentan una sintomatología depresiva más severa que los hombres. Asimismo, tanto los análisis bivariados como los modelos de regresión indican que las mujeres presentan mayores niveles de severidad de sintomatología de estrés en comparación con los hombres, coincidiendo con lo reportado por Babore et al. (2020), Badahdah et al. (2020), Couarraze et al. (2021), Podder et al. (2020), Waich et al. (2023) y Youssef et al. (2020).

Del mismo modo, tanto los análisis bivariados como los modelos de regresión mostraron una mayor severidad de síntomas somáticos en mujeres que en hombres. Concretamente, el modelo de regresión lineal indicó que las mujeres presentaban, en promedio, puntuaciones 2,11 puntos superiores en sintomatología somática. Estos resultados contrastan con las observaciones de Liu et al. (2020) y

Song et al. (2020), quienes identificaron mayores niveles de estrés y depresión en hombres dentro del contexto sanitario. En relación con la prevalencia, tanto los análisis bivariados como los modelos predictivos coincidieron en señalar que los hombres presentan menores probabilidades de manifestar síntomas somáticos en comparación con las mujeres, coincidiendo con los hallazgos de Hong et al. (2021), quienes identificaron el sexo femenino como un importante factor de riesgo para este tipo de sintomatología.

No obstante, y en contraste con lo reportado por Ding, Wang et al. (2024), Fenzke et al. (2023), Lai et al. (2020), Misganaw et al. (2024), Morawa et al. (2023) y Pachi, Panagiotou et al. (2024), en el presente estudio no se observó una asociación significativa entre el sexo femenino y un mayor riesgo de ansiedad e insomnio. En términos generales, estos resultados podrían explicarse por mayores niveles de resiliencia psicológica entre los profesionales sanitarios hombres frente a las mujeres (Azoulay et al., 2024; Pachi, Tselebis et al., 2024). Asimismo, Yin et al. (2024) destacan el papel de la resiliencia psicológica como un elemento clave asociado a un mejor estado de salud mental en el colectivo sanitario. En conjunto, y a diferencia de lo propuesto por Fattori et al. (2023), quienes plantean que la influencia del sexo femenino disminuye conforme avanzan las distintas fases pandémicas, los resultados obtenidos sugieren que las mujeres continúan presentando mayores niveles de severidad de sintomatología depresiva, estrés y síntomas somáticos incluso durante la etapa pospandémica.

Respecto al estado civil, los hallazgos muestran que los profesionales sanitarios que conviven en pareja o están casados presentan una sintomatología depresiva y ansiosa menos severa que los profesionales solteros. Aunque la relevancia práctica de esta asociación podría verse limitada debido al reducido tamaño del efecto observado, el modelo de regresión lineal respalda esta tendencia, indicando que convivir en pareja o estar casado se asocia a una reducción de la sintomatología depresiva y ansiosa. En concreto, los profesionales sanitarios casados mostraron puntuaciones medias 0,79 puntos inferiores en depresión y 0,59 puntos inferiores en ansiedad.

En relación con la prevalencia, los análisis bivariados confirmaron que las personas solteras presentan más del doble de riesgo de desarrollar sintomatología depresiva y ansiosa en comparación con quienes conviven en pareja o están casados. Asimismo, los profesionales sanitarios solteros presentaron

aproximadamente el doble de riesgo de desarrollar sintomatología de estrés y una mayor probabilidad de desarrollar síntomas somáticos en comparación con los profesionales casados. Por el contrario, y en contraste con lo reportado por Song et al. (2020), las personas divorciadas mostraron un 52,00% menos de probabilidades de desarrollar sintomatología depresiva respecto a quienes convivían en pareja o estaban casados.

Estas aportaciones coinciden con lo reportado por diversos estudios recientes (Azoulay, Cariou et al., 2020; Elbay et al., 2020; Elmahdy y Shebl, 2021; Hariri et al., 2023; Mohamed et al., 2024; Song et al., 2020; Sun et al., 2020). Del mismo modo, las personas solteras presentaron mayores puntuaciones en sintomatología de estrés en comparación con quienes convivían en pareja o estaban casados, coincidiendo con los resultados de Elbay et al. (2020), Podder et al. (2020) y Shivani et al. (2023). No obstante, nuevamente, el tamaño del efecto observado fue pequeño, por lo que sus implicaciones prácticas deben interpretarse con cautela.

Estos resultados podrían explicarse, fundamentalmente, por el apoyo social y emocional recibido por parte de la pareja y el entorno familiar. La posibilidad de compartir preocupaciones y recibir apoyo emocional podría actuar como un importante factor protector frente al deterioro de la salud mental. En esta línea, Kim et al. (2022) describen el denominado mecanismo de afrontamiento compartido utilizado por trabajadores sanitarios casados, conceptualizado como una estrategia eficaz de manejo del estrés. Asimismo, Dziedzic et al. (2025) observaron una asociación negativa entre la sintomatología de estrés y el apoyo familiar percibido. De forma complementaria, Whisman y Uebelacker (2017) señalan que la convivencia en pareja facilita no solo el apoyo emocional y social, sino también el apoyo económico y organizativo, contribuyendo al bienestar psicológico y reduciendo el riesgo de desarrollar sintomatología depresiva, especialmente en las mujeres.

Por otro lado, los análisis bivariados mostraron que el nivel educativo se asocia de forma estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva y el insomnio. Concretamente, los profesionales sanitarios con estudios universitarios de grado/licenciatura o doctorado tendieron a presentar una sintomatología depresiva menos severa en comparación con aquellos con menor nivel formativo. Del mismo modo, los profesionales con estudios universitarios o superiores mostraron una menor severidad de sintomatología de insomnio respecto a quienes

contaban con titulaciones medias. Pese a que las asociaciones identificadas alcanzaron significación estadística, el tamaño del efecto observado fue pequeño, lo que sugiere que sus implicaciones prácticas deben interpretarse con cautela. Asimismo, los análisis de prevalencia mostraron que los profesionales sanitarios con estudios medios presentaban un riesgo significativamente superior de desarrollar sintomatología de insomnio respecto a quienes poseían estudios universitarios, de Máster o doctorado.

Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Hong et al. (2021), Khalili et al. (2024), Aslan y Dinc (2021), Cao et al. (2024) y Chen et al. (2024), quienes también identificaron una asociación entre menor nivel educativo y mayor vulnerabilidad psicológica en el colectivo sanitario. No obstante, los resultados obtenidos contrastan con las observaciones de Sun et al. (2020) y Youssef et al. (2020), quienes señalaron menores niveles de sintomatología depresiva entre los trabajadores con menor formación académica.

Estos resultados podrían explicarse por mayores niveles de resiliencia psicológica y mejores estrategias de afrontamiento entre los profesionales sanitarios con mayor nivel formativo. En esta línea, Cao et al. (2024) plantean que un mayor nivel educativo podría favorecer el desarrollo de recursos psicológicos protectores frente a situaciones altamente estresantes.

En cuanto a las variables ocupacionales, los resultados obtenidos mediante los análisis bivariados mostraron una asociación significativa entre la situación laboral y la severidad de la sintomatología ansiosa. Concretamente, los profesionales sanitarios autónomos presentaron menores niveles de ansiedad en comparación con residentes, internos y trabajadores por cuenta ajena. De forma complementaria, los residentes y trabajadores asalariados mostraron un riesgo 3,85 y 2,86 veces superior, respectivamente, de desarrollar sintomatología ansiosa respecto a los profesionales autónomos. Estos hallazgos podrían explicarse por la mayor flexibilidad horaria y autonomía organizativa asociadas al trabajo por cuenta propia, permitiendo una mayor capacidad de adaptación de las jornadas laborales y una menor percepción de obligatoriedad permanente respecto a la asistencia laboral (Dagne et al., 2020). No obstante, los resultados obtenidos contrastan con las aportaciones de Cybulska et al. (2023), quienes no identificaron diferencias significativas entre el tipo de contrato laboral y la prevalencia de sintomatología de insomnio.

En relación con la profesión sanitaria, los resultados obtenidos indican que los auxiliares de enfermería constituyen el grupo profesional más afectado por el conjunto de la sintomatología clínica evaluada. Los análisis bivariados mostraron que los auxiliares de enfermería tendían a desarrollar una sintomatología depresiva más severa que el resto de los profesionales sanitarios, coincidiendo con los hallazgos de Cunill Olivas et al. (2020), Erquicia et al. (2020) y Fattori et al. (2023). De forma similar, Liao et al. (2024) y Xiao et al. (2023) señalaron que los enfermeros especializados presentaban menores niveles de sintomatología depresiva que aquellos situados en categorías profesionales inferiores.

Asimismo, tanto los auxiliares de enfermería como los enfermeros mostraron una sintomatología ansiosa más pronunciada que otros profesionales sanitarios, especialmente en comparación con los médicos, coincidiendo con lo reportado por Azoulay, Cariou et al. (2020). En términos de prevalencia, los médicos mostraron aproximadamente un 50,00% y un 60,00% menos de riesgo de desarrollar sintomatología depresiva y ansiosa, respectivamente, en comparación con los enfermeros. Del mismo modo, el riesgo fue un 65,00% y un 71,00% inferior respecto a los auxiliares de enfermería. Estos resultados coinciden con las observaciones de Alsairafi et al. (2021), Duden et al. (2023), Erquicia et al. (2020), Gupta et al. (2021) y Umbetkulova et al. (2024), quienes también identificaron un mayor riesgo de ansiedad y depresión entre enfermeros y auxiliares frente a médicos.

Por otro lado, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la profesión sanitaria y la severidad o prevalencia de la sintomatología de estrés, resultado coincidente con las aportaciones de Jahrami et al. (2021). Sin embargo, Erquicia et al. (2020) sí identificaron una asociación relevante entre el ejercicio de enfermería y una mayor sintomatología de estrés.

En relación con el insomnio, los auxiliares de enfermería mostraron síntomas más severos que el resto de los profesionales sanitarios, especialmente en comparación con médicos y enfermeros, coincidiendo con las observaciones de Yang et al. (2024). Esta situación podría atribuirse a una mayor carga laboral y a la naturaleza específica de las tareas desempeñadas. Los resultados obtenidos coinciden parcialmente con lo reportado por Rossi et al. (2020), quienes observaron que tanto los auxiliares de enfermería como los enfermeros constituían los grupos con mayor predisposición a desarrollar sintomatología severa de insomnio. Igualmente, los médicos mostraron un riesgo significativamente menor de

desarrollar sintomatología de insomnio respecto a enfermeros y auxiliares de enfermería, coincidiendo con los hallazgos de Alfonsi et al. (2024), Sahin et al. (2020) y Umbetkulova et al. (2024).

Finalmente, los auxiliares de enfermería presentaron una mayor tendencia a desarrollar sintomatología somática severa respecto al resto de grupos profesionales, observándose además un tamaño del efecto moderado, lo que sugiere una posible relevancia práctica de esta asociación. Del mismo modo, tanto enfermeros como auxiliares mostraron un riesgo significativamente mayor de desarrollar síntomas somáticos en comparación con los médicos.

Respecto a la experiencia laboral en el ámbito sanitario, los resultados obtenidos mediante los análisis bivariados muestran que contar con una experiencia laboral superior a 10 años se asocia con una menor severidad de sintomatología depresiva y estrés. Estos hallazgos coinciden con las aportaciones de Elbay et al. (2020), Liao et al. (2024), Shivani et al. (2023), Yao et al. (2020) y Youssef et al. (2020). No obstante, aunque se identificó una asociación estadísticamente significativa entre estas variables, el tamaño del efecto observado fue pequeño, lo que sugiere una limitada relevancia práctica de dicha relación.

En relación con la prevalencia de los problemas de salud mental, los resultados obtenidos indican que los profesionales sanitarios con menos de 10 años de experiencia laboral presentan aproximadamente el doble de riesgo de desarrollar sintomatología de estrés en comparación con aquellos con trayectorias profesionales más extensas. Sin embargo, no se encontró evidencia suficiente para confirmar diferencias significativas en el riesgo de desarrollar sintomatología depresiva en función de la duración de la experiencia laboral. Estos resultados coinciden con lo reportado por Holton et al. (2020), quienes señalaron que el aumento de la experiencia laboral reduce el riesgo de estrés, aunque no necesariamente el de depresión dentro del contexto sanitario.

En su totalidad, estos hallazgos podrían explicarse por mayores niveles de resiliencia psicológica y apoyo social percibido entre los profesionales sanitarios con una trayectoria laboral más extensa (Cai, Lian, et al., 2020; Pachi, Tselebis et al., 2024). Asimismo, dichos autores destacan la importancia de la experiencia acumulada durante situaciones de emergencia sanitaria, ya que esta podría favorecer el fortalecimiento progresivo de la resiliencia psicológica y de las estrategias adaptativas de afrontamiento.

Otro de los hallazgos fue que los profesionales sanitarios que trabajaban por turnos mostraron puntuaciones más elevadas en sintomatología de ansiedad, insomnio y síntomas somáticos. Asimismo, los profesionales sanitarios con jornadas laborales por turnos presentaron un riesgo 1,65 y 1,54 veces superior de desarrollar sintomatología de insomnio y síntomas somáticos, respectivamente, en comparación con aquellos con horarios laborales regularizados. Aunque el tamaño del efecto observado sugiere que el impacto práctico del trabajo por turnos podría considerarse moderado, los resultados coinciden con múltiples investigaciones recientes que identifican una mayor severidad de la sintomatología psicológica en profesionales sanitarios sometidos a trabajo por turnos (Abdulah y Musa, 2020; Al Noaimi et al., 2021; Aslan y Dinc, 2021; Bouchou et al., 2024; Cheng et al., 2023; Misganaw et al., 2024; Rahman et al., 2023; Zhan et al., 2020). En total, estos resultados podrían explicarse por la insuficiente duración y calidad del sueño entre los trabajadores sanitarios sometidos a jornadas irregulares, interfiriendo negativamente en el descanso adecuado y favoreciendo, en consecuencia, el desarrollo de problemas de salud mental (Dong et al., 2021; Mohamed et al., 2024).

Pasando a comentar los resultados de los análisis bivariados en relación con las variables de la salud correspondientes al Objetivo 3, se observa que el hecho de contar con un diagnóstico previo se asocia significativamente con una mayor severidad de sintomatología de ansiedad, depresión, estrés, insomnio y síntomas somáticos, aunque con un tamaño del efecto pequeño, indicando que su importancia práctica debería de interpretarse con precaución. Los análisis complementarios indican que, principalmente, contar con un diagnóstico de trastorno mental se asocia con una mayor severidad de todas las variables dependientes.

Igualmente, respecto a la prevalencia, los análisis bivariados indican que los profesionales sanitarios con un diagnóstico previo, aunque exclusivamente del trastorno mental y no de la enfermedad biomédica, manifiestan un mayor riesgo de padecer el conjunto de la sintomatología analizada. Coincidiendo con los resultados obtenidos de este estudio, Sahin et al. (2020) también señalan que los profesionales sanitarios con historia previa de trastorno mental muestran un mayor riesgo de depresión, ansiedad e insomnio, mientras que Dobson et al. (2021) identifican una asociación significativa entre el diagnóstico previo de trastorno mental y una mayor predisposición a la depresión. Parecidamente, Lancee et al.

(2008) señalan una asociación significativa entre el hecho de padecer algún problema psicológico previo y la aparición de problemas mentales nuevos en el colectivo sanitario. Mientras tanto, Liang et al. (2024) señalan que la ausencia de diagnóstico previo de trastorno mental actúa como un factor de protección de depresión y ansiedad en el personal sanitario.

Asimismo, en los análisis bivariados, el seguimiento de tratamiento farmacológico crónico por parte del personal sanitario se asocia de forma significativa con una mayor severidad y prevalencia de la sintomatología de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos. Los análisis de regresión confirman esta tendencia, señalando que el tratamiento farmacológico crónico constituye un importante factor de riesgo para una mayor severidad del conjunto de la sintomatología clínica, además incrementa aproximadamente en 2,28 y 2,55 veces el riesgo de padecer sintomatología ansiosa y somática, respectivamente, en profesionales sanitarios en comparación con aquellos no sometidos a ningún tratamiento farmacológico. Estos resultados coinciden con las observaciones de Sahin et al. (2020), quienes identifican una relación significativa entre el hecho de estar bajo tratamiento psiquiátrico y una mayor prevalencia de depresión, ansiedad e insomnio en profesionales del ámbito sanitario. En línea con lo observado, Azoulay, Cariou et al. (2020) apuntan que los trabajadores sanitarios afectados por sintomatología de ansiedad y depresión refieren un mayor uso de medicamentos psicotrópicos.

En consonancia con el Objetivo 4 y los análisis bivariados referentes a las variables relacionados con el estilo de vida, los profesionales sanitarios que redujeron sus contactos sociales en los últimos dos años y medio tienden a manifestar una mayor severidad de sintomatología de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos. Con mayor motivo, para las variables de depresión, estrés y síntomas somáticos el tamaño del efecto se observa como mediano, lo que sugiere una considerada relevancia de sus implicaciones prácticas. Igualmente, según los modelos predictivos de severidad, los trabajadores sanitarios cuyos contactos sociales se vieron reducidos puntúan más alto en todas las variables clínicas analizadas.

Respecto a la prevalencia, según los análisis bivariados, los trabajadores sanitarios que redujeron su red de contactos sociales tienden a experimentar mayor riesgo de padecer toda la sintomatología clínica analizada en comparación con

aquellos que no experimentaron dicha reducción, con mayor énfasis en el riesgo triplicado de desarrollar depresión y estrés. Igualmente, los análisis de regresión logística complementan estas observaciones, añadiendo que la reducción de los contactos sociales se asocia con un aumento del riesgo de presentar sintomatología depresiva y de estrés en 1,78 y 1,86 veces respectivamente, por parte del personal sanitario según los modelos predictivos desarrollados.

Existe un consenso sobre el papel protector del apoyo social y el desarrollo de problemas mentales en el colectivo sanitario (Dziedzic et al., 2025; Kamari et al., 2025; Misganaw et al., 2024; Mohamed et al., 2024; Zhang, Li et al., 2024). En línea con lo anterior, en la revisión sistemática llevada a cabo por Leo et al. (2021), los autores describen la relación entre el apoyo social recibido en las relaciones sociales y un mayor bienestar por parte del colectivo sanitario. Otros autores especifican que existe una asociación inversa entre el apoyo social y la severidad de ansiedad (Gil-Almagro, García-Hedrera et al., 2024, Wang et al., 2020), estrés y problemas relacionados con la calidad de sueño (Wang et al., 2020). Por su parte, Zhan et al. (2024) y Zhang, Li et al. (2024) reportan una menor propensión a desarrollar problemas de insomnio en los profesionales sanitarios dotados de un adecuado apoyo social, entendiendo el apoyo social tanto a nivel de la familia y compañeros, como a nivel organizacional. Complementándolo aún más, Li et al. (2023) y Lu et al. (2024) informan de una asociación significativa entre el apoyo organizacional y una mayor predisposición a desarrollar sintomatología de depresión y ansiedad respectivamente, dando aún más importancia a este tipo de respaldo.

Por otro lado, es importante indicar que los resultados obtenidos mediante análisis bivariados sugieren que cualquier cambio en la ingesta alimentaria habitual en los últimos dos años y medio, ya sea reducción o aumento de esta, arroja un impacto significativo en la sintomatología clínica analizada. Empezando por la reducción de ingesta alimentaria, parece ser que los profesionales sanitarios que disminuyeron su nivel de ingesta habitual tienden a presentar una mayor severidad de sintomatología de depresión, estrés e insomnio. Los análisis de regresión coinciden en que la reducción de la ingesta se asocia con una mayor severidad de sintomatología depresiva entre los profesionales sanitarios. Respecto a la severidad, la reducción del nivel habitual de ingesta alimentaria parece relacionarse con un mayor riesgo de depresión, ansiedad e insomnio entre los

profesionales sanitarios, aunque dichas asociaciones no se mostraron significativas en los análisis de regresión.

Por otro lado, según los análisis bivariados el aumento de ingesta de alimentos en los últimos dos años y medio se asocia de forma significativa con una mayor severidad de todas las variables clínicas. Sobre todo, la relación entre el aumento del nivel de ingesta y la sintomatología somática tiene un tamaño del efecto moderado, pudiendo tener implicaciones prácticas relevantes. Similarmente, el modelo de regresión de la severidad indica que los trabajadores sanitarios que aumentaron su nivel de ingesta alimentaria muestran en promedio 1,59 puntos más en la puntuación de la variable de síntomas somáticos. Por otra parte, analizando el riesgo relativo de padecer sintomatología clínica mediante los análisis bivariados, cabe destacar particularmente el alto riesgo de padecer sintomatología de insomnio y síntomas somáticos entre los profesionales sanitarios que aumentaron su nivel de ingesta habitual, llegando a ser aproximadamente cuatro veces superior en comparación con aquellas personas que no incrementaron su nivel de ingesta. Coincidiendo con los resultados de los análisis bivariados, los modelos de regresión logística también señalan el aumento de la ingesta como un factor de riesgo potencial frente a la sintomatología somática y de insomnio, aumentando las probabilidades relativas de desarrollarla 2,81 y 2,33 veces respectivamente.

Para complementar aún más los resultados, en este estudio se consideró la variable de atracones de comida, pudiendo identificarse mediante los análisis bivariados una significativa asociación entre los mismos y una mayor severidad de todas las variables clínicas. Igualmente, lo que respecta a la severidad, el tamaño del efecto fue mediano para las variables de depresión, ansiedad, estrés y síntomas somáticos, lo que respalda aún más la relación observada. Los resultados de regresión coinciden parcialmente con los detectados en los análisis bivariados, observando en promedio una puntuación superior en las variables de depresión, ansiedad, estrés e insomnio en los profesionales sanitarios que experimentaron atracones de comida en los últimos dos años y medio.

Los resultados acerca de la prevalencia sugieren que la presencia de los atracones de comida en el colectivo sanitario podría aumentar aproximadamente cuatro veces el riesgo de padecer la sintomatología de depresión, ansiedad e insomnio, mientras que el riesgo de padecer los síntomas somáticos podría llegar a

ser hasta cinco veces mayor. Similarmente, según los modelos predictivos de prevalencia, los atracones de comida incrementan en aproximadamente el doble, el riesgo de presentar sintomatología de depresión y ansiedad, aunque no de insomnio y síntomas somáticos. Estos resultados se asemejan parcialmente a las observaciones de Dong et al. (2021), quienes también reportaron que una alimentación inadecuada e irregular contribuye negativamente al aumento de la severidad y prevalencia de la sintomatología clínica entre los profesionales sanitarios, particularmente en lo relativo a la ansiedad y el insomnio, aunque debido a las discrepancias encontradas se detecta la necesidad de aumentar el número de estudios que analicen en profundidad estas cuestiones.

Por otra parte, los profesionales sanitarios que aumentaron su consumo habitual de alcohol y tabaco en los últimos dos años y medio presentan una severidad significativamente mayor en el conjunto de la sintomatología clínica estudiada mediante los análisis bivariados. Empezando por la variable de consumo de tabaco, el tamaño del efecto entre la misma y el estrés fue mediano, sugiriendo una relación moderada entre ambas variables, pudiendo tener implicaciones prácticas relevantes en el ámbito sanitario. Los análisis de regresión igualmente demuestran que el puntuaje promedio de estrés, así como de insomnio aumenta en 1,68 y 1,84 puntos, respectivamente, en los profesionales sanitarios que aumentaron su consumo habitual de tabaco. Respecto a la prevalencia, los resultados de los análisis bivariados demuestran que las personas que incrementaron su consumo de tabaco en los últimos dos años y medio presentan una propensión considerablemente mayor a sufrir sintomatología de estrés, insomnio y síntomas somáticos, y en menor medida de depresión y ansiedad. Los modelos de prevalencia indican igualmente que el aumento del consumo de tabaco se asocia significativamente con mayor riesgo de padecer sintomatología de estrés, insomnio y particularmente síntomas somáticos entre los profesionales sanitarios.

En cuanto al consumo de alcohol, los trabajadores sanitarios que aumentaron su consumo muestran una mayor severidad, así como prevalencia de toda la sintomatología clínica mediante los análisis bivariados. Por otro lado, los análisis de regresión lineal señalan el aumento de consumo de alcohol como una variable estadísticamente significativa exclusivamente para la variable de depresión, aumentando el puntuaje promedio en 0,85 puntos. Estos datos son particularmente importantes dado un mayor consumo de alcohol por parte de los profesionales

sanitarios que trabajaron en las UCIs durante la fase activa de la pandemia por COVID-19 (Wozniak et al., 2021).

El conjunto de los hallazgos obtenidos acerca del aumento de consumo de tabaco y alcohol coincide con las observaciones de Ahmed et al. (2021), Lee et al. (2021), Mohammadi et al. (2023) y Repon et al. (2021), quienes igualmente reportan un mayor riesgo de depresión entre los trabajadores sanitarios fumadores. Parecidamente, los resultados encontrados coinciden con lo señalado por Ahmed et al. (2021) y Lee et al. (2021), quienes informan de un mayor riesgo de ansiedad e insomnio entre los profesionales sanitarios fumadores. Igualmente, Wozniak et al. (2021) apuntan que el mayor consumo de alcohol por parte de los profesionales sanitarios se asocia de forma estadísticamente significativa con una mayor propensión a desarrollar sintomatología de depresión y ansiedad.

Por otro lado, el uso de sustancias o medicamentos relajantes en los últimos dos años y medio se asocia significativamente con una mayor severidad de la sintomatología de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos tanto mediante los análisis bivariados, como en los de regresión. Igualmente, es necesario destacar el elevado riesgo de padecer sintomatología de ansiedad y síntomas somáticos por parte de los trabajadores sanitarios que consumieron este tipo de sustancias identificado mediante el análisis bivariado, siendo este riesgo más de seis veces superior. Los modelos predictivos de prevalencia reflejan igualmente el elevado riesgo de padecer sintomatología de ansiedad y en particular la somática en los profesionales sanitarios que refieren haber consumido sustancias relajantes.

El conjunto de estos resultados podría explicarse en línea con las aportaciones de Karakose y Malkoc (2021), quienes reportan un incremento en el uso de los medicamentos antidepresivos entre los médicos como estrategia para mitigar la sintomatología de depresión, ansiedad y problemas de sueño derivados de la crisis sanitaria producida por la pandemia del COVID-19. Jovanović et al. (2024) señalan por su parte una asociación significativa entre el estrés laboral y el uso de ansiolíticos, sin una adecuada prescripción médica, llevando a un mayor riesgo de dependencia farmacológica, por lo que es fundamental garantizar unas adecuadas condiciones laborales, así como servicios de apoyo psicológicos, reemplazando las estrategias de afrontamiento nocivas por las más adaptativas. A pesar de las consecuencias negativas del uso de sustancias y/o medicamentos relajantes, el

porcentaje de profesionales sanitarios que declararon su uso en este estudio fue bastante menor en comparación con los estudios previos (Jovanović et al., 2024).

Respecto a la reducción de la actividad física, según los análisis bivariados, los profesionales sanitarios que redujeron su nivel de actividad física tienden a presentar una mayor severidad de la sintomatología de depresión, estrés, insomnio y síntomas somáticos, excepto la ansiedad. En cambio, los modelos predictivos de la severidad demuestran que los profesionales sanitarios que disminuyeron su nivel de actividad física tienden a presentar una mayor severidad de sintomatología de ansiedad. Respecto a la prevalencia, según los análisis bivariados, las personas que redujeron su actividad física tienen aproximadamente el doble de riesgo de padecer sintomatología somática frente a aquellas personas que mantuvieron su actividad estable. Mientras tanto, los análisis de regresión sugieren que la reducción de la actividad física aumenta el riesgo de desarrollar la sintomatología de ansiedad.

En la literatura científica tampoco existe un consenso sobre el impacto de la aumentada actividad física entre los profesionales sanitarios. Así, los autores como Jin et al. (2024), Liao et al. (2024) y Mohamed et al. (2024) señalan una mayor propensión a desarrollar problemas de depresión y ansiedad entre profesionales sanitarios con poca actividad física, mientras que Baek et al. (2022), Ha et al. (2022) y Niu et al. (2021) reportan efectos beneficiosos de la actividad física sobre los problemas de sueño en el colectivo sanitario. No obstante, las aportaciones recientes de Yang et al. (2024) señalan una pronunciada tendencia a presentar sintomatología de insomnio por parte de los trabajadores sanitarios activos frente a los no activos.

Finalmente, la afectación de la vida sexual según los resultados obtenidos mediante los análisis bivariados parece asociarse de forma significativa con una mayor severidad de la sintomatología clínica analizada. Aunque, generalmente el tamaño del efecto refleja la magnitud de la relación moderada entre las variables dependientes y la afectación de la vida sexual, este tamaño es pequeño en el caso de las variables de ansiedad e insomnio, lo que podría limitar su relevancia práctica. Por otro lado, los análisis de regresión confirman que los profesionales sanitarios con una calidad de vida sexual deteriorada tienden a presentar mayor severidad en el conjunto de la sintomatología clínica analizada. Asimismo, según los análisis bivariados, las personas cuya calidad de vida sexual empeoró en los

últimos dos años y medio muestran un mayor riesgo de desarrollar toda la sintomatología estudiada en comparación con las personas sin dicha afectación. A la vez, los modelos predictivos de prevalencia confirman esta tendencia, convirtiendo el deterioro de la calidad de vida sexual en un relevante factor de riesgo de salud mental del colectivo sanitario, particularmente para la variable de ansiedad e insomnio.

En línea con lo encontrado, Taha et al. (2024) también identifican un deterioro en la calidad de la vida sexual de los profesionales sanitarios, en particular los que trabajaban por turnos y con una elevada carga horaria, pudiendo explicar parcialmente el alarmante riesgo de insomnio observado en esta investigación. Adicionalmente, Coello Hernández et al. (2023) observan una asociación significativa entre el estrés y la peor calidad de vida sexual. En su totalidad, los resultados obtenidos parecen indicar de nuevo la importancia del apoyo emocional derivado de las relaciones sociales y familiares mencionados recientemente por Dziedzic et al. (2025).

El quinto objetivo consistió en analizar la influencia de variables relacionadas con la experiencia durante la pandemia por COVID-19 en la prevalencia y la severidad de la sintomatología. Los análisis bivariados sugieren que las variables estrictamente relacionadas con el contagio de la enfermedad por COVID-19, así como con la frecuencia de infección, no resultan significativamente asociadas con la severidad y prevalencia de sintomatología depresiva, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos.

En primer lugar, el hecho de haber recibido un diagnóstico de COVID-19, independientemente del número de contagios, no parece constituir una variable significativamente relacionada con la severidad ni con la prevalencia de la sintomatología clínica evaluada. Respecto a la gravedad de la enfermedad, los profesionales sanitarios que presentaron sintomatología moderada asociada a la COVID-19 tendieron a experimentar una mayor severidad de insomnio y síntomas somáticos en comparación con aquellos que cursaron sintomatología leve, aunque el tamaño del efecto observado fue pequeño. En relación con la prevalencia, los profesionales sanitarios que experimentaron sintomatología moderada o grave de la enfermedad mostraron un mayor riesgo de desarrollar depresión, ansiedad, insomnio y síntomas somáticos respecto a quienes fueron asintomáticos o presentaron sintomatología leve.

Estos hallazgos contrastan con las aportaciones previas correspondientes a la fase activa de la pandemia por COVID-19 (Chutiyami et al., 2022; Cybulska et al., 2023; Elmahdy y Shebl, 2021; Vizheh et al., 2020; Wu y Wei, 2020; Zhang et al., 2020), según las cuales trabajar en zonas de elevado contagio se asociaba con un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental. De forma complementaria, Azoulay, Cariou et al. (2020), Hesselink et al. (2021) y Wozniak et al. (2021) señalaron una asociación significativa entre el miedo al contagio y un mayor riesgo de depresión, ansiedad y estrés entre los profesionales sanitarios, resultados que difieren de los obtenidos en la presente investigación. Asimismo, Rahman et al. (2023) observaron que los profesionales sanitarios con diagnóstico previo de COVID-19 presentaban un riesgo de insomnio 2,60 veces superior respecto a quienes no habían padecido la enfermedad. Por el contrario, las aportaciones correspondientes a la etapa pospandémica realizadas por Wang et al. (2023) indican que los profesionales sanitarios infectados por COVID-19 en fases posteriores de la pandemia presentaban un menor riesgo de desarrollar sintomatología ansiosa en comparación con las personas no infectadas.

A partir de estos resultados, es posible plantear que las diferencias encontradas podrían explicarse por el periodo de recogida de datos, desarrollado tras la fase activa de la pandemia, momento en el que probablemente se había producido una cierta habituación al riesgo de contagio. Asimismo, este resultado podría relacionarse con la disminución progresiva de la realización de pruebas diagnósticas de COVID-19 tanto entre los profesionales sanitarios como en la población general.

Independientemente de que el mero diagnóstico de COVID-19 no pareciera asociarse significativamente con la severidad y prevalencia de la sintomatología clínica estudiada, las secuelas derivadas de la enfermedad y las consecuencias negativas de la pandemia a nivel personal sí mostraron asociaciones estadísticamente significativas. En este sentido, presentar secuelas posteriores a la infección por COVID-19 se asoció significativamente — aunque con tamaños del efecto pequeños — con una mayor severidad y prevalencia de la sintomatología clínica evaluada.

En relación con la prevalencia, los profesionales sanitarios que experimentaron secuelas tras la infección por COVID-19 presentaron aproximadamente el doble de riesgo de desarrollar sintomatología depresiva,

ansiedad, estrés e insomnio, mientras que el riesgo de síntomas somáticos llegó a ser hasta 3,57 veces superior respecto a quienes no presentaban secuelas. Las secuelas neurológicas, psicológicas y físicas se asociaban significativamente con una mayor severidad de la sintomatología clínica analizada, excepto en el caso de las alteraciones sensoriales. No obstante, el tamaño del efecto observado sugirió que no podía establecerse una relación relevante entre las secuelas neurológicas y la sintomatología de insomnio.

Siguiendo esta misma línea, los modelos predictivos de severidad mostraron una mayor severidad de sintomatología somática y depresiva en los profesionales sanitarios que desarrollaron secuelas neurológicas tras la infección por COVID-19. Asimismo, la presencia de secuelas psicológicas pareció constituir uno de los factores de riesgo más relevantes para la sintomatología depresiva en el colectivo sanitario. Del mismo modo, los profesionales sanitarios con secuelas físicas derivadas de la COVID-19 tendieron a presentar una sintomatología ansiosa y somática significativamente más severa, constituyéndose como uno de los factores más fuertemente asociados a ambas variables clínicas.

Respecto a la prevalencia, los resultados correspondientes coincidieron en señalar que los profesionales sanitarios con secuelas neurológicas posteriores a la COVID-19 presentaban un riesgo superior al doble de desarrollar sintomatología depresiva respecto a quienes no presentaban dichas secuelas. Asimismo, las secuelas neurológicas se asociaban con una mayor prevalencia de sintomatología de estrés, mientras que las secuelas psicológicas se relacionaban con una mayor prevalencia de depresión, ansiedad y estrés, aunque estas asociaciones no se confirmaron posteriormente en los modelos de regresión. Especialmente relevante fue el hallazgo de que el riesgo de desarrollar sintomatología depresiva resultó aproximadamente cuatro veces superior entre los profesionales sanitarios con secuelas psicológicas derivadas de la COVID-19. Los análisis bivariados confirmaron también una mayor prevalencia de sintomatología depresiva, ansiedad, estrés e insomnio entre los profesionales sanitarios que desarrollaron secuelas físicas tras la infección por COVID-19. Concretamente, estos profesionales presentaron aproximadamente el doble de riesgo de desarrollar sintomatología depresiva, ansiosa y estrés, y más de tres veces superior en el caso del insomnio. Asimismo, el mayor riesgo de insomnio asociado a este tipo de secuelas se mantuvo

en los análisis de regresión, constituyéndose como uno de los factores de riesgo más relevantes identificados por el modelo.

Los resultados obtenidos coinciden con las aportaciones de Zawilska y Kuczyńska (2022), así como con lo reportado por Journal of Occupational and Environmental Medicine (2025) acerca de los efectos prolongados de la COVID-19, especialmente en relación con las consecuencias neurológicas y psicológicas en el colectivo sanitario. En esta línea, dichos autores describen la persistencia de síntomas neurológicos y psicológicos en profesionales sanitarios, afectando significativamente a su salud mental, funcionamiento cognitivo, capacidad laboral y calidad de vida. Asimismo, Ye et al. (2024) identificaron una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de secuelas neurológicas posteriores a la COVID-19 y un mayor riesgo de insomnio entre los profesionales sanitarios. En suma, estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de garantizar un seguimiento continuado y un adecuado apoyo sanitario y psicológico a los profesionales sanitarios afectados por secuelas derivadas de la COVID-19, con el objetivo de mejorar su bienestar psicológico y favorecer una adecuada calidad asistencial en la atención a los pacientes.

Finalmente, en relación con lo planteado cerca de las consecuencias personales derivadas de la pandemia por COVID-19, los análisis bivariados mostraron una asociación estadísticamente significativa —aunque con tamaños del efecto pequeños— entre dichas consecuencias y una mayor severidad y prevalencia del conjunto de la sintomatología clínica analizada. No obstante, aunque estas asociaciones alcanzaron significación estadística en los análisis bivariados, no se mantuvieron en los modelos de regresión correspondientes, lo que sugiere la posible influencia de variables adicionales sobre estas relaciones.

Desglosando los resultados, según el tipo de repercusiones personales derivadas de la pandemia por COVID-19, las consecuencias sociales, familiares y relacionadas con el autocuidado fueron las más relevantes, al asociarse significativamente con una mayor severidad y prevalencia de todas las variables clínicas evaluadas. Respecto a las repercusiones sociales, los modelos predictivos de severidad mostraron que los profesionales sanitarios que experimentaron consecuencias negativas en sus relaciones sociales tendían a presentar una mayor severidad de sintomatología ansiosa, estrés, insomnio y síntomas somáticos, con la excepción de la depresión. Del mismo modo, los modelos predictivos de

prevalencia señalaron un mayor riesgo de desarrollar sintomatología de ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos entre los profesionales sanitarios afectados negativamente en el ámbito de las relaciones sociales.

En términos generales, existe consenso en la literatura científica acerca del papel protector del apoyo social frente al desarrollo de problemas de salud mental en el ámbito sanitario (Gil-Almagro, Carmona-Monge et al., 2024; Muntean et al., 2023). Asimismo, Mazza et al. (2021) señalaron que la preocupación constante y el aislamiento social podrían incrementar la predisposición a desarrollar sintomatología depresiva y de estrés entre los profesionales sanitarios. Desde la perspectiva laboral, Zhao et al. (2020) destacan la importancia de una adecuada comunicación entre compañeros de trabajo, así como del apoyo social recibido fuera del contexto laboral, como factores potencialmente protectores frente al desarrollo de sintomatología ansiosa. En esta misma línea, Liu et al. (2024) identificaron que trabajar en entornos violentos constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de depresión y ansiedad en el ámbito sanitario. Complementariamente, Du et al. (2022) plantean que el apoyo organizacional percibido podría mitigar el impacto negativo del estrés laboral sobre la salud mental, especialmente en relación con el desarrollo de problemas de insomnio. Por ello, estos autores subrayan la necesidad de que los responsables y supervisores sanitarios permanezcan atentos al bienestar general de los trabajadores, mostrando reconocimiento continuo hacia sus esfuerzos profesionales. De forma similar, Barnicot et al. (2023) observaron que sentirse apoyado tanto por los supervisores laborales como por los propios pacientes favorecía un mayor crecimiento postraumático en los profesionales sanitarios tras la pandemia por COVID-19. A partir de estas aportaciones, resulta evidente la importancia de promover la cohesión de los equipos de trabajo y fortalecer las habilidades de liderazgo de los supervisores con el objetivo de facilitar un mayor crecimiento personal tras periodos prolongados de elevada exigencia sanitaria.

En segundo lugar, los análisis bivariados evidenciaron una asociación significativa entre las repercusiones familiares derivadas de la pandemia y una mayor severidad y prevalencia de sintomatología clínica en el personal sanitario. No obstante, los modelos de regresión únicamente confirmaron que los profesionales sanitarios con consecuencias negativas a nivel familiar tendían a presentar una mayor severidad de sintomatología de insomnio.

En consonancia con estos resultados, investigaciones recientes indican que el desequilibrio entre las demandas laborales y la vida personal, junto con la falta de apoyo social, actúan como factores de riesgo relevantes para la depresión y la ansiedad en el colectivo sanitario (Costa et al., 2023; Liang et al., 2024). Asimismo, Grunheld y Hazem (2023) destacan que un adecuado ajuste entre las necesidades personales y los horarios laborales resulta fundamental para preservar un buen estado de salud mental en el ámbito sanitario.

En tercer lugar, los resultados obtenidos mediante los análisis bivariados y de regresión correspondientes a los Objetivos 5 y 6 ponen de manifiesto la relevancia del autocuidado sobre la salud mental del personal sanitario. Los profesionales sanitarios que abandonaron el cuidado personal como consecuencia de la pandemia por COVID-19 mostraron una mayor propensión a desarrollar sintomatología depresiva, ansiedad, insomnio y síntomas somáticos más severos, según los modelos predictivos desarrollados. Del mismo modo, en relación con la prevalencia, tanto los análisis bivariados como los modelos de regresión coincidieron en señalar que los profesionales sanitarios que abandonaron el autocuidado presentaban un mayor riesgo de desarrollar sintomatología depresiva, ansiedad, estrés e insomnio.

Por otro lado, las repercusiones económicas derivadas de la pandemia también se asociaron con una mayor severidad de sintomatología depresiva, estrés e insomnio, así como con una mayor prevalencia de depresión y ansiedad en el colectivo sanitario. Estos resultados coinciden con lo reportado por Ahmed et al. (2021), Aslan y Dinc (2021), Mohammadi et al. (2023), Repon et al. (2021) y Santos et al. (2021), quienes también identificaron una asociación significativa entre menores ingresos económicos y una mayor prevalencia de sintomatología depresiva, ansiedad e insomnio entre profesionales sanitarios. En la misma línea, Kamari et al. (2025) señalaron una asociación significativa entre la baja satisfacción con la situación económica y una mayor sintomatología de estrés. Asimismo, Ali et al. (2021) identificaron el impacto negativo de las dificultades financieras sobre el riesgo de desarrollar depresión, ansiedad e insomnio en profesionales sanitarios. Por otra parte, Rahman et al. (2023) observaron que los trabajadores sanitarios que recibieron algún tipo de compensación económica por trabajar en condiciones de elevado riesgo de contagio durante la pandemia tendían a presentar menores niveles de depresión y ansiedad respecto a quienes no recibieron apoyo financiero.

De forma complementaria, Liu et al. (2024) señalaron que recibir una adecuada compensación económica por el trabajo sanitario desempeñado podría actuar como un factor protector frente a la depresión y la ansiedad. En consonancia con ello, Grunheld y Hazem (2023) también identificaron los reconocimientos y recompensas laborales como algunas de las estrategias más eficaces para preservar la salud mental de los profesionales sanitarios.

Siguiendo con lo planteado en el Objetivo 5, las consecuencias emocionales derivadas de la pandemia por COVID-19 también parecieron desempeñar un papel relevante, asociándose significativamente - aunque exclusivamente en los análisis bivariados y no en los modelos de regresión, con una mayor severidad del conjunto de variables clínicas analizadas, con la excepción del insomnio. En cuanto a la prevalencia, las repercusiones emocionales de la pandemia a nivel personal se asociaron con una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa y síntomas somáticos, coincidiendo con las observaciones de Azoulay, Cariou et al. (2020). Según estos autores, la necesidad de afrontar emociones intensas y situaciones emocionalmente complejas durante el trabajo sanitario contribuye significativamente al deterioro de la salud mental. Asimismo, Muntean et al. (2023) observaron una asociación significativa entre el agotamiento emocional y un mayor riesgo de desarrollar sintomatología depresiva en profesionales sanitarios. Por otro lado, Baranauskas et al. (2024) y Hesselink et al. (2021) identificaron como principal estresor para el personal sanitario el hecho de presenciar el sufrimiento de los pacientes y de sus familiares, situación que podría contribuir al desarrollo de sintomatología severa de estrés, tal y como también señalan Bolado et al. (2024).

Finalmente, la pérdida de una persona cercana como consecuencia de la pandemia por COVID-19 no pareció asociarse significativamente ni con una mayor severidad ni con una mayor prevalencia de las variables clínicas estudiadas, contrariamente a lo planteado por Azoulay, Cariou et al. (2020). Estos resultados también difieren de lo señalado por Hesselink et al. (2021), quienes identificaron el sentimiento de incapacidad para proporcionar el apoyo y alivio deseado a pacientes y familiares - debido a la necesidad de cumplir estrictos protocolos sanitarios - como un importante factor de riesgo para el desarrollo de estrés en el colectivo sanitario. No obstante, debe considerarse que dichos hallazgos corresponden principalmente a la fase activa de la pandemia por COVID-19, por lo que es posible que su impacto sobre la salud mental de los profesionales sanitarios

haya disminuido progresivamente con el paso del tiempo y la llegada de la etapa pospandémica.

En relación con el sexto objetivo de la presente tesis, orientado al desarrollo de modelos predictivos multivariantes asociados a la prevalencia y severidad de sintomatología depresiva, ansiosa, estrés, insomnio y síntomas somáticos, los resultados obtenidos evidencian la naturaleza compleja y multifactorial de los determinantes que influyen sobre la salud mental en el contexto posterior a la pandemia por COVID-19. Los hallazgos sugieren que variables vinculadas a modificaciones en el estilo de vida y a las consecuencias derivadas de la infección por el COVID1-9 desempeñan un papel relevante en la explicación de diversas manifestaciones psicológicas, lo que pone de manifiesto la existencia de una interacción entre factores biológicos, conductuales y psicosociales.

Respecto a los modelos predictivos específicos de prevalencia, el deterioro de la vida sexual y las consecuencias negativas sobre el autocuidado emergieron como los principales factores asociados a la presencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Estos resultados sugieren que las alteraciones producidas en dimensiones fundamentales de la vida cotidiana podrían generar un efecto acumulativo sobre el bienestar psicológico y favorecer una mayor vulnerabilidad emocional. En relación con el deterioro de la vida sexual, los resultados obtenidos son consistentes con estudios previos que han señalado que la pandemia produjo modificaciones sustanciales en la vida afectiva y sexual de la población, asociándose dichos cambios con un incremento de la sintomatología depresiva y ansiosa (Mollaioli et al., 2021). Asimismo, diferentes investigaciones han descrito una relación bidireccional entre salud sexual y salud mental, donde las alteraciones en una de estas dimensiones pueden repercutir significativamente sobre la otra (Gil-Salmerón et al., 2022).

De forma similar, el impacto negativo de la pandemia sobre el autocuidado se identificó como otro de los factores con mayor peso predictivo sobre la prevalencia de alteraciones psicológicas. Este hallazgo podría explicarse considerando que las conductas relacionadas con hábitos saludables constituyen un elemento protector frente al desarrollo de trastornos emocionales debido a su influencia sobre el bienestar psicológico y el funcionamiento adaptativo (Luis et al., 2021). Durante la pandemia se observaron modificaciones significativas en estos hábitos, circunstancias que podrían haber contribuido al desarrollo y

mantenimiento de síntomas psicológicos (Ammar et al., 2020). Estos resultados parecen indicar que las alteraciones mantenidas en el autocuidado podrían actuar no solo como una consecuencia del malestar psicológico, sino también como un factor capaz de perpetuarlo.

En relación con el insomnio, además del deterioro de la vida sexual, las secuelas físicas posteriores a la infección por COVID-19 constituyeron uno de los factores de riesgo más relevantes. En este sentido, estudios previos han descrito que pacientes con antecedentes de infección por el COVID-19 pueden desarrollar sintomatología persistente incluso meses después de la fase aguda de la enfermedad, incluyendo alteraciones del sueño, fatiga o dificultades cognitivas (Al-Aly et al., 2022; Taquet et al., 2021). La persistencia de estos síntomas podría afectar significativamente al funcionamiento diario y contribuir al mantenimiento de alteraciones psicológicas a largo plazo.

Por otra parte, en relación con la sintomatología somática, el consumo de sustancias relajantes y el sexo femenino emergieron como predictores relevantes. La asociación entre el sexo femenino y una mayor vulnerabilidad psicológica ha sido ampliamente documentada en investigaciones realizadas durante y después de la pandemia, observándose mayores niveles de ansiedad, depresión y somatización en mujeres (Xiong et al., 2020). Estas diferencias podrían explicarse a partir de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, así como por una mayor exposición a determinados factores estresantes y responsabilidades familiares o de cuidado (Alonzi et al., 2020). Asimismo, el uso de sustancias relajantes podría reflejar la presencia de estrategias de afrontamiento dirigidas al alivio inmediato del malestar emocional, sin abordar necesariamente los factores subyacentes que contribuyen a dicho malestar.

En cuanto a los modelos predictivos de severidad, las secuelas psicológicas posteriores a la infección y el deterioro de la vida sexual fueron los principales predictores asociados a una mayor gravedad de la sintomatología depresiva. Estos resultados respaldan la hipótesis de que las consecuencias psicológicas derivadas de la infección por COVID-19 podrían mantenerse a largo plazo, incrementando la vulnerabilidad emocional de determinados individuos. De hecho, investigaciones recientes han mostrado un incremento del riesgo de desarrollar trastornos psicológicos incluso tras cuadros clínicos leves de COVID-19 (Al-Aly et al., 2022; Taquet et al., 2021).

Por otro lado, las consecuencias negativas sobre el autocuidado y la presencia de atracones alimentarios se identificaron como factores asociados a una mayor severidad de la ansiedad y el insomnio. La alimentación emocional y las conductas alimentarias desadaptativas pueden interpretarse como estrategias de afrontamiento disfuncionales ante situaciones de estrés prolongado, contribuyendo al mantenimiento o agravamiento del malestar psicológico (Fernández-Aranda et al., 2020). En contraste, convivir en pareja o estar casado/a actuó como un factor protector frente a ambas variables, posiblemente debido al apoyo emocional y social que proporciona la convivencia, considerado uno de los principales elementos amortiguadores del estrés y del malestar psicológico (Pietromonaco y Overall, 2021).

Finalmente, la presencia de atracones alimentarios y el incremento del consumo de tabaco mostraron una asociación significativa con una mayor severidad del estrés, mientras que pertenecer al grupo de edad comprendido entre los 51 y los 60 años se relacionó con una menor intensidad sintomática. Este hallazgo podría sugerir una mayor capacidad de regulación emocional o el desarrollo de estrategias de afrontamiento más adaptativas en grupos de mayor edad, hipótesis que ha sido previamente descrita en la literatura sobre resiliencia y salud mental en contextos de crisis sanitarias (Klaiber et al., 2021).

Llegados a este punto, cabe preguntarse el papel que tuvo la pandemia en los síntomas aquí estudiados. En consonancia con lo expuesto por otros investigadores, se asume una relación bidireccional entre las variables. Es decir, la presencia de, por ejemplo, síntomas de insomnio, tendrá influencia en la presencia y severidad de síntomas de, por ejemplo, ansiedad, y viceversa (Gil-Salmerón et al., 2022). A modo de hipótesis, se plantea que la pandemia tuvo un papel central como moderador en esta relación de síntomas. Es decir, los profesionales sanitarios podrían haber visto afecta su salud con mayor proporción tras la exposición prolongada a la COVID-19, afectando esto a su vez en otros síntomas como los somáticos o los relacionados con el sueño. De esta forma, esta exposición podría estar aumentando la influencia negativa entre variables (por ejemplo, ansiedad y estrés) y disminuyendo la positiva (apoyo social y depresión). Esto podría explicar la mayor prevalencia de síntomas leves (profesionales con mayor resiliencia que podrían verse superados por este nuevo evento) y de síntomas severos (profesionales con menor resiliencia que ven magnificados sus síntomas). Si bien

se plantea a modo de hipótesis, este modelo se basa en premisas previas y en los resultados observados tanto en el presente estudio como en la bibliografía, por lo que sería de especial interés plantear investigaciones futuras que permitan explorar las relaciones aquí propuestas.

En términos generales, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que el impacto psicológico derivado de la pandemia trasciende las consecuencias directas de la infección, incorporando múltiples dimensiones relacionadas con el estilo de vida, las relaciones interpersonales y las conductas de salud. Estos hallazgos resaltan la necesidad de desarrollar intervenciones multidisciplinares dirigidas no solo a la reducción de la sintomatología psicológica específica, sino también a la promoción de hábitos saludables, el fortalecimiento de las relaciones sociales y la detección temprana de secuelas físicas y psicológicas asociadas a la COVID-19, con el objetivo de favorecer una atención integral de la salud mental.

# XIII – LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

# XIII - LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Pese al rigor científico aplicado en el desarrollo de la presente tesis doctoral, los resultados obtenidos y las conclusiones derivadas deben interpretarse con cautela debido a una serie de limitaciones.

En cuanto al metaanálisis realizado en el Estudio I, una de las principales limitaciones es la elevada heterogeneidad observada entre los estudios incluidos, especialmente en las variables de depresión, ansiedad e insomnio. Aunque se realizaron análisis de moderación para explorar posibles fuentes de variabilidad, los elevados valores de heterogeneidad sugieren que existen otros factores no analizados que podrían estar influyendo en las estimaciones de prevalencia, como diferencias organizacionales entre sistemas sanitarios, condiciones laborales específicas o características socioculturales de cada contexto.

Asimismo, los estudios incluidos presentaron una considerable variabilidad metodológica, particularmente en relación con los instrumentos utilizados y los puntos de corte empleados para definir la presencia de sintomatología clínica. Esta falta de homogeneidad dificulta la comparación directa entre investigaciones y puede haber influido en las diferencias observadas en las tasas de prevalencia estimadas. Del mismo modo, algunos análisis de moderación no pudieron realizarse o deben interpretarse con cautela debido al reducido número de estudios disponibles en determinados subgrupos.

Otra limitación importante es el predominio de estudios transversales, lo que impide establecer relaciones causales o determinar la evolución temporal de los síntomas psicológicos en los profesionales sanitarios. Además, la mayoría de las investigaciones se basaron en medidas de autoinforme, susceptibles a sesgos de deseabilidad social, recuerdo o sobreestimación de la sintomatología.

También debe considerarse la existencia de posibles diferencias entre países y continentes en cuanto a organización sanitaria, impacto de la pandemia, recursos asistenciales y percepción cultural de la salud mental, factores que podrían limitar la generalización de los resultados. En este sentido, algunas regiones geográficas estuvieron representadas por un número reducido de estudios, especialmente

África y América, lo que dificulta obtener conclusiones sólidas sobre estas poblaciones.

Por otra parte, aunque los análisis de sensibilidad mostraron estabilidad en las estimaciones combinadas, y el sesgo de publicación no fue evidente para todas las variables, en el caso del estrés y el insomnio se observaron indicios de asimetría que podrían haber influido parcialmente en las prevalencias obtenidas.

Finalmente, debe señalarse que la literatura disponible sobre salud mental pospandémica en profesionales sanitarios continúa siendo relativamente reciente y heterogénea en cuanto al momento de recogida de datos tras la pandemia. Por ello, futuras investigaciones longitudinales con criterios metodológicos más homogéneos permitirán comprender con mayor precisión la evolución y persistencia de la sintomatología psicológica a largo plazo.

Respecto al estudio empírico presentado en el Estudio II, en primer lugar, los instrumentos utilizados para evaluar la sintomatología clínica en la muestra de profesionales sanitarios, si bien presentan adecuadas propiedades psicométricas y son ampliamente empleados en la investigación en el ámbito de la salud, corresponden fundamentalmente a herramientas de cribado. En este sentido, aunque permiten una aproximación válida a la presencia de sintomatología, no sustituyen a una evaluación clínica exhaustiva. Por ello, futuras investigaciones deberían considerar la incorporación de metodologías complementarias, como entrevistas clínicas estructuradas, con el fin de mejorar la precisión diagnóstica.

En segundo lugar, los datos correspondientes al Estudio II fueron recogidos a lo largo de un periodo de varios años, lo que podría haber influido en los resultados obtenidos. En particular, este aspecto temporal podría haber contribuido a una posible subestimación de la mejoría en la salud mental de los profesionales sanitarios durante la fase pospandémica.

En relación con lo anterior, y dado el carácter exploratorio de esta investigación, se considera necesario que futuras líneas de estudio profundicen en el análisis longitudinal de la evolución de la salud mental del colectivo sanitario, especialmente en el contexto nacional, con el objetivo de confirmar las tendencias observadas y facilitar el diseño de medidas específicas orientadas a reducir el impacto de la sintomatología de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos.

A pesar de estas limitaciones, el presente trabajo presenta diversas fortalezas que refuerzan la relevancia de sus aportaciones. En primer lugar, destaca la amplitud y profundidad del análisis realizado, que permite ofrecer una visión integral de la salud mental de los profesionales sanitarios desde el periodo previo a la pandemia por COVID-19 hasta la actualidad, tanto a nivel internacional como nacional. Asimismo, el estudio incorpora el análisis de múltiples variables moderadoras, lo que contribuye a una mejor comprensión de la complejidad del fenómeno.

En segundo lugar, la inclusión de metaanálisis permite estimar de forma robusta las tasas globales de prevalencia y severidad de la sintomatología de depresión, ansiedad, estrés e insomnio en el periodo pospandémico a nivel mundial. Estos resultados facilitan la contextualización de los datos y permiten establecer comparaciones relevantes con el contexto nacional.

En tercer lugar, el Estudio II proporciona un análisis exhaustivo de la situación de la salud mental de los profesionales sanitarios en España, contribuyendo a cubrir las lagunas existentes en la literatura científica. Además, este estudio permite explorar la relación entre la sintomatología clínica y un amplio conjunto de variables demográficas, ocupacionales, relacionadas con el estilo de vida y con la experiencia durante la pandemia por COVID-19.

Finalmente, el desarrollo de modelos predictivos para cada tipo de sintomatología evaluada constituye una aportación relevante, al permitir identificar factores de riesgo y protección que pueden orientar el diseño de programas de prevención e intervención ajustados a la realidad del contexto sanitario.

En relación con lo anterior, y considerando el carácter exploratorio de esta investigación, se identifican diversas líneas de futuro que permitirían ampliar y consolidar los hallazgos obtenidos.

En primer lugar, resulta necesario desarrollar estudios de carácter longitudinal que permitan analizar la evolución de la salud mental de los profesionales sanitarios en el periodo pospandémico. Este enfoque permitiría confirmar las tendencias observadas en la presente tesis, así como esclarecer la posible cronificación de la sintomatología detectada.

En segundo lugar, sería pertinente profundizar en el análisis de los factores de riesgo y protección identificados, especialmente aquellos relacionados con las condiciones laborales, los hábitos de vida y las secuelas post-COVID-19. En este sentido, futuras investigaciones podrían centrarse en examinar con mayor detalle los mecanismos subyacentes que explican estas relaciones, con el fin de mejorar la comprensión del fenómeno.

Asimismo, se considera relevante avanzar en la validación de los modelos predictivos propuestos, mediante su aplicación en diferentes contextos y poblaciones, lo que permitiría evaluar su estabilidad y capacidad explicativa en entornos diversos.

Por otra parte, futuras líneas de investigación deberían incorporar metodologías de evaluación más exhaustivas, combinando instrumentos de cribado con entrevistas clínicas estructuradas, con el objetivo de mejorar la precisión en la identificación de casos clínicos.

Finalmente, resulta fundamental que investigaciones posteriores contribuyan al diseño y evaluación de programas de prevención e intervención dirigidos específicamente al colectivo sanitario, basados en los factores identificados en esta tesis, con el objetivo de reducir el impacto de la sintomatología de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y síntomas somáticos.

# XIV - CONCLUSIONES

# XIV - CONCLUSIONES

Con el objetivo de dar respuesta a los objetivos planteados en la presente tesis, los resultados obtenidos permiten concluir que el estado de salud mental de los profesionales sanitarios en el periodo pospandémico, tanto a nivel global como en el contexto español, continúa siendo preocupante, sin evidenciarse una mejora sustancial respecto a la fase aguda de la pandemia por COVID-19.

En términos generales, los hallazgos apuntan hacia una persistencia del malestar psicológico, lo que sugiere que el impacto de la pandemia ha trascendido su fase inicial, configurándose como un problema de carácter más estructural en el colectivo sanitario.

## 14.1. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO I

1. Los resultados del metaanálisis evidencian que la prevalencia de sintomatología de depresión, ansiedad, estrés e insomnio en profesionales sanitarios se mantiene en niveles elevados durante el periodo pospandémico, alcanzando valores superiores a los reportados en numerosos estudios realizados durante la fase aguda de la pandemia por COVID-19. Además, las estimaciones mostraron una elevada heterogeneidad y amplios intervalos de predicción, lo que sugiere una considerable variabilidad entre contextos y poblaciones.
2. Las variables contextuales y metodológicas desempeñan un papel relevante en la variabilidad de las prevalencias observadas. En particular, la zona geográfica actuó como moderador significativo de la prevalencia de insomnio, observándose tasas más elevadas en Europa que en Asia. Asimismo, el tipo de instrumento de evaluación y los puntos de corte utilizados influyeron significativamente en las estimaciones de depresión y ansiedad, evidenciando la importancia de la operacionalización metodológica en la interpretación y comparación de resultados.
3. Entre las variables relacionadas con los participantes, la edad se asoció significativamente con la prevalencia de depresión, observándose menores tasas de sintomatología depresiva en muestras con mayor edad media. Por

el contrario, variables como el sexo, la profesión sanitaria, el trabajo en primera línea o la proporción de médicos y enfermeros no mostraron asociaciones estadísticamente significativas con las prevalencias analizadas.

4. Los análisis de sensibilidad mostraron una elevada estabilidad de las estimaciones combinadas tras la exclusión secuencial de estudios individuales, lo que respalda la robustez de los resultados obtenidos. En su conjunto, los hallazgos subrayan la necesidad de adoptar una perspectiva multicausal en el estudio de la salud mental del personal sanitario, considerando simultáneamente factores individuales, contextuales y metodológicos para comprender adecuadamente la persistencia de la sintomatología psicológica en el periodo pospandémico.

## 14.2. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO II

### 14.2.1. Persistencia y evolución de la sintomatología

Los resultados ponen de manifiesto la persistencia de sintomatología clínica en una proporción relevante de profesionales sanitarios durante el periodo pospandémico, especialmente en relación con el insomnio y los síntomas somáticos.

### 14.2.2. Factores sociodemográficos

La edad y el sexo se configuran como variables relevantes en la explicación de la sintomatología:

1. Los profesionales sanitarios jóvenes presentan mayor severidad en distintos síntomas, así como un mayor riesgo de desarrollar sintomatología somática, lo que sugiere una mayor vulnerabilidad en etapas iniciales de la trayectoria profesional.
2. Las mujeres muestran mayor propensión a presentar sintomatología depresiva, de estrés y somática, así como mayor riesgo asociado, lo que podría vincularse a factores estructurales y de género.

3. El estado civil actúa como factor protector, observándose menor severidad y prevalencia en profesionales que conviven en pareja o están casados.

### 14.2.3. Factores ocupacionales

1. Un mayor nivel educativo se asocia con menor severidad de sintomatología depresiva e insomnio.
2. Los profesionales en etapas formativas o en condiciones laborales más exigentes (residentes/internos y trabajadores por cuenta ajena) presentan mayor riesgo de ansiedad.
3. Las profesiones de enfermería y auxiliares muestran mayor afectación, mientras que los médicos presentan menor riesgo relativo.
4. La experiencia laboral actúa como factor protector, observándose menor sintomatología en profesionales con mayor trayectoria.
5. La turnicidad laboral se asocia con un incremento en la severidad y prevalencia de distintos síntomas.

### 14.2.4. Factores de la salud

La presencia de trastornos mentales previos y tratamiento farmacológico crónico se asocia con una mayor severidad y prevalencia de la sintomatología, evidenciando la importancia de los antecedentes clínicos como factor de vulnerabilidad.

### 14.2.5. Factores de estilo de vida

Los resultados indican que determinados hábitos y cambios conductuales tienen un impacto significativo en la salud mental:

1. La reducción de la actividad física y de los contactos sociales se asocia con un empeoramiento generalizado de la sintomatología.
2. Las alteraciones en los hábitos alimentarios, tanto por defecto como por exceso, así como la presencia de atracones, incrementan significativamente el riesgo y la severidad de los síntomas.

3. El consumo de alcohol, tabaco y sustancias relajantes se relaciona con un empeoramiento global de la sintomatología.
4. El deterioro de la vida sexual se asocia con una mayor afectación psicológica.

### 14.2.6. Factores relacionados con la COVID-19

1. Haber padecido COVID-19 no se asocia de forma consistente con la sintomatología, pero sí lo hacen la gravedad de la enfermedad y la presencia de secuelas, especialmente físicas y psicológicas.
2. Las secuelas post-COVID constituyen un factor relevante en el incremento de la sintomatología.
3. Las consecuencias adversas de la pandemia a nivel personal (económicas, sociales, emocionales) agravan la salud mental.

### 14.2.7. Modelos predictivos

Los modelos de regresión identifican como factores de riesgo más relevantes:

- La presencia de secuelas psicológicas y físicas del COVID-19
- Los atracones de comida
- El deterioro del autocuidado y de la vida sexual
- El consumo de sustancias relajantes
- Por el contrario, el estado civil (convivencia en pareja) emerge como un factor protector consistente.

Los resultados de esta tesis evidencian que la salud mental de los profesionales sanitarios en el periodo pospandémico no puede entenderse solo como una consecuencia transitoria de la crisis sanitaria, sino como un fenómeno de carácter estructural, determinado por la interacción compleja entre factores individuales, laborales, conductuales y contextuales.

La persistencia de niveles elevados de sintomatología, junto con la identificación consistente de múltiples factores de riesgo, especialmente aquellos relacionados con las condiciones laborales, los hábitos de vida y las secuelas post-

COVID, pone de manifiesto una demanda social y sanitaria no resuelta, que trasciende el ámbito clínico individual para situarse en el plano de la salud pública y la organización de los sistemas sanitarios.

Desde una perspectiva aplicada, estos hallazgos sugieren la necesidad de avanzar hacia modelos de intervención multinivel que integren:

- Estrategias individuales, orientadas a la detección precoz y el abordaje de factores de vulnerabilidad psicológica.
- Medidas organizacionales, centradas en la mejora de las condiciones laborales, la gestión de turnos y la reducción de la sobrecarga asistencial.
- Políticas sanitarias estructurales, que incorporen de manera explícita la salud mental del personal sanitario como un eje prioritario de planificación y evaluación del sistema.

Asimismo, los resultados ponen de relieve que el impacto de la pandemia ha generado cambios significativos en ámbitos tradicionalmente menos considerados en la investigación, como los hábitos de vida, el autocuidado o la esfera relacional, lo que refuerza la necesidad de adoptar un enfoque integral que contemple no solo la dimensión clínica, sino también las condiciones de vida y bienestar del colectivo sanitario.

En este sentido, esta tesis contribuye a consolidar la evidencia sobre las consecuencias a medio plazo de la pandemia por COVID-19, aportando un marco empírico que permite no solo describir la magnitud del problema, sino también identificar los principales mecanismos implicados. Todo ello ofrece una base sólida para el diseño de intervenciones más eficaces y contextualizadas, orientadas a la protección y promoción de la salud mental de los profesionales sanitarios.

# XV - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

# XV - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdalla, M., Chiuzan, C., Shang, Y., Ko, G., Diaz, F., Shaw, K., ... y Shechter, A. (2021). Factors associated with insomnia symptoms in a longitudinal study among New York City healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(17), 8970. https://doi.org/10.3390/ijerph18178970

Abdulah, D. M., y Mohammed, A. A. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on perceived stress in clinical practice: experience of doctors in Iraqi Kurdistan. *Romanian Journal of Internal Medicine*, *58*(4), 219-227. https://doi.org/10.2478/rjim-2020-0020

Abdulah, D. M., y Musa, D. (2020). Insomnia and related psychological factors among healthcare workers during COVID-19 pandemic in Iraq. *Sleep Medicine*, 75, 426-431. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.08.023

Acolin, J., y Fishman, P. (2023). Beyond the biomedical, towards the agentic: A paradigm shift for population health science. *Social Science & Medicine, 326*, 115950. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115950

Ahmed, G. K., Ramadan, H. K. A., Refay, S. M., y Khashbah, M. A. (2021). Comparison of knowledge, attitude, socioeconomic burden, and mental health disorders of COVID-19 pandemic between general population and health care workers in Egypt. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, *57*, 1-11. https://doi.org/10.1186/s41983-021-00280-w

Ahn, M. H., Suh, S., y Chung, S. (2024). A Multiple Mediator Model of Depression, Dysfunctional Beliefs about Sleep, and Sleep Effort in the Relationship between Psychological Inflexibility and Insomnia in Shift Working Nurses. *Psychiatric Quarterly*, *95*(4), 657-667. https://doi.org/10.1007/s11126-024-10097-4

Al-Aly, Z., Xie, Y., y Bowe, B. (2021). High-dimensional characterization of post-acute sequelae of COVID-19. *Nature*, *594*(7862), 259-264. https://doi.org/10.1038/s41586-021-03553-9

Alfonsi, V., Scarpelli, S., Gorgoni, M., Couyoumdjian, A., Rosiello, F., Sandroni, C., ... y De Gennaro, L. (2023). Healthcare workers after two years of COVID-19: the

consequences of the pandemic on psychological health and sleep among nurses and physicians. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(2), 1410. https://doi.org/10.3390/ijerph20021410

Ali, M., Uddin, Z., Ahsan, N. F., Haque, M. Z., Bairagee, M., Khan, S. A., y Hossain, A. (2021). Prevalence of mental health symptoms and its effect on insomnia among healthcare workers who attended hospitals during COVID-19 pandemic: a survey in Dhaka city. *Heliyon*, *7*(5). https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06985

Aliakbari, F., Alipour, F. M., Tavassoli, E., y Sedehi, M. (2020). The effect of empowerment program based on the social cognitive theory on the activity of daily living in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Education and Health Promotion*, *9*, 146. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_752_19

Al Mahyijari, N., Badahdah, A., y Khamis, F. (2021). The psychological impacts of COVID-19: a study of frontline physicians and nurses in the Arab world. *Irish Journal of Psychological Medicine*, *38*(3), 186-191. https://doi.org/10.1017/ipm.2020.119

Almeida, V. C., Pereira, L. C. D., da Cunha Machado, S., dos Santos Maciel, L. Y., de Farias Neto, J. P., y de Santana Filho, V. J. (2024). The use of a biopsychosocial model in the treatment of patients with chronic. *Patient Education and Counseling*, *121*, 108117. https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.108117

Al Noaimi, H. M., Al Noaimi, M. M., Al Fayez, F. M., Al Mushkhes, H. Q., y Al Ani, W. (2021). The Impact of COVID-19 Pandemic on Mental Health of Health Care Workers of Bahrain Defence Force Royal Medical Services. *Bahrain Medical Bulletin*, *43*(3).

Alonso, J., Vilagut, G., Mortier, P., Ferrer, M., Alayo, I., Aragón-Peña, A., ... y MINDCOVID Working Group. (2021). Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, *14*(2), 90-105. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.12.001

Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research: The evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling*, *53*(2), 239–244. https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00146-0

Alonzi, S., La Torre, A., y Silverstein, M. W. (2020). The psychological impact of preexisting mental and physical health conditions during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(S1), S236. http://dx.doi.org/10.1037/tra0000840

Alqifari, A. N., Alharbi, S. G., Alayed, F. M., Alabdullatif, N. H., Aljardan, S. A., Alqifari, H. N., ... y Alabdullatif, N. (2024). A Cross-Sectional Study of the Prevalence of Irritable Bowel Syndrome and Its Association With Anxiety and Depression Among Nurses in the Al-Qassim Region of Saudi Arabia. *Cureus*, *16*(9). https://doi.org/10.7759/cureus.70278

Alsairafi, Z., Naser, A. Y., Alsaleh, F. M., Awad, A., y Jalal, Z. (2021). Mental health status of healthcare professionals and students of health sciences faculties in Kuwait during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(4), 2203. https://doi.org/10.3390/ijerph18042203

Alsaraireh, A., Al Hashmi, I., Raghavan, D., Arulappan, J., Aziz, H., y Al Shekaili, A. (2024). Predictors of depression, anxiety and stress symptoms among maternity nurses and midwives in a Middle Eastern country. *African Journal of Reproductive Health*, *28*(9), 63-72. https://doi.org/10.29063/ajrh2024/v28i9.6

Ammar, A., Brach, M., Trabelsi, K., Chtourou, H., Boukhris, O., Masmoudi, L., ... y ECLB-COVID19 Consortium. (2020). Effects of COVID-19 home confinement on eating behaviour and physical activity: results of the ECLB-COVID19 international online survey. *Nutrients*, *12*(6), 1583. https://doi.org/10.3390/nu12061583

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

Anuar, H., Shah, S. A., Gafor, H., Mahmood, M. I., y Ghazi, H. F. (2020). Usage of Health Belief Model (HBM) in health behavior: A systematic review. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, *16*(11), 2636-9346.

Arnau-Soler, A., Adams, M. J., Clarke, T. K., MacIntyre, D. J., Milburn, K., Navrady, L., ... y Thomson, P. A. (2019). A validation of the diathesis-stress model for depression in Generation Scotland. *Translational Psychiatry*, *9*(1), 25. https://doi.org/10.1038/s41398-018-0356-7

Aslan, S., y Dinc, M. (2022). Examining the relationship between nurses' fear levels and insomnia during the COVID-19 pandemic in Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*, *58*(1), 54-60. https://doi.org/10.1111%2Fppc.12927

Asociación Americana de Psiquiatría. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto rev.). Editorial Médica Panamericana.

Azizzadeh Pormehr, A., y Shojaezadeh, D. (2019). The effects of educational intervention for anxiety reduction on nursing staffs based on PRECEDE-PROCEED Model. *Health Education and Health Promotion, 7*(3), 119–123.

Azoulay, E., Cariou, A., Bruneel, F., Demoule, A., Kouatchet, A., Reuter, D., ... y Kentish-Barnes, N. (2020). Symptoms of anxiety, depression, and peritraumatic dissociation in critical care clinicians managing patients with COVID-19. A cross-sectional study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *202*(10), 1388-1398. http://dx.doi.org/10.1164/rccm.202006-2568OC

Azoulay, E., De Waele, J., Ferrer, R., Staudinger, T., Borkowska, M., Povoa, P., ... y Esicm. (2020). Symptoms of burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak. *Annals of Intensive Care*, *10*, 1-8. https://doi.org/10.1186/s13613-020-00722-3

Azoulay, E., Pochard, F., Argaud, L., Cariou, A., Clere-Jehl, R., Guisset, O., ... y Kentish-Barnes, N. (2024). Resilience and mental-health symptoms in ICU healthcare professionals facing repeated COVID-19 waves. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *209*(5), 573-583. https://doi.org/10.1164/rccm.202305-0806OC

Babore, A., Lombardi, L., Viceconti, M. L., Pignataro, S., Marino, V., Crudele, M., ... y Trumello, C. (2020). Psychological effects of the COVID-2019 pandemic: Perceived stress and coping strategies among healthcare professionals. *Psychiatry Research*, *293*, 113366. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113366

Badahdah, A., Khamis, F., Al Mahyijari, N., Al Balushi, M., Al Hatmi, H., Al Salmi, I., ... y Al Noomani, J. (2021). The mental health of health care workers in Oman during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Social Psychiatry*, *67*(1), 90-95. https://doi.org/10.1177/0020764020939596

Baek, Y., Han, K., Kim, J., y Yoo, H. Y. (2022). Smartphone-based home workout program for shift-work nurses working during the COVID-19 pandemic. *Nursing & Health Sciences*, *24*(3), 708-716. https://doi.org/10.1111/nhs.12969

Bai, Y., Lin, C. C., Lin, C. Y., Chen, J. Y., Chue, C. M., y Chou, P. (2004). Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatric Services*, *55*(9), 1055-1057. https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.9.1055

Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, *84*(29), 191-215.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, *44*(9), 1175.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Bandura, A. (2013). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. En Understanding and changing health behaviour (pp. 299-339). Psychology Press.

Bandura, A. (2024). Self-efficacy mechanism in human agency. *Psyhology & Society*, *90*(2), 63-94. https://doi.org/10.35774/pis2024.02.063

Bani Hani, S., y Abu Aqoulah, E. A. (2024). Relationship Between Alarm Fatigue and Stress Among Acute Care Nurses: A Cross-Sectional Study. *SAGE Open Nursing*, *10*, 23779608241292584. https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/journals-permissions

Baranauskas, M., Kalpokas, M., Kupčiūnaitė, I., Lieponienė, J., y Stukas, R. (2024). Self-Perceived Stress in Association with Emotional Experiences Following Patient Death and Coping Adequacy among Clinical Nurses in Lithuania: A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Medicine*, *13*(9), 2533. https://doi.org/10.3390/jcm13092533

Barene, S., y Krustrup, P. (2022). Football and Zumba training in female hospital staff: Effects after 12 and 40 weeks on self-reported health status, emotional wellbeing, general self-efficacy and sleep problems. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(3), 1685. https://doi.org/10.3390/ijerph19031685

Batat, H., Baniamer, A. Z., Hamasha, A. M., Abu Sahyoun, A. M. A., AlSamhori, J. F., Alsharqwi, M. Z., ... y Khalifeh, A. H. (2024). The relationship between night shift work, sleep patterns, psychological well-being, and mental health among

Jordanian healthcare workers. *Archives of Environmental & Occupational Health*, *79*(3-4), 131-141. https://doi.org/10.1080/19338244.2024.2379826

Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.

Belayneh, Z., Zegeye, A., Tadesse, E., Asrat, B., Ayano, G., y Mekuriaw, B. (2021). Level of anxiety symptoms and its associated factors among nurses working in emergency and intensive care unit at public hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Nursing*, *20*(1), 180. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00701-4

Beydokhti, T. B., Dehnoalian, A., Moshki, M., y Akbary, A. (2021). Effect of educational-counseling program based on precede-proceed model during Pregnancy on postpartum depression. *Nursing Open*, *8*(4), 1578-1586. https://doi.org/10.1002/nop2.770

Blekas, A. (2020). Mental health challenges among healthcare professionals in Poland during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health Nursing*, *29*(4), 555-562. https://doi.org/10.xxxx/ijmhn.2020.xxxx

Bock, B. C., Marcus, B. H., Pinto, B. M., y Forsyth, L. H. (2001). Maintenance of physical activity following an individualized motivationally tailored intervention. *Annals of Behavioral Medicine*, *23*(2), 79-87. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2302_2

Bolado, G. N., Ataro, B. A., Gadabo, C. K., Ayana, A. S., Kebamo, T. E., y Minuta, W. M. (2024). Stress level and associated factors among nurses working in the critical care unit and emergency rooms at comprehensive specialized hospitals in Southern Ethiopia, 2023: explanatory sequential mixed-method study. *BMC Nursing*, *23*(1), 341. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02004-w

Bolton, D. (2023). A revitalized biopsychosocial model: Core theory, research paradigms, and clinical implications. *Psychological Medicine, 53*(16), 7504–7511. https://doi.org/10.1017/S0033291723002660

Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P., y Rothstein, H. R. (2005). *Comprehensive Meta-Analysis (Version 2.0)* [Software]. Biostat.

Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P., y Rothstein, H. R. (2021). *Introduction to meta-analysis*. John Wiley & Sons.

Bouchou, Y., Giffard-Quillon, L., Fontana, L., Roche, F., Pélissier, C., y Berger, M. (2024). Sleep Habits and Disturbances in Healthcare Workers: A Cross-Sectional

Survey in French Public Hospitals. *Nature and Science of Sleep*, 1687-1698. https://doi.org/10.2147/NSS.S461993

Brassington, G. S., Atienza, A. A., Perczek, R. E., DiLorenzo, T. M., y King, A. C. (2002). Intervention-related cognitive versus social mediators of exercise adherence in the elderly. *American Journal of Preventive Medicine*, *23*(2), 80-86. https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00477-4

Bridgeman, P. J., Bridgeman, M. B., y Barone, J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals. *The Bulletin of the American Society of Hospital Pharmacists*, *75*(3), 147-152. https://doi.org/10.2146/ajhp170460

Bridges, L. S., Sharma, M., Lee, J. H. S., Bennett, R., Buxbaum, S. G., y Reese-Smith, J. (2018). Using the PRECEDE-PROCEED model for an online peer-to-peer suicide prevention and awareness for depression (SPAD) intervention among African American college students: experimental study. *Health Promotion Perspectives*, *8*(1), 15. https://doi.org/10.15171/hpp.2018.02

Brozina, K., y Abela, J. R. (2006). Behavioural inhibition, anxious symptoms, and depressive symptoms: A short-term prospective examination of a diathesis-stress model. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(9), 1337-1346. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.09.010

Cabarkapa, S., Nadjidai, S. E., Murgier, J., y Ng, C. H. (2020). The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. *Brain, Behavior, & Immunity-health*, *8*, 100144. https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100144

Cabeza, E., March, S., Cabezas, C., y Segura, A. (2016). Promoción de la salud en atención primaria: si Hipócrates levantara la cabeza…. *Gaceta Sanitaria*, *30*, 81-86. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.012

Cai, W., Lian, B., Song, X., Hou, T., Deng, G., y Li, H. (2020). A cross-sectional study on mental health among health care workers during the outbreak of Corona Virus Disease 2019. *Asian Journal of Psychiatry*, *51*, 102111. https://doi.org/10.1016%2Fj.ajp.2020.102111

Cai, Z., Cui, Q., Liu, Z., Li, J., Gong, X., Liu, J., ... y Wang, G. (2020). Nurses endured high risks of psychological problems under the epidemic of COVID-19 in a longitudinal study in Wuhan China. *Journal of Psychiatric Research*, *131*, 132-137. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.007

Cao, Q., Wu, H., Tang, X., Zhang, Q., y Zhang, Y. (2024). Effect of occupational stress and resilience on insomnia among nurses during COVID-19 in China: a structural equation modelling analysis. *BMJ Open*, *14*(7), e080058. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-080058

Carter-Sand, S. A. (2003). *Examining the utility of the transtheoretical model with psychotherapy for anxiety disorders*. [Tesis de Doctorado, Saint Louis University]. Repositorio institucional - Saint Louis University.

Castonguay, J., Filer, C. R., y Pitts, M. J. (2016). Seeking help for depression: applying the health belief model to illness narratives. *Southern Communication Journal*, *81*(5), 289-303. https://doi.org/10.1080/1041794X.2016.1165729

Champion, V. L., y Skinner, C. S. (2008). The health belief model. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, *4*, 45-65.

Chatterjee, S. S., Bhattacharyya, R., Bhattacharyya, S., Gupta, S., Das, S., y Banerjee, B. B. (2020). Attitude, practice, behavior, and mental health impact of COVID-19 on doctors. *Indian Journal of Psychiatry*, *62*(3), 257-265. https://doi.org.10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_333_20

Chen, J., Liu, X., Wang, D., Jin, Y., He, M., Ma, Y., ... y Hou, X. (2021). Risk factors for depression and anxiety in healthcare workers deployed during the COVID-19 outbreak in China. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *56*, 47-55. https://doi.org/10.1007/s00127-020-01954-1

Chen, R., Chou, K. R., Huang, Y. J., Wang, T. S., Liu, S. Y., y Ho, L. Y. (2006). Effects of a SARS prevention programme in Taiwan on nursing staff's anxiety, depression and sleep quality: a longitudinal survey. *International Journal of Nursing Studies*, *43*(2), 215-225. https://doi.org/10.1016%2Fj.ijnurstu.2005.03.006

Chen, R., Yan, W., Shen, Q., Li, M., Chen, M., Dong, J., ... y Cui, J. (2024). Network analysis of anxiety and cognitive impairment among mental healthcare workers. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1393598. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1393598

Chen, X., Wang, B., Wang, Y., He, S., Liu, D., y Yan, D. (2024). Prevalence and associated factors of insomnia symptoms among doctors and nurses under the context of high prevalence of multiple infectious diseases: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, *12*, 1423216. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1423216

Cheng, H., Liu, G., Yang, J., Wang, Q., y Yang, H. (2023). Shift work disorder, mental health and burnout among nurses: A cross-sectional study. *Nursing Open*, *10*(4), 2611-2620. https://doi.org/10.1002/nop2.1521

Cheung, T., y Yip, P. S. (2015). Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *12*(9), 11072-11100. https://doi.org/10.3390/ijerph120911072

Chua, S. E., Cheung, V., Cheung, C., McAlonan, G. M., Wong, J. W., Cheung, E. P., ... y Tsang, K. W. (2004). Psychological effects of the SARS outbreak in Hong Kong on high-risk health care workers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *49*(6), 391-393. https://doi.org/10.1177/070674370404900607

Chutiyami, M., Cheong, A. M., Salihu, D., Bello, U. M., Ndwiga, D., Maharaj, R., ... y Kannan, P. (2022). COVID-19 pandemic and overall mental health of healthcare professionals globally: a meta-review of systematic reviews. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 804525. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.804525

Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *24*(4), 385–396. https://doi.org/10.2307/2136404

Colodro-Conde, L., Couvy-Duchesne, B., Zhu, G., Coventry, W. L., Byrne, E. M., Gordon, S., ... y Martin, N. G. (2018). A direct test of the diathesis–stress model for depression. *Molecular Psychiatry*, *23*(7), 1590-1596. http://dx.doi.org/10.1038/mp.2017.130

Comisión Europea. (2021). *Comunicación al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones: Marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2021-2027. La seguridad y la salud en el trabajo en un mundo laboral en constante transformación* (COM(2021) 323 final).

Conti, C., Fontanesi, L., Lanzara, R., Rosa, I., y Porcelli, P. (2020). Fragile heroes. The psychological impact of the COVID-19 pandemic on health-care workers in Italy. *PloS One*, *15*(11), e0242538. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242538

Costa, A., Caldas de Almeida, T., Fialho, M., Rasga, C., Martiniano, H., Santos, O., ... y Heitor, M. J. (2023). Mental health of healthcare professionals: two years of the COVID-19 pandemic in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(4), 3131. https://doi.org/10.3390/ijerph20043131

Couarraze, S., Delamarre, L., Marhar, F., Quach, B., Jiao, J., Avilés Dorlhiac, R., ... y Dutheil, F. (2021). The major worldwide stress of healthcare professionals during the first wave of the COVID-19 pandemic–the international COVISTRESS survey. *PloS One*, *16*(10), e0257840. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257840

Cox, R. C., Jessup, S. C., Luber, M. J., y Olatunji, B. O. (2020). Pre-pandemic disgust proneness predicts increased coronavirus anxiety and safety behaviors: Evidence for a diathesis-stress model. *Journal of Anxiety Disorders, 76*, 102315. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102315

Cunill Olivas, M., Aymerich Andreu, M., Serdà, B. C., y Patiño Masó, J. (2020). The impact of COVID-19 on Spanish health professionals: A description of physical and psychological effects. *International Journal of Mental Health Promotion, 22*(3), 185–198. https://dx.doi.org/10.32604/IJMHP.2020.011615

Cybulska, A. M., Weymann, A., Rachubińska, K., Grochans, S., Wójcik, G., y Grochans, E. (2023). Factors associated with insomnia and aggression among healthcare workers during COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(2), 1433. https://doi.org/10.3390/ijerph20021433

Dagne, H., Atnafu, A., Alemu, K., Azale, T., Yitayih, S., Dagnew, B., ... y Simegn, W. (2021). Anxiety and associated factors among Ethiopian health professionals at early stage of COVID-19 pandemic in Ethiopia. *PloS One*, *16*(6), e0252664. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252664

De Brier, N., Stroobants, S., Vandekerckhove, P., y De Buck, E. (2020). Factors affecting mental health of health care workers during coronavirus disease outbreaks (SARS, MERS & COVID-19): A rapid systematic review. *PloS One*, *15*(12), e0244052. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244052

De Pablo, G. S., Vaquerizo-Serrano, J., Catalan, A., Arango, C., Moreno, C., Ferre, F., ... y Fusar-Poli, P. (2020). Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *275*, 48-57. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.022

De Vroege, L., y van den Broek, A. (2023). Post-pandemic self-reported mental health of mental healthcare professionals in the Netherlands compared to during

the pandemic–an online longitudinal follow-up study. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1221427. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1221427

Debnath, P. R., Islam, M. S., Karmakar, P. K., Sarker, R., Zhai, Z. W., y Potenza, M. N. (2023). Mental health concerns, insomnia, and loneliness among intern doctors amidst the COVID-19 pandemic: evidence from a large tertiary care hospital in Bangladesh. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *21*(3), 1799-1819. https://doi.org/10.1007/s11469-021-00690-0

Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring and procedures manual.* National Computer Systems.

Ding, C., Duan, Z., Luo, W., Li, L., Li, G., Li, X., ... y Yang, R. (2024). Pathways linking workplace violence and suicidal ideation/non-suicidal self-injury among nurse staff: the mediating role of loneliness and depressive symptoms. *BMC Nursing*, *23*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02044-2

Ding, W., Wang, M. Z., Zeng, X. W., Liu, Z. H., Meng, Y., Hu, H. T., ... y Wang, S. (2024). Mental health and insomnia problems in healthcare workers after the COVID-19 pandemic: A multicenter cross-sectional study. *World Journal of Psychiatry*, *14*(5), 704. https://dx.doi.org/10.5498/wjp.v14.i5.704

Dobešová Cakirpaloglu, S., Cakirpaloglu, P., Skopal, O., Kvapilová, B., Schovánková, T., Vévodová, Š., ... y Steven, A. (2024). Strain and serenity: exploring the interplay of stress, burnout, and well-being among healthcare professionals. *Frontiers in Psychology*, *15*, 1415996. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1415996

Dobson, H., Malpas, C. B., Burrell, A. J., Gurvich, C., Chen, L., Kulkarni, J., y Winton-Brown, T. (2021). Burnout and psychological distress amongst Australian healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Australasian Psychiatry*, *29*(1), 26-30. https://doi.org/10.1177/1039856220965045

Dong, H. S., Gao, J. J., Dong, Y. X., Han, C. X., y Sun, L. (2021). Prevalence of insomnia and anxiety among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Jilin Province. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, *54*(9), e10602. https://doi.org/10.1590/1414-431X2020e10602

Drake, C. L., Pillai, V., y Roth, T. (2014). Stress and sleep reactivity: a prospective investigation of the stress-diathesis model of insomnia. *Sleep*, *37*(8), 1295-1304. https://doi.org/10.5665/sleep.3916

Du, J., Liu, Z., Zhang, X., Shao, P., Hua, Y., Li, Y., ... y Ni, C. (2022). Occupational stress and insomnia symptoms among nurses during the outbreak of COVID-19 in China: the chain mediating effect of perceived organizational support and psychological capital. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 882385. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.882385

Duden, G. S., Reiter, J., Paswerg, A., y Weibelzahl, S. (2023). Mental health of healthcare professionals during the ongoing COVID-19 pandemic: a comparative investigation from the first and second pandemic years. *BMJ Open*, *13*(3), e067244. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067244

Duică, L., Antonescu, E., Totan, M., Antonescu, O. R., Boța, G., Maniu, I., ... y Silișteanu, S. C. (2024). Perceived Stress, Resilience and Emotional Intelligence in Romanian Healthcare Professionals. *Healthcare*, *12*(23), 2336. https://doi.org/10.3390/healthcare12232336

Duval, S., y Tweedie, R. (2000). Trim and fill: A simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics*, *56*(2), 455–463. https://doi.org/10.1111/j.0006-341X.2000.00455.x

Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Sinsky, C. A., Cipriano, P. F., Bhatt, J., Ommaya, A., ... y Meyers, D. (2017). Burnout among health care professionals: A call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. *NAM Perspectives*, *7*(7). https://doi.org/10.31478/201707b

Dziedzic, B., Łodziana, K., Marcysiak, M., y Kryczka, T. (2025). Occupational stress and social support among nurses. *Frontiers in Public Health*, *13*, 1621312. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1621312

Eberhart, N. K., y Hammen, C. L. (2010). Interpersonal style, stress, and depression: An examination of transactional and diathesis-stress models. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *29*(1), 23-38. https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.1.23

Edmondson, D., Kronish, I. M., Wasson, L. T., Giglio, J. F., Davidson, K. W., y Whang, W. (2014). A test of the diathesis-stress model in the emergency department: Who develops PTSD after an acute coronary syndrome?. *Journal of Psychiatric Research*, *53*, 8-13. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.02.009

Elbay, R. Y., Kurtulmuş, A., Arpacıoğlu, S., y Karadere, E. (2020). Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19

pandemics. *Psychiatry Research*, *290*, 113130. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113130

Eldevik, M. F., Flo, E., Moen, B. E., Pallesen, S., y Bjorvatn, B. (2013). Insomnia, excessive sleepiness, excessive fatigue, anxiety, depression and shift work disorder in nurses having less than 11 hours in-between shifts. *PloS One*, *8*(8), e70882. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070882

Elisei, S., Sciarma, T., Verdolini, N., y Anastasi, S. (2013). Resilience and depressive disorders. *Psychiatria Danubina*, *25*(Suppl. 2), 263–267.

Elkholy, H., Tawfik, F., Ibrahim, I., et al. (2020). Mental health of frontline healthcare workers exposed to COVID-19 in Egypt: A call for action. *International Journal of Social Psychiatry*, *67*(5), 522–531. https://doi.org/10.1177/0020764020960192

Elmahdy, M. A., y Shebl, E. M. (2021). Mental health outcomes among health care workers exposed to covid-19 pandemic, Qalyoubia governorate: cross-sectional survey. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, *84*(1), 1945-1954.

Emiral, E., Örs, B., y Cantürk, N. (2024). Assessing depression, anxiety, stress, and occupational decision regret levels among resident physicians working at Ankara University Faculty of Medicine Hospital. *Turkish Journal of Medical Sciences*, *54*(5), 970-978. https://doi.org/10.55730/1300-0144.5875

Engel, G. L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. Science, 196(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Erquicia, J., Valls, L., Barja, A., Gil, S., Miquel, J., Leal-Blanquet, J., ... y Vega, D. (2020). Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa. *Medicina Clínica*, *155*(10), 434-440. https://doi.org/10.1016/j.medcle.2020.07.010

Fattori, A., Comotti, A., Mazzaracca, S., Consonni, D., Bordini, L., Colombo, E., ... y Bonzini, M. (2023). Long-term trajectory and risk factors of healthcare workers' mental health during COVID-19 pandemic: A 24 month longitudinal cohort study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(5), 4586. https://doi.org/10.3390/ijerph20054586

Feng, X., Yang, C., Yang, H., Wang, K., Xu, Y., Zhang, X., ... y Ma, J. (2023). Anxiety, depression, and somatic symptom disorders in health care workers at high altitude during the rapid spread of the SARS-CoV-2 omicron variant: a

prospective cohort study. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 1018391. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1018391

Fenzke, M. N., Viante, W. J. M., Aguiar, B. F., Gama, B. D. S., Pimenta, A. M., y Miranda, F. M. D. A. (2023). Trait and state anxiety in healthcare professionals of intensive care unit. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *44*, e20230028. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20230028.en

Fernández-Aranda, F., Casas, M., Claes, L., Bryan, D. C., Favaro, A., Granero, R., ... y Treasure, J. (2020). COVID-19 and implications for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *28*(3), 239. https://doi.org/10.1002/erv.2738

Fikri, Z., Bellarifanda, A., Sunardi, S., Rosyidul'Ibad, M., y Mu'jizah, K. (2024). The relationship between mental workload and nurse stress levels in hospitals. *Healthcare in Low-resource Settings*, *12*(1). https://doi.org/10.4081/hls.2023.11817

Fofie, E. A., Ekpor, E., y Akyirem, S. (2023). Postpandemic fear of COVID-19, psychological distress, and resilient coping among frontline health workers in Ghana: An analytical cross-sectional study. *Health Science Reports*, *6*(10), e1608. https://doi.org/10.1002/hsr2.1608

Fuster, A. B., Santiago, J. L., y Rubio, R. P. (2024). Psicología clínica y psicoterapia: Historia de una coevolución. En *Manual de tratamientos en psicología clínica: Guía práctica en adultos* (pp. 3–12). McGraw Hill España.

Geoffroy, P. A., Le Goanvic, V., Sabbagh, O., Richieri, R., Weinstein, A., y Limosin, F. (2020). Psychological support system for hospital workers during the Covid-19 outbreak: Rapid design and implementation of the Covid-Psy hotline. *General Psychiatry*, *33*(3), e100284. https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100284

Ghahramani, S., Lankarani, K. B., Yousefi, M., Heydari, K., Shahabi, S., y Azmand, S. (2021). A systematic review and meta-analysis of burnout among healthcare workers during COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 758849. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.758849

Ghahramani, S., Kasraei, H., Hayati, R., Tabrizi, R., y Marzaleh, M. A. (2023). Health care workers' mental health in the face of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *27*(2), 208-217. https://doi.org/10.1080/13651501.2022.2101927

Gielen, A. C., McDonald, E. M., Gary, T. L., y Bone, L. R. (2008). Using the PRECEDE-PROCEED model to apply health behavior theories. En K. Glanz, B. K. Rimer, y K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4.ª ed., pp. 407–429). Jossey-Bass.

Gil-Almagro, F., Carmona-Monge, F. J., García-Hedrera, F. J., y Peñacoba-Puente, C. (2024). Post-Pandemic Insomnia in Healthcare Workers: A Prospective Study including Sociodemographic, Occupational and Psychosocial Variables. *Journal of Clinical Medicine*, *13*(12), 3498. https://doi.org/10.3390/jcm13123498

Gil-Almagro, F., García-Hedrera, F. J., Peñacoba-Puente, C., y Carmona-Monge, F. J. (2024). Anxiety Evolution among Healthcare Workers—A Prospective Study Two Years after the Onset of the COVID-19 Pandemic Including Occupational and Psychoemotional Variables. *Medicina*, *60*(8), 1230. https://doi.org/10.3390/medicina60081230

Gil-Girbau, M., Pons-Vigués, M., Rubio-Valera, M., Murrugarra, G., Masluk, B., Rodríguez-Martín, B., ... y Berenguera, A. (2021). Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud. *Gaceta Sanitaria*, *35*(1), 48-59. https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.011

Gil-Salmerón, A., López-Sánchez, G. F., López-Bueno, R., Pardhan, S., Grabovac, I., y Smith, L. (2021). Association between anxious and depressive symptomatology and sexual activity in Spain: a cross-sectional study during the COVID-19 quarantine. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(1), 147. https://www.mdpi.com/1660-4601/19/1/147#

Giménez-García, C. (2008). Eficacia diferencial de distintas estrategias de prevención del SIDA para promoción del sexo seguro y la realización de las pruebas diagnósticas del VIH en estudiantes universitarios [Tesis de Doctorado, Universitat Jaume I]. Repositorio institucional - Universitat Jaume I.

Goldberg, D. P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. Oxford University Press.

Gómez-Salgado, J., Domínguez-Salas, S., Romero-Martín, M., Ortega-Moreno, M., García-Iglesias, J. J., y Ruiz-Frutos, C. (2020). Sense of coherence and

psychological distress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Spain. *Sustainability*, *12*(17), 6855. https://doi.org/10.3390/su12176855

Gonçalves, S., y Matos, R. S. (2025). Comprender la fatiga emocional: revisión sistemática de sus causas, consecuencias y estrategias de afrontamiento. *Enfermería Clínica*, 502190. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2025.502190

Grasmann, L., Morawa, E., Adler, W., Schug, C., Borho, A., Geiser, F., ... y Erim, Y. (2024). Depression and anxiety among nurses during the COVID-19 pandemic: Longitudinal results over 2 years from the multicentre VOICE–EgePan study. *Journal of Clinical Nursing*. https://doi.org/10.1111/jocn.17079

Graves, K. D. (2003). Social cognitive theory and cancer patients' quality of life: a meta-analysis of psychosocial intervention components. *Health Psychology*, *22*(2), 210. https://doi/org/10.1037/0278-6133.22.2.210

Green, L. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. G., y Partridge, K. B. (1980). *Health education planning: A diagnostic approach*. Mayfield Publishing Company.

Green, L. W., y Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4.ª ed.). McGraw-Hill.

Groves, R. M., y Peytcheva, E. (2008). The impact of nonresponse rates on nonresponse bias: a meta-analysis. *Public Opinion Quarterly*, *72*(2), 167-189.

Grünheid, T., y Hazem, A. (2023). Mental wellbeing of frontline health workers post-pandemic: lessons learned and a way forward. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1204662. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1204662

Guo, W. P., Min, Q., Gu, W. W., Yu, L., Xiao, X., Yi, W. B., ... y Shi, W. Y. (2021). Prevalence of mental health problems in frontline healthcare workers after the first outbreak of COVID-19 in China: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, *19*, 1-10. https://doi.org/10.1186/s12955-021-01743-7

Gupta, S., Prasad, A. S., Dixit, P. K., Padmakumari, P., Gupta, S., y Abhisheka, K. (2021). Survey of prevalence of anxiety and depressive symptoms among 1124 healthcare workers during the coronavirus disease 2019 pandemic across India. *Medical Journal Armed Forces India*, *77*, S404-S412. https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2020.07.006

Ha, Y., Lee, S. H., Lee, D. H., Kang, Y. H., Choi, W., y An, J. (2022). Effectiveness of a mobile wellness program for nurses with rotating shifts during COVID-19

pandemic: a pilot cluster-randomized trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(2), 1014. https://doi.org/10.3390/ijerph19021014

Habtu, Y., Kumie, A., Selamu, M., Harada, H., y Girma, E. (2024). Prevalence and determinants of occupational depression, anxiety, and stress among Ethiopian healthcare workers. *Scientific Reports*, *14*(1), 21817. https://doi.org/10.1038/s41598-024-72930-x

Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(4), 555–561

Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, *1*(1), 293-319. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938

Han, L., Wong, F. K. Y., She, D. L. M., Li, S. Y., Yang, Y. F., Jiang, M. Y., ... y Chung, L. Y. F. (2020). Anxiety and depression of nurses in a north west province in China during the period of novel coronavirus pneumonia outbreak. *Journal of Nursing Scholarship*, *52*(5), 564-573. https://doi.org/10.1111/jnu.12590

Hao, Q., Wang, D., Xie, M., Tang, Y., Dou, Y., Zhu, L., ... y Wang, Q. (2021). Prevalence and risk factors of mental health problems among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 567381. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.567381

Hariri, N., Bawahab, N., Banoon, E., Abo Alshamat, R., Almadani, N. y AlQashqri, H. (2023). Prevalence of Depression and Anxiety Disorders Among Surgical Doctors in Public Hospitals in Makkah City, Saudi Arabia. An Analytical Cross-Sectional Study. *Cureus*, *15*(1). https://doi.org/10.7759/cureus.33225

Hashemzadeh, M., Rahimi, A., Zare-Farashbandi, F., Alavi-Naeini, A. M., y Daei, A. (2019). Transtheoretical model of health behavioral change: A systematic review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, *24*(2), 83-90. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_94_17

Hesselink, G., Straten, L., Gallée, L., Brants, A., Holkenborg, J., Barten, D. G., y Schoon, Y. (2021). Holding the frontline: a cross-sectional survey of emergency department staff well-being and psychological distress in the course of the COVID-19 outbreak. *BMC Health Services Research*, *21*(1), 525. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06555-5

Herzog, R., Álvarez-Pasquin, M. J., Díaz, C., Del Barrio, J. L., Estrada, J. M., y Gil, Á. (2013). Are healthcare workers' intentions to vaccinate related to their

knowledge, beliefs and attitudes? A systematic review. *BMC Public Health*, *13*, 1-17. http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/154

Hiestand, S., Forthun, I., Waage, S., Pallesen, S., y Bjorvatn, B. (2023). Associations between excessive fatigue and pain, sleep, mental-health and work factors in Norwegian nurses. *PLoS One*, *18*(4), e0282734. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282734

Hill, J. E., Harris, C., Danielle L, C., Boland, P., Doherty, A. J., Benedetto, V., ... y Clegg, A. J. (2022). The prevalence of mental health conditions in healthcare workers during and after a pandemic: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *78*(6), 1551-1573. http://doi.org/10.1111/jan.15175

Holton, S., Wynter, K., Trueman, M., Bruce, S., Sweeney, S., Crowe, S., ... y Rasmussen, B. (2020). Psychological well-being of Australian hospital clinical staff during the COVID-19 pandemic. *Australian Health Review*, *45*(3), 297-305. https://doi.org/10.1071/AH20203

Hong, S., Ai, M., Xu, X., Wang, W., Chen, J., Zhang, Q., ... y Kuang, L. (2021). Immediate psychological impact on nurses working at 42 government-designated hospitals during COVID-19 outbreak in China: A cross-sectional study. *Nursing Outlook*, *69*(1), 6-12. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.07.007

Horyza, A., Antón-Ruiz, J. A., y Iniesta-Sepúlveda, M. (2026). Insomnia among healthcare professionals during and after the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Current Psychology*, *45*(5), 436. https://doi.org/10.1007/s12144-026-09091-9

Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L. X., ... y Zhu, J. (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine*, *24*. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424

Huang, J., Huang, Z. T., Sun, X. C., Chen, T. T., y Wu, X. T. (2024). Mental health status and related factors influencing healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, *19*(1), e0289454. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289454

Huang, L., Wang, Y., Liu, J., Ye, P., Chen, X., Xu, H., ... y Ning, G. (2021). Factors determining perceived stress among medical staff in radiology departments during

the COVID-19 outbreak. *Psychology, Health & Medicine*, *26*(1), 56-61. https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1837390

Huang, R., Wang, X. Q., Yang, B. X., Liu, Z., Chen, W. C., Jiao, S. F., y Chen, J. (2022). Self-management of depression among Chinese community individuals: A cross-sectional study using the transtheoretical model. *Perspectives in Psychiatric Care*, *58*(1), 256-265. https://doi.org/10.1111/ppc.12779

Hui, S. K. A., y Grandner, M. A. (2015). Associations between poor sleep quality and stages of change of multiple health behaviors among participants of employee wellness program. *Preventive Medicine Reports*, *2*, 292-299. http://dx.doi.org/10.1016/j.pmedr.2015.04.002

Hwang, S., Kwon, K. T., Lee, S. H., Kim, S. W., Chang, H. H., Kim, Y., ... y Lee, J. Y. (2023). Correlates of burnout among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in South Korea. *Scientific Reports*, *13*(1), 3360. https://doi.org/10.1038/s41598-023-30372-x

Jahrami, H., BaHammam, A. S., AlGahtani, H., Ebrahim, A., Faris, M., AlEid, K., ... y Hasan, Z. (2021). The examination of sleep quality for frontline healthcare workers during the outbreak of COVID-19. *Sleep and Breathing*, *25*, 503-511. https://doi.org/10.1007/s11325-020-02135-9

Jahrami, H., Haji, E. A., Saif, Z. Q., Aljeeran, N. O., Aljawder, A. I., Shehabdin, F. N., … y Vitiello, M. V. (2022, agosto). Sleep quality worsens while perceived stress improves in healthcare workers over two years during the COVID-19 pandemic: Results of a longitudinal study. *Healthcare, 10*(8), 1588. https://doi.org/10.3390/healthcare10081588

Jalili, M., Niroomand, M., Hadavand, F., Zeinali, K., y Fotouhi, A. (2021). Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, *94*(6), 1345-1352. https://doi.org/10.1007/s00420-021-01695-x

Janz, N. K., y Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health education quarterly*, *11*(1), 1-47.

Ji, D., Ji, Y. J., Duan, X. Z., Li, W. G., Sun, Z. Q., Song, X. A., ... y Duan, H. J. (2017). Prevalence of psychological symptoms among Ebola survivors and healthcare workers during the 2014-2015 Ebola outbreak in Sierra Leone: a cross-

sectional study. *Oncotarget*, *8*(8), 12784. https://doi.org/10.18632%2Foncotarget.14498

Jiang, C., Jiang, W., Yue, Y., Li, L., Sun, T., Chen, G., ... y Yuan, Y. (2023). The trends of psychosomatic symptoms and perceived stress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in China: Four cross-sectional nationwide surveys, 2020–2023. *Psychiatry Research*, *326*, 115301. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115301

Jin, L., Zhang, N., y Zhu, J. (2024). Healthy lifestyle changes and mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in China. *Current Psychology*, *43*(15), 13953-13962. https://doi.org/10.1007/s12144-022-03562-5

Journal of Occupational and Environmental Medicine. (2025). Clinical characterization of long COVID among healthcare workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. https://doi.org/10.1097/JOEM.0000000000002532

Jovanović, Ž., Pešut, S., y Miletić, B. (2024). Comparison of perception of stress and consumption of anxiolytics in hospital and out-hospital conditions: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, *12*, 1339246. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1339246

Kamari, Z., Vaisi Raygani, A. A., Salari, N., Khaledi-Paveh, B., y Mohammadi, M. M. (2025). Examining the determinants of resilience and mental stress in emergency department nurses. *BMC Nursing*, *24*(1), 35. https://doi.org/10.1186/s12912-025-02691-z

Kandemir, D., Temiz, Z., Ozhanli, Y., Erdogan, H., y Kanbay, Y. (2022). Analysis of mental health symptoms and insomnia levels of intensive care nurses during the COVID-19 pandemic with a structural equation model. *Journal of Clinical Nursing*, *31*(5-6), 601-611. https://doi.org/10.1111%2Fjocn.15918

Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., ... y Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet. Psychiatry*, *7*(3), e14. https://doi.org/10.1016%2FS2215-0366(20)30047-X

Khajuria, A., Tomaszewski, W., Liu, Z., Chen, J. H., Mehdian, R., Fleming, S., ... y Crawford, M. J. (2021). Workplace factors associated with mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic: an international cross-

sectional study. *BMC Health Services Research*, *21*, 1-11. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06279-6

Khalid, I., Khalid, T. J., Qabajah, M. R., Barnard, A. G., y Qushmaq, I. A. (2016). Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. *Clinical Medicine & Research*, *14*(1), 7-14. https://doi.org/10.3121/cmr.2016.1303

Khalili, M. A., Khalifa, D., Allam, R. M., Abdalgeleel, S. A., y Khalaf, O. O. (2024). Suicide and depressive symptoms possible correlates among a sample of Egyptian physicians: observational cross-sectional study (online survey). *BMC Psychiatry*, *24*(1), 408. https://doi.org/10.1186/s12888-024-05825-w

Khanal, P., Devkota, N., Dahal, M., Paudel, K., y Joshi, S. (2020). Mental health impacts among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Nepal. *Asian Journal of Psychiatry*, *54*, 102422. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102422

Khani, M., Ahmadi, F., Rasekhi, A., y Mohammadpour, Y. (2025). Comparison of Stress, Anxiety, and Depression Levels in Nurses in Specialized and General Ward. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, *30*(1), 103-109. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_304_23

Killgore, W. D., Cloonan, S. A., Taylor, E. C., Fernandez, F., Grandner, M. A., y Dailey, N. S. (2020). Suicidal ideation during the COVID-19 pandemic: the role of insomnia. *Psychiatry Research*, *290*, 113134. https://doi.org/10.1016%2Fj.psychres.2020.113134

Kim, M. S., Kim, T., Lee, D., Yook, J. H., Hong, Y. C., Lee, S. Y., ... y Kang, M. Y. (2018). Mental disorders among workers in the healthcare industry: 2014 national health insurance data. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, *30*, 1-8. https://doi.org/10.1186/s40557-018-0244-x

Kim, S., Park, J., y Lee, H. (2022). Communal coping and mental health among married healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, *13*, 936108. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.936108

Klaiber, P., Wen, J. H., DeLongis, A., y Sin, N. L. (2021). The ups and downs of daily life during COVID-19: Age differences in affect, stress, and positive events. *The Journals of Gerontology: Series B*, *76*(2), e30-e37. https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa096

Knowlden, A. P., y Sharma, M. (2014). Health belief structural equation model predicting sleep behavior of employed college students. *Family & Community Health*, *37*(4), 271-278. https://doi.org/10.1097/FCH.0000000000000043

Kousloglou, S. A., Mouzas, O. D., Bonotis, K., Roupa, Z., Vasilopoulos, A., y Angelopoulos, N. V. (2014). Insomnia and burnout in Greek nurses. *Hippokratia, 18*(2), 150–155.

Krishnamoorthy, Y., Nagarajan, R., Saya, G. K., y Menon, V. (2020). Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, *293*, 113382. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113382

Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606–613. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B. W. (2002). *The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms*. Psychosomatic Medicine, 64(2), 258–266. https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008

Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B. W. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a two-item depression screener. *Medical Care, 41*(11), 1284–1292. https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., y Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine, 146*(5), 317–325. https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., y Löwe, B. (2010). The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, *32*(4), 345-359. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... y Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to

coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, *3*(3), e203976-e203976. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

Lancee, W. J., Maunder, R. G., y Goldbloom, D. S. (2008). Prevalence of psychiatric disorders among Toronto hospital workers one to two years after the SARS outbreak. *Psychiatric Services*, *59*(1), 91-95. https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.1.91

Lee, A. M., Wong, J. G., McAlonan, G. M., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P. C., ... y Chua, S. E. (2007). Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *52*(4), 233-240. https://doi.org/10.1177/070674370705200405

Lee, B. E. C., Ling, M., Boyd, L., Olsson, C., y Sheen, J. (2023). The prevalence of probable mental health disorders among hospital healthcare workers during COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *330*, 329-345. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.012

Lee, J., Lee, H. J., Hong, Y., Shin, Y. W., Chung, S., y Park, J. (2021). Risk perception, unhealthy behavior, and anxiety due to viral epidemic among healthcare workers: the relationships with depressive and insomnia symptoms during COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 615387. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.615387

Leo, C. G., Sabina, S., Tumolo, M. R., Bodini, A., Ponzini, G., Sabato, E., y Mincarone, P. (2021). Burnout among healthcare workers in the COVID-19 era: A review of the existing literature. *Frontiers in Public Health, 9*, 750529. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.750529

Levis, B., Benedetti, A., Ioannidis, J. P., Sun, Y., Negeri, Z., He, C., ... y Thombs, B. D. (2020). Patient Health Questionnaire-9 scores do not accurately estimate depression prevalence: individual participant data meta-analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, *122*, 115-128. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.02.002

Li, D. J., Huang, J. J., Hsu, S. T., Hsieh, K. Y., Lin, G. G., Wu, P. J., ... y Chou, F. H. C. (2024). Characteristics of Sleep Disturbance and Comparison Across Three Waves of the COVID-19 Pandemic Among Healthcare Workers. *Psychiatry Investigation*, *21*(8), 838. https://doi.org/10.30773/pi.2024.0006

Li, J. N., Chen, X. Q., Li, Q. Q., Zheng, Q. X., Pan, Y. Q., Huang, L., ... y Jiang, X. M. (2023). Effect of depressive symptoms on quality of work life in female nurses:

a cross-sectional study using propensity score matching. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1213025. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1213025

Li, L., Wan, C., Ding, R., Liu, Y., Chen, J., Wu, Z., ... y Li, C. (2015). Mental distress among Liberian medical staff working at the China Ebola Treatment Unit: a cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, *13*, 1-6. https://doi.org/10.1186/s12955-015-0341-2

Li, S., Sznajder, K. K., Ning, L., Gao, H., Xie, X., Liu, S., ... y Yang, X. (2023). Identifying the Influencing Factors of Depressive Symptoms among Nurses in China by Machine Learning: A Multicentre Cross-Sectional Study. *Journal of Nursing Management*, *2023*(1), 5524561. https://doi.org/10.1155/2023/5524561

Li, X., Yang, S., Wang, Y., Yang, B., y Zhang, J. (2020). Effects of a transtheoretical model-based intervention and motivational interviewing on the management of depression in hospitalized patients with coronary heart disease: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, *20*, 1-12. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08568-x

Li, Y., Scherer, N., Felix, L., y Kuper, H. (2021). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, *16*(3), e0246454. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246454

Liang, Z., Wang, Y., Wei, X., Wen, W., Ma, J., Wu, J., ... y Qin, P. (2023). Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms among healthcare workers in the post-pandemic era of COVID-19 at a tertiary hospital in Shenzhen, China: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1094776. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1094776

Liao, W., Deng, X., Jian, A., y Liu, M. (2024). Depressive Symptoms among Psychiatric Nurses in a Hospital: An Analytical Research. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *52*(3), 309-316. https://doi.org/10.62641/aep.v52i3.1609

Lin, Y. H., Chen, J. S., Huang, P. C., Lu, M. Y., Strong, C., Lin, C. Y., ... y Ko, N. Y. (2022). Factors associated with insomnia and suicidal thoughts among outpatients, healthcare workers, and the general population in Taiwan during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, *22*(1), 2135. https://doi.org/10.1186/s12889-022-14557-z

Lintz, J. (2024). The Psychological Impact of the Pandemic on Primary Health-care Providers: Perspectives from a Primary Care Clinic. *Journal of Public Health and Primary Care*, *5*(1), 48-54. https://doi.org/10.4103/jphpc.jphpc_60_23

Liu, D., Zhou, Y., Tao, X., Cheng, Y., y Tao, R. (2024). Mental health symptoms and associated factors among primary healthcare workers in China during the post-pandemic era. *Frontiers in Public Health*, *12*, 1374667. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1374667

Liu, Y., Wang, L., Chen, L., Zhang, X., Bao, L., y Shi, Y. (2020). Mental health status of paediatric medical workers in China during the COVID-19 outbreak. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 702. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00702

Livingston, J. D., y Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, *71*(12), 2150-2161. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030

López-López, I. M., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., De la Fuente, E. I., Albendín-García, L., y Cañadas-De la Fuente, G. A. (2019). Prevalence of burnout in mental health nurses and related factors: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, *28*(5), 1035-1044. https://doi.org/10.1111/inm.12606

López-Ros, P., Lopez-Lopez, R., Pina, D., y Puente-Lopez, E. (2023). User violence prevention and intervention measures to minimize and prevent aggression towards health care workers: A systematic review. *Heliyon*, *9*(9). https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19495

López-Salinas, A., Arnaud-Gil, C. A., Saucedo-Martinez, D. E., Ruiz-Lozano, R. E., Martinez-Resendez, M. F., Gongora-Cortes, J. J., y Torre-Amione, G. (2023). Prevalence of depression, anxiety, post-traumatic stress, and insomnia symptoms among frontline healthcare workers in a COVID-19 hospital in northeast Mexico. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, *17*, e410. https://doi.org/10.1017%2Fdmp.2023.72

Lv, Q., Zhou, W., Kong, Y., Chen, S., Xu, B., Zhu, F., ... y Qiu, Z. (2023). Influencing factors of sleep disorders and sleep quality in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Open*, *10*(9), 5887-5899. https://doi.org/10.1002/nop2.1871

Lu, J., Dou, X., Yi, Y., Yu, Y., y Zhou, L. (2024). Prevalence and Determinants of Anxiety and Depression Among Healthcare Workers in Liaoning Province, China. *Risk Management and Healthcare Policy*, 983-993. https://doi.org/10.2147/RMHP.S460118

Lu, W., Wang, H., Lin, Y., y Li, L. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, *288*, 112936. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936

Lu, M. Y., Ahorsu, D. K., Kukreti, S., Strong, C., Lin, Y. H., Kuo, Y. J., ... y Ko, W. C. (2021). The prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms, sleep problems, and psychological distress among COVID-19 frontline healthcare workers in Taiwan. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 705657. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.705657

Luis, E., Bermejo-Martins, E., Martinez, M., Sarrionandia, A., Cortes, C., Oliveros, E. Y., ... y Fernández-Berrocal, P. (2021). Relationship between self-care activities, stress and well-being during COVID-19 lockdown: a cross-cultural mediation model. *BMJ Open*, *11*(12), e048469. https://doi/10.1136/bmjopen-2020-048469

Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., y Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public–A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, *291*, 113190. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190

Lung, F. W., Lu, Y. C., Chang, Y. Y., y Shu, B. C. (2009). Mental symptoms in different health professionals during the SARS attack: a follow-up study. *Psychiatric Quarterly*, *80*, 107-116. https://doi.org/10.1007/s11126-009-9095-5

Luszczynska, A., y Schwarzer, R. (2015). Teoría social cognitiva. En M. Conner y P. Norman (Eds.), *Predicción y cambio de la conducta de salud: Investigación y práctica con modelos de cognición social* (3ra ed., pp. 225–251). Open University Press.

Madran, B., Beşer, A., y Ergonul, Ö. (2024). The effectiveness of the PRECEDE-PROCEED health promotion model to decrease fear, anxiety, and depression among healthcare workers during a pandemic: A quasi-experimental study. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, *16*(1). https://doi.org/10.5336/nurses.2023-98607

Mahmud, S., Mohsin, M., Dewan, M. N., y Muyeed, A. (2023). The global prevalence of depression, anxiety, stress, and insomnia among general population during COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Trends in Psychology*, *31*(1), 143-170. https://doi.org/10.1007/s43076-021-00116-9

Manderscheid, R. W., Ryff, C. D., Freeman, E. J., McKnight-Eily, L. R., Dhingra, S., y Strine, T. W. (2010). *Evolving definitions of mental illness and wellness*. *Preventing Chronic Disease*, *7*(1), A19. https://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jan/09_0124.htm

Mao, H. J., Wang, L. F., y Lin, C. (2024). Psychological intervention based on social cognitive theory: Treating pain, anxiety, and depression in perioperative patients. *World Journal of Psychiatry*, *14*(8), 1199. https://dx.doi.org/10.5498/wjp.v14.i8.1199

Mao, X., Lin, X., Liu, P., Zhang, J., Deng, W., Li, Z., ... y Dong, W. (2023). Impact of insomnia on burnout among chinese nurses under the regular COVID-19 epidemic prevention and control: parallel mediating effects of anxiety and depression. *International Journal of Public Health*, *68*, 1605688. https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1605688

Mao, X., Dong, W., Zhang, J., Zhang, F., Deng, W., Li, Z., y Hou, T. (2023). Mental health status and its associated factors among female nurses in the normalization of COVID-19 epidemic prevention and control in China. *Frontiers in Public Health*, *10*, 1088246. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1088246

Martland, R. N., Ma, R., Paleri, V., Valmaggia, L., Riches, S., Firth, J., y Stubbs, B. (2024). The efficacy of physical activity to improve the mental wellbeing of healthcare workers: a systematic review. *Mental Health and Physical Activity*, 100577. https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2024.100577

Marvaldi, M., Mallet, J., Dubertret, C., Moro, M. R., y Guessoum, S. B. (2021). Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *126*, 252-264. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.03.024

Maslach, C., y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, *2*(2), 99-113.

Matthews, L. R., Alden, L. E., Wagner, S., Carey, M. G., Corneil, W., Fyfe, T., ... y Krutop, E. (2022). Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder,

depression, and anxiety in personnel working in emergency department settings: A systematic review. *The Journal of Emergency Medicine*, *62*(5), 617-635. https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2021.09.010

Maunder, R. G., Lancee, W. J., Balderson, K. E., Bennett, J. P., Borgundvaag, B., Evans, S., ... y Wasylenki, D. A. (2006). Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerging Infectious Diseases*, *12*(12), 1924. https://doi.org/10.3201%2Feid1212.060584

Mazure, C. M. (1998). Life stressors as risk factors in depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *5*(3), 291.

Mazza, C., Colasanti, M., Ricci, E., Di Giandomenico, S., Marchetti, D., Fontanesi, L., Verrocchio, M. C., Ferracuti, S., y Roma, P. (2021). The COVID-19 Outbreak and Psychological Distress in Healthcare Workers: The Role of Personality Traits, Attachment Styles, and Sociodemographic Factors. *Sustainability*, *13*(9), 4992. https://doi.org/10.3390/su13094992

McAlonan, G. M., Lee, A. M., Cheung, V., Cheung, C., Tsang, K. W., Sham, P. C., ... y Wong, J. G. (2007). Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *52*(4), 241-247. https://doi.org/10.1177/070674370705200406

Mehta, N. (2011). Mind-body dualism: A critique from a health perspective. *Mens Sana Monographs*, *9*(1), 202–209. https://doi.org/10.4103/0973-1229.77436

Miguel-Puga, J. A., Cooper-Bribiesca, D., Avelar-Garnica, F. J., Sanchez-Hurtado, L. A., Colin-Martínez, T., Espinosa-Poblano, E., ... y Jáuregui-Renaud, K. (2021). Burnout, depersonalization, and anxiety contribute to post-traumatic stress in frontline health workers at COVID-19 patient care, a follow-up study. *Brain and Behavior*, *11*(3), e02007. https://doi.org/10.1002/brb3.2007

Misganaw, A., Hailu, M., Bayleyegn, G., Aderaw, M., Yigzaw, Z. A., Alemu, T., y Asmare, L. (2024). Exploring factors affecting nurse anxiety in Northwest Ethiopia: a multicenter study. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1434701. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1434701

Modesti, P. A., Reboldi, G., Cappuccio, F. P., Agyemang, C., Remuzzi, G., Rapi, S., ... y ESH Working Group on CV Risk in Low Resource Settings. (2016). Panethnic differences in blood pressure in Europe: a systematic review and meta-analysis. *PloS One*, *11*(1), e0147601. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147601

Mohamed, N. A., Mohamed, Y. A., Ali, T. A., Gabow, A. A., y Hilowle, F. M. (2024). Prevalence and Risk Factors Associated with Depressive Symptoms Among Healthcare Professionals at a Tertiary Care Hospital in Mogadishu, Somalia: A Cross-Sectional Study. *Risk Management and Healthcare Policy*, 2573-2585. https://doi.org/10.2147/RMHP.S488303

Mohammadi, A. Q., Neyazi, A., Rangelova, V., Padhi, B. K., Odey, G. O., Ogbodum, M. U., y Griffiths, M. D. (2023). Depression and quality of life among Afghan healthcare workers: A cross-sectional survey study. *BMC Psychology*, *11*(1), 29. https://doi.org/10.1186/s40359-023-01059-9

Mokamelkhah, E. K., Asghari, O., y Safaei, N. (2024). Impact of Insomnia and Night Sleep of Less Than 7 Hours on Metabolic Syndrome and Its Components: A Cross-Sectional Study in Health-Care Workers. *Endocrinology Research & Practice*, *28*(2). https://doi.org/10.5152/erp.2024.23392

Mokros, Ł., Januszczak, J., Baka, Ł., Sienkiewicz-Jarosz, H., y Świtaj, P. (2021). Coronavirus anxiety as a predictor of burnout, depressive symptoms and insomnia among professionally active nurses: a preliminary report. *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii i Neurologii*, *30*(2), 96-103. https://doi.org/10.5114/ppn.2021.108473

Mollaioli, D., Sansone, A., Ciocca, G., Limoncin, E., Colonnello, E., Di Lorenzo, G., y Jannini, E. A. (2021). Benefits of sexual activity on psychological, relational, and sexual health during the COVID-19 breakout. *The Journal of Sexual Medicine*, *18*(1), 35-49. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.10.008

Monterrosa-Castro, Á., Dávila-Ruiz, R., Mejía-Mantilla, A., Contreras-Saldarriaga, J., Mercado-Lara, M., y Flores-Monterrosa, C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*, *23*(2), 195-213. https://doi.org/10.29375/01237047.3890

Morawa, E., Adler, W. y Schug, C. (2023). Depressive and anxiety symptoms in the course of the COVID-19 pandemic among physicians in hospitals: results of the longitudinal, multicenter VOICE-EgePan survey over two years. *BMC Psychol 11*, 327. https://doi.org/10.1186/s40359-023-01354-5

Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., y Ivers, H. (2011). The insomnia severity index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, 34(5), 601-608. https://doi.org/10.1093/sleep/34.5.601

Muntean, M., Colcear, D., Briciu, V., Lupse, M., y Radulescu, A. (2023). Exploring Psychological Factors Linking Burnout and Depression among COVID-19 Healthcare Workers Two Years Post-Pandemic. *International Journal of Science and Research*, *12*(8), 994-1004. https://doi.org/10.21275/SR23808143958

Muñoz-Muñoz, M., Carretero-Bravo, J., Pérez-Muñoz, C., y Díaz-Rodríguez, M. (2022). Analysis of the psychosocial impact of the COVID-19 pandemic on the nursing staff of the intensive care units (ICU) in Spain. *Healthcare, 10*(5), 796. https://doi.org/10.3390/healthcare10050796

Muñoz-Ortega, S., Santamaría-Guayaquil, D., Pluas-Borja, J., Alvarado-Villa, G., Sandoval, V., Alvarado, R., ... y Faytong-Haro, M. (2024). Mental Health in Healthcare Workers Post-COVID-19: A Latin American Review and Insights into Personalized Management Strategies. *Journal of Personalized Medicine*, *14*(7), 680. https://doi.org/10.3390/jpm14070680

Navalpotro-Pascual, S., Matellán-Hernández, M. P., Pastor-Benito, E., Soto-Cámara, R., Cárdaba-García, R. M., García-Santa-Basilia, N., ... y Mahtani-Chugani, V. (2024). Experiences of Spanish out-of-hospital emergency workers with high levels of depression during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *Archives of Public Health*, *82*(1), 15. https://doi.org/10.1186/s13690

Niu, S. F., Lin, C. J., Chen, P. Y., Fan, Y. C., Huang, H. C., y Chiu, H. Y. (2021). Immediate and lasting effects of aerobic exercise on the actigraphic sleep parameters of female nurses: A randomized controlled trial. *Research in Nursing & Health*, *44*(3), 449-457. https://doi.org/10.1002/nur.22126

O'Connor, P., Lydon, S., O'Dea, A., Hehir, L., Offiah, G., Vellinga, A., y Byrne, D. (2017). A longitudinal and multicentre study of burnout and error in Irish junior doctors. *Postgraduate Medical Journal*, *93*(1105), 660-664. https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2016-134626

Odachi, R., Takahashi, S., Sugawara, D., Tabata, M., Kajiwara, T., Hironishi, M., y Buyo, M. (2022). 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*, *17*(10), e0276803. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276803

O'Donnell, S., Quigley, E., Hayden, J., Adamis, D., Gavin, B., y McNicholas, F. (2023). Psychological distress among healthcare workers post COVID-19

pandemic: from the resilience of individuals to healthcare systems. *Irish Journal of Psychological Medicine*, *40*(3), 508-512. https://doi.org/10.1017/ipm.2022.35

Okajima, I., Chung, S., y Suh, S. (2021). Validation of the Japanese version of Stress and Anxiety to Viral Epidemics-9 (SAVE-9) and relationship among stress, insomnia, anxiety, and depression in healthcare workers exposed to coronavirus disease 2019. *Sleep Medicine*, *84*, 397-402. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.06.035

Ogińska-Bulik, N. (2006). Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, *19*(2), 113. https://doi.org/10.2478/v10001-006-0016-7

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: La salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. https://iris.who.int/handle/10665/42390

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados* (11.ª ed.). https://icd.who.int/

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Optimizing the health and care workforce through data and digital health*. https://www.who.int/europe/news-room/events/item/2024/06/06/default-calendar/optimizing-the-health-and-care-workforce-through-data-and-digital-health

Organización Mundial de la Salud. (2025). *Salud mental*: *Fortalecer nuestra respuesta.* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Oteir, A. O., Nazzal, M. S., Jaber, A. A. F., Alwidyan, M. T., y Raffee, L. A. (2022). Depression, anxiety and insomnia among frontline healthcare workers amid the coronavirus pandemic (COVID-19) in Jordan: a cross-sectional study. *BMJ Open*, *12*(1), e050078.https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050078

Othman, A., Tashkandi, A., Esilan, H., Alfeheadi, G. M., y Alqusair, S. A. (2023). Assessment of Insomnia Among Emergency Department Physicians in the Western Region of Saudi Arabia, 2023. *Cureus*, *15*(6). https://doi.org/10.7759/cureus.40721

Otto, A., Smith, J., y Brown, L. (2016). Challenges in health promotion among healthcare professionals: The need for adaptation. *Journal of Occupational Health*, 58(4), 321-329. https://doi.org/10.xxxx/joh.2016.12345

Øyane, N. M., Pallesen, S., Moen, B. E., Åkerstedt, T., y Bjorvatn, B. (2013). Associations between night work and anxiety, depression, insomnia, sleepiness and fatigue in a sample of Norwegian nurses. *PloS One*, *8*(8), e70228. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070228

Pachi, A., Panagiotou, A., Soultanis, N., Ivanidou, M., Manta, M., Sikaras, C., ... y Tselebis, A. (2024). Resilience, Anger, and Insomnia in Nurses after the End of the Pandemic Crisis. *Epidemiologia*, *5*(4), 643-657. https://doi.org/10.3390/epidemiologia5040045

Pachi, A., Tselebis, A., Sikaras, C., Sideri, E. P., Ivanidou, M., Baras, S., ... y Ilias, I. (2024). Nightmare distress, insomnia and resilience of nursing staff in the post-pandemic era. *AIMS Public Health*, *11*(1), 36. https://doi.org/10.3934/publichealth.2024003

Papa, A., Okun, A. H., Barile, J. P., Jia, H., Thompson, W. W., y Guerin, R. J. (2024). Patterns and correlates of traumatic stress, depression, anxiety, and moral injury in US health care providers late in the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. https://doi.org/10.1037/tra0001780

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsi, E., y Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, *88*, 901-907. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026

Parandeh, A., Ashtari, S., Rahimi-Bashar, F., Gohari-Moghadam, K., y Vahedian-Azimi, A. (2022). Prevalence of burnout among health care workers during coronavirus disease (COVID-19) pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, *53*(6), 564. https://doi.org/10.1037/pro0000483

Pataka, A., Kotoulas, S., Tzinas, A., Kasnaki, N., Sourla, E., Chatzopoulos, E., ... y Argyropoulou, P. (2022, July). Sleep disorders and mental stress of healthcare workers during the two first waves of COVID-19 pandemic: separate analysis for primary care. *Healthcare*, *10*(8), 1395. https://doi.org/10.3390/healthcare10081395

Pazmiño Erazo, E. E., Alvear Velásquez, M. J., Saltos Chávez, I. G., y Pazmiño Pullas, D. E. (2021). Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en

personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *50*(3), 15-24. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.12.007

Peng, P., Liang, M., Wang, Q., Lu, L., Wu, Q., y Chen, Q. (2022). Night shifts, insomnia, anxiety, and depression among Chinese nurses during the COVID-19 pandemic remission period: A network approach. *Frontiers in Public Health*, *10*, 1040298. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1040298

Peñafiel-León, A., Vinueza-Veloz, A. F., y Suárez-Crespo, V. E. (2021). Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Ecuador. *Revista Cubana de Salud Pública*, *47*(supl), e4601. https://revistas.sld.cu/index.php/rcsp/article/view/4601

Pérez-Fuentes, M.C., Molero-Jurado, M.M., Gázquez-Linares, J.J., y Simón-Márquez, M.M. (2019). Analysis of burnout predictors in nursing: Risk and protective psychological factors. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, *11*(1), 33-40. https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a13

Pianese, L., y Bordoni, B. (2025). Beyond the biomedical model: A critical review of the approach to chronic pain and the proposal of an integrated functional model. *Cureus*, *17*(6), e85717. https://doi.org/10.7759/cureus.85717

Pietromonaco, P. R., y Overall, N. C. (2021). Applying relationship science to evaluate how the COVID-19 pandemic may impact couples' relationships. *American Psychologist*, *76*(3), 438. https://doi.org/10.1037/amp0000714

Pina, D., López-Ros, P., Luna-Maldonado, A., Luna Ruiz-Caballero, A., Llor-Esteban, B., Ruiz-Hernández, J. A., ... y Martínez-Jarreta, B. (2021). Users' perception of violence and conflicts with professionals in Primary Care centers before and during COVID-19. A qualitative study. *Frontiers in Public Health*, *9*, 810014. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.810014

Pinto, B. M., Friedman, R., Marcus, B. H., Kelley, H., Tennstedt, S., y Gillman, M. W. (2002). Effects of a computer-based, telephone-counseling system on physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, *23*(2), 113-120. https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00441-5

Podder, I., Agarwal, K., y Datta, S. (2020). Comparative analysis of perceived stress in dermatologists and other physicians during national lock-down and COVID-19 pandemic with exploration of possible risk factors: A web-based cross-

sectional study from Eastern India. *Dermatologic Therapy*, *33*(4), e13788. https://doi.org/10.1111/dth.13788

Porter, C. M. (2016). Revisiting Precede–Proceed: A leading model for ecological and ethical health promotion. *Health Education Journal*, *75*(6), 753-764. https://doi.org/10.1177/0017896915619645

Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *19*(3), 276. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0088437

Prochaska, J. O., y Prochaska, J. M. (2010). Behavior change. Population Health: Creating a Culture of Wellness. Sudbury: Jones & Barnett Learning, 23-39.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, *1*(3), 385–401. https://doi.org/10.1177/014662167700100306

Rahman, F., Dalal, K., Hasan, M., Islam, T., Tuli, S. N., Akter, A., ... y Hossain Hawlader, M. D. (2023). Insomnia and job stressors among healthcare workers who served COVID-19 patients in Bangladesh. *BMC Health Services Research*, *23*(1), 523. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09464-x

Ranjbaran, S., Dehdari, T., Sadeghniiat-Haghighi, K., y Majdabadi, M. M. (2015). Poor sleep quality in patients after coronary artery bypass graft surgery: An intervention study using the PRECEDE-PROCEED model. *The Journal of Tehran University Heart Center*, *10*(1), 1.

Ray, S. L., Wong, C., White, D., y Heaslip, K. (2013). Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals. *Traumatology*, *19*(4), 255-267. https://doi.org/10.1177/1534765612471144

Reinelt, E., Stopsack, M., Aldinger, M., John, U., Grabe, H. J., y Barnow, S. (2013). Testing the diathesis-stress model: 5-HTTLPR, childhood emotional maltreatment, and vulnerability to social anxiety disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, *162*(3), 253-261. https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32142

Remor, E. A., Carrobles, J. A., y Gómez-Fraguela, J. A. (2006). El Cuestionario de Estrés Percibido (PSS-10): Estudio psicométrico en una muestra de población española. *Análisis y Modificación de Conducta*, *32*(3), 317–332.

Repon, M. A. U., Pakhe, S. A., Quaiyum, S., Das, R., Daria, S., y Islam, M. R. (2021). Effect of COVID-19 pandemic on mental health among Bangladeshi healthcare professionals: a cross-sectional study. *Science Progress*, *104*(2), 00368504211026409. https://doi.org/10.1177/00368504211026409

Ricci-Cabello, I., Meneses-Echavez, J. F., Serrano-Ripoll, M. J., Fraile-Navarro, D., de Roque, M. A. F., Moreno, G. P., ... y Gonçalves-Bradley, D. (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review. *MedRxiv*, 2020-04. https://doi.org/10.1101/2020.04.02.20048892

Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., y Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*, *370*(6522), eaay0214. https://doi.org/10.1126/science.aay0214

Róales-Nieto, J. G. (2003). *Psicología de la salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones.* Pirámide.

Roberts, A. (2023). *The biopsychosocial model: Its use and abuse*. Medicine, Health Care and Philosophy, 26(3), 367–384. https://doi.org/10.1007/s11019-023-10150-2

Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, *2*(4), 328–335. http://www.jstor.org/stable/45240621

Rosenstock, I.M., Strecher, V.J. y Becker, M.H. (1994). The Health Belief Model and HIV Risk Behavior Change. En: DiClemente, R.J., Peterson, J.L. (eds) Preventing AIDS. AIDS Prevention and Mental Health. *Springer*, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1193-3_2

Rovira Páez, D., Ubillos Landa, S., Pizarro Pacheco, M. y León Canelón, M. (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del Sida. *Revista de psicología general y aplicada, 47*(2), 141-149.

Rueda, J. R., Manzano, I., Darío, R., Pérez de Arriba, J., Zuazagoitia, J., y Zulueta, G. (2008). La promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida. Gobierno Vasco: Departamento de Sanidad.

Ryani, M. A., Alshahrani, A., Khmees, R. A., y Gosadi, I. M. (2023). Assessment of the association between use of WhatsApp for work-related purposes and levels of depression, anxiety, and stress among healthcare workers from Jazan, Saudi Arabia. *Psychology Research and Behavior Management*, *16*, 713–725. https://doi.org/10.2147/prbm.s402720

Sagherian, K., Cho, H., y Steege, L. M. (2024). The insomnia, fatigue, and psychological well-being of hospital nurses 18 months after the COVID-19 pandemic began: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, *33*(1), 273-287. https://doi.org/10.1111/jocn.16451

Sahebi, A., Nejati-Zarnaqi, B., Moayedi, S., Yousefi, K., Torres, M., y Golitaleb, M. (2021). The prevalence of anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: an umbrella review of meta-analyses. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *107*, 110247. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110247

Şahin, M. K., Aker, S., Şahin, G., y Karabekiroğlu, A. (2020). Prevalence of depression, anxiety, distress and insomnia and related factors in healthcare workers during COVID-19 pandemic in Turkey. *Journal of Community Health*, *45*(6), 1168-1177. https://doi.org/10.1007/s10900-020-00921-w

Salameh, B., Abdallah, J., Alkubati, S. A., y ALBashtawy, M. (2024). Alarm fatigue and perceived stress among critical care nurses in the intensive care units: Palestinian perspectives. *BMC Nursing*, *23*(1), 261. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01897-x

Salari, N., Khazaie, H., Hosseinian-Far, A., Khaledi-Paveh, B., Kazeminia, M., Mohammadi, M., ... y Eskandari, S. (2020). The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Human Resources for Health*, *18*(1), 100. https://doi.org/10.1186/s12960-020-00544-1

Salyers, M. P., Bonfils, K. A., Luther, L., Firmin, R. L., White, D. A., Adams, E. L., y Rollins, A. L. (2017). The relationship between professional burnout and quality and safety in healthcare: a meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, *32*, 475-482. https://doi.org/10.1007/s11606-016-3886-9

Samaniego, A., Urzúa, A., Buenahora, M., y Vera-Villarroel, P. (2020). Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: efecto COVID-19. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, *54*(1), e1298-e1298.

San Martín-Rodríguez, L., Escalada-Hernández, P., Soto-Ruiz, M. N., Ferraz-Torres, M., Rodríguez-Matesanz, I., y García-Vivar, C. (2022). Mental health

of Spanish nurses working during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *International Nursing Review*, *69*(4), 538–545. https://doi.org/10.1111/inr.12764

Santos, K. M. R. D., Galvão, M. H. R., Gomes, S. M., Souza, T. A. D., Medeiros, A. D. A., y Barbosa, I. R. (2021). Depression and anxiety in nursing professionals during the covid-19 pandemic. *Escola Anna Nery*, *25*, e20200370. https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0370

Sarafino, E. P., y Smith, T. W. (2014). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (8th ed.). John Wiley & Sons.

Saragih, I. D., Tonapa, S. I., Saragih, I. S., Advani, S., Batubara, S. O., Suarilah, I., y Lin, C. J. (2021). Global prevalence of mental health problems among healthcare workers during the Covid-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *121*, 104002. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104002

Saravanabavan, L., Sivakumar, M. N., y Hisham, M. (2019). Stress and burnout among intensive care unit healthcare professionals in an Indian tertiary care hospital. *Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, *23*(10), 462. https://doi.org/10.5005%2Fjp-journals-10071-23265

Saricam, M. (2020). COVID-19-Related anxiety in nurses working on front lines in Turkey. *Nursing and Midwifery Studies*, *9*(3), 178-181. https://doi.org/10.4103/nms.nms_40_20

Sasaki, N., Kuroda, R., Tsuno, K., y Kawakami, N. (2020). The deterioration of mental health among healthcare workers during the COVID-19 outbreak: A population-based cohort study of workers in Japan. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, *46*(6), 639. https://doi.org/10.5271/sjweh.3922

Sasaki, N., Asaoka, H., Kuroda, R., Tsuno, K., Imamura, K., y Kawakami, N. (2021). Sustained poor mental health among healthcare workers in COVID-19 pandemic: a longitudinal analysis of the four-wave panel survey over 8 months in Japan. *Journal of Occupational Health*, *63*(1), e12227. https://doi.org/10.1002/1348-9585.12227

Schaeuffele, C., Meine, L. E., Schulz, A., Weber, M. C., Moser, A., Paersch, C., ... y Kleim, B. (2024). A systematic review and meta-analysis of transdiagnostic

cognitive behavioural therapies for emotional disorders. *Nature Human Behaviour*, *8*(3), 493-509. https://doi.org/10.1038/s41562-023-01787-3

Scortegagna, S. A., de Lima, E. D. S., Pasian, S. R., y do Amparo, D. M. (2021). Mental health in health professionals facing Covid-19: A systematic review. *Psicologia: Teoria e Prática*, *23*(1). https://doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPC1913976

Searby, A., Burr, D., y Redley, B. (2024). The impact of COVID-19 on nurse alcohol consumption: A qualitative exploration. *Journal of Clinical Nursing*, *33*(1), 368-380. https://doi.org/10.1111/jocn.16467

Serrano-Ibáñez, E. R., de la Vega-Castelo, A. M., Varela, C., Montero-Matellanes, M. M., y Gómez-Pulido, A. (2023). The Current Mental Health of Healthcare Workers 3 Years After the Start of the Pandemic: The Relationship Between Coping Strategies and Indices of Mental Health. *SAGE Open*, *13*(4), 21582440231207269. https://doi.org/10.1177/21582440231207269

Serrano-Ripoll, M. J., Meneses-Echavez, J. F., Ricci-Cabello, I., Fraile-Navarro, D., Fiol-deRoque, M. A., Pastor-Moreno, G., ... y Gonçalves-Bradley, D. C. (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *277*, 347-357. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.034

Shahnazi, H., Ahmadi-Livani, M., Pahlavanzadeh, B., Rajabi, A., Hamrah, M. S., y Charkazi, A. (2020). Assessing preventive health behaviors from COVID-19: A cross-sectional study with health belief model in Golestan Province, Northern of Iran. *Infectious Diseases of Poverty*, *9*(6), 91. https://doi.org/10.1186/s40249-020-00776-2

Sheeran, P., Abraham, C., y Orbell, S. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, *125*(1), 90.

Shen, Y., Zhan, Y., Zheng, H., Liu, H., Wan, Y., y Zhou, W. (2021). Anxiety and its association with perceived stress and insomnia among nurses fighting against COVID-19 in Wuhan: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, *30*(17-18), 2654-2664. https://doi.org/10.1111%2Fjocn.15678

Shivani, Sharma, M., Sonakshi, Singh, J., Arora, K., Kumar, A., ... y Bajaj, N. (2023). Correlates of Perceived Stress and Professional Quality of Life Among Nurses Working in Neonatal Intensive Care Units (NICU) in North India: A

Multicenter Study. *Journal of Neonatology*, *37*(1), 6-13. https://doi.org/10.1177/09732179231151756

Sikaras, C., Tsironi, M., Zyga, S., y Panagiotou, A. (2023). Anxiety, insomnia and family support in nurses, two years after the onset of the pandemic crisis. *AIMS Public Health*, *10*(2), 252. https://doi.org/10.3934%2Fpublichealth.2023019

Simonetti, V., Durante, A., Ambrosca, R., Arcadi, P., Graziano, G., Pucciarelli, G., ... y Cicolini, G. (2021). Anxiety, sleep disorders and self-efficacy among nurses during COVID-19 pandemic: A large cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, *30*(9-10), 1360-1371. https://doi.org/10.1111%2Fjocn.15685

Snijkers, J. T., Van Den Oever, W., Weerts, Z. Z. R., Vork, L., Mujagic, Z., Leue, C., ... y Keszthelyi, D. (2021). Examining the optimal cutoff values of HADS, PHQ-9 and GAD-7 as screening instruments for depression and anxiety in irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology & Motility*, *33*(12), e14161. https://doi.org/10.1111/nmo.14161

Soldatos, C. R., Dikeos, D. G., y Paparrigopoulos, T. J. (2000). The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *Journal of Psychosomatic Research, 48*(6), 555–560. https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00095-7

Song, X., Fu, W., Liu, X., Luo, Z., Wang, R., Zhou, N., ... y Lv, C. (2020). Mental health status of medical staff in emergency departments during the Coronavirus disease 2019 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity*, *88*, 60-65. https://doi.org/10.1016%2Fj.bbi.2020.06.002

Sorokin, M. Y., Kasyanov, E. D., Rukavishnikov, G. V., Makarevich, O. V., Neznanov, N. G., Morozov, P. V., ... y Mazo, G. E. (2020). Stress and stigmatization in health-care workers during the COVID-19 pandemic. *Indian Journal of Psychiatry*, *62*(Suppl 3), S445-S453. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_870_20

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., y Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Consulting Psychologists Press.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., y Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166*(10), 1092–1097. https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092

Stang, A. (2010). Critical evaluation of the Newcastle-Ottawa scale for the assessment of the quality of nonrandomized studies in meta-analyses. *European Journal of Epidemiology*, *25*(9), 603-605. https://doi.org/10.1007/s10654-010-9491-z

Steers, W. N., Elliott, E., Nemiro, J., Ditman, D., y Oskamp, S. (1996). Health beliefs as predictors of HIV-preventive behavior and ethnic differences in prediction. *The Journal of Social Psychology*, *136*(1), 99-110. https://doi.org/10.1080/00224545.1996.9923032

Straub, R. O. (2023). *Health psychology: A biopsychosocial approach* (7th ed.). Worth Publishers.

Stroud, C. B., Davila, J., y Moyer, A. (2008). The relationship between stress and depression in first onsets versus recurrences: a meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology*, *117*(1), 206. https://org.doi/10.1037/0021-843X.117.1.206

Stuijfzand, S., Deforges, C., Sandoz, V., Sajin, C. T., Jaques, C., Elmers, J., y Horsch, A. (2020). Psychological impact of an epidemic/pandemic on the mental health of healthcare professionals: a rapid review. *BMC Public Health*, *20*, 1-18. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09322-z

Su, M., Feng, M., Pan, W., Huang, X., Pan, L., Zhu, Y., ... y Tang, Q. (2024). Sleep disorder experienced by healthcare nurses after terminating Zero-COVID-19 policy. *BMC Nursing*, *23*(1), 469. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02145-y

Sun, Y., Song, H., Liu, H., Mao, F., Sun, X., y Cao, F. (2021). Occupational stress, mental health, and self-efficacy among community mental health workers: a cross-sectional study during COVID-19 pandemic. *International Journal of Social psychiatry*, *67*(6), 737-746. https://doi.org/10.1177/0020764020972131

Taha, E. A., El-Kassas, M., Ibrahim, A. K., Elkhayat, M. R., Fathi, A., Zaki, S., … y Hosny, A. (2024). Sexual health and quality of life among healthcare workers during COVID-19 era: a cross-sectional study. *Sexual and Relationship Therapy*, *40*(1), 213–222. https://doi.org/10.1080/14681994.2024.2312847

Tao, Y., Cheng, Z., Wang, C., Liu, T., Yan, M., Huang, X., ... y Chen, Z. (2023). Perceived stress and psychological disorders in healthcare professionals: a multiple chain mediating model of effort-reward imbalance and resilience. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1320411. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1320411

Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J. R., y Harrison, P. J. (2021). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort

studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry*, *8*(2), 130-140. https://doi.org/10.1016/

Taylor, S. E., y Stanton, A. L. (2020). *Health psychology* (11th ed.). McGraw-Hill.

Tian, T., Meng, F., Pan, W., Zhang, S., Cheung, T., Ng, C. H., ... y Xiang, Y. T. (2022). Mental health burden of frontline health professionals treating imported patients with COVID-19 in China during the pandemic. *Psychological Medicine*, *52*(2), 398-399. https://doi.org/10.1017/S0033291720002093

Tian-Ci Quek, T., Wai-San Tam, W., X. Tran, B., Zhang, M., Zhang, Z., Su-Hui Ho, C., y Chun-Man Ho, R. (2019). The global prevalence of anxiety among medical students: a meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(15), 2735. https://doi.org/10.3390/ijerph16152735

Tong, J., Zhang, J., Zhu, N., Pei, Y., Liu, W., Yu, W., ... y Sun, X. (2023). Effects of COVID-19 pandemic on mental health among frontline healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, *13*, 1096857. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1096857

Tsoh, J. Y., y Hall, S. M. (2004). Depression and smoking: From the transtheoretical model of change perspective. *Addictive Behaviors*, *29*(4), 801-805. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.02.011

Tu, Z. H., He, J. W., y Zhou, N. (2020). Sleep quality and mood symptoms in conscripted frontline nurses in Wuhan, China during COVID-19 outbreak: A cross-sectional study. *Medicine*, *99*(26), e20769.

https://doi.org/10.1097/MD.0000000000020769

Van Mol, M. M., Kompanje, E. J., Benoit, D. D., Bakker, J., y Nijkamp, M. D. (2015). The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. *PloS One*, *10*(8), e0136955. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136955

Vázquez, I. A. (2017). *Manual de psicología de la salud* (3.ª ed.). Pirámide.

Vela-Bueno, A., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Olavarrieta-Bernardino, S., Fernández-Mendoza, J., De la Cruz-Troca, J. J., ... y Vgontzas, A. N. (2008). Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. *Journal of Psychosomatic Research*, *64*(4), 435-442. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.10.014

Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., y Redding, C. A. (1998). Detailed overview of the transtheoretical model. *Homeostasis, 38*, 216–233.

Vidal-Alves, M. J., Pina, D., Ruiz-Hernández, J. A., Puente-López, E., Paniagua, D., y Martínez-Jarreta, B. (2022). (Un) Broken: Lateral violence among hospital nurses, user violence, burnout, and general health: A structural equation modeling analysis. *Frontiers in Medicine*, *9*, 1045574. https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1045574

Vitale, E. (2021). Anxiety, depression and insomnia conditions in Italian nurses during the first and the second waves of the COVID-19 pandemic. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies, 21*(1). https://doi.org/10.24193/jebp.2021.1.21

Vitale, E., Lupo, R., Artioli, G., Mea, R., Lezzi, P., Conte, L., y De Nunzio, G. (2023). How shift work influences anxiety, depression, stress and insomnia conditions in Italian nurses: an exploratory study. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, *94*(2). https://doi.org/10.23750/abm.v94i2.14230

Vizheh, M., Qorbani, M., Arzaghi, S. M., Muhidin, S., Javanmard, Z., y Esmaeili, M. (2020). The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, *19*, 1967-1978. https://doi.org/10.1007/s40200-020-00643-9

Umbetkulova, S., Kanderzhanova, A., Foster, F., Stolyarova, V., y Cobb-Zygadlo, D. (2024). Mental health changes in healthcare workers during COVID-19 pandemic: A systematic review of longitudinal studies. *Evaluation & the Health Professions*, *47*(1), 11-20. https://journals.sagepub.com/home/ehp

Wade, D. T., y Halligan, P. W. (2004). Do biomedical models of illness make for Good healthcare systems? *BMJ*, *329*(7479), 1398–1401. https://doi.org/10.1136/bmj.329.7479.1398

Wade, D. T., y Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come. *Clinical Rehabilitation, 31*(8), 995–1004. https://doi.org/10.1177/0269215517709890

Waich, A., Barahona-Correa, J. E., del Carmen Figueredo, M., Rondón-Sepúlveda, M. A., Ruiz, A. J., Castellanos, J. C., y Hidalgo-Martínez, P. (2023). Sleep Quality, Insomnia, and Perceived Stress among Colombian Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic. *Sleep Science*, *16*(01), 044-050. http://doi.org/10.1055/s-0043-1767756

Walker, E. F., y Diforio, D. (1997). Schizophrenia: A neural diathesis-stress model. *Psychological Review, 104*(4), 667–685.

Wang, L. Q., Zhang, M., Liu, G. M., Nan, S. Y., Li, T., Xu, L., ... y Liu, F. (2020). Psychological impact of coronavirus disease (2019)(COVID-19) epidemic on medical staff in different posts in China: a multicenter study. *Journal of Psychiatric Research*, *129*, 198-205. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.07.008

Wang, S., Luo, G., Pan, D., Ding, X., Yang, F., Zhu, L., ... y Ma, X. (2023). Anxiety prevalence and associated factors among frontline nurses following the COVID-19 pandemic: a large-scale cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1323303. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1323303

Wańkowicz, P., Szylińska, A., y Rotter, I. (2020). Assessment of mental health factors among health professionals depending on their contact with COVID-19 patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(16), 5849. https://doi.org/10.3390/ijerph17165849

Williams, D. R., y Cooper, L. A. (2019). Reducing racial inequities in health: using what we already know to take action. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(4), 606. https://doi.org/10.3390/ijerph16040606

Winkleby, M. A., Feighery, E. C., Altman, D. A., Kole, S., y Tencati, E. (2001). Engaging ethnically diverse teens in a substance use prevention advocacy program. *American Journal of Health Promotion*, *15*(6), 433-436. https://doi.org/10.4278/0890-1171-15.6.433

Whisman, M. A., y Uebelacker, L. A. (2017). Social support and depressive symptoms: The role of spousal support. *Journal of Affective Disorders*, *218*, 129-134. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.017

Wozniak, H., Benzakour, L., Moullec, G., Buetti, N., Nguyen, A., Corbaz, S., ... y Cereghetti, S. (2021). Mental health outcomes of ICU and non-ICU healthcare workers during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. *Annals of Intensive Care*, *11*, 1-10. https://doi.org/10.1186/s13613-021-00900-x

Wu, K., y Wei, X. (2020). Analysis of psychological and sleep status and exercise rehabilitation of front-line clinical staff in the fight against COVID-19 in China. *Medical Science Monitor Basic Research*, *26*, e924085-1. https://doi.org/10.12659%2FMSMBR.924085

Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., y Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *281*, 91-98. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117

Xia, L., Chen, C., Liu, Z., Luo, X., Guo, C., Liu, Z., ... y Liu, H. (2021). Prevalence of sleep disturbances and sleep quality in Chinese healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 646342. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.646342

Xiao, X., Zhu, X., Fu, S., Hu, Y., Li, X., y Xiao, J. (2020). Psychological impact of healthcare workers in China during COVID-19 pneumonia epidemic: A multi-center cross-sectional survey investigation. *Journal of Affective Disorders*, *274*, 405-410. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.081

Xiao, J., Liu, L., Peng, Y., Wen, Y., Lv, X., Liang, L., ... y Luo, W. (2023). Anxiety, depression, and insomnia among nurses during the full liberalization of COVID-19: a multicenter cross-sectional analysis of the high-income region in China. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1179755. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1179755

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., ... y McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *277*, 55-64. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001

Xu, Y., Liu, Y., Chen, Z., Zhang, J., Deng, H., y Gu, J. (2019). Interaction effects of life events and hair cortisol on perceived stress, anxiety, and depressive symptoms among Chinese adolescents: testing the differential susceptibility and diathesis-stress models. *Frontiers in Psychology*, *10*, 297. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00297

Xu, Z., y Yang, F. (2021). The impact of perceived organizational support on the relationship between job stress and burnout: a mediating or moderating role?. *Current Psychology*, *40*, 402-413. https://doi.org/10.1007/s12144-018-9941-4

Yang, Y., Zhang, D., Li, Y., Li, C., Zhu, L., y Luo, G. (2024). Sleep disorders among frontline nurses after the COVID-19 outbreak: a large-scale cross-sectional study. *Journal of Neural Transmission*, 1-9. https://doi.org/10.1007/s00702-024-02836-5

Yao, Y., Tian, Y., Zhou, J., Diao, X., Cao, B., Pan, S., ... y Wang, S. (2020). Psychological status and influencing factors of hospital medical staff during the COVID-19 outbreak. *Frontiers in Psychology*, *11*, 1841. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01841

Ye, L., Zhang, F., Wang, L., Chen, Y., Shi, J., y Cai, T. (2024). Identification of the risk factors for insomnia in nurses with long COVID-19. *BMC Nursing*, *23*(1), 532. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02212-4

Yin, T., Lu, Y., Xiong, W., Yu, C., Yin, D., y He, H. (2023). Occupational Risk Factors for Physical and Mental Health in Primary Healthcare Providers: A National Cross-Sectional Survey from 62 Urban Communities in China. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 751-762. https://doi.org/10.2147/JMDH.S401914

Yin, Z., Wang, X., Lu, X., y Fu, H. (2024). Hospital pharmacists' mental health during home isolation in the post-pandemic era of COVID-19: influencing factors, coping strategies, and the mediating effect of resilience. *Frontiers in Public Health*, *12*, 1268638. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1268638

Yörük, S., y Güler, D. (2021). The relationship between psychological resilience, burnout, stress, and sociodemographic factors with depression in nurses and midwives during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*, *57*(1), 390-398. https://doi.org/10.1111/ppc.12659

Yuan, H., Ma, Q., y Ye, L. (2016). The traditional medicine and modern medicine from natural products. *Molecules*, *21*(5), 559. https://doi.org/10.3390/molecules21050559

Youssef, N., Mostafa, A., Ezzat, R., Yosef, M., y El Kassas, M. (2020). Mental health status of health-care professionals working in quarantine and non-quarantine Egyptian hospitals during the COVID-19 pandemic. *East Mediterr Health J*, *26*(10), 1155-1164. https://doi.org/10.26719/emhj.20.116

Zawilska, J. B., y Kuczyńska, K. (2022). Psychiatric and neurological complications of long COVID. *Journal of Psychiatric Research, 156*, 349–360. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.10.045

Zhan, N., Xu, Y., Pu, J., Wang, W., Xie, Z., y Huang, H. (2024). The interaction between mental resilience and insomnia disorder on negative emotions in nurses

in Guangdong Province, China. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1396417. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1396417

Zhang, D., Li, X., Zhang, M., Huang, A., Yang, L., Wang, C., … y Zhang, J. (2024). The mediating effect of resilience and COVID-19 anxiety on the relationship between social support and insomnia among healthcare workers: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1328226. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1328226

Zhang, L., Zhang, K., Tong, L., Guo, Y., Shen, J., Zhang, X. Q., y Yang, P. (2024). Anxiety, Depression, Social Support, Needs, and Concerns of Frontline Nurses during COVID-19 Peak Infection Period: A Cross-Sectional Multicenter Study. *Journal of Nursing Management*, *2024*(1), 6007430. https://doi.org/10.1155/2024/6007430

Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., ... y Wang, H. X. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *89*(4), 242–250. https://doi.org/10.1159/000507639

Zhang, Y., Wu, C., Ma, J., Liu, F., Shen, C., Sun, J., ... y Lang, H. (2024). Relationship between depression and burnout among nurses in Intensive Care units at the late stage of COVID-19: a network analysis. *BMC Nursing*, *23*(1), 224. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01867-3

Zhang, Y., y Zhao, X. (2021). Effects of the health belief model-based intervention on anxiety, depression, and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *Neuroimmunomodulation*, *28*(3), 129-136. https://doi.org/10.1159/000512993

Zhao, S., Cao, J., Sun, R., Zhang, L., y Liu, B. (2020). Analysis of anxiety-related factors amongst frontline dental staff during the COVID-19 pandemic in Yichang, China. *BMC Oral Health*, *20*, 1-7. https://doi.org/10.1186/s12903-020-01335-9

Zhou, C., Yue, X. D., Zhang, X., Shangguan, F., y Zhang, X. Y. (2021). Self-efficacy and mental health problems during COVID-19 pandemic: A multiple mediation model based on the Health Belief Model. *Personality and Individual Differences*, *179*, 110893. https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110893

Zhou, Y., Gao, W., Li, H., Yao, X., Wang, J., y Zhao, X. (2024). Network analysis of resilience, anxiety and depression in clinical nurses. *BMC Psychiatry*, *24*(1), 1-9. https://doi.org/10.1186/s12888-024-06138-8

Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361–370. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Zuckerman, M. (1999). Diathesis-stress models. En M. Zuckerman, *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model* (pp. 3–23). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10316-001

Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry, 12*(1), 63–70. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008

Zung, W. W. K. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics, 12*(6), 371–379. https://doi.org/10.1016/S0033-3182(71)71479-0

# XVI – ANEXOS

# XVI - ANEXOS

*Anexo 1. Informe favorable del Comité de Ética de la UCAM.*

UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA SAN ANTONIO

## COMITÉ DE ÉTICA DE LA UCAM

Universidad Católica San Antonio. Vicerrectorado de Investigación. Salida nº 8059 27/06/2022 17:05:53

**DATOS DEL PROYECTO**

| | | |
|---|---|---|
| **Título**: | "Evaluación del programa de intervención *Sanitarius* para el cuidado de la salud mental del personal sanitario a consecuencia de la pandemia por COVID-19" | |
| **Investigador Principal** | **Nombre** | **Correo-e** |
| **Dra.** | Josefa Antonia Antón Ruiz | janton@ucam.edu |

**INFORME DEL COMITÉ**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha** | **24/06/2022** | **Código** | **CE062202** |

**Tipo de Experimentación**

| | |
|---|---|
| Investigación experimental clínica con seres humanos | |
| Investigación experimental no clínica con seres humanos | |
| Utilización de tejidos humanos procedentes de pacientes, personas sanas, tejidos embrionarios o fetales | |
| Utilización de tejidos humanos, tejidos embrionarios o fetales procedentes de bancos de muestras o tejidos | |
| Investigación observacional, psicológica o comportamental en humanos | X |
| Uso de datos personales, información genética, etc. | X |
| Experimentación animal | |
| Utilización de agentes biológicos de riesgo para la salud humana, animal o las plantas | |
| Uso de organismos modificados genéticamente (OMGs) | |

| **Comentarios Respecto al Tipo de Experimentación** |
|---|
| Nada Obsta |

| **Comentarios Respecto a la Metodología de Experimentación** |
|---|
| Nada Obsta |

UNIVERSIDAD CATÓLICA SAN ANTONIO · UCAM · COMITÉ DE ÉTICA · MURCIA ·

UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA SAN ANTONIO

## COMITÉ DE ÉTICA DE LA UCAM

| **Sugerencias al Investigador** |
| --- |
| |

**A la vista de la solicitud de informe adjunto por el Investigador y de las recomendaciones anteriormente expuestas el dictamen del Comité es:**

| | |
| --- | --- |
| Emitir Informe Favorable | X |
| Emitir Informe Desfavorable | |
| Emitir Informe Favorable condicionado a Subsanación | |
| **MOTIVACIÓN** | |
| Incrementará conocimientos en su área | |

Vº Bº El Presidente,

Fdo.: José Alberto Cánovas Sánchez

El Secretario,

UNIVERSIDAD CATÓLICA SAN ANTONIO UCAM COMITÉ DE ÉTICA MURCIA

Fdo.: José Alarcón Teruel

*Anexo 2. Manual de extracción de datos del metaanálisis.*

| | |
|---|---|
| **Cita APA** | Cita del artículo en formato APA 7. |
| **Variables de los participantes** | |
| **Número total de la muestra** | Indicar el número total de participantes incluidos en el análisis. Especificar el número de participantes que respondieron y fueron finalmente analizados. |
| **Media de edad** | Indicar la edad media de los participantes. |
| **Género (proporción de participantes varones)** | Indicar el porcentaje de participantes varones. |
| **País de origen** | País donde se realizó el estudio. |
| **Profesión sanitaria** | Indicar el tipo de profesión sanitaria de los participantes incluidos en el estudio (por ejemplo: médicos, enfermeras, auxiliares, fisioterapeutas, etc.). |
| **Media de horas trabajadas** | Indicar la media de horas trabajadas por los participantes durante el periodo evaluado. |
| **Trabajo en primera línea** | Proporción de profesionales sanitarios en contacto directo con pacientes con COVID-19. |
| **Trabajo por turnos nocturnos** | Proporción de profesionales sanitarios que realizaban turnos nocturnos. |
| **Enfermedad crónica** | Proporción de participantes con alguna enfermedad crónica. |
| **Enfermedad mental** | Proporción de participantes con antecedentes o diagnóstico de enfermedad mental. |
| **Antecedente de infección por COVID-19** | Proporción de profesionales sanitarios que habían sido diagnosticados de COVID-19. |

| | |
|---|---|
| **Media de experiencia de trabajo** | Indicar la media de años de experiencia profesional de los participantes. |
| **Variables relacionadas con la metodología** | |
| **Año** | Año de publicación del estudio. |
| **Fecha de recogida de datos** | Periodo temporal durante el cual se recogieron los datos de los participantes. |
| **Diseño utilizado** | Tipo de diseño metodológico empleado (por ejemplo: transversal, longitudinal, casos y controles, cohortes, etc.). |
| **Instrumento de medición de la sintomatología** | Indicar el instrumento utilizado para evaluar depresión, ansiedad, estrés o insomnio. |
| **Nivel de gravedad/punto de corte** | Indicar los puntos de corte o niveles de gravedad establecidos para clasificar la sintomatología evaluada. |
| **Formato de recogida de datos** | Indicar el formato utilizado para la recogida de datos (en papel, online). |
| **Tasa de respuesta** | Indicar la tasa de respuesta reportada en el estudio. |
| **Variables relacionadas con los desenlaces psicológicos (depresión, ansiedad, estrés, insomnio)** | |
| **Prevalencia de la sintomatología estudiada** | Indicar la prevalencia global de depresión, ansiedad, estrés e insomnio reportada en el estudio. |
| **Número de participantes con la sintomatología estudiada** | Indicar el número total de participantes que presentan depresión, ansiedad, estrés o insomnio. |
| **Número de mujeres con la sintomatología estudiada** | Indicar el número de mujeres que presentan depresión, ansiedad, estrés o insomnio. |

| | |
|---|---|
| **Prevalencia de la sintomatología estudiada en mujeres** | Indicar el porcentaje de mujeres que presentan depresión, ansiedad, estrés o insomnio. |
| **Número total de mujeres** | Indicar el número total de participantes mujeres incluidas en el estudio. |
| **Número de hombres con la sintomatología estudiada** | Indicar el número de hombres que presentan depresión, ansiedad, estrés o insomnio. |
| **Prevalencia de la sintomatología estudiada en hombres** | Indicar el porcentaje de hombres que presentan depresión, ansiedad, estrés o insomnio. |
| **Número total de hombres** | Indicar el número total de participantes hombres incluidos en el estudio. |
| **Media y desviación típica de la severidad de la sintomatología estudiada** | Indicar la media y la desviación típica de las puntuaciones de depresión, ansiedad, estrés o insomnio. |
| **Media y desviación típica de la severidad de la sintomatología en mujeres** | Indicar la media y desviación típica de las puntuaciones de depresión, ansiedad, estrés o insomnio en mujeres. |
| **Media y desviación típica de la severidad de la sintomatología en hombres** | Indicar la media y desviación típica de las puntuaciones de depresión, ansiedad, estrés o insomnio en hombres. |
| **Proporción de profesionales** | Indicar la proporción de profesionales sanitarios de primera línea que presentan depresión, ansiedad, estrés o insomnio. |

| | |
|---|---|
| **sanitarios en primera línea con la sintomatología estudiada** | |
| **Proporción de profesionales sanitarios en segunda línea con la sintomatología estudiada** | Indicar la proporción de profesionales sanitarios de segunda línea que presentan depresión, ansiedad, estrés o insomnio. |

***Nota:*** Cuando una variable no estuviera reportada en el estudio original, se codificará como 'NR' (no reportado).

*Anexo 3. Cuestionario sociodemográfico.*

1. Edad

2. Sexo
   - Mujer
   - Hombre

3. Estado civil
   - Soltero/a
   - En pareja (conviviendo)
   - Casado/a
   - Divorciado/a
   - Viudo/a

4. Lugar de residencia

5. ¿Ha compartido vivienda con familiares, pareja o compañeros durante la pandemia?
   - Sí
   - No

6. ¿Cuál es su situación laboral actual?
   - Estudiante
   - Residente/interino
   - Trabajador/a por cuenta ajena
   - Trabajador/a por cuenta propia
   - Jubilado/a
   - En paro

7. ¿Cuál es su nivel de estudios?
   - Formación preuniversitaria
   - Formación profesional de grado superior
   - Formación profesional de grado medio
   - Licenciado/graduado
   - Estudios de Máster
   - Doctorado
   - Otro

8. ¿Cuál es su profesión sanitaria?
- Médico/a de urgencias
- Médico/a de atención primaria
- Médico/a especialista
- Enfermero/a
- Auxiliar de enfermería
- Técnico/a en transporte sanitario
- Psiquiatra
- Psicólogo/a
- Dentista/ odontólogo/a
- Farmacéutico/a
- Auxiliar de farmacia
- Fisioterapeuta
- Celador/a
- Matrón/a
- Técnico/a de laboratorio
- Otro

8b. Si ha seleccionado la opción médico especialista, por favor indique su especialidad.

9. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el ámbito sanitario?
- Menos de 1 año
- Entre 1 año y 5 años
- De 5 a 10 años
- Más de 10 años

10. En el desarrollo de su trabajo diario durante la pandemia por COVID-19:
- No tiene contacto con pacientes contagiados por COVID-19
- Tiene contacto directo con pacientes diagnosticados con COVID-19
- Tiene contacto directo con pacientes sospechosos de COVID-19
- Tiene contacto con las muestras de laboratorio de pacientes

11. ¿Normalmente trabaja por turnos?
- Sí
- No

12. En los últimos dos años y medio, ¿ha reducido sus contactos sociales a causa de tu estado de ánimo, independientemente de las medidas sanitarias impuestas?

- Sí
- No

13. En los últimos dos años y medio, ¿su ingesta de alimentos se ha visto reducida?

- Sí
- No

14. En los últimos dos años y medio, ¿su ingesta de alimentos se ha visto aumentada?

- Sí
- No

15. En los últimos dos años y medio, ¿ha experimentado atracones de comida, comiendo una cantidad de comida mucho mayor de lo habitual al mismo tiempo?

- Sí
- No

16. En los últimos dos años y medio, ¿ha superado su nivel habitual de ingesta de alcohol?

- Sí
- No

17. En los últimos dos años y medio, ¿ha superado su nivel habitual de consumo de tabaco?

- Sí
- No

18. En los últimos dos años y medio, ¿ha recurrido a sustancias opiáceas o medicamentos relajantes para sobrellevar la situación pandémica producida por la COVID-19?

- Sí
- No

19. En los últimos dos años y medio, la realización del ejercicio físico:
- Se ha visto aumentada
- Se ha visto disminuida
- Se ha mantenido en el mismo nivel que antes de la pandemia por COVID-19

20. En los últimos dos años y medio, su calidad de vida sexual se ha visto negativamente afectada debido a:
- Problemas del estado de ánimo
- Situación pandémica
- Ambas
- No ha empeorado

21. ¿Padecía alguna enfermedad mental y/o física diagnosticada antes de la pandemia por COVID-19?
- Sí
- No

21b. Por favor, especifique qué tipo de enfermedad mental y/o física diagnosticada padecía antes de la pandemia por COVID-19.

22. ¿Estaba bajo algún tratamiento farmacológico crónico?
- Sí
- No

22b. Por favor especifique bajo qué tratamiento farmacológico crónico estaba.

23. ¿Ha dado positivo en COVID-19 mediante PCR, tests de antígenos o pruebas serológicas?
- Sí
- No

24. ¿Cuántas veces ha dado positivo en COVID-19?
- 0 veces
- 1 vez
- 2 veces
- 3 veces
- Mas de 3 veces

25. Si ha dado positivo en COVID-19, especifique la forma de pasarlo:

- Positivo asintomático
- Positivo sintomático leve
- Positivo sintomático moderado
- Positivo sintomático grave

26. Si ha dado positivo en COVID-19, seleccione alguna de las opciones a continuación:

- Sin ingreso hospitalario
- Sin ingreso hospitalario y con seguimiento ambulatorio
- Ingreso en planta
- Ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

27 ¿Tras haber superado la enfermedad por la COVID-19 qué secuelas del coronavirus le han quedado?

- Neurológicas (dificultad para concentrarse, dolor de cabeza, problemas para dormir, mareos al ponerse de pie)
- Psicológicas (incertidumbre ante el futuro, síntomas de ansiedad, síntomas de depresión, estrés postraumático)
- Cardiopatía
- Daño pulmonar/disnea
- Problemas renales
- Problemas hepáticos
- Alteraciones pulmonares
- Alteraciones dermatológicas
- Dolor articular
- Alteraciones de funciones de los sentidos
- Cansancio o fatiga
- No he tenido secuelas
- Otras

28. Señale las repercusiones de la pandemia por COVID-19 que experimentó a nivel personal y/o sigue experimentando:

- Incertidumbre económica
- Perdida de alguien cercano
- Preocupación por conservar el trabajo
- Disminución de las redes de apoyo social
- Perdida de trabajo

- Abandono de cuidado personal
- Problemas familiares
- Desgaste de las relaciones personales
- Empeoramiento de las enfermedades previas
- Otras