

Original

**RESP**

# COVID-19 y ansiedad en profesionales de la salud de instituciones cerradas

María Pilar Molés-Julio, Miguel F. Ruiz-Garrido, Martín Flores-Saldaña,  
María Vicenta Lucas-Miralles, Aurora Esteve-Clavero

Universidad Jaume I. Castelló de la Plana. Castelló.

---

## RESUMEN

**Objetivos:** El objetivo principal de la presente investigación fue analizar los niveles emocionales de ansiedad en los profesionales de la salud empleados en instituciones cerradas durante la epidemia de coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2).

**Material y método:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal mediante un cuestionario validado de ansiedad respondido por 100 hombres y mujeres profesionales de enfermería y técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) que residían en España y trabajaban en instituciones cerradas. Además de la información demográfica, el test incluía 14 ítems relacionados con el nivel de ansiedad. El cuestionario resultó altamente fiable después de llevar a cabo un análisis mediante el alfa de Cronbach de 0,935, demostrando una alta fiabilidad.

**Resultados:** Más de un tercio de los participantes de salud presentaron niveles graves de ansiedad, teniendo un mayor impacto en mujeres que en hombres. La situación en los centros para ancianos parece ser más tensa y compleja que en las prisiones, aunque estas últimas están mucho más masificadas. Sin embargo, ambas instituciones muestran factores comunes, como la vulnerabilidad de su población y el posible brote explosivo, que podría superar los recursos disponibles en esas instituciones.

**Discusión:** Se puede concluir que los significativos niveles de ansiedad que han mostrado los profesionales de enfermería en el estudio requieren la implementación de medidas para evitar en el futuro consecuencias más graves a medio y largo plazo.

**Palabras clave:** infecciones por coronavirus; ansiedad; prisiones; hogares para ancianos; España.

---

## COVID-19 AND ANXIETY AMONGST HEALTH PROFESSIONALS IN PRISONS

### ABSTRACT

**Objectives:** The main aim of this article was to analyze the emotional levels of anxiety amongst health professionals employed in prisons during the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) epidemic.

**Material and method:** This descriptive, cross-sectional study was conducted by means of a validated anxiety questionnaire answered by 100 clinical nurses and nursing assistants residing in Spain and working in prisons. Alongside the demographic information, the test included 14 items related to anxiety levels. The questionnaire turned out to be highly reliable after carrying out an analysis with a Cronbach's alpha of 0.935, demonstrating high reliability.

**Results:** Over one third of health participants presented severe anxiety levels, with a greater impact on women than on men. The situation in centers for the elderly appears to be more tense and complex than in prisons, although the latter are far more overcrowded. However, both institutions show common factors, such as the vulnerability of their populations and a possible explosive outbreak, which would exceed the resources available in such institutions.

**Discussion:** The significant levels of anxiety that nursing professionals showed in the study make it necessary to implement measures to avoid more serious future consequences in the medium and long term.

**Key words:** coronavirus infections; anxiety; prisons; homes for the aged; Spain.

---

Texto recibido: 11/04/2023

Texto aceptado: 09/11/2023

## INTRODUCCIÓN

La pandemia de la enfermedad del coronavirus de 2019 (COVID-19) ha tenido un impacto directo en la salud física y mental de los profesionales sanitarios, quienes son susceptibles de desarrollar desórdenes e incluso patologías a medio y largo plazo. Estudios previos sobre epidemias y pandemias han señalado síntomas de estrés, ansiedad, depresión e insomnio como las consecuencias más relevantes en la salud mental de los profesionales sanitarios. Por tanto, es necesario no solo detectar estas patologías, sino también tratarlas para evitar que se agudicen y den lugar a nuevas enfermedades en el personal<sup>1,2</sup>.

El bienestar mental es una parte integral de la salud, según se establece en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los profesionales de enfermería son uno de los colectivos que están en primera línea de acción en la lucha contra la COVID-19 y están expuestos a situaciones críticas, caóticas y mortales sin suficiente formación ni equipamiento, lo que provoca fatiga e incertidumbre. Además, muchos profesionales de enfermería están sometidos a estresores emocionales y en pandemia vivieron en su quehacer diario un coste humano que afectó a sus pacientes, a sus propias vidas y a la de sus familiares<sup>3,4</sup>.

La labor de los profesionales de enfermería es determinante en múltiples servicios y dispositivos, y es esencial que tengan conocimientos científicos y habilidades de humanización, así como una buena salud física y mental. En particular, se analiza el impacto de la pandemia en los profesionales sanitarios cuyo ámbito de trabajo son los centros penitenciarios y residencias de mayores, donde la relación con los usuarios es de larga duración y se crean minisociedades<sup>5</sup>.

Estas instituciones comparten características específicas, como la adaptación/socialización, la rutinización, la separación y la creación de minisociedades. La pandemia ha afectado a estos centros cerrados donde residen muchas personas con factores de riesgo y ha aumentado las restricciones y el aislamiento del medio externo<sup>5</sup>.

Por lo tanto, el objetivo del estudio es analizar los niveles emocionales de ansiedad de los profesionales sanitarios en las instituciones cerradas durante la pandemia de la SARS-CoV-2, ya que pueden sufrir estrés y ansiedad añadidos a la situación mundial que vivimos. Es fundamental cuidar su salud mental, especialmente en estos ámbitos de trabajo, para garantizar una atención de calidad y asegurar su bienestar físico y mental.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de diseño transversal descriptivo dirigido a profesionales sanitarios que trabajan en residencias de personas mayores, centros penitenciarios que albergan pacientes en España desde el 24 de junio de 2022 hasta el 9 de noviembre de 2022. La muestra está compuesta por 90 personas que trabajan tanto en instituciones públicas como privadas.

Para la captación de la muestra, se utilizaron contactos profesionales de los investigadores, y se empleó la técnica de “bola de nieve”, donde a cada sujeto contactado se le sugiere que proponga nuevos sujetos que trabajan en instituciones cerradas, y así sucesivamente.

El criterio de inclusión en el estudio fue el consentimiento de participación por parte del personal sanitario. El criterio de exclusión fue no haber completado el cuestionario.

La información fue recolectada mediante el uso de la escala de calificación de ansiedad de Hamilton (HARS, *Hamilton Anxiety Rating Scale*), validada para la población española por Lobo *et al.*<sup>6</sup>, que mide la ansiedad. La puntuación total de los distintos ítems de la escala HARS nos proporciona una puntuación total que, en caso de ser superior a 14 puntos, indica la presencia de trastornos de ansiedad que pueden ser tratados. Los distintos niveles de ansiedad se clasifican en: normal (hasta 14 puntos), leve (15 a 17 puntos), moderada (18 a 24 puntos) y severa (puntuaciones de 25 y superiores).

Además, se incluye una sección que recopila información sobre género/edad/profesión.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante el uso de la plataforma en línea Qualtrics, un *software* de gestión de encuestas. Los participantes recibieron la encuesta por correo electrónico. Los datos obtenidos fueron recopilados en una hoja de Excel y, posteriormente, depurados antes de ser exportados a un programa de análisis estadístico.

Para determinar la normalidad de las variables cuantitativas de la muestra, se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos. En el caso de variables cuantitativas, se expresaron como medias con sus correspondientes intervalos de confianza del 95%, además de percentiles 25, 50 y 75, así como valores mínimo y máximo.

Para variables cualitativas o categóricas, se presentaron en forma de frecuencias absolutas, relativas y acumuladas. Se realizó un conteo de frecuencias por respuestas y se utilizó la mediana del valor numérico como valor representativo, debido a que se trataba de una escala numérica ordenada. Además, se realizó una

comparación de medianas para valorar la heterogeneidad en muestras ordinales.

El análisis de datos se realizó utilizando técnicas estadísticas clásicas. En el análisis bivalente comparativo, se compararon las medias de las variables cuantitativas que seguían una distribución normal utilizando la prueba T de Student. Las variables categóricas se compararon utilizando la prueba chi cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher en casos en que las observaciones fueran menores a 5. Se utilizaron modelos de regresión logística binaria considerando el lugar de trabajo como variable dependiente, y las variables que mostraron diferencias estadísticas en la comparación clásica, como variables independientes.

Se adoptó un nivel de significación estadística inferior a 0,05 en todos los casos. Se utilizó el IBM *Statistical Pack Age For The Social Sciences* (SPSS) v.24 para el análisis estadístico de las variables.

Se tomaron en cuenta consideraciones éticas. Se redactó un modelo de consentimiento informado, acompañado de la información adecuada que los encuestados debían aceptar antes de responder el cuestionario, de acuerdo con la Declaración de Helsinki<sup>7</sup>. Se mantuvo la confidencialidad de los datos en todo momento, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

## RESULTADOS

Se registraron un total de 115 entradas en la plataforma Qualtrics desde el 24 de junio de 2022 hasta el 9 de noviembre de 2022. De estas, se excluyeron 25 registros que no incluían ninguna respuesta, obteniendo un total de 90 cuestionarios válidos.

En cuanto a los participantes del estudio, el 80% eran mujeres y el 20% hombres, con una media de edad de 45,4 años (intervalo de confianza [IC] del 95%: 43,4-47,3), y un rango de edad entre 23 y 67 años. El personal de los centros penitenciarios tenía una media de edad mayor, con una diferencia media en años de 4,6 (IC del 95%: 0,6-8,7;  $p = 0,024$ ).

En cuanto a la categoría, el 61% eran profesionales de enfermería y el 39% eran TCAE de geriatría/enfermería. Los TCAE de geriatría/enfermería presentaban una diferencia en la media de edad en años de 4,8 (IC del 95%: 0,5-8,8;  $p = 0,028$ ) a su favor.

Los participantes del estudio se distribuyeron según los centros de trabajo: 55 (55,0%) en centros penitenciarios, 37 (37,0%) en centros de personas mayores.

La procedencia de las encuestas por localización geográfica representa a 25 provincias de 10 comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Castilla-León, Castilla-La Mancha, Cataluña, La Rioja, País Vasco y Comunidad Valenciana).

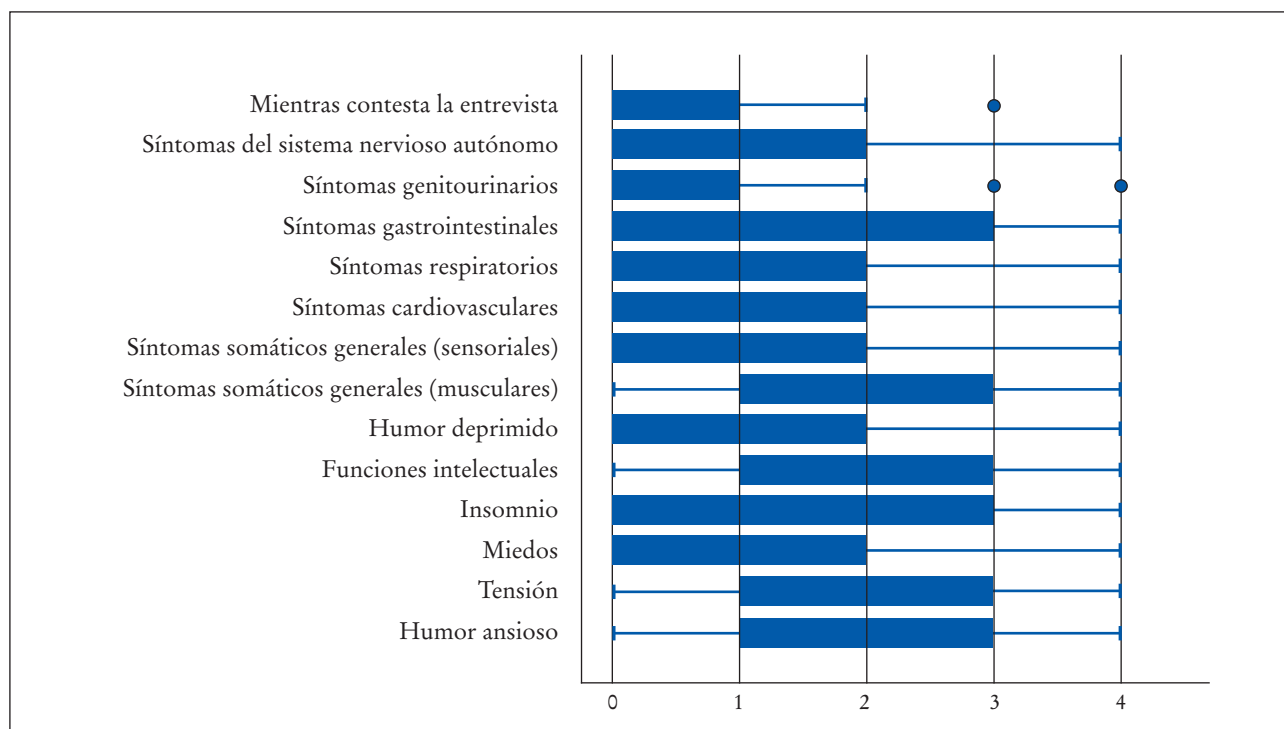


Figura 1. Diagrama de cajas sobre los ítems del cuestionario.

En el análisis descriptivo del cuestionario, se evaluaron un total de 14 ítems cuyas respuestas se representan en la Figura 1, donde se puede observar el valor de la mediana de puntuación mediante un gráfico de caja. Los valores se expresan como la mediana y, entre paréntesis, el rango intercuartílico, que comprende el rango entre el percentil 25 y el percentil 75 para las puntuaciones en la escala de Likert (0-4 puntos). En general, las respuestas se agruparon en las categorías correspondientes a la escala de Likert entre “poco” y “a menudo” para los síntomas del sistema nervioso autónomo 1 (0 a 2), respiratorios 1 (0 a 2), cardiovasculares 1 (0 a 2), síntomas somáticos generales (sensoriales) 1 (0 a 2) y humor deprimido 1 (0 a 2). Se destacan los ítems correspondientes a la aparición de síntomas gastrointestinales como algo que ocurre con más frecuencia que en el resto 1 (0 a 4); igualmente, o incluso más, ocurre para el insomnio 2 (0 a 3), los síntomas somáticos generales (musculares) 2 (1 a 3), funciones intelectuales 2 (1 a 3), tensión 2 (1 a 3) y humor ansioso 2 (1 a 3) (todos ellos son los más habituales, los que presentan una mediana de puntuación más próxima a la categoría de “a menudo”).

En cuanto a las categorías de “nada” o “poco”, solo destacan dos: la correspondiente a los síntomas genitourinarios 1 (0 a 2) y la correspondiente a la aparición de cualquier síntoma mientras se realiza el cuestionario 0 (0 a 1). Aunque son las dos únicas categorías para las que aparecen algunos valores aislados (*outliers*) fuera del 75% de las respuestas y en valores correspondientes a la aparición de “siempre” o “de forma grave”, estos son casos muy puntuales o concretos de alguna persona que se ha podido ver más afectada.

En la evaluación de la puntuación total del cuestionario, se encontró que el 58,9% de la muestra total

presentaba puntuaciones compatibles con niveles de ansiedad, frente al 41,1% que se consideran puntuaciones normales. De los profesionales que obtuvieron una puntuación compatible con ansiedad, el 62,0% presentaron ansiedad severa (Figura 2).

En el análisis comparativo entre los distintos ítems del cuestionario y las categorías profesionales, se realizó inicialmente una comparación de la puntuación de las medianas, no encontrando diferencias significativas en ninguno de los ítems del cuestionario (Tabla 1).

Se ha evaluado la tendencia de la variable cualitativa ordinal mediante el chi cuadrado de tendencia

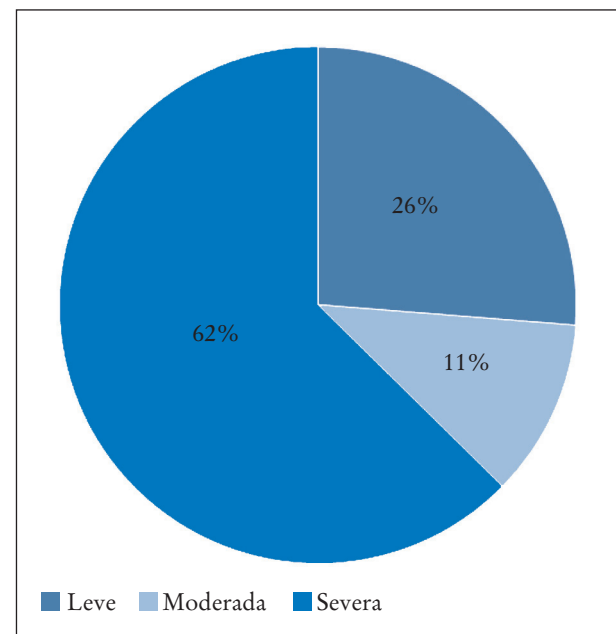


Figura 2. Personal con niveles de ansiedad susceptibles de tener en cuenta.

Tabla 1. Comparación de medianas en los ítems por categorías profesionales.

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Puntuación Z	Significación asintótica (bilateral)
Humor ansioso	900,000	2.440,000	-0,305	0,760
Síntomas somáticos generales (musculares)	717,000	2.257,000	-1,884	0,060
Síntomas somáticos generales (sensoriales)	726,000	2.266,000	-1,863	0,062
Síntomas cardiovasculares	825,000	2.365,000	-0,983	0,326
Síntomas respiratorios	927,000	2.467,000	-0,071	0,943
Síntomas gastrointestinales	848,000	1.443,000	-0,769	0,442
Síntomas genitourinarios	921,500	1.516,500	-0,136	0,892
Síntomas del sistema nervioso autónomo	879,000	2.364,000	-0,348	0,728
Mientras contesta la entrevista	883,000	2.423,000	-0,491	0,624

lineal de todos los ítems del cuestionario, comparando las dos categorías profesionales. Se ha encontrado significación estadística en los síntomas somáticos generales (musculares) ( $p = 0,043$ ), donde se observa un mayor porcentaje de aparición entre el personal auxiliar que en el de enfermería. También se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa en la tendencia lineal para los síntomas somáticos generales (sensoriales) ( $p = 0,039$ ), aunque en este caso en sentido inverso, ya que hay un mayor porcentaje en las categorías de “poco” o “nada” en comparación con las de mayor frecuencia, en ambos grupos profesionales.

En la comparación entre prisiones y los centros de personas mayores, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las medianas de algunos ítems del cuestionario, concretamente en las medianas de las puntuaciones obtenidas para los síntomas de tensión, síntomas somáticos generales (musculares) y síntomas somáticos generales (sensoriales), que son superiores en el personal que trabaja en centros de mayores en comparación con los centros penitenciarios, como se aprecia en la Tabla 2.

Al analizar la tendencia lineal para el ítem “tensión” comparado por centros, se ha observado una tendencia que aumenta progresivamente en su aparición entre los centros de mayores en comparación con las prisiones ( $p = 0,022$ ). Si determinamos la *odds ratio* (OR) o razón de posibilidades, supone 1,49 (IC del 95%: 1,055-2,101;  $p = 0,024$ ). Es decir, que la tensión tiene una probabilidad de aparecer en centros de mayores casi 1,5 veces más que en los centros penitenciarios.

Respecto a los síntomas generales somáticos (musculares), el chi cuadrado de tendencia lineal es claramente significativo ( $p = 0,006$ ), aumentando progresivamente estos síntomas más en los centros de mayores que en las prisiones. Al realizar un análisis de regresión logística binaria, nos encontramos con una OR de 1,55 (IC del 95%: 1,125-2,141;  $p = 0,007$ ). Es decir, que la probabilidad de que aparezcan síntomas somáticos musculares es algo más de 1,5 veces mayor en los centros de mayores que en las prisiones.

Se ha observado que las mujeres presentan una probabilidad hasta 3,4 veces mayor de padecer ansiedad que los hombres (OR: 3,447; IC del 95%: 1,140-10,424;  $p = 0,028$ ). También se ha observado un mayor porcentaje significativo de mujeres en la categoría de ansiedad severa en comparación con los hombres.

## DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio consistió en analizar los niveles emocionales de ansiedad que experimentan los profesionales sanitarios que trabajan en instituciones cerradas durante el brote de SARS-CoV-2. Para llevar a cabo este análisis, se examinaron los niveles de ansiedad en diferentes instituciones cerradas en España.

La media de edad de los participantes en la encuesta fue de 45,4 años y el 80% eran mujeres, lo cual supera el estudio llevado a cabo por Espín-Arguello<sup>8</sup>, que registró una media de edad de 34,5 años y una proporción del 69,3% de mujeres.

Tabla 2. Comparación de medianas en los ítems por tipo de centros.

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Puntuación Z	Significación n
Humor ansioso	981,000	2.206,000	-0,394	0,693
Tensión	739,000	1.964,000	-2,370	0,018
Miedos	967,000	2.192,000	-0,530	0,596
Insomnio	838,000	2.063,000	-1,564	0,118
Funciones intelectuales	1.011,000	1.914,000	-0,147	0,883
Humor deprimido	1.000,000	1.903,000	-0,239	0,811
Síntomas somáticos generales (musculares)	685,500	1.910,500	-2,800	0,005
Síntomas somáticos generales (sensoriales)	782,000	2.007,000	-2,083	0,037
Síntomas cardiovasculares	833,500	2.058,500	-1,647	0,099
Síntomas respiratorios	901,500	2.126,500	-1,068	0,286
Síntomas gastrointestinales	908,500	2.133,500	-1,007	0,314
Síntomas genitourinarios	943,500	2.168,500	-0,817	0,414
Síntomas del sistema nervioso autónomo	874,000	2.050,000	-1,132	0,258
Mientras contesta la entrevista	998,500	2.223,500	-0,273	0,785



Los resultados indican que el 37,5% de los enfermeros y enfermeras encuestados presentan niveles de ansiedad severa, cifra similar a la obtenida en estudios previos, como los de Santamaría<sup>9</sup>, Obando *et al.*<sup>10</sup> y Huang & Hao<sup>11</sup>, que registraron un 37,0, 39,1 y 35,1%, respectivamente. No obstante, en otros estudios, como el de Gao *et al.*<sup>12</sup>, se observaron niveles de ansiedad más bajos (22,6%), mientras que en otros países se encontraron cifras más elevadas, como en los estudios que registraron niveles de ansiedad del 51<sup>13</sup>, el 45,1<sup>14</sup> y el 73,3%<sup>15</sup>. Como se puede observar en los estudios mencionados, los profesionales de enfermería experimentan niveles de ansiedad medios a altos, y también se presentan otros síntomas, como la depresión, la preocupación y el insomnio<sup>16</sup>.

En nuestro estudio, encontramos que las mujeres presentan niveles de ansiedad más elevados que los hombres, y que el colectivo de enfermería experimenta niveles más severos de ansiedad, resultados que coinciden con la revisión sistemática realizada por Pappa *et al.*<sup>17</sup>.

La atención sanitaria en instituciones cerradas puede ser especialmente exigente debido a las características de sus residentes. Por lo general, se trata de una población que padece patologías crónicas en mayor proporción que la población general, y que en muchas ocasiones se encuentra en situaciones de inmunodepresión, lo que aumenta el riesgo de mortalidad en caso de contraer una infección como la de SARS-CoV-2<sup>18</sup>.

Además, la sobreocupación de los profesionales es una característica común en los centros penitenciarios y de las residencias de personas mayores, lo que puede limitar una de las medidas preventivas más efectivas, como es el distanciamiento físico. Lo que es común en todas las instituciones cerradas es que cuentan con colectivos especialmente vulnerables a la COVID-19, tal y como se ha evidenciado en los estudios de Rodríguez<sup>19</sup> y Pinazo-Hernandis<sup>18</sup>.

Cualquier brote que se produzca en una institución cerrada puede generar un grave problema de salud pública. Por lo general, estos brotes suelen ser explosivos en cuanto a su capacidad de contagio, superando con creces la capacidad de los servicios de atención sanitaria e incluso requiriendo en muchos casos la ayuda de los servicios comunitarios más importantes. Como resultado, el personal sanitario que trabaja en estas instituciones se encuentra bajo una tensión extrema y niveles de ansiedad que superan lo que normalmente se espera de ellos. Su trabajo no se limita a tratar a pacientes enfermos, sino que también deben luchar con todos sus medios para prevenir los contagios en estas “minisociedades”, tal y como se destaca en el estudio de Ricci-Cabello *et al.*<sup>20</sup>.

Entre las principales limitaciones de este estudio, se pueden mencionar las relacionadas con el método de muestreo utilizado. Dado que no se trata de un muestreo aleatorio, es posible que se produzcan sesgos con mayor facilidad. La opinión de los profesionales que trabajan en centros donde no se han producido casos puede diferir significativamente de la de aquellos que trabajan en centros donde sí se han producido brotes.

Además, otro aspecto a considerar es el tipo de diseño utilizado en el estudio. Al tratarse de un diseño transversal, no es posible establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Por esta razón, para futuros estudios, sería recomendable utilizar diseños longitudinales que permitan evaluar la influencia de ciertas variables en la ansiedad.

Es importante destacar que el estudio ha contado con una amplia representación geográfica en España, y se han recogido las opiniones de profesionales sanitarios de 25 provincias pertenecientes a 10 de las 17 comunidades autónomas, siendo similares a otros estudios, como los de Santamaría *et al.*<sup>9</sup> y García-Iglesias *et al.*<sup>16</sup>.

Tabla 3. Valoración del grado de ansiedad mediante el cuestionario de Hamilton y comparaciones.

Ansiedad: (sí/no)	Tipo de centro							Categoría profesional					Sexo				
	Centro de mayores		Prisiones (p 0,161)			TCAE		Enfermera (p 0,666)			Hombre		Mujeres (p 0,023)				
	nº	%	nº	%	nº	%	Sig.	nº	%	nº	%	Sig.	nº	%	nº	%	Sig.
Normal	37	41,1	14	33,3	23	47,9	0,161	13	38,2	24	42,9	0,666	11	64,7	25	34,7	0,023
Leve	14	15,6	7	16,7	7	14,6	0,786	5	14,7	9	16,1	0,862	3	17,6	11	15,3	0,809
Moderada	6	6,7	2	4,8	4	8,3	0,498	4	11,8	2	3,6	0,131	1	5,9	5	6,9	0,875
Severa	33	36,7	19	45,2	14	29,2	0,114	12	35,3	21	37,5	0,833	2	11,8	31	43,1	0,008
Total	90	100	42	100	48	100		34	100	56	100		17	100	72	100	

Nota. TCAE: técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

Es relevante mencionar que hay pocos estudios publicados en nuestro país sobre los niveles de ansiedad del personal sanitario en instituciones cerradas, ya que la mayoría de los estudios se han centrado en el ámbito hospitalario. En lo que respecta a los centros penitenciarios españoles, solo se ha encontrado un artículo reciente de Marco *et al.*<sup>21</sup> que analiza la pandemia a nivel de prisiones y señala que, hasta el momento, se ha logrado controlar moderadamente bien la pandemia en estos centros con un bajo número de ingresos en la unidad de cuidados intensivos y una baja mortalidad. Sería interesante profundizar en aspectos psicológicos del personal sanitario que trabaja en instituciones cerradas, donde las condiciones de trabajo suelen ser precarias en cuanto a la dotación de personal y las características de los pacientes a los que atienden. De esta manera, se podría mejorar la atención médica y, por supuesto, la salud mental de los cuidadores.

En conclusión, los profesionales sanitarios que trabajan en instituciones cerradas experimentan niveles importantes de ansiedad, lo que hace necesario la implementación de medidas de prevención, para evitar en el futuro consecuencias más graves a medio y largo plazo.

## CORRESPONDENCIA

María Pilar Molés-Julio  
Universidad Jaume I. Castelló de la Plana. Castelló.  
E-mail: mjulio@uji.es

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Batalla-Martín D, Campoverde Espinosa K, Broncano-Bolzoni M. El impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios durante la covid-19. [Internet]. *Rev Enferm Salud Ment.* 2020;16:17-25. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7544333>
2. Shah K, Chaudhari G, Kamrai D, Lail A, Patel RS. How Essential Is to Focus on Physician's Health and Burnout in Coronavirus (COVID-19) Pandemic? [Internet]. *Cureus.* 2020;12(4):e7538. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7198080/>
3. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. WHO; 2013. pp. 54. Disponible en: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf;jsessionid=18855590952672629D6CCA86D967F087?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=18855590952672629D6CCA86D967F087?sequence=1)
4. Jackson D, Usher K. COVID-19: Resiliencia y la Fuerza Laboral de los Profesionales de Enfermería. [Internet]. *Investig en Enfermería Imagen y Desarrollo.* 2020;22(1). Disponible en: <http://ciberindex.com/c/id/2201id>
5. Barbosa ML, De Medeiros SG, Chiavone FBT, Atanásio LLM, Costa GMC, Santos VEP. Nursing actions for liberty deprived people: a scoping review. *Esc Anna Nery.* [Internet]. 2019;23(3):e20190098. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8W3787SLwcbMmyTtYDzLNq/?format=pdf&lang=en>
6. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin.* [Internet]. 2002;118(13):493-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775302724299>
7. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones con seres humanos. [Internet]. En: 59a Asamblea General. Seúl, Corea: AMM; 2008. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
8. Espín-Arguello AP. Impacto psicológico por necesidades de bioseguridad en profesionales de enfermería durante la pandemia covid-19. [Internet]. *Dom Cient.* 2020;6(5):11-23. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8385978.pdf>
9. Dosil Santamaría M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo Rodríguez I, Jaureguizar Alboniga-Mayor J, Picaza Gorrotxategi M. Psychological impact of COVID-19 on a sample of Spanish health professionals. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2021;14(2):106-12.
10. Obando Zegarra R, Arévalo-Ipanaqué JM, Aliaja Sánchez RA, Obando Zegarra M. Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. [Internet]. *Index de Enfermería.* 2020;29(4):225-9. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/ie/article/view/e13056/e13056>
11. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. [Internet]. *Psychiatry Res.*

- 2020;288:112954. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32325383/>
12. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, *et al.* Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. [Internet]. PLoS One [Internet]. 2020;15(4):e0231924. Disponible en: [/pmc/articles/PMC7162477/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32325383/)
  13. Moghanibashi-Mansourieh A. Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak. *Asian J Psychiatr.* 2020;51:102076.
  14. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *Int J Soc Psychiatry.* 2020;66(5):504-11.
  15. Monterrosa-Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J, Mercado-Lara M, Florez-Monterrosa C. Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. [Internet]. *MedUNAB.* 2020;23(2):195-213. <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3890>
  16. García-Iglesias J, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera J, *et al.* Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. [Internet]. *Rev Esp Salud Pública.* 2020;94:e202007088. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/108234>
  17. 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;88:901-907.
  18. Pinazo-Hernandis S. Psychosocial impact of COVID-19 on older people: Problems and challenges. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2020;55(5):249-52.
  19. Rodríguez Yagüe C. COVID-19 y prisiones: un desafío no sólo sanitario y de seguridad, también humanitario. *Rev Gen Derecho Penal.* 2020;33.
  20. Ricci-Cabello I, Meneses-Echavez J, Serrano-Ripoll MJ, Fraile-Navarro D, De Roque MAF, Moreno GP, *et al.* Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review. *medRxiv.* 2020;4(6):2020.04.02.20048892. <https://doi.org/10.1101/2020.04.02.20048892>
  21. Marco A, Guerrero R, Turu E. El control de la infección por SARS-CoV-2 en prisiones. *Semergen.* 2021;47(1):47-55. doi:10.1016/j.semerg.2020.10.009