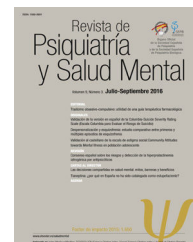




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles



María Dosil Santamaría^a, Naiara Ozamiz-Etxebarria^{b,*}, Iratxe Redondo Rodríguez^b, Joana Jaureguizar Alboniga-Mayor^b y Maitane Picaza Gorrotxategi^c

^a Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación, Universidad del País Vasco, Lejona, España

^b Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad del País Vasco, Lejona, España

^c Departamento de Didáctica y Organización Escolar, Universidad del País Vasco, Lejona, España

Recibido el 28 de abril de 2020; aceptado el 21 de mayo de 2020

Disponible en Internet el 2 de junio de 2020

PALABRAS CLAVE

COVID-19;
Personal sanitario;
Ansiedad;
Depresión;
Insomnio

Resumen

Introducción: Tras declararse en marzo del 2020 el brote por el virus de la COVID-19 pandemia mundial, se decretó el estado de alarma en España. En esta situación, el personal sanitario está viviendo altos niveles de estrés por la sobrecarga de trabajo y las condiciones de este. El objetivo del presente estudio fue evaluar los factores que pueden desestabilizar la salud mental de dichos profesionales en nuestro contexto.

Materiales y métodos: La muestra estuvo compuesta por 421 profesionales de la salud. Los datos se recogieron mediante un cuestionario online que se les envió a través del correo electrónico. Se empleó el DASS-21 para evaluar las variables de ansiedad, estrés y depresión, y la EAI para medir las dificultades con el sueño. Además, se recogieron otras variables descriptivas de la muestra que podrían estar relacionadas con estos niveles de sintomatología psicológica.

Resultados: Los resultados muestran que la pandemia de la COVID-19 ha generado entre el personal sanitario síntomas de estrés, ansiedad, depresión e insomnio, con mayores niveles entre las mujeres y profesionales de más edad. Variables como haber estado en contacto con el virus o el miedo en el trabajo desencadenaron una mayor sintomatología.

Conclusiones: En esta situación crítica, el colectivo de profesionales se sitúa en primera línea, por lo que está expuesto directamente determinados riesgos y estresores. Esto contribuye a que desarrollen sintomatología psicológica diversa. Consecuentemente, se recomienda ofrecerles ayuda psicológica para reducir el impacto emocional del COVID-19 y asegurar así no solo su salud mental, sino también el adecuado cuidado que dispensan.

© 2020 SEP y SEPBB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: naiara.ozamiz@ehu.eus (N. Ozamiz-Etxebarria).

KEYWORDS

COVID-19;
Health professionals;
Anxiety;
Depression;
Insomnia

Psychological impact of COVID-19 on a sample of Spanish health professionals**Abstract**

Introduction: After the outbreak of the COVID-19 was considered a global pandemic in March 2020, the state of alarm was declared in Spain. In this situation, health professionals are experiencing high levels of stress due to the overload of work the pandemic is generating and the conditions in which they are working. The aim of this study was to evaluate the factors that can destabilize the mental health of these professionals in our context.

Materials and methods: The sample was composed of 421 health professionals. The data were gathered by an online questionnaire sent to them by e-mail. The DASS-21 was used to assess anxiety, stress and depression, and the EAI to measure sleep difficulties. In addition, other descriptive variables that could be related to psychological symptomatology were collected from the sample.

Results: The results show that the COVID-19 pandemic has generated symptoms of stress, anxiety, depression and insomnia among health workers, with higher levels among women and older professionals. Some factors such as having been in contact with the virus or fear at work, triggered greater symptomatology.

Conclusions: In this critical situation, professionals are in the front line and therefore, are directly exposed to certain risks and stressors. This contributes to the development of diverse psychological symptoms. Consequently, it is recommended to offer them psychological help in order to reduce the emotional impact of the COVID-19, and thus, to ensure not only the mental health of our health professionals, but also the adequate care they provide.

© 2020 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Ante la actual pandemia de la COVID-19, el personal sanitario se enfrenta a estresores laborales muy intensos, tales como jornadas laborales prolongadas, sobrecarga de trabajo, instrucciones y medidas de seguridad estrictas, necesidad permanente de concentración y vigilancia, escasez de equipamientos de protección y reducción del contacto social, además de tener que realizar tareas para las que muchos no estaban preparados^{1,2}.

En esta situación de estrés, se pone en riesgo tanto su salud física como la mental, dando lugar a la posible aparición de síntomas de ansiedad, depresión o trastornos por estrés postraumático^{1,3} o traumatización vicaria derivada de la compasión hacia los pacientes que están atendiendo⁴.

En las investigaciones previas sobre epidemias, ya se han observado reacciones psicológicas adversas entre los y las trabajadoras sanitarias, por ejemplo, ante el brote de SARS⁵⁻⁷, del MERS⁸ y actualmente ante la COVID-19⁹. Estos estudios mostraron que dichos trabajadores temían el contagio y la infección de sus familiares, amistades y colegas⁷, y sentían incertidumbre y estigmatización^{5,7}, lo que podría derivar en consecuencias psicológicas a largo plazo⁴. Además, tal como se ha demostrado en el contexto de otras epidemias, el estrés y la ansiedad entre el personal no solo influyen directamente en su salud, sino que indirectamente afectan al sistema de sanitario al dejar de acudir al trabajo como consecuencia de ello¹⁰.

Los y las profesionales de la salud en China han mostrado una incidencia de ansiedad severa del 2,17%, moderada del 4,78% y leve del 16,09%¹¹. Según otro estudio, los niveles severos de ansiedad, depresión y estrés en personal

sanitario de China parecen ser especialmente altos (depresión 16,5%, ansiedad 28,8% y estrés 8,1%)¹² en comparación con los resultados de otro estudio realizado en India y Singapur (niveles severos de depresión 5,3%, ansiedad 8,7% y estrés 2,2%)¹³.

Otro aspecto que puede estar alterado por la sobrecarga de trabajo es el sueño, que ha mostrado ser un indicador clave de la salud¹⁴, ya que además de mejorar la eficacia y el trato a pacientes, mantiene una función inmunológica óptima para prevenir las infecciones¹⁵. Además, un estudio reciente realizado en China ante la actual pandemia, ha revelado que las personas con mejor calidad de sueño padecen menos estrés postraumático¹⁶.

A todo ello, habría que sumar la compleja relación entre estas variables. Por un lado, existe evidencia de que el estrés funciona como detonante de los síntomas de ansiedad y depresión en personal sanitario joven¹⁷. En el contexto de la pandemia de la COVID-19, tanto la sobrecarga de trabajo como el miedo a la posible infección podrían estar generando y aumentando los niveles de estrés¹⁸. Además, la incidencia de estos síntomas, por ejemplo, la de la ansiedad, suele ser mayor en el personal médico femenino que en el masculino¹⁰. En cuanto a la edad, un estudio reciente sobre los efectos psicológicos de la pandemia en la población china ha hallado que las personas más jóvenes (menores de 35 años) mostraban mayor riesgo de sufrir ansiedad y depresión¹⁹.

Actualmente, ante la expansión de la COVID-19 en España, existe preocupación sobre todas estas cuestiones y especialmente acerca del ajuste psicológico y la recuperación del personal sanitario que trata a pacientes con este virus²⁰, aunque, por el momento, apenas hay

investigaciones al respecto. Teniendo todo esto en cuenta, el objetivo del presente trabajo ha sido evaluar los niveles de estrés, ansiedad, depresión y alteraciones del sueño entre el personal sanitario que trata a pacientes expuestos al virus de la COVID-19 en la comunidad autónoma del País Vasco (CAPV) y Navarra. También se estudian otras variables descriptivas de la muestra que podrían estar relacionadas con estos niveles de sintomatología psicológica.

Material y métodos

Este estudio se realizó con una muestra total de 421 profesionales sanitarios del Departamento de Salud de la CAPV y Navarra, todos ellos profesionales en activo en diferentes centros hospitalarios públicos y privados de dichas comunidades. La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico por bola de nieve. La edad mínima fue de 18 años y la máxima de 74 años. De estas personas, 338 eran mujeres (edad media = 42,6; DT = 10,2) y 83 eran hombres (edad media = 47,4; DT = 13,4). Un 66,7% (n = 281) trabajan en Bizkaia, un 16,6% (n = 70) en Gipuzkoa, un 10,2% (n = 43) en Araba y un 6,5% (n = 27) en Navarra.

Se diseñó un cuestionario que contenía datos sociodemográficos (sexo y edad) y preguntas acerca de si vivían acompañados de alguna persona con enfermedad crónica, si habían tenido contacto con personas infectadas por el virus de la COVID-19, si tenían miedo al ir a trabajar y sobre la percepción del cumplimiento de las normas de confinamiento de la población.

La depresión se evaluó con la versión española de la escala Depression Anxiety and Stress Scale-21²¹. Consta de 21 ítems con 4 opciones de respuesta (de 0 = no me ha ocurrido a 3 = me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo) que se agrupan en 3 factores: depresión, ansiedad y estrés. Para el estudio, se emplearon los puntos de corte de Portocarrero AN y Jiménez-Genchi A²²: sin sintomatología, sintomatología leve, moderada, severa y extremadamente severa. Con relación a la fiabilidad de la escala, el coeficiente alfa de Cronbach fue de $\alpha = 0,76$ para la escala de depresión, $\alpha = 0,82$ para la de ansiedad y $\alpha = 0,75$ para la de estrés.

Por otro lado, se utilizó la *escala de insomnio de Atenas* (AIS) en su versión española²³. Se trata de un instrumento diseñado para cuantificar la dificultad del sueño en base en la CIE-10. Se compone de 8 elementos; los 4 primeros se refieren a variables cuantitativas del sueño, incluyendo la inducción del mismo y despertares nocturnos, despertar final y la duración total del sueño. El quinto se refiere a la calidad del sueño, y los 3 últimos hacen referencia al impacto del insomnio sobre el rendimiento durante el día. Los ítems se puntúan de 0 a 3, siendo las puntuaciones más altas las que denotan un sueño más deteriorado. La puntuación total varía de 0 a 24 puntos. En el presente estudio, se utilizó una puntuación AIS total de 6 o más para considerar el insomnio²³. Con relación a la fiabilidad de la escala, el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,70.

El estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la UPV/EHU (código M10/2020/055). El contacto se hizo a través del correo electrónico y las respuestas se recogieron mediante un cuestionario online entre los días 1 y 10 de abril del 2020, con previa solicitud del consentimiento para

la participación de los sujetos. En el cuestionario se explicaban tanto los objetivos del estudio como el procedimiento a seguir. Además, para la recogida de datos, se siguieron todos los requerimientos establecidos por la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Los datos se analizaron mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0 (Armonk, NY, EE. UU.). En primer lugar, se describieron tanto las frecuencias como los porcentajes de las variables sociodemográficas. Posteriormente, se procedió a realizar un análisis multivariado sucesivo de la varianza (MANOVA), con el fin de probar las diferencias entre los niveles de depresión, ansiedad, estrés e insomnio en función de las variables sociodemográficas analizadas.

Resultados

La **tabla 1** muestra los datos de prevalencia de las personas que sufren depresión, ansiedad, estrés e insomnio en función del sexo y la edad de los participantes.

El 46,7% de los participantes indicaron sufrir estrés, el 37% ansiedad, el 27,4% depresión y el 28,9% problemas de sueño. En cuanto a las diferencias por sexo, las mujeres mostraron mayores niveles de ansiedad ($t [419] = 2,66$, $p = 0,008$) y estrés ($t [419] = 2,21$, $p = 0,027$). En cuanto a la edad, fueron los mayores de 36 años los que mostraron en mayor medida estrés (32,1%), ansiedad (25,3%), insomnio (21%) y depresión (19,5%).

En lo referido a los datos recogidos en el cuestionario *ad hoc*, el 72,2% de la muestra (n = 298) señaló que no convivía con una persona con enfermedad crónica. El 71,5% (n = 292) sí había tenido contacto con personas infectadas por la COVID-19 y el 44,4% (n = 183) indicó que sentía miedo al contagio. Finalmente, el 88,4% (n = 360) percibía que la población estaba respetando las normas de confinamiento. Con el objetivo de explorar si estas variables estaban relacionadas con los niveles de depresión, ansiedad, estrés e insomnio, se llevó a cabo un MANOVA. La **tabla 2** recoge los resultados descriptivos y en la **tabla 3** se puede observar cuáles de las relaciones fueron estadísticamente significativas.

Los resultados indican que el personal sanitario que vive acompañado de una persona con una enfermedad crónica tiene mayores niveles de ansiedad ($F [1,404] = 4,46$, $p = 0,028$, $\eta^2 = 0,013$) e insomnio ($F [1,404] = 4,40$, $p = 0,037$, $\eta^2 = 0,011$), si bien el tamaño del efecto es pequeño. Por otro lado, aquellas personas que han estado en contacto con personas infectadas por el virus de la COVID-19 muestran mayores niveles de ansiedad ($F [4,404] = 7,52$, $p = 0,06$, $\eta^2 = 0,019$), estrés ($F [1,404] = 6,93$, $p = 0,009$, $\eta^2 = 0,018$) e insomnio ($F [4,404] = 4,83$, $p = 0,029$, $\eta^2 = 0,012$).

Las personas que respondieron sentir miedo en su trabajo fueron también las que mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés presentaban, siendo el estrés la variable dependiente con mayor tamaño del efecto ($F [1,404] = 23,21$, $p = 0,001$, $\eta^2 = 0,057$), seguido de la ansiedad ($F [1,404] = 15,12$, $p = 0,001$, $\eta^2 = 0,038$) y de la depresión ($F [1,404] = 13,29$, $p = 0,001$, $\eta^2 = 0,034$).

Por último, los y las profesionales que perciben que en general la población no está respetando las medidas que se han impuesto respecto al confinamiento, son las que

Tabla 1 Frecuencias y porcentajes de sanitarios que sufren depresión (leve, moderada, severa y extremadamente severa) e insomnio, en función del sexo y la edad

		Mujeres	Hombres	Total	Edad: 18-30 años	Edad: 31-35 años	Edad: > 36 años
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N (%)
Depresión	Leve	8,1% (n = 34)	2,4% (n = 10)	10,5% (n = 44)	1,4% (n = 6)	1,9% (n = 8)	7,1% (n = 30)
	Moderada	9,3% (n = 39)	1,4% (n = 6)	10,7% (n = 45)	1,2% (n = 5)	2,1% (n = 9)	7,4% (n = 31)
	Severa	3,1% (n = 13)	0,5% (n = 2)	3,6% (n = 15)	0,7% (n = 3)	0,0% (n = 0)	2,9% (n = 12)
	Extremadamente severa	2,4% (n = 10)	0,2% (n = 1)	2,6% (n = 11)	0,5% (n = 2)	0,0% (n = 0)	2,1% (n = 9)
Ansiedad	Leve	6,9% (n = 29)	1,4% (n = 6)	8,3% (n = 35)	0,7% (n = 3)	1,4% (n = 6)	6,2% (n = 26)
	Moderada	4% (n = 17)	0,2% (n = 1)	4,3% (n = 18)	0,7% (n = 3)	0,2% (n = 1)	3,3% (n = 14)
	Severa	14,7% (n = 62)	2,6% (n = 11)	17,3% (n = 73)	1,9% (n = 8)	3,1% (n = 13)	12,4% (n = 52)
	Extremadamente severa	6,2% (n = 26)	1,0% (n = 4)	7,1% (n = 30)	1,7% (n = 7)	1,7% (n = 7)	3,8% (n = 16)
Estrés	Leve	12,1% (n = 51)	3,3% (n = 14)	15,4% (n = 65)	1,4% (n = 6)	2,9% (n = 12)	11,2% (n = 47)
	Moderada	12,6% (n = 53)	2,6% (n = 11)	15,2% (n = 64)	1,9% (n = 8)	1,9% (n = 8)	11,4% (n = 48)
	Severa	9,3% (n = 39)	2,4% (n = 10)	11,6% (n = 49)	2,6% (n = 11)	3,1% (n = 13)	5,9% (n = 25)
	Extremadamente severa	4,3% (n = 18)	0,2% (n = 1)	4,5% (n = 19)	0,5% (n = 2)	0,5% (n = 2)	3,6% (n = 15)
Insomnio	Sí	24,9% (n = 102)	3,9% (n = 16)	28,9% (n = 118)	3,9% (n = 16)	3,9% (n = 16)	21% (n = 86)

Tabla 2 Medias y desviaciones típicas en depresión, ansiedad, estrés e insomnio en función de las variables personales recogidas

	Depresión			Ansiedad			Estrés			Insomnio		
	M	DT	n	M	DT	n	M	DT	n	M	DT	n
<i>Vivir acompañado enfermo crónico</i>												
Sí	3,81	3,64	111	4,29	3,81	111	8,63	4,78	111	10,18	3,60	111
No	3,36	3,70	298	2,99	3,21	298	7,49	4,59	298	8,87	3,29	298
<i>Contacto con la COVID-19</i>												
Sí	3,78	3,85	292	3,77	3,58	292	8,48	4,76	292	9,42	3,47	292
No	2,68	3,14	117	2,26	2,83	117	6,07	4,10	117	8,77	3,27	117
<i>Miedo</i>												
Sí	4,22	3,93	183	4,39	3,78	183	9,27	4,65	183	8,31	3,00	183
No	2,53	3,15	226	2,03	2,44	226	5,96	4,10	226	9,97	3,57	226
<i>Respeto al confinamiento</i>												
Sí	3,19	3,47	360	3,05	3,26	360	0,886	1,19	360	9,05	3,31	360
No	5,40	4,56	49	5,41	4,11	49	1,73	1,47	49	10,50	3,93	49

Tabla 3 Resultados de los análisis multivariantes y univariantes de la varianza para la sintomatología

	F	DF	p	η^2
<i>Vivir acompañado enfermo crónico</i>	1,6	4	0,157	0,017
Depresión	2,67	1	0,103	0,007
Ansiedad	4,86	1	0,028*	0,013
Estrés	2,03	1	0,155	0,005
Insomnio	4,4	1	0,037*	0,011
<i>Contacto COVID-19</i>	2,52	4	0,041*	0,026
Depresión	2,46	1	0,118	0,006
Ansiedad	7,52	1	0,006*	0,019
Estrés	6,93	1	0,009*	0,018
Insomnio	4,83	1	0,029*	0,012
<i>Miedo en el trabajo</i>	6,69	4	0,001**	0,066
Depresión	13,29	1	0,001**	0,0034
Ansiedad	15,12	1	0,001**	0,038
Estrés	23,21	1	0,001**	0,057
Insomnio	15,10	1	0,001**	0,038
<i>Percepción de respeto al confinamiento</i>	6,43	4	0,001**	0,060
Depresión	17,37	1	0,001**	0,041
Ansiedad	21,08	1	0,001**	0,049
Estrés	20,65	1	0,001**	0,048
Insomnio	7,93	1	0,001**	0,019
<i>Vivir acompañado E.C.* contacto COVID-19</i>	2,77	4	0,027*	0,028
Depresión	3,50	1	0,062	0,009
Ansiedad	0,793	1	0,374	0,002
Estrés	8,40	1	0,004*	0,022
Insomnio	2,87	1	0,091	0,007

* p < 0,05.

** p < 0,01.

E.C. = enfermedad crónica

mayores niveles de depresión ($F [1,404] = 17,37$, $p = 0,001$, $\eta^2 = 0,041$), ansiedad ($F [1,404] = 21,08$, $p = 0,001$, $\eta^2 = 0,049$), estrés ($F [1,404] = 20,65$, $p = 0,001$, $\eta^2 = 0,048$) e insomnio ($F [1,404] = 7,93$, $p = 0,001$, $\eta^2 = 0,019$) presentan, todas ellas con un tamaño del efecto intermedio, excepto el insomnio, que muestra un tamaño pequeño. Asimismo, se halló que las personas que han estado en contacto con personas infectadas por el virus de la COVID-19 y que conviven

con un enfermo crónico, muestran mayores niveles de estrés ($F [1,402] = 8,40$, $p = 0,004$, $\eta^2 = 0,022$), con un tamaño del efecto pequeño.

Discusión

El impacto de la COVID-19 y sus implicaciones están suponiendo un reto importante al personal sanitario, que a

menudo se enfrenta a una gran sobrecarga de trabajo, en condiciones psíquicamente exigentes, y con la sensación de disponer de pocos medios y apoyos^{1,2}.

Aunque este tipo de pandemias ya ha mostrado que da lugar a niveles altos de sintomatología de diverso tipo entre el personal sanitario⁹, esta realidad no se ha estudiado en el contexto de nuestro país. Así, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar las diferencias en sintomatología en función del sexo y la edad, así como en relación a otras variables relevantes de la muestra.

Los datos revelaron que un porcentaje alto de profesionales sanitarios señala sufrir síntomas de ansiedad, estrés, depresión y trastornos del sueño. Las prevalencias de ansiedad, depresión y estrés encontrados fueron superiores a los de estudios previos sobre la COVID-19¹². Los niveles severos de ansiedad son incluso superiores a los hallados en China¹¹.

Además, el estudio puso de manifiesto niveles de ansiedad, depresión, estrés e insomnio superiores en mujeres, siendo las diferencias estadísticamente significativas para la ansiedad y el estrés, en la línea de estudios previos^{11,24}. La mayor tendencia a la sintomatología internalizante de las mujeres también ha sido apoyada por estudios previos²⁵. El papel principal de cuidadoras que las mujeres ejercen en sus hogares (hijos y padres) puede que esté detrás de su mayor ansiedad y estrés, por el miedo al contagio. No obstante, habría que contextualizar los resultados, ya que algo más del 80% de la muestra del presente estudio eran mujeres.

En lo que se refiere a la edad, y contrariamente a lo hallado en otros estudios¹⁹, los y las profesionales sanitarias de mayor edad, revelaron niveles más altos de toda la sintomatología evaluada. Quizá, a mayor edad es más probable que los participantes cuenten con familia a su cargo, hijos o padres, lo que aumenta la presión de la responsabilidad, el miedo a llevar el virus a sus hogares, etc.

Relacionado con lo anterior, se observó que convivir con una persona con enfermedad crónica aumentaba también los niveles de ansiedad en las personas participantes, por el miedo al contagio. Además, el hecho de trabajar con pacientes infectados por la COVID-19 aumentó los niveles de ansiedad, estrés e insomnio. Y si, además de trabajar con pacientes con infección por el virus de la COVID-19, convivían con personas con enfermedad crónica, sus niveles de ansiedad eran aún mayores. Es evidente que el miedo al contagio está muy presente entre el personal sanitario que participó en el estudio (el 44% manifestó sentir miedo). El miedo es una respuesta natural frente a la amenaza y la COVID-19 se está viviendo actualmente como tal, en gran medida, por el gran vacío de conocimiento que existe sobre la misma, lo que despierta sentimientos de vulnerabilidad o de pérdida de control, y preocupaciones sobre la salud personal, la de la familia y sobre el aislamiento²⁶.

Actualmente, el confinamiento y la distancia social (junto con las medidas de higiene) son las principales medidas de prevención con las que cuenta la población, y un alto porcentaje de los participantes (88,4%) percibían que la población las estaba respetando. Sin embargo, aquellas personas que percibían que no era así fueron las que mayores niveles de depresión, ansiedad, estrés e insomnio señalaron. Si las medidas de prevención no se cumplen estrictamente, el riesgo al colapso sanitario es mayor, de ahí que el personal sanitario se preocupe especialmente por la responsabilidad social de la ciudadanía.

Hasta el momento, no se cuentan con estudios en España que exploren el impacto psicológico de la pandemia en el personal sanitario. Esta sería la principal fortaleza del estudio. Las implicaciones prácticas del mismo son también relevantes. Es necesario reducir el impacto psicológico del personal sanitario (especialmente mujeres y personas de mayor edad), y para ello, siguiendo las medidas que están funcionando en China²⁴, se recomienda aportar formación sobre la COVID-19, reforzar medidas de seguridad y garantizar las necesidades básicas del personal, tales como alimento y sueño. Para ello, se recomienda proveer de áreas de descanso y facilitar visitas periódicas de profesionales de la salud mental o asistencia psicológica telefónica. Será importante sostener estos servicios durante el tiempo, ya que la sobrecarga de trabajo se mantiene y es preciso evitar y tratar posibles casos de estrés postraumático causados por esta pandemia¹¹.

En cuanto a las limitaciones del estudio, cabe destacar que la distribución de la muestra (más del 80% mujeres) debe llevarnos a tomar los resultados de diferencias por sexo con cierta cautela. Asimismo, la generalización de los resultados está limitada, ya que es una muestra no probabilística en la que puede haber cierto sesgo de selección: la participación fue voluntaria, pudiendo haber participado aquellas personas especialmente impactadas emocionalmente. Futuros estudios deberían ampliar la muestra, obteniendo una muestra probabilística más equilibrada respecto al sexo y hacerla extensible a más comunidades autónomas.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Se agradece la participación de los y las profesionales sanitarios; sin su inestimable ayuda, el estudio no hubiera podido llevarse a cabo.

Bibliografía

- Vieta E, Pérez V, Arango C. Psychiatry in the aftermath of COVID-19. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2020;20:1–4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.004>.
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet.* 2020;395:912–20, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
- Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: Address mental health care to empower society. *The Lancet.* 2020;395(10224):e37–8, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3).
- Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. Vicarious traumatization in the general public, members,

- and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun*. 2020;S0889-1591(20)30309-3. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007>.
5. Bai Y, Lin C, Chen JMD, Chue CM, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv*. 2004;55:1055-7, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.55.9.1055>.
 6. Lee AM, Wong JG, McAlonan GM, Cheung V, Cheung C, Sham P, et al. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Can J Psychiatry*. 2007;52:233-40, <http://dx.doi.org/10.1177/070674370705200405>.
 7. Bennett J, Peladeau N, Leszcz M, Sadavoy J, Verhaeghe LM, Steinberg R, et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ*. 2003;168:1245-51.
 8. Lee SM, Kang WS, Cho AR, Kim T, Park JK. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Compr Psychiatry*. 2018;87:123-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.003>.
 9. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in china during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psych*. 2020;7:e15-6, [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X).
 10. Shultz JM, Cooper JL, Baingana F, Oquendo MA, Espinel Z, Althouse BM, et al. The role of fear-related behaviors in the 2013-2016 west africa ebola virus disease outbreak. *Current Psychiatry Reports*. 2016;18:104, <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-016-0741-y>.
 11. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi*. 2020;38(3):192-195. doi:10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063.
 12. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:1729, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
 13. Chew N.W.S. Lee G.K.H. Tan B.Y.Q. Jing M. Goh Y. Ngiam N.J.H. et-al. Multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during covid-19 outbreak. *Brain Behav Immun*. DOI 10.1016/j.bbi.2020.04.049. S0889-1591(20)30523-7.
 14. 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*. 2020;26:e923549. Published 2020 Mar 5. doi:10.12659/MSM.923549.
 15. Lange T, Dimitrov S, Born J. Effects of sleep and circadian rhythm on the human immune system. *Ann N Y Acad Sci*. 2010;1193:48-59, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05300.x>.
 16. Liu N, Zhang F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L, et al. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in china hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Res*. 2020:112921, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>.
 17. Bentaucourt MJ, Rodriguez C, Vallecillo I, Estela L. Síntomas de ansiedad y depresión en residentes de especialización médica con riesgo alto de estrés. *Psiquiatr Biol*. 2008;15:147-52, [http://dx.doi.org/10.1016/s1134-5934\(08\)76485-6](http://dx.doi.org/10.1016/s1134-5934(08)76485-6).
 18. Mo Y, Deng L, Zhang L, Lang Q, Liao C, Wang N, et al. Work stress among chinese nurses to support Wuhan for fighting against the COVID-19 epidemic. *J Nurs Manag*. 2020:2-22, <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.13014>.
 19. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res*. 2020;288(112954):1-19, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>.
 20. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Net*. 2020;3:1-12, <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.
 21. Ruiz FJ, Martín MBG, Falcón JC, Odriozola P. The hierarchical factor structure of the spanish version of depression anxiety and stress scale-21. *Intern Jour Psych Psychol Therapy*. 2017;17:97-105.
 22. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Murray EW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the depression anxiety stress scales in clinical groups and a community sample. *Psychol Assess*. 1998;10:176.
 23. Portocarrero AN, Jiménez-Genchi A. Estudio de validación de la traducción al español de la escala Atenas de insomnio. *Salud Ment*. 2005;28:34-9.
 24. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian J Psychiatr*. 2020;52(102066) [edición electrónica] [consultado 15 Abril 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>.
 25. Rosenfield S, Mouzon D. Gender and mental health. En: Aneshensel CS, Phelan JC, Bierman A, editores. *Handbook of the Sociology of mental health*. Springer Science; 2013. p. 277-96, http://dx.doi.org/10.1007/978-94-007-4276-5_14.
 26. Wong TW, Yau JK, Chan CL, Kwong RS, Ho SM, Lau CC, et al. The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope. *Eur J Emerg Med*. 2005;12:13-8.