

ESTUDIOS ORIGINALES

Ansiedad en enfermeras en la pandemia COVID-19. Evolución y variables sociolaborales y psicosociales implicadas

Anxiety in nurses in the COVID-19 pandemic. Evolution and sociolaboral and psychosocial variables involved

Fernanda Gil Almagro¹, Fernando José García Hedrera², Francisco Javier Carmona Monge³, Cecilia Peñacoba Puentes⁴

¹ Enfermera UCI. Doctoranda en CC. de la Salud de tercer año en la URJC rama Psicología. Máster en Urgencias, Emergencias y Críticos; Máster en Educación Secundaria, Experto en Urgencias Extrahospitalaria. Instructora SVB y SVA Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid).

² Enfermero UCI. Máster Oficial en Salud Pública y Epidemiología. Doctorado en CC de la Salud (URJC). Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid).

³ Psicólogo. Enfermero. Anestésista. Doctorado en CC de la Salud por la URJC. Máster en Cuidados Críticos. Hospital Universitario Santiago de Compostela.

⁴ Catedrática en la Facultad de CC de la Salud de la URJC. Doctora en Psicología por la UAM. Investigadora principal del Grupo PERSANA. Universidad Rey Juan Carlos (Madrid).

VIII Premios de Investigación CODEM 2024. Quinto premio.

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.323>

Cómo citar este artículo: Gil Almagro, F. y otros, Ansiedad en enfermeras en la pandemia COVID-19. Evolución y variables sociolaborales y psicosociales implicadas. *Conocimiento Enfermero* 27 (2025): 41-58.

Disponible en: <http://www.conocimientoenfermero.es>

RESUMEN

Introducción. Aunque la investigación previa señala la prevalencia de ansiedad durante la pandemia COVID-19 entre los profesionales sanitarios, los estudios longitudinales sobre la ansiedad postpandémica y las variables implicadas son menos abundantes.

Objetivo. Examinar la evolución de la ansiedad en enfermeras españolas desde el inicio de la pandemia hasta año y medio después, analizando la influencia de variables sociolaborales y psicosociales.

Metodología. Diseño longitudinal prospectivo con tres períodos de recolección de datos en los que se evaluó la ansiedad generalizada (GAD-7), además de variables sociolaborales y psicoemocionales (i.e. apoyo social, autoeficacia y resiliencia) en enfermeras en contacto directo con pacientes COVID-19.

Resultados. Existe una alta prevalencia de ansiedad, con una clara disminución a lo largo de los períodos estudiados ($F=34,837$, $p<.001$). Se observa una asociación entre la ansiedad y ciertas variables sociodemográficas y laborales (i.e. años de experiencia, $p=.037$; sintomatología COVID-19, $p=.039$; disponibilidad de EPI, $p=.011$; carga de trabajo, $p<.001$; preocupación contagio familiar, $p=.009$). La ansiedad mantiene relaciones negativas con el apoyo social ($p<.001$), la autoeficacia ($p<.001$) y la resiliencia ($p=.011$). Se observan efectos de interacción entre la evolución de la ansiedad y el apoyo social de los amigos ($F=5.794$, $p=.004$).

Discusión. El apoyo social, la autoeficacia y la resiliencia actúan como amortiguadores de la ansiedad. El apoyo social de los amigos influye en la evolución de la misma.

Conclusión. Los hallazgos enfatizan la necesidad de implementar intervenciones específicas para promover el bienestar mental de los profesionales de la salud, particularmente en contextos de crisis como la pandemia COVID-19.

Palabras clave: pandemia COVID-19; ansiedad; resiliencia psicológica; apoyo social; autoeficacia.

ABSTRACT

Introduction. Although previous research points to the prevalence of anxiety during the COVID-19 pandemic among healthcare professionals, longitudinal studies on post-pandemic anxiety and the variables involved are less abundant.

Objective. To examine the evolution of anxiety in Spanish nurses from the beginning of the pandemic until one and a half years later, analyzing the influence of sociolaboral and psychosocial variables.

Methodology. Prospective longitudinal design with three periods of data collection in which generalized anxiety (GAD-7) was evaluated, as well as sociolaboral and psychoemotional variables (i.e. social support, self-efficacy and resilience) in nurses in direct contact with COVID-19 patients.

Results. There is a high prevalence of anxiety, with a clear decrease throughout the periods studied ($F=34.837$, $p<.001$). An association is observed between anxiety and certain sociodemographic and occupational variables (i.e. years of experience, $p=.037$; COVID-19 symptomatology, $p=.039$; availability of PPE, $p=.011$; workload, $p<.001$; family contagiousness concern, $p=.009$). Anxiety maintains negative relationships with social support ($p<.001$), self-efficacy ($p<.001$) and resilience ($p=.011$). Interaction effects are observed between the evolution of anxiety and friends' social support ($F=5.794$, $p=.004$).

Discussion. Social support, self-efficacy and resilience act as buffers of anxiety. Friends' social support influences the evolution of it.

Conclusion. The findings emphasize the need to implement specific interventions to promote the mental well-being of health professionals, particularly in crisis contexts such as the COVID-19 pandemic.

Keywords: COVID-19 pandemic; anxiety; psychological resilience; social support; self-efficacy.

1. Introducción

Una de las consecuencias más estudiadas, a nivel emocional, durante la pandemia COVID-19, en los profesionales sanitarios (PSs), ha sido la presencia de desórdenes de ansiedad, y en particular la prevalencia de ansiedad generalizada (Generalized Anxiety Disorder; GAD). El instrumento empleado para su medida ha sido el GAD-7, o en menor medida, su versión reducida, el GAD-2. Una revisión [1], a través de 19 artículos, analiza la prevalencia de GAD entre los PSs durante la pandemia COVID-19 desde inicios del mes de enero a finales del mes de junio de 2020. En concreto, a través del GAD-7, la revisión pone de manifiesto una prevalencia de ansiedad del 32.04%. Estos datos revelan unos preocupantes porcentajes de ansiedad generalizada en los trabajadores sanitarios, incluyendo estudios llevados a cabo en China ($n=11$), Corea del Sur ($n=1$), Estados Unidos ($n=2$), Jordania ($n=1$), Ecuador ($n=1$), India ($n=1$), Arabia Saudí ($n=1$) y Tailandia ($n=1$).

La mayoría de las investigaciones que se encuentran al respecto han sido llevadas a cabo en los meses de inicio de la pandemia, con la variabilidad propia de cada país estudiado, abarcando hasta el verano de 2020. Los datos recogidos

a nivel mundial, incluyendo una gran variabilidad de países, señalan porcentajes de ansiedad moderada-severa que oscilan entre el 20% y el 60% [2-8]. Estas elevadas cifras de ansiedad en los PSs se han venido manteniendo igualmente hasta la finalización del año 2020 [9-12].

Aunque este tipo de estudios se han llevado a cabo en numerosos países, no cabe duda de que China ha sido uno de los contextos más estudiados, tal vez debido a su papel en el origen de la pandemia, observándose los porcentajes de ansiedad más elevados en población sanitaria. Así, a mitad del año 2021 se establecía en China una prevalencia de ansiedad entre el 45% y el 60% [13] en PSs, considerablemente más elevada que en la población general [14]. Tal vez por ello, en los PSs en China, se ha seguido investigando sobre la prevalencia de ansiedad en un periodo temporal más alejado del inicio de la pandemia COVID-19, coincidiendo con nuevos escenarios de variantes de infecciones de COVID-19 y de nuevos brotes de hospitalizaciones (i.e. entre enero y febrero de 2023), observándose porcentajes cercanos al 50% [15].

Sin embargo, en otros países, tal y como señalan algunos autores [13], son menos frecuentes los estudios que analizan la prevalencia de ansiedad a medio y largo plazo, meses o años

después de la etapa más crítica de la pandemia, en lo que se ha venido a denominar *the post-pandemic era of COVID-19*. Estos estudios resultan fundamentales para entender el impacto real y las variables implicadas en la cronificación de la ansiedad, una vez que la etapa de estrés agudo ha concluido. Así, especialmente relevantes en el contexto que nos ocupa, para conocer la evolución real, son los estudios longitudinales. Bajo nuestro conocimiento, se han llevado a cabo diferentes investigaciones de esta naturaleza en profesionales sanitarios. Un estudio llevado a cabo en PSs de quirófano en Wuhan (China), con el empleo del GAD-7, señala una prevalencia de ansiedad del 43.1% durante el confinamiento y un 16% después del mismo [16]. Una investigación llevada a cabo en Estados Unidos señala una disminución de la ansiedad generalizada del 46.3% al 23.2% [17]. Otro estudio llevado a cabo en PSs canadienses pone de manifiesto que durante y después de la primera ola de la pandemia COVID-19, la prevalencia de ansiedad disminuyó del 27% al 7% [18]. Finalmente, otro de los estudios longitudinales se ha llevado a cabo en España. En este caso se valora a los PSs en dos momentos temporales (del 5 de mayo al 7 de septiembre de 2020, y entre octubre y diciembre de 2020). Los resultados señalan que la prevalencia de desórdenes emocionales durante la segunda ola de la pandemia COVID-19 es similar a la experimentada durante la primera ola [19], con porcentajes de ansiedad generalizada en ambos momentos temporales del 25%.

Los estudios dirigidos al análisis de la influencia de las variables sociodemográficas y laborales sobre la ansiedad experimentada durante la pandemia COVID-19 en PSs señalan como factores de riesgo el miedo a trabajar con pacientes infectocontagiosos, la sobrecarga laboral, la escasez de equipos de protección individual (EPI) o el desarrollo de la actividad asistencial en unidades de elevada complejidad, entre otros [20,21], observándose una mayor prevalencia de ansiedad en enfermeras que en médicos [22]. Algunos estudios que analizan la evolución de la ansiedad, con el empleo del GAD-7, en relación con las diferentes variables sociodemográficas, señalan que el número de días de

trabajo no parece estar relacionado con la persistencia de la ansiedad (pero sí con la persistencia de la depresión) a lo largo de los dos momentos temporales analizados (del 12 de agosto al 25 de octubre de 2020 y 16 de junio al 27 de julio de 2021) en PSs estadounidenses [17]. Otros estudios que analizan la evolución de la ansiedad en los PSs con instrumentos diferentes al GAD-7, afirman que la ansiedad se mantiene elevada en aquellos profesionales que sufren miedo al contagio de la COVID-19, poniendo de manifiesto que la incertidumbre sobre el contagio es un factor que interactúa y provoca niveles de ansiedad mantenidos en el tiempo entre los trabajadores de la salud, en este caso en Argentina [23].

Por otro lado, se ha estudiado la influencia que las diferentes variables psicosociales o de personalidad han tenido en la evolución de la ansiedad en los PSs. Un estudio en PSs en Australia que valora la ansiedad en dos momentos temporales (entre marzo/abril de 2021 y septiembre/octubre de 2021) informa de un mayor porcentaje de ansiedad moderada en el segundo momento temporal, asociado a niveles bajos de resiliencia [24]. La mayoría de las investigaciones, señalan, disminuciones de la ansiedad en PSs entre el año 2020 y el año 2021, afirmando que los niveles elevados de resiliencia, el apoyo social y familiar, los hobbies y un buen estilo de vida son claros amortiguadores para la ansiedad [25].

En este contexto, parece de especial **relevancia** llevar a cabo estudios prospectivos a medio y a largo plazo que nos permitan conocer la evolución y detectar la posible cronificación de trastornos emocionales como la ansiedad, una vez concluida la fase más intensa y compleja de la pandemia COVID-19. Sólo este tipo de aproximaciones nos permitirán, de manera adicional detectar variables de riesgo y protectoras para diseñar programas de prevención y de promoción de la salud, con colectivos especialmente vulnerables, como es el caso de los profesionales sanitarios, y en particular, la enfermería. En definitiva, es necesario plantearse como **pregunta de investigación** cómo ha sido la evolución de la ansiedad en este colectivo, desde el inicio de la pandemia COVID-19 hasta año y

medio después y las variables sociolaborales y psicosociales especialmente relevantes.

Con el **objetivo** de cubrir esta necesidad, la presente investigación analiza la evolución de la ansiedad, a través del GAD-7, en una muestra de enfermeras españolas que en la primera etapa de la pandemia estuvo en contacto directo con pacientes COVID-19. A diferencia de los estudios precedentes, incluye una tercera medida adicional a largo plazo, un año y medio después del terminado el confinamiento en la etapa más crítica de la pandemia. Además, se focaliza de forma específica en el personal de enfermería, por ser este uno de los colectivos de mayor riesgo en lo que se refiere a los desórdenes emocionales a lo largo de la pandemia COVID-19 [26,27].

Como objetivos adicionales, el presente estudio se plantea analizar la posible asociación de la ansiedad y de su evolución con variables sociodemográficas y laborales, y con variables de personalidad.

2. Método

2.1. Diseño

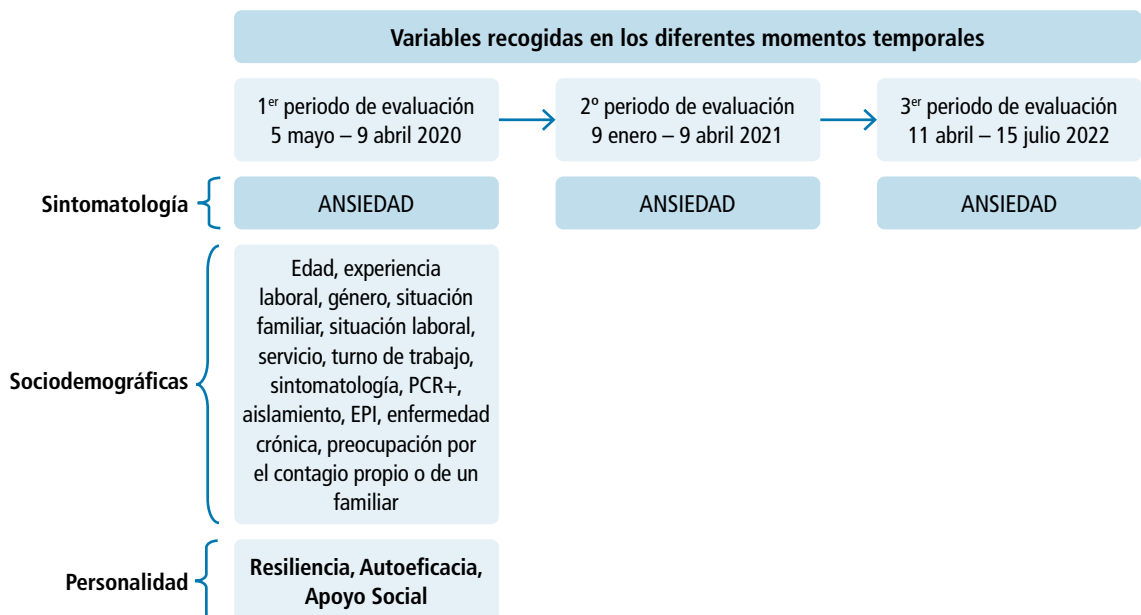
Se llevó a cabo un estudio longitudinal prospectivo con tres periodos de recolección de da-

tos: 1) entre el 1 y el 21 de junio de 2020 (fase final del estado de alarma declarado en España el 14 de marzo), 2) seis meses después de la finalización del estado de alarma (enero-marzo de 2021), y 3) un año después de esta segunda evaluación (abril-julio 2022). Durante el primer periodo de recolección de datos, España se encontraba en un estado de alarma que conlleva una fase de confinamiento. El estado de alarma se prolongó hasta el 21 de junio de 2020. Durante el segundo periodo de recolección de datos, la situación todavía era complicada siendo el número de casos confirmados 3.347.512 y 76.328 fallecidos a fecha de 9 de abril de 2021. El tercer periodo de recolección de datos finalizó con 12.973.615 casos confirmados de COVID-19 y con 108.730 fallecidos. Durante los tres periodos temporales se evaluó la ansiedad generalizada de los participantes, para conocer su evolución.

Conjuntamente, se procedió a la evaluación de distintas variables sociodemográficas y laborales, además de variables relacionadas con la personalidad durante el primer momento temporal (ver apartado de Instrumentos para una información más detallada).

En la Figura 1 se muestran los momentos de evaluación y las variables implicadas en la investigación.

FIGURA 1. Periodos de evaluación y variables evaluadas.



2.2. Procedimiento y participantes

La recolección de datos se llevó a cabo mediante cuestionario electrónico online diseñado a tal efecto por el equipo investigador. Al inicio de dicho cuestionario se expuso el objetivo principal del estudio y se pidió consentimiento informado a todos los participantes, así como, de forma explícita, el empleo del e-mail para el contacto en las sucesivas fases de evaluación.

La muestra estaba compuesta por enfermeras de diferentes servicios del Sistema Nacional de Salud español. Se realizó un muestreo probabilístico por conveniencia teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: pertenecer a la categoría enfermera; desarrollar su actividad asistencial dentro de los diferentes servicios del Sistema Nacional de Salud (tanto público como privado); tener una edad mayor o igual a 18 años y haber estado en contacto directo con pacientes COVID-19. Como criterio de exclusión se incluyó el haber desarrollado la actividad asistencial en diferentes servicios durante el periodo de recolección de datos. Se tomó como referencia una n mínima de 120, establecida para estudios prospectivos [28]. Teniendo en cuenta la habitual pérdida muestral derivada de la naturaleza longitudinal del estudio y añadiendo las complicadas circunstancias de la pandemia COVID-19 [29,30], se estableció un tamaño muestral mínimo para el primer momento temporal de 400 participantes, obteniendo una muestra final de 432. De ellas, en el segundo momento temporal, continuaron participando 286 enfermeras, de las cuales, a su vez, 141 mantuvieron su participación en el tercer momento de evaluación, constituyendo la muestra final del estudio ($n=141$ enfermeras).

Para obtener la muestra se envió el enlace con el cuestionario a enfermeras pertenecientes al sistema de salud de España tanto público como privado, distribuyendo el cuestionario a través de redes sociales (Facebook, LinkedIn, twitter and WhatsApp), además de, a través de los mails corporativos de los diferentes servicios públicos y privados del Sistema Nacional de Salud. Para la difusión del cuestionario durante el segundo y tercer momento temporal, se utilizaron los mails de aquellas enfermeras que ha-

bían participado en la primera evaluación, solicitando nuevamente su participación en las siguientes fases del estudio.

2.3. Variables e instrumentos

2.3.1. Ansiedad Generalizada [momento temporal 1, 2 y 3]

La presencia de síntomas de trastorno de ansiedad generalizada se evaluó mediante la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) [31] en su versión española [32]. La escala consta de 7 ítems en un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos desde 0 (nada) a 3 (casi todos los días), con un rango teórico de 0 a 21. Pueden establecerse cuatro grupos de gravedad [31]: sin ansiedad/mínima (0-4), leve (5-9), moderada (10-14) o ansiedad grave (15-21). En nuestra muestra, se observa una excelente consistencia interna para los tres momentos temporales: primer momento ($\alpha=.93$), segundo momento ($\alpha=.93$), tercer momento ($\alpha=.94$)

2.3.2. Variables sociodemográficas y ocupacionales [momento temporal 1]

Para recoger estos datos se utilizó un cuestionario ad hoc elaborado por el equipo de investigación. Concretamente, se evaluaron datos sociodemográficos (edad, género, situación personal) y datos laborales (servicio en el que desarrolla su actividad, experiencia laboral en años, turno de trabajo (fijo, rotatorio o de más de 10 horas), disponibilidad de EPI, sobrecarga de trabajo (igual a la habitual, superior a la habitual) y datos generales de salud (padecer enfermedad crónica, si/no) y en relación al COVID-19 [síntomatología COVID-19, tener una PCR+ (si/no), haber estado aislado (si/no)]. Respecto a la sintomatología COVID-19 se elaboró y administró un cuestionario ad-hoc de 13 ítems con un formato de respuesta (si/no) que incluía los principales síntomas del COVID-19 (fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, tos, mialgias, dificultad respiratoria, mareos, rinitis, dolor de garganta, dolor de pecho, anosmia, ageusia, manifestaciones cutáneas), con un rango teórico de 0 a 13.

Para la medida de las preocupaciones por el COVID-19, se diseñaron dos preguntas ad-hoc que permitían la evaluación de la preocupación por el contagio propio, por un lado, y la preocupación por el contagio de un familiar por otro. Ambos ítems presentaban un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos (desde 1 “nada preocupado” a 4 “muy preocupado”).

2.3.3. Variables de personalidad [momento temporal 1]

- **Apoyo social:** El apoyo social se midió a través del instrumento The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) [33] en su versión española [34]. Consta de 12 ítems distribuidos en tres dimensiones: familia, amigos y otros significativos (4 ítems por dimensión) en una escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos desde 1= completamente en desacuerdo a 7=completamente de acuerdo. Se obtiene una puntuación general de apoyo social sumando las tres subescalas. El instrumento ha mostrado en diferentes estudios buenas propiedades psicométricas [35,36]. El alfa de Cronbach para el apoyo social total en nuestro estudio fue de .85. Sus tres dimensiones también mostraron una elevada consistencia interna: apoyo social familia (.81), apoyo social amigos (.82) y apoyo social de otros significativos (.79).
- **Autoeficacia:** Se valoró a través del instrumento The General Self-Efficacy Scale (GSES) [37] en su versión española [38]. Este instrumento está compuesto por 10 ítems en una escala tipo Likert de 4 puntos que oscilan desde 1 “completamente en desacuerdo”, a 4 “completamente de acuerdo”. El rango de puntuación total oscila entre 10 y 40. En nuestro estudio este instrumento mostró una excelente consistencia interna ($\alpha=.91$).
- **Resiliencia:** Se procedió a la administración del Cuestionario de Resiliencia (RS-14) en su versión española [39]. El RS-14 consta de 14 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos, desde 1 (totalmen-

te en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo), con una puntuación total de la escala que oscila entre 14 y 98, indicando mayores puntuaciones, una mayor resiliencia. El alfa de Cronbach en nuestro estudio fue de .94.

2.4. Análisis de los datos

Se realizaron análisis descriptivos y alfa de Cronbach. Las variables cualitativas se describieron con frecuencias (n) y porcentajes (%) y las cuantitativas con media (M) y desviación estándar (DE). Para analizar la asociación bivariada entre variables (análisis de posibles covariables), se utilizó la prueba t de Student, el análisis de varianza de un factor (ANOVA) y la correlación de Pearson, en función de la naturaleza de las variables analizadas. En este estudio se utilizaron análisis de regresión lineal múltiple. Concretamente, se realizaron dos análisis de regresión. El primer análisis tenía como objetivo la predicción de la ansiedad en el segundo momento temporal, incluyendo tanto las variables sociodemográficas, laborales y de salud con relaciones estadísticamente significativas con la ansiedad (en el segundo momento temporal), como aquellas variables psicológicas, igualmente significativas, evaluadas en el momento basal. En el segundo análisis de regresión, para la predicción de la ansiedad evaluada en el tercer momento temporal, se incluyeron tanto variables sociodemográficas, laborales y de salud con relaciones estadísticamente significativas con la ansiedad (en el tercer momento temporal), como aquellas variables psicológicas, igualmente significativas, evaluadas en el momento basal. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico para las ciencias sociales (Statistical Package for the Social Sciences; SPSS), en su versión 21 para Windows. Los resultados se consideraron estadísticamente significativos para valores de $p<0.05$.

3. Resultados

a) Características de la muestra (ver Tabla 1)

En la Tabla 1 se puede observar las características sociodemográficas y laborales de las par-

TABLA 1. Relación de la ansiedad evaluada en los tres momentos temporales con las variables sociodemográficas, ocupacionales y de salud.

| | EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---------------------------|--------------|--------------|--------|--------------------|--------------|------------|--------|--------------------|--------------|------------|--------|---------|
| | Momento temporal 1 | | | | Momento temporal 2 | | | | Momento temporal 3 | | | | |
| | f (%) | Media (DE) | Media (DE) | R2 | valor p | Media (DE) | Media (DE) | R2 | valor p | Media (DE) | Media (DE) | R2 | valor p |
| Edad | | 41.52 (9.50) | 10.85 (9.15) | -0,117 | .169 | | | -0,072 | .399 | | | -0,048 | .570 |
| Experiencia | | | | -0,175 | .037 | | | -0,166 | .049 | | | -0,106 | .210 |
| Género | Hombre | | 10.29 (6.30) | | .450 | 8,11 (5,74) | | | .393 | 8,29 (6,04) | | | .985 |
| | Mujer | 124 (87.9) | 11.44 (5.77) | | | 9,25 (5,42) | | | | 7,86 (4,79) | | | |
| Situación familiar | Sin pareja | 42 (29.8) | 10.42 (5.70) | | .247 | 8,78 (4,85) | | | .637 | 7,54 (4,86) | | | .567 |
| | Con pareja | 99 (70.2) | 11.67 (5.87) | | | 9,26 (5,70) | | | | 8,07 (4,98) | | | |
| Situación laboral | Fijo | 71 (50.4) | 10.46 (5.87) | | | 8,67 (5,34) | | | | 7,60 (4,54) | | | |
| | Mujer | 40 (28.4) | 12.20 (5.44) | | .228 | 9,12 (5,30) | | | .458 | 8,25 (4,98) | | | .757 |
| | Eventual | 30 (21.3) | 12.10 (6.14) | | | 10,16 (5,93) | | | | 8,20 (5,54) | | | |
| Servicio | UCI | 61 (43.3) | 11.60 (5.43) | | | 9,19 (4,81) | | | | 7,70 (5,28) | | | |
| | Hospitalización | 42 (29.8) | 10.11 (6.07) | | .372 | 8,78 (6,08) | | | .097 | 7,69 (4,42) | | | .336 |
| | Urgencias | 24 (17) | 11.62 (6.30) | | | 7,70 (5,45) | | | | 7,50 (4,37) | | | |
| | AP | 14 (9.9) | 13.00 (5.93) | | | 12,21 (5,43) | | | | 10,21 (5,65) | | | |
| Turno trabajo | Turnos (M,I,N) | 71 (50.4) | 11.58 (5.39) | | | 9,31 (5,27) | | | | 8,86 (5,44) | | | |
| | Rotatorio | 40 (28.4) | 11.68 (6.14) | | .532 | 9,66 (5,68) | | | .296 | 8,13 (5,10) | | | .207 |
| | > 10 horas | 30 (21.3) | 10.42 (5.60) | | | 8,00 (5,09) | | | | 6,82 (4,10) | | | |
| Carga trabajo | Igual | 16 (11.3) | 6.00 (5.47) | | <.001 | 5,87 (4,74) | | | .011 | 4,68 (3,55) | | | .005 |
| | Mayor | 125 (88.7) | 11.98 (5.54) | | | 9,53 (5,41) | | | | 8,32 (4,94) | | | |
| Sintomatología | | | 3.46 (2.53) | .181 | .032 | | | .152 | .073 | | | .279 | .001 |
| PCR+ | Sí | 51 (36.2) | 12.33 (5.89) | | | 10,39 (4,91) | | | .037 | 9,11 (5,66) | | | .029 |
| | No | 90 (63.8) | 10.72 (5.74) | | .115 | 8,40 (5,63) | | | | 7,23 (4,36) | | | |
| Aislamiento | Sí | 28 (19.9) | 11.35 (6.32) | | .958 | 7,92 (6,14) | | | .198 | 8,71 (4,75) | | | .341 |
| | No | 113 (80.1) | 11.29 (5.73) | | | 9,41 (5,25) | | | | 7,71 (4,98) | | | |
| EPI | Sí | 54 (38.3) | 9.72 (5.12) | | .011 | 8,40 (4,22) | | | .222 | 6,96 (4,38) | | | .71 |
| | No | 87 (61.7) | 12.28 (6.05) | | | 9,56 (6,07) | | | | 8,50 (5,19) | | | |
| Enfermedad crónica | Sí | 37 (26.2) | 12.29 (6.14) | | .230 | 9,83 (6,13) | | | .353 | 8,51 (5,82) | | | .393 |
| | No | 104 (73.8) | 10.95 (5.70) | | | 8,86 (5,19) | | | | 7,70 (4,59) | | | |
| Preocupación contagio | Propio | | 2.79 (91) | .130 | .126 | | | .109 | .198 | | | .087 | .307 |
| | Familiar | | 3.61 (.81) | .221 | .009 | | | .144 | .089 | | | .103 | .226 |

participantes. La muestra estuvo compuesta por 141 enfermeras con una edad media de 41.52 años (DE= 9.50) y un rango de edad comprendido entre 21 y 62. La mayoría de la muestra estuvo compuesta por mujeres (n=124, 87.9%) y en su mayoría estaban casadas o con pareja estable (n=90, 70.2%). En cuanto a la distribución por servicio la muestra se concentró especialmente en UCI (n=61, 43.3%) y hospitalización (n=42, 29.8%). Las participantes tenían una media de años de experiencia de 10.85 (DE=9.15; rango 0-35). Al analizar los turnos de trabajo, la mitad de la muestra eran fijas (n=71, 50.4%) seguido de interinas (n=40, 28.4%) y eventuales (n=30, 21.3%). La mayoría de las enfermeras que participaron en el estudio refieren una sobrecarga de trabajo mayor a la habitual (n=125, 88.7%), además de una falta de disponibilidad de EPI (n=87, 61.7%). En el análisis del estado de salud, un elevado porcentaje no padecía enfermedades crónicas (n=125, 73.8%), y sólo 32 enfermeras (22.7%) refirieron PCR +. En cuanto a la sintomatología COVID-19, la media fue de 3.46 (DE=2.53; rango 0 - 11). Del total de la muestra, 54 enfermeras (38.3%) habían estado en aislamiento.

La preocupación por el contagio de un familiar fue más elevada (Media= 2.79, DE= .91; rango 1-4) que la preocupación por el contagio propio (Media= 3.61, DE=.81; rango 1-4).

b) Relación de la ansiedad evaluada en cada uno de los tres momentos temporales con las variables sociodemográficas, laborales y de salud (COVID-19) evaluadas en el primer momento temporal (ver Tabla 1)

La Tabla 1 muestra las relaciones de la ansiedad evaluada en los tres diferentes momentos temporales respecto a las variables sociodemográficas, laborales y en relación al COVID-19 (estas últimas valoradas en el primer momento temporal). Se observan asociaciones significativas de la ansiedad respecto a los años de experiencia, la sintomatología COVID-19, la PCR+, la disponibilidad de EPIs, la sobrecarga laboral, y la preocupación por el contagio de familiares. Como puede observarse en la Tabla 1, los años de experiencia en la unidad mantienen relaciones negativas con la ansiedad experimen-

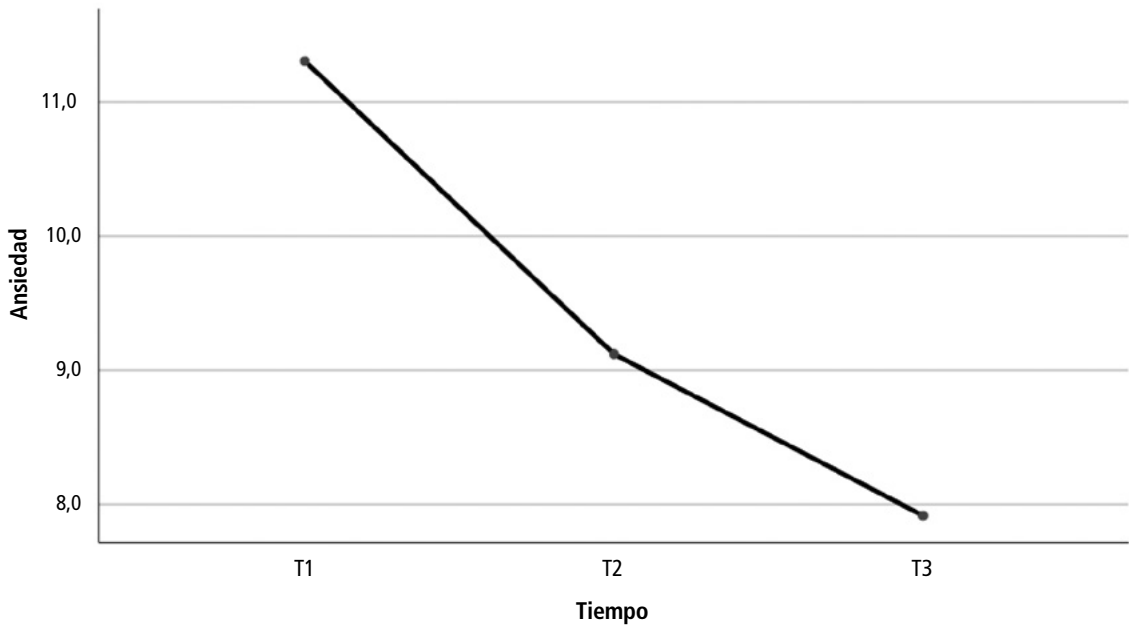
tada en el primer momento temporal ($p=.037$), y con la experimentada en el segundo momento temporal ($p=.049$). Esta relación se diluye cuando se tiene en cuenta la ansiedad experimentada en el tercer momento temporal, donde ya no se observan relaciones significativas ($p=.210$). Respecto a la sintomatología COVID-19 se mantienen relaciones positivas con la ansiedad experimentada en el primer y tercer momento temporal ($p=.032$, $p=.001$ respectivamente). En cuanto a la PCR+, la relación es significativa con la ansiedad a partir del segundo momento temporal, siendo $p=.037$ en el segundo momento temporal y $p=.029$ en el tercer momento temporal. En el primer momento temporal, aquellas enfermeras que no tenían disponibilidad de EPI, mostraban niveles más elevados de ansiedad ($p=.011$), diluyéndose esta diferencia en los siguientes momentos temporales.

La carga de trabajo mayor a la habitual tiene una relación significativa respecto a los niveles de ansiedad, observándose que las enfermeras que referían tener una carga de trabajo mayor a la habitual tenían niveles más elevados de ansiedad generalizada. Esta diferencia continúa siendo significativa en los tres momentos temporales ($p<.001$, $p=.011$, $p=.005$).

La preocupación por el contagio de un familiar tiene una relación positiva significativa con la ansiedad evaluada en el primer momento temporal ($p=.009$), diluyéndose esta relación a lo largo del estudio.

c) Evolución de la ansiedad

En la Figura 2 se muestra la evolución de la ansiedad a lo largo de los tres momentos temporales. En el primer momento temporal (T1) se observa una puntuación media de 11.30 (DE=5.83), pasando en el segundo momento temporal (T2) a una puntuación media de 9.12 (DE=5.45) y finalmente, en el tercer momento temporal (T3) se observa una puntuación de 7.91 (DE=4.93). La evolución es estadísticamente significativa ($F=34,837$, $p<.001$), y con un valor de eta parcial al cuadrado de .33. Las pruebas post-hoc señalan diferencias significativas en los diferentes momentos temporales: (T1, T2) $t=5.34$, $p<.001$; (T2, T3) $t=2.75$, $p=.007$; (T1, T2) $t=8.13$, $p<.001$.

FIGURA 2. Evolución de la ansiedad.**TABLA 2.** Descripción de las variables psicosociales y su asociación con la ansiedad evaluada en los tres momentos temporales.

| | Media (DE) | Ansiedad | | | | | |
|------------------------|---------------|--------------------|---------|--------------------|---------|--------------------|---------|
| | | Momento temporal 1 | | Momento temporal 2 | | Momento temporal 3 | |
| | | R2 | valor p | R2 | valor p | R2 | valor p |
| Apoyo social (Global) | 5.77 (1.20) | -.297 | <.001 | -.164 | .051 | -.122 | .150 |
| Apoyo social (Familia) | 5.86 (1.19) | -.184 | .029 | -.109 | .198 | -.067 | .427 |
| Apoyo social (Amigos) | 5.62 (1.46) | -.407 | <.001 | -.237 | .005 | -.240 | .004 |
| Apoyo social (Otros) | 5.83 (1.46) | -.177 | .036 | -.080 | .344 | -.006 | .940 |
| Autoeficacia | 28.97 (3.84) | -.302 | <.001 | -.284 | .001 | -.332 | <.001 |
| Resiliencia | 77.05 (14.81) | -.190 | .024 | -.243 | .004 | -.213 | .011 |

d) Evolución de la ansiedad en función de las variables psicosociales consideradas: apoyo social, autoeficacia y resiliencia

- *Descriptivos de las variables psicosociales consideradas y su relación con la ansiedad evaluada en los tres momentos temporales:*

Tal y como se refleja en la Tabla 2, se observan relaciones significativas negativas del apoyo social en todas sus dimensiones

con la ansiedad en el primer momento temporal, siendo la fuerza de la asociación mayor en el caso del apoyo social de los amigos ($R^2 = -.407$, $p < .001$). A su vez, la fuerza de las asociaciones con la ansiedad va disminuyendo en los restantes momentos temporales, de modo que en el tercer momento temporal solo resulta estadísticamente significativa la relación de la ansiedad con el apoyo social de los amigos ($R^2 = -.240$, $p = .004$).

Con respecto a la autoeficacia, existe una relación estadísticamente significativa y negativa con la ansiedad evaluada en los tres momentos temporales ($p < .001$). La resiliencia mantiene una relación estadísticamente significativa y negativa con la ansiedad evaluada en los tres momentos temporales, siendo esta relación más acusada con la ansiedad evaluada en el segundo momento temporal ($R^2 = -.243$, $p = .011$).

- *Influencia de las variables psicosociales consideradas en la evolución de la ansiedad a través de los tres momentos temporales considerados.*

Con el empleo de modelos lineales generales, se procedió a valorar la influencia de las variables psicosociales consideradas (como factores inter-sujetos) en la evolución de la ansiedad. Previamente, se transformó cada variable psicosocial en una variable dicotómica (niveles altos y bajos), estableciendo como punto de corte la puntuación media de la variable considerada.

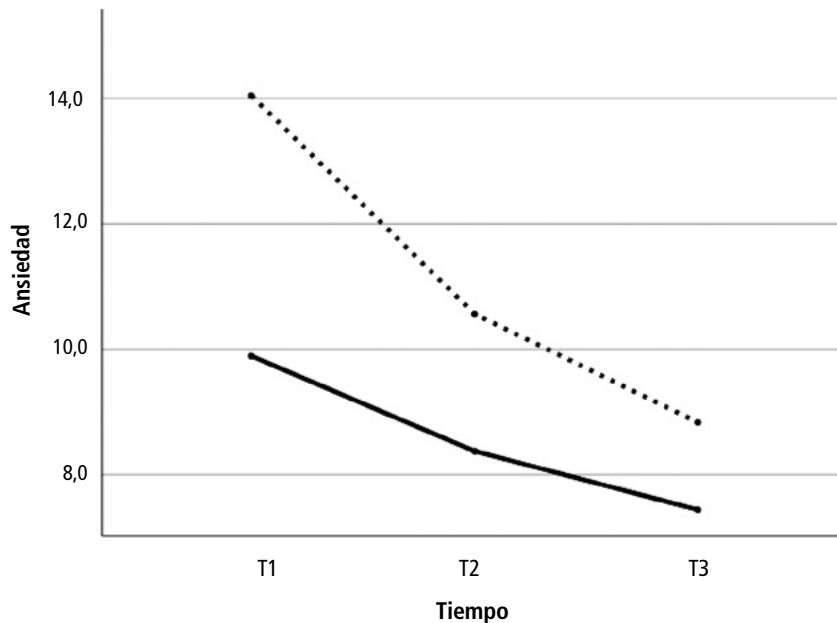
Los resultados de estos análisis, ponen de manifiesto que cuando se analiza la evolución de la ansiedad a lo largo de los 3 momentos temporales en función de las variables psicosociales consideradas (apoyo social en cada una de sus dimensiones, autoeficacia y resiliencia) únicamente se observan interacciones estadísticamente significativas en el caso del apoyo social de los amigos ($p = .004$). Como se puede observar en la Tabla 3 y la Figura 3, las enfermeras con alto apoyo so-

cial de los amigos experimentan menor ansiedad en los tres momentos temporales, siendo igualmente significativa la interacción tiempo*apoyo social amigos ($F = 5.794$, $p = .004$, η^2 cuadrado parcial = .08, lo que indica un tamaño del efecto medio). La Figura 3 muestra que, aunque en los dos grupos (alto y bajo apoyo social amigos) la ansiedad disminuye a lo largo de los tres momentos temporales, las puntuaciones permanecen significativamente más bajas y más estables en el grupo de alto apoyo social amigos. De hecho, la evolución de la ansiedad en este grupo no muestra diferencias estadísticamente significativas entre el segundo y el tercer momento temporal. En el caso de las enfermeras con bajo apoyo social de los amigos, los niveles de ansiedad son más elevados y su disminución se encuentra más influida por el momento temporal (resultando estadísticamente significativa la comparación de todos los momentos temporales y especialmente acusada entre el primer y el segundo momento temporal). Se observan tendencias a la significación en la interacción evolución ansiedad*apoyo social de la familia ($p = .090$), con una evolución similar en ambos grupos (alto y bajo apoyo) que la observada respecto al apoyo social de los amigos.

No se observan interacciones significativas para el resto de las variables consideradas: apoyo social global ($p = .402$), apoyo social de otros significativos ($p = .411$), autoeficacia ($p = .691$) y resiliencia ($p = .914$).

TABLA 3. Evolución de la ansiedad en las enfermeras con bajo y alto apoyo social de los amigos.

| | Apoyo social amigos | | t | p |
|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------|-------|
| | Bajo | Alto | | |
| | Media (DE) | Media (DE) | | |
| | n=48 | n=93 | | |
| Ansiedad 1º momento temporal (1) | 14.04 (5.18) | 9.89 (5.66) | 4.238 | <.001 |
| Ansiedad 2º momento temporal (2) | 10.56 (5.30) | 8.37 (5.40) | 2.290 | .024 |
| Ansiedad 3º momento temporal (3) | 8.83 (5.18) | 7.44 (4.76) | 1.595 | .113 |
| | F=33.833 p<.002 (1/2; 1/3; 2/3) | F=10.744 p<.002 (1/2; 1/3) | | |

FIGURA 3. Evolución de la ansiedad en los tres momentos de evaluación en función del apoyo social de los amigos.

4. Discusión

La ansiedad es un síntoma muy común en el entorno del personal sanitario, donde las exigencias laborales y la responsabilidad pueden derivar en situaciones de estrés elevadas. Las enfermeras constituyen un grupo especialmente vulnerable debido a su atención asistencial a pie de cama [40]. La carga emocional de cuidar a pacientes enfermos, la exposición a situaciones traumáticas, el miedo a los errores en la medicación y el trabajo por turnos, son algunos de los factores que han provocado altas tasas de ansiedad en las enfermeras [41,42]. La prevalencia de la ansiedad se vio aumentada durante la pandemia COVID-19 por el hecho de trabajar a pie de cama con pacientes infectocontagiosos, el aumento de la carga laboral y el miedo al contagio [20,43]. Sin embargo, a pesar de la abundante investigación llevada a cabo para comprender y abordar la ansiedad en el contexto provocado por la pandemia COVID-19, la mayoría de los estudios se han centrado en su prevalencia en momentos específicos (especialmente en las primeras etapas, las más críticas, de la pandemia), resultando mucho más escasos los estudios que analizan su evolución a lo largo del tiempo [22,44]. El estudio de esta evolución re-

sulta especialmente relevante para entender el impacto emocional a medio y largo plazo de la pandemia COVID-19 en nuestros profesionales sanitarios y las variables de riesgo y protectoras implicadas en su prevención y en su cronificación. La presente investigación parte de esta necesidad planteando como objetivo el análisis de la evolución de la ansiedad sobre el personal de enfermería, además de explorar la posible asociación de la ansiedad y de su evolución con variables sociodemográficas, laborales y de personalidad.

Nuestro estudio revela una disminución significativa de los niveles de ansiedad de las enfermeras a lo largo de los tres momentos temporales, mostrando medias más bajas para síntomas de ansiedad generalizada en el último momento temporal en comparación con el inicio de la pandemia, con diferencias estadísticamente significativas entre cada momento temporal. Estos resultados son coherentes con investigaciones previas que evalúan la evolución de la ansiedad sobre personal sanitario [17].

Respecto a las posibles variables sociodemográficas y laborales implicadas, nuestros hallazgos ponen de manifiesto que la sobrecarga laboral sufrida por la enfermera a lo largo de la pandemia COVID-19 tiene una relación signifi-

cativa directa con la ansiedad a lo largo de los tres momentos temporales, en la línea de investigaciones previas que asocian percepciones de elevada carga de trabajo con niveles altos de ansiedad [45]. La sintomatología COVID-19 también mantiene una relación positiva con la ansiedad, hecho que ha sido señalado en investigaciones previas que señalan incrementos de ansiedad generalizada y de depresión ante diagnósticos de COVID-19, incluyendo la sintomatología asociada, en población general [46,47]. Los hallazgos de nuestro estudio, en enfermeras, indican como resultado novedoso, que la relación entre ansiedad y sintomatología COVID-19 se diluye ligeramente (tendencia a la significación, $p=0.073$) en el segundo momento temporal, retomando su relación estadísticamente significativa ($p=0.001$) en el tercer momento temporal. Ante la ausencia de análisis evolutivos que valoren el impacto de la sintomatología COVID-19 sobre la ansiedad, podría hipotetizarse que la pérdida de relación estadística en el segundo momento temporal puede deberse a la habituación con la sintomatología, a la existencia de vacunas y al mayor conocimiento de la enfermedad. En el tercer momento temporal, se observa nuevamente una relación estadísticamente significativa que podría estar relacionado con que la sintomatología se relacione con el COVID persistente. Se necesita mayor investigación en este sentido.

Nuestros resultados señalan, igualmente, variables adicionales que resultan especialmente relevantes sobre la ansiedad experimentada en los primeros momentos temporales, como por ejemplo la experiencia laboral, que mantiene una relación significativa negativa con la ansiedad. Esta relación significativa se diluye en el tercer momento temporal, probablemente vinculado al aprendizaje y desarrollo de estrategias adaptativas para afrontar la ansiedad. Nuestros resultados respaldan la tendencia observada en investigaciones anteriores que afirman de igual modo una relación entre una menor experiencia laboral y niveles más elevados de ansiedad en enfermeras [20]. Estos hallazgos sugieren que la ansiedad podría ser más prevalente en enfermeras sin experiencia, tal vez, debido a la falta de adaptación al entorno laboral

o a la complejidad de ciertas unidades específicas [48].

La relación entre la no disponibilidad de EPI y la preocupación por el contagio de familiares con respecto a la ansiedad resulta significativa y positiva al inicio del estudio, tal y como han puesto de manifiesto estudios previos [49,50], sin embargo esta relación va disminuyendo en las siguientes etapas de evaluación de la presente investigación, probablemente por el conocimiento de enfermedad, la existencia de la vacuna y la disminución en la incidencia.

Por otro lado, nuestros hallazgos reflejan igualmente la existencia de variables que resultan especialmente relevantes en la ansiedad experimentada en los últimos momentos temporales. Tal es el caso de presentar una PCR+ que mantiene relaciones positivas con la ansiedad en el segundo y tercer momento temporal de evaluación. Ante la ausencia de estudios previos al respecto, podría plantearse que en PSs y en la época de mayor estrés e incertidumbre de la pandemia, la ansiedad estaba asociada a otro tipo de variables como las señaladas en el presente trabajo y no a una PCR+. Sin embargo, este mismo indicador a medio y largo plazo podría relacionarse con la aparición de una nueva enfermedad denominada "COVID persistente" [51], lo que permitiría explicar la asociación entre ambas variables en los últimos momentos temporales de evaluación.

Nuestros resultados muestran que no existen diferencias en cuanto al género o la edad en el análisis de la ansiedad a lo largo de los diferentes momentos temporales. Este hecho contrasta con los resultados obtenidos por investigaciones previas que señalan que las mujeres o las enfermeras más jóvenes muestran niveles más elevados de ansiedad al inicio de la pandemia [52,53]. Esta ausencia de relación significativa en nuestra investigación podría explicarse por el estudio de un colectivo específico de profesionales sanitarios (enfermería), la consideración de numerosas variables sociolaborales que podrían atenuar la influencia del género y la edad, y la escasa representación del género masculino ($n=17$).

En lo que al servicio se refiere, nuestros hallazgos sugieren que los niveles de ansiedad no

parecen relacionarse con la unidad en la que se desarrollan los servicios asistenciales (considerando en este caso unidades de cuidados intensivos (UCI), hospitalización, urgencias y atención primaria). Este resultado parece contradictorio respecto a ciertas investigaciones que han demostrado una asociación entre la naturaleza del entorno laboral y la ansiedad en enfermeras, afirmando, concretamente, que las enfermeras que trabajaban en UCI reportaban niveles más altos de ansiedad en comparación con aquellas que trabajaban en otros servicios hospitalarios [54,55]. Se han encontrado igualmente asociaciones significativas entre trabajar en unidades críticas y niveles elevados de ansiedad en enfermeras [40]. Otros estudios han señalado que el estrés inherente a los entornos de urgencias puede contribuir a niveles más altos de ansiedad en los profesionales de enfermería que trabajan en estas áreas [56]. Estos resultados contrastan con los hallazgos de nuestra investigación y sugieren que la relación entre el entorno laboral y la ansiedad en enfermería parece ser más compleja que una mera relación lineal, y puede variar según el contexto específico y las características individuales de los profesionales, teniendo en cuenta igualmente el momento específico de evaluación.

Respecto al papel de las variables psicosociales, los análisis bivariados (influencia de las variables en cada uno de los momentos temporales de manera independiente) señalan que el apoyo social es una variable protectora de la ansiedad, aunque es necesario atender a su naturaleza multidimensional, dado el papel diferencial de cada dimensión. En este caso, resulta especialmente relevante el apoyo social de los amigos dado que mantiene relaciones significativamente negativas con la ansiedad en los tres momentos temporales [57,58]. Así, atendiendo a esa naturaleza multidimensional, en el primer momento temporal el apoyo social juega un papel protector para la ansiedad atendiendo a todas sus esferas, con mayores tamaños del efecto respecto al apoyo social total y al apoyo social de los amigos. Durante la pandemia ha sido ampliamente estudiado el rol del apoyo social sobre el profesional sanitario desempeñando un papel protector frente a alteraciones psicoemociona-

les derivadas del estrés laboral, como es el caso de la ansiedad [59,60]. Dentro de nuestros resultados, resulta interesante observar como esta relación entre el apoyo social y la ansiedad se va diluyendo a lo largo de las medidas temporales contempladas, siendo únicamente la dimensión de apoyo social de los amigos la que mantiene una relación inversamente significativa con la ansiedad a lo largo de todos los momentos temporales de la investigación. Diferentes autores señalan la importancia del apoyo social derivado de los amigos en el tránsito de situaciones estresantes definiéndolo como un claro amortiguador de la ansiedad [57]. Un dato muy novedoso de nuestro estudio es que dada la naturaleza longitudinal y en ausencia de estudios previos que evalúen evolución de la ansiedad con respecto a variables psicoemocionales, podemos afirmar que el apoyo social de los amigos tiene un efecto de interacción en la evolución de la ansiedad, de modo que la ansiedad es más baja en el grupo de alto apoyo social, y se mantiene más estable en los diferentes momentos temporales.

Respecto al efecto de la autoeficacia sobre la ansiedad, nuestros resultados señalan que se comporta como un rasgo protector mantenido en el tiempo y que interviene como un claro amortiguador de la ansiedad en los profesionales sanitarios ante situaciones de estrés laboral elevado. Investigaciones previas han analizado el papel de la autoeficacia sobre las enfermeras, corroborando de igual modo el papel protector que juega la autoeficacia sobre el personal sanitario, no solo en la disminución de la sintomatología emocional sino incluso en el desarrollo de fortalezas ante el paso de situaciones laborales estresantes [61].

La resiliencia también ha sido un rasgo muy estudiado sobre el personal sanitario a lo largo de la pandemia [49,62]. Nuestros resultados ponen de manifiesto que la resiliencia se relaciona negativamente con la ansiedad en los tres momentos temporales, de manera que aquellas enfermeras que mostraban niveles más elevados de resiliencia son las que mantenían puntuaciones más bajas de ansiedad. Estos resultados son coherentes con las investigaciones previas llevadas a cabo a lo largo de la pandemia sobre PSs, que reflexionan sobre la relevancia de capacitar

a las enfermeras en resiliencia para un afrontamiento más adaptativo y con menor sufrimiento en las situaciones de estrés laboral [49,62].

Finalmente es necesario señalar algunas de las limitaciones de nuestra investigación. Entre ellas, podemos destacar el muestreo no probabilístico por conveniencia, lo que limita la generalización de los resultados. Además, la baja participación del género masculino puede conllevar a un sesgo en cuanto a los análisis de género, aunque esta baja representación se corresponde con la realidad de la profesión. Por otro lado, hubiera resultado de interés contar con evaluaciones previas (basales) antes de la pandemia de la ansiedad de las participantes.

5. Conclusión

Frente a la abundancia de estudios transversales que documentan la ansiedad en el personal sanitario, hay una escasez notable de investigaciones longitudinales que examinen su evolución a lo largo del tiempo. Estos estudios son esenciales para comprender la dinámica de la ansiedad, identificar factores de riesgo y de protección, y desarrollar intervenciones eficaces [63]. Sin esta comprensión longitudinal, es difícil determinar si las intervenciones actuales son efectivas o si se necesitan nuevos enfoques para abordar adecuadamente la ansiedad en el personal sanitario. El presente trabajo, además de identificar factores de riesgo laborales previamente documentados en investigaciones previas, señala el papel protector de la resiliencia, la autoeficacia y especialmente del apoyo social (de los amigos), en este último caso, en la propia evolución de la ansiedad.

La ansiedad en las enfermeras no solo afecta su propio bienestar, sino que también pue-

de tener consecuencias negativas en la calidad de la atención que brindan a los pacientes. La fatiga, el agotamiento y la falta de concentración asociados con la ansiedad pueden influir en la toma de decisiones clínicas y en la capacidad para proporcionar un cuidado seguro y efectivo [64]. Por lo tanto, abordar la ansiedad en las enfermeras no solo es importante para su propio bienestar, sino también para la calidad global de la atención médica.

Consideraciones éticas:

Este estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética con Referencia 20/88, siendo a su vez ratificado por la Comisión Central de Investigación (Ref: 28/20) para poder difundir el cuestionario en los profesionales de enfermería de Atención Primaria. Al inicio del cuestionario se informó a todos los participantes sobre el objetivo y el procedimiento de la investigación, además de solicitarles su consentimiento y la posibilidad de contactar nuevamente con ellos vía mail dada la naturaleza longitudinal del estudio. El estudio fue apoyado por la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) que colaboró con la difusión del mismo.

El presente estudio siguió las directrices deontológicas nacionales e internacionales, la declaración de Helsinki y el Código de Buenas Prácticas y la Orden SAS/3470/2009. El procesamiento de los datos de carácter personal de los participantes en el estudio cumplió con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y con el Reglamento nº 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril, de Protección de Datos (GDPR).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adibi A, Golitaleb M, Farrahi-Ashtiani I, Pirani D, Yousefi K, Jamshidbeigi Y, et al. The Prevalence of Generalized Anxiety Disorder Among Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front psychiatry*. 2021;12:658846.
2. Ismael ST, Manoharan G, George A, Al-Kaisi K, Abas S, Al-Musabi M, et al. UK CoPACK Study: knowledge and confidence of healthcare workers in using personal protective equipment and related anxiety levels during the COVID-19 pandemic. *Clin Med*. 2023;23(1):24-30.

3. Osorio-Martínez ML, Malca-Casavilca M, Condor-Rojas Y, Becerra-Bravo MA, Ruiz Ramirez E. [Factors associated with the development of stress, anxiety and depression in the context of COVID-19 pandemic in Peruvian healthcare facilities]. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2022 Jul;25(3):271-84.
4. Carmassi C, Dell'Oste V, Bui E, Foghi C, Bertelloni CA, Atti AR, et al. The interplay between acute post-traumatic stress, depressive and anxiety symptoms on healthcare workers functioning during the COVID-19 emergency: A multicenter study comparing regions with increasing pandemic incidence. *J Affect Disord*. 2022 Feb;298(Pt A):209-16.
5. Oteir AO, Nazzal MS, Jaber AF, Alwidyan MT, Raffee LA. Depression, anxiety and insomnia among frontline healthcare workers amid the coronavirus pandemic (COVID-19) in Jordan: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2022;12(1):e050078.
6. Kılıç A, Gürcan MB, Aktura B, Şahin AR, Kökrek Z. Prevalence of Anxiety and Relationship of Anxiety with Coping Styles and Related Factors in Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic. *Psychiatr Danub*. 2021 Sep;33(Suppl 10):161-71.
7. Saddik B, Elbarazi I, Temsah M-H, Saheb Sharif-Askari F, Kheder W, Hussein A, et al. Psychological Distress and Anxiety Levels Among Health Care Workers at the Height of the COVID-19 Pandemic in the United Arab Emirates. *Int J Public Health*. 2021;66:1604369.
8. Peng X, Meng X, Li L, Hu C, Liu W, Liu Z, et al. Depressive and Anxiety Symptoms of Healthcare Workers in Intensive Care Unit Under the COVID-19 Epidemic: An Online Cross- Sectional Study in China. *Front public Heal*. 2021;9:603273.
9. Novilla MLB, Moxley VBA, Hanson CL, Redelfs AH, Glenn J, Donoso Naranjo PG, et al. COVID-19 and Psychosocial Well-Being: Did COVID-19 Worsen U.S. Frontline Healthcare Workers' Burnout, Anxiety, and Depression? *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Mar;20(5).
10. Doan Q-H, Tran N-N, Than M-H, Nguyen H-T, Bui V-S, Nguyen D-H, et al. Depression, Anxiety and Associated Factors among Frontline Hospital Healthcare Workers in the Fourth Wave of COVID-19: Empirical Findings from Vietnam. *Trop Med Infect Dis*. 2021 Dec;7(1).
11. Motahedi S, Aghdam NF, Khajeh M, Baha R, Aliyari R, Bagheri H, et al. Anxiety and depression among healthcare workers during COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Heliyon*. 2021 Dec;7(12):e08570.
12. Meo SA, Alkhalifah JM, Alshammari NF, Alnufaie WS. Comparison of Generalized Anxiety and Sleep Disturbance among Frontline and Second-Line Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 May;18(11).
13. Liang Z, Wang Y, Wei X, Wen W, Ma J, Wu J, et al. 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. *Front public Heal*. 2023;11:1094776.
14. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord*. 2020 Dec;277:55–64.
15. Jing S, Dai Z, Wu Y, Liu X, Ren T, Liu X, et al. Prevalence and Influencing Factors of Depressive and Anxiety Symptoms among Hospital-based Healthcare Workers during the Surge Period of the COVID-19 Pandemic in the Chinese Mainland: A Multicenter Cross- sectional Study. *QJM*. 2023 Aug;
16. Li X-Y, Wang J, Zhang R-X, Chen L, He CK, Wang C-Y, et al. Psychological Status Among Anesthesiologists and Operating Room Nurses During the Outbreak Period of COVID-19 in Wuhan, China. *Front psychiatry*. 2020;11:574143.
17. Stone KW, Jagger MA, Horney JA, Kintziger KW. Changes in anxiety and depression among public health workers during the COVID-19 pandemic response. *Int Arch Occup Environ Health*. 2023 Nov;96(9):1235-44.
18. Dufour M-M, Bergeron N, Rabasa A, Guay S, Geoffrion S. Assessment of Psychological Distress in Health-care Workers during and after the First Wave of COVID-19: A Canadian Longitudinal Study. *Can J psychiatry*. 2021 Sep;66(9):807-14.

19. Alonso J, Vilagut G, Alayo I, Ferrer M, Amigo F, Aragón-Peña A, et al. Mental impact of Covid-19 among Spanish healthcare workers. A large longitudinal survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2022 Apr;31:e28.
20. García-Hedrerá FJ, Gil-Almagro F, Carmona-Monge FJ, Peñacoba-Puente C, Catalá-Mesón P, Velasco-Furlong L. Intensive care unit professionals during the COVID-19 pandemic in Spain: Social and work-related variables, COVID-19 symptoms, worries, and generalized anxiety levels. *Acute Crit Care*. 2021;36(3):232-41.
21. Kelly D, Schroeder S, Leighton K. Anxiety, depression, stress, burnout, and professional quality of life among the hospital workforce during a global health pandemic. *J Rural Health*. 2022 Mar 21;38(4):1-10.
22. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020 Aug;88:901-7.
23. López Steinmetz LC, Herrera CR, Fong SB, Godoy JC. Changes in Healthcare Workers' Anxiety During Two Time Points of the COVID-19 Pandemic: Evidence From a Longitudinal Study. *Int J Ment Health Addict*. 2021 Oct;1-15.
24. Holton S, Wynter K, Peeters A, Georgalas A, Yeomanson A, Rasmussen B. Psychological wellbeing of Australian community health service staff during the COVID-19 pandemic: a longitudinal cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2023 Apr;23(1):405.
25. Costa A, Caldas de Almeida T, Fialho M, Rasga C, Martiniano H, Santos O, et al. Mental Health of Healthcare Professionals: Two Years of the COVID-19 Pandemic in Portugal. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Feb;20(4).
26. Yang X, Zhang Y, Li S, Chen X. Risk factors for anxiety of otolaryngology healthcare workers in Hubei province fighting coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021 Jan;56(1):39-45.
27. Schneider JN, Hiebel N, Kriegsmann-Rabe M, Schmuck J, Erim Y, Morawa E, et al. Moral Distress in Hospitals During the First Wave of the COVID-19 Pandemic: A Web-Based Survey Among 3,293 Healthcare Workers Within the German Network University Medicine. *Front Psychol*. 2021; 12:775204.
28. Schoemann AM, Boulton AJ, Short SD. Determining power and sample size for simple and complex mediation models. *Soc Psychol Personal Sci*. 2017;8(4):379-86.
29. Cobo-Cuenca AI, Fernández-Fernández B, Carmona-Torres JM, Pozuelo-Carrascosa DP, Laredo-Aguilera JA, Romero-Gómez B, et al. Longitudinal Study of the Mental Health, Resilience, and Post-Traumatic Stress of Senior Nursing Students to Nursing Graduates during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Oct;19(20).
30. Jubin J, Delmas P, Gilles I, Oulevey Bachmann A, Ortoleva Bucher C. Factors protecting Swiss nurses' health during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study. *BMC Nurs*. 2023 Sep;22(1):306.
31. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-7.
32. García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:8.
33. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*. 1990;55(3-4):610-7.
34. Calderón C, Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U, Gómez-Sánchez D, Fernández-Montes A, Palacín-Lois M, et al. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in cancer patients: psychometric properties and measurement invariance. *Psicothema*. 2021 Feb;33(1):131-8.
35. Clara IP, Cox BJ, Enns MW, Murray LT, Torgrud LJ. Confirmatory factor analysis of the multidimensional scale of perceived social support in clinically distressed and student samples. *J Pers Assess*. 2003 Dec;81(3):265-70.

36. Dahlem NW, Zimet GD, Walker RR. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: a confirmation study. *J Clin Psychol*. 1991 Nov;47(6):756-61.
37. De Las Cuevas C, Peñate W. Validation of the General Self-Efficacy Scale in psychiatric outpatient care. *Psicothema*. 2015;27(4):410-5.
38. P Sanjuán Suárez, A Ma Pérez García, J Bermúdez Moreno. Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*. 2000;12(2):509-13.
39. Sánchez-Teruel D, Robles-Bello MA. Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la Versión en Español. [14-item Resilience Scale (RS)-14]: Psychometric properties of the Spanish version.]. *Rev Iberoam Diagnóstico y Evaluación Psicol*. 2015;40(2):103-13.
40. Vahedian-Azimi A, Hajjesmaeili M, Kangasniemi M, Fornés-Vives J, Hunsucker RL, Rahimibashar F, et al. Effects of Stress on Critical Care Nurses: A National Cross-Sectional Study. *J Intensive Care Med*. 2019 Apr;34(4):311-22.
41. Huang C, Wu M, Ho C, Wang J. Risks of treated anxiety, depression, and insomnia among nurses: A nationwide longitudinal cohort study. *PLoS One*. 2018 Sep 1;13(9).
42. Eldevik MF, Flo E, Moen BE, Pallesen S, Bjorvatn B. Insomnia, excessive sleepiness, excessive fatigue, anxiety, depression and shift work disorder in nurses having less than 11 hours in-between shifts. *PLoS One*. 2013;8(8):e70882.
43. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR, et al. [Impact of SARS-CoV-2 (Covid-19) on the mental health of healthcare professionals: a systematic review.]. *Rev Esp Salud Publica*. 2020 Jul;94:1-20.
44. AlMaqbali M, AlSinani M, Al-Lenjawi B. Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2021 Feb;141:110343.
45. Marvaldi M, Mallet J, Dubertret C, Moro MR, Guessoum SB. Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021 Jul;126:252-64.
46. Wafula ST, Ninsiima LL, Mendoza H, Ssempebwa JC, Walter F, Musoke D. Association between recent COVID-19 diagnosis, depression and anxiety symptoms among slum residents in Kampala, Uganda. *PLoS One*. 2023;18(5):e0280338.
47. Rogers AH, Bogiaizian D, Salazar PL, Solari A, Garey L, Fogle BM, et al. COVID-19 and Anxiety Sensitivity Across Two Studies in Argentina: Associations with COVID-19 Worry, Symptom Severity, Anxiety, and Functional Impairment. *Cognit Ther Res*. 2021;45(4):697-707.
48. Lill MW. Critical care needs nurses with advanced degrees at the bedside. *Am J Crit Care*. 2014 May;23(3):187.
49. Sakr CJ, Rahme D, Fakh L, Assaf SA, Redlich CA, Slade MD, et al. Anxiety Among Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic in Lebanon: The Importance of the Work Environment and Personal Resilience. *Psychol Res Behav Manag*. 2022;15:811-21.
50. Dagne H, Atnafu A, Alemu K, Azale T, Yitayih S, Dagnew B, et al. Anxiety and associated factors among Ethiopian health professionals at early stage of COVID-19 pandemic in Ethiopia. *PLoS One*. 2021;16(6):e0252664.
51. Fernández-de-Las-Peñas C, Palacios-Ceña D, Gómez-Mayordomo V, Cuadrado ML, Florencio LL. Defining Post-COVID Symptoms (Post-Acute COVID, Long COVID, Persistent Post-COVID): An Integrative Classification. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar;18(5).
52. Savitsky B, Findling Y, Erel A, Hendel T. Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic. *Nurse Educ Pract*. 2020 Jul;46:102809.
53. Gupta S, Prasad AS, Dixit PK, Padmakumari P, Gupta S, Abhisheka K. Survey of prevalence of anxiety and depressive symptoms among 1124 healthcare workers during the coronavirus disease 2019 pandemic across India. *Med journal, Armed Forces India*. 2021 Jul;77(Suppl 2):S404-12.
54. Magro-Morillo A, Boulayoune-Zaagougui S, Cantón-Habas V, Molina-Luque R, Hernández-Ascanio

- J, Ventura-Puertos PE. Emotional universe of intensive care unit nurses from Spain and the United Kingdom: A hermeneutic approach. *Intensive Crit care Nurs*. 2020 Aug;59:102850.
55. Pérez-Fuentesa M., Molero-Jurado MM, Gázquez-Linares J., Simón-Márquez M. Analysis of Burnout Predictors in Nursing: Risk and Protective Psychological Factors. *Eur J Psychol Appl to Leg Context*. 2019;11(1):33-40.
56. Portero de la Cruz S, Cebrino J, Herruzo J, Vaquero-Abellán M. A Multicenter Study into Burnout, Perceived Stress, Job Satisfaction, Coping Strategies, and General Health among Emergency Department Nursing Staff. *J Clin Med*. 2020 Apr;9(4).
57. Kail BL, Carr DC. Structural Social Support and Changes in Depression During the Retirement Transition: "I Get by With a Little Help from My Friends". *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2020; 75(9):2040-9.
58. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*. 2021 Jul;18(1):162.
59. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res*. 2020 Mar;26:e923549.
60. Ghafari R, Mirghafourvand M, Rouhi M, Osouli Tabrizi S. Mental health and its relationship with social support in Iranian students during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychol*. 2021 May;9(1):81.
61. Gil-Almagro F, García-Hedraera FJ, Carmona-Monge FJ, Peñacoba-Puente C. From Anxiety to Hardiness: The Role of Self-Efficacy in Spanish CCU Nurses in the COVID-19 Pandemic. *Medicina (B Aires)*. 2024;60(2):215.
62. Foster K, Roche M, Delgado C, Cuzzillo C, Giandinoto J-A, Furness T. Resilience and mental health nursing: An integrative review of international literature. *Int J Ment Health Nurs*. 2019 Feb;28(1):71-85.
63. Maben J, Bridges J. Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. Vol. 29, *Journal of clinical nursing*. England; 2020. p. 2742-50.
64. Laschinger HKS, Read EA. The Effect of Authentic Leadership, Person-Job Fit, and Civility Norms on New Graduate Nurses' Experiences of Coworker Incivility and Burnout. *J Nurs Adm*. 2016 Nov; 46(11):574-80.