



doi: 10.4321/s0465-546x2026000200002

Artículo original

Análisis de la incapacidad laboral por patología mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia

Analysis of work disability due to mental illness in healthcare workers during the pandemic

Jennifer Karen Álvarez-Galván¹  0009-0001-3608-1397

Lucía Del Mar Alberto-Martín¹  0009-0007-1752-8548

Francisco Asis Rull-Del Águila¹  0009-0009-6678-6804

María Josefa Cabello-Heranz²

Jesús María González-Martín³  0000-0001-6816-4157

¹Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Las Palmas de Gran Canaria, España.

²Instituto Nacional de la Seguridad Social, Madrid, España.

³Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Unidad de Investigación, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Correspondencia

Lucía Del Mar Alberto Martín
luciaalbertomartin@gmail.com

Recibido: 12.06.2025

Aceptado: 17.04.2026

Publicado: 30.06.2026

Conflicto de intereses

Se señala la no existencia de conflicto de intereses para los autores del presente artículo.

Cómo citar este trabajo

Álvarez-Galván JK, Alberto-Martín LM, Rull-Del Águila FA, Cabello-Heranz MJ, González-Martín JM. Análisis de la incapacidad laboral por patología mental en trabajadores sanitarios durante la pandemia. Med Segur Trab (Internet). 2026;72(283):101-115. doi: 10.4321/s0465-546x2026000200002

 BY-NC-SA 4.0

Resumen

Introducción: La pandemia COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2, produjo un colapso sin precedentes. Los profesionales sanitarios enfrentaron una gran carga asistencial y escasez de recursos, unido al desconocimiento de un virus con gran letalidad; repercutiendo en su salud mental.

Método: Para estudiar dicha repercusión, analizamos la duración de la incapacidad laboral por trastornos mentales en sanitarios, a través del estudio de una base de datos facilitada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, comparando dichos expedientes según sexo, edad, ocupación y resolución.

Resultados: Se obtuvo 51746 expedientes: 88,11% mujeres, 45,12 años de edad media, 59,69% por ansiedad, 99,8% ´altas`, 64,12 días de media de incapacidad y los auxiliares de enfermería los más afectados. Se observó de manera estadísticamente significativa una duración de los expedientes decreciente, incapacidades más largas en mujeres y trabajadores de mayor edad, y procesos más cortos en médicos de familia.

Conclusiones: El impacto sobre la salud mental entre sanitarios durante la pandemia disminuyó con el tiempo gracias a las mejoras en los recursos y el conocimiento de la enfermedad, reflejado en incapacidades más cortas. Además, quienes más se beneficiarían de actuaciones preventivas serían auxiliares de enfermería, mujeres, de mediana edad y con ansiedad. Se proponen medidas preventivas de educación-formación, apoyo colectivo-profesional y mayor implicación de las instituciones. En definitiva, se resalta la importancia de la salud mental y su impacto entre sanitarios, siendo crucial implementar medidas preventivas y promover entornos laborales más saludables.

Palabras clave: Incapacidad laboral; Salud mental; Personal de salud; COVID-19.

Abstract

Introduction: The COVID-19 pandemic by the SARS-CoV-2 virus, caused an unprecedented collapse. Healthcare professionals faced situations of heavy healthcare burden and scarce resources, coupled with a lack of knowledge about a highly lethal virus, impacting their mental health.

Method: To study this impact, we analyzed the duration of work incapacity due to mental disorders in these workers, through a database provided by the National Social Security Institute, comparing these records by sex, age, occupation, and resolution.

Results: A total of 51,746 cases were obtained: 88.11% women, average age 45.12 years, 59.69% due to anxiety, 99.8% discharged, average disability 64.12 days, and nursing assistants the most affected. A statistically significant decrease in case duration was observed, with longer disability periods among women and older workers, and shorter periods among family doctors.

Conclusions: The impact on mental health among healthcare workers during the pandemic decreased over time thanks to improved resources and awareness of the disease, reflected in shorter disability periods. Furthermore, those who would benefit most from preventive measures would be nursing assistants, women, middle-aged individuals, and those with anxiety. Preventive measures such as education and training, collective and professional support, and greater institutional involvement are proposed. In short, the importance of mental health and its impact on healthcare workers is highlighted, and implementing preventive measures and promoting healthier work environments are crucial.

Keywords: Sick leave; Mental health; Health personnel; COVID-19.

Introducción

La pandemia COVID-19 fue causada por el virus SARS-CoV-2, capaz de ocasionar un síndrome respiratorio agudo grave. Los primeros casos se identificaron en Wuhan (China) en diciembre de 2019 ^(1,2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la declaró emergencia de salud pública mundial el 30 de enero de 2020 y pandemia el 11 de marzo ⁽³⁾, con más de 7 millones de fallecidos ⁽⁴⁾. El 5 de julio del 2023, finalizó la situación de crisis sanitaria en España ⁽⁵⁾.

Esta pandemia supuso un colapso sanitario mundial por insuficiencia de infraestructuras, personal y medios; repercutiendo especialmente sobre la salud mental de los sanitarios, quienes estuvieron en primera línea de atención ⁽⁶⁾.

Los trabajadores sanitarios sufrieron mayor carga asistencial, equipos de protección inadecuados y decisiones éticamente difíciles sobre el racionamiento terapéutico; interfiriendo en su bienestar físico y mental ⁽⁷⁾, en la calidad de la atención prestada ⁽⁸⁾ e incrementando sus niveles de estrés ⁽⁹⁾.

El Comité de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la OMS sobre Higiene del Trabajo, recoge que los factores psicosociales generadores de estrés proceden de las interacciones con el trabajo, y de los recursos del trabajador y su situación fuera del mismo ⁽¹⁰⁾. Reconociendo la importante influencia de estos aspectos en la salud, rendimiento y satisfacción de los trabajadores.

Varios estudios destacan el estrés generado por el miedo a enfermar y contagiar a sus familiares, además de la elevada carga laboral, sugiriendo ofrecer apoyo psicológico adaptado a cada grupo profesional y la necesidad de medidas preventivas para proteger la salud mental de este colectivo ^(11,12).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha advertido que la pandemia provocará un aumento en número y severidad de los problemas de salud mental ⁽¹³⁾. Y la OMS ha confirmado su impacto entre los sanitarios ⁽¹⁴⁾.

Los trastornos mentales se caracterizan por una alteración de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo, ocasionando trastornos de angustia, discapacidades funcionales, riesgo de conducta autolesiva... ⁽¹⁵⁾. Se recogen en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) ⁽¹⁶⁾.

Estos, son causa importante de incapacidad temporal (IT) y absentismo, como describen numerosos estudios ^(17,18). El trastorno mental de origen laboral surge cuando las demandas del puesto exceden las capacidades de control de los trabajadores, afectando a la carga psíquica y presentando una disfunción en la organización del trabajo ⁽¹⁸⁾.

A pesar de ser causa importante de IT, pocos estudios analizan dicha situación, por lo que creemos necesarios nuevos estudios que describan esta relación para intentar mitigar sus consecuencias y disminuir su incidencia ⁽¹⁹⁾.

Por ello, sería interesante estudiar las incapacidades laborales por patología mental durante la pandemia entre el personal sanitario, por ser trastornos de alta incidencia, con bajas laborales prolongadas y clara implicación en los costes económicos, tanto directos (prestaciones) como indirectos (pérdida de productividad, sustituciones...) ⁽²⁰⁾.

La hipótesis de este proyecto plantea que durante los periodos (olas) de mayor incidencia de la pandemia, la duración de los procesos de incapacidad laboral por trastornos mentales entre el personal sanitario fueron más largos. Por tanto, el objetivo principal del estudio ha sido analizar la duración de los procesos de incapacidad temporal por trastornos mentales en el personal sanitario durante la pandemia por COVID-19, en relación con las distintas olas epidémicas (comparando dicha duración entre las olas – periodos de mayor incidencia).

Los objetivos específicos son:

1. Cuantificar el número de expedientes de incapacidad presentados por sanitarios (médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería) durante el periodo comprendido entre el 11 de marzo de 2020 y el 27 de marzo de 2022, correspondiente a la pandemia por COVID-19, según: duración, edad, sexo, ola, Comunidades Autónomas (CCAA), código CIE-10, resolución del expediente y Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO-11).
2. Calcular la duración media de las incapacidades, a través de las seis olas epidémicas.
3. Analizar la duración de la incapacidad respecto a las variables: edad, sexo, CNO-11 y resolución.
4. Analizar cuántos progresaron a Incapacidad Permanente (IP).
5. Identificar el grupo profesional más afectado y que más podría beneficiarse de mejoras preventivas respecto a la salud mental.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo.

Desarrollo de la investigación

A través de la base de datos facilitada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y los datos de la incidencia por SARS-CoV-2 obtenidos de la web del Ministerio de Sanidad, se obtendrá la duración de los procesos de incapacidad por trastornos mentales, durante el periodo COVID-19 entre el 11 de marzo de 2020 (se declaró la pandemia) y el 27 de marzo de 2022 (se dejó de contabilizar la incidencia en menores de 60 años), en los trabajadores del ámbito sanitario seleccionados.

El periodo COVID-19 analizado abarca seis periodos epidémicos:

- Primero: Del 11 de marzo de 2020 (inicio de la pandemia) al 21 de junio de 2020 (fin del estado de alarma en España).
- Segundo: Del 22 de junio al 6 de diciembre de 2020 (punto de inflexión de la incidencia acumulada, IA, a 14 días).
- Tercero: Del 7 de diciembre de 2020 al 14 de marzo de 2021.
- Cuarto: Del 15 de marzo de 2021 al 19 de junio.
- Quinto: Del 20 de junio de 2021 al 13 de octubre.
- Sexto: Del 14 de octubre de 2021 al 27 de marzo de 2022 (día previo a la nueva estrategia de Vigilancia, que contabiliza los casos sospechosos en personas de 60 o más años; inicio del séptimo periodo no incluido en nuestro estudio).

Se analizará la duración de los procesos de incapacidad por diagnósticos relacionados con trastornos mentales según la CIE-10 (4ª edición) comprendidos entre la clasificación F10 y F69, en los trabajadores incluidos en los epígrafes “B” (códigos: 211 – Médicos y 212 – Profesionales de enfermería y partería) y “H” (código: 561 – Auxiliares de enfermería) de la CNO-11.

Además, se calculará la diferencia de duración de los expedientes por grupos de edad, sexo, resolución y CNO-11.

Para el análisis de los datos, se utilizará el programa estadístico R Core Team 2023, versión 4.3.2.

Población de estudio

Se estudiará a los trabajadores del epígrafe “B” código 21 y “H” código 56 (CNO-11):

B: Técnicos y profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza

21 – Profesionales de la salud

211 – Médicos

2111: Médicos de familia

2112: Otros médicos especialistas

212 – Profesionales de enfermería y partería

2121: Enfermeros no especializados

2122: Enfermeros especializados (excepto matronos)

H: Trabajadores de los servicios de salud y el cuidado de personas

56 – Trabajadores de los cuidados a las personas en servicios de salud

561 – Auxiliares de enfermería

5611: Auxiliares de enfermería hospitalaria

5612: Auxiliares de enfermería de atención primaria

Se analizará a estos trabajadores con un expediente por patología mental (CIE-10):

- F01 – F09: Trastornos mentales debidos a afecciones fisiológicas conocidas
- F10 – F19: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas
- F20 – F29: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico, delirante y otros trastornos psicóticos no relacionados con el estado de ánimo
- F30 – F39: Trastornos del estado de ánimo (afectivos)
- F40 – F48: Trastornos de ansiedad, disociativos, relacionados con estrés, somatomorfos y otros trastornos mentales no psicóticos
- F50 – F59: Síndromes de comportamiento asociados a trastornos fisiológicos y factores físicos
- F60 – F69: Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto
- F70 – F79: Discapacidad intelectual
- F80 – F89: Trastornos generalizados y específicos del desarrollo
- F90 – F98: Trastornos del comportamiento y trastornos emocionales cuyo inicio se presenta habitualmente en infancia y adolescencia
- F99: Trastorno mental no especificado

Criterios de inclusión

- Trabajadores de la salud con los siguientes códigos (CNO-11): 2111, 2112, 2121, 2122, 5611, 5612.
- Trabajadores de la salud con algún trastorno mental dentro de los apartados F10-F69 (CIE-10).
- Datos de expedientes de incapacidad por los trastornos mentales antes mencionados en trabajadores sanitarios entre el 11 de marzo de 2020 y el 27 de marzo de 2022.
- Datos recopilados en territorio español.
- Datos aportados por el INSS, recogidos en una base de datos específica para este proyecto.

Criterios de exclusión

- Trabajadores mayores de 65 años.

Recogida de información

Los datos de las incapacidades se obtendrán a través de la base de datos facilitada por el INSS y la incidencia por infección SARS-CoV-2 de la web del Ministerio de Sanidad.

Análisis de datos

En primer lugar, realizaremos un análisis descriptivo de los expedientes de incapacidad laboral. Se ha estratificado por fecha de inicio del expediente según las olas epidémicas, duración de la incapacidad, ocupación (CNO-11), código diagnóstico (CIE-10), datos del trabajador (edad, sexo) y resolución de la incapacidad.

Se han calculado los parámetros estadísticos descriptivos de media, desviación típica y cuartiles para describir las variables cuantitativas; se ha empleado el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de las variables cuantitativas. Las variables cualitativas se han descrito mediante frecuencia absoluta y relativa.

Para estudiar si existen diferencias estadísticamente significativas en la duración media de los expedientes según ola epidémica, ocupación y resolución, se ha empleado el test no paramétrico de Kruskal-Wallis; además, para las comparaciones dos a dos se ha usado el test de corrección de Bonferroni.

Por otro lado, para la variable sexo, se ha utilizado el test no paramétrico de U de Mann-Whitney. Por último, para comprobar la relación entre variables numéricas como la edad respecto a la duración de los expedientes, se ha calculado el coeficiente de correlación de Pearson y Spearman.

Se ha trabajado con un nivel de confianza del 95%, considerando significativos aquellos p-valores inferiores a 0,05.

Limitaciones

- No disponemos de los expedientes de incapacidad por trastornos mentales en el resto de población trabajadora para poder compararlos, afectando así la validez externa.
- Escasez de información sobre estudios previos, a pesar de que se ha estudiado cómo la pandemia ha afectado a la salud mental de los sanitarios, no hemos encontrado bibliografía sobre su expresión en cuanto a incapacidades laborales.
- No se pueden establecer relaciones causales (estudio transversal).

RESULTADOS

Estadística descriptiva

Obtuvimos una muestra de 51746 expedientes, 88,11% (N = 45591) fueron mujeres y 11,89% (N = 6155) hombres.

El trabajador más joven tenía 17 años y el límite máximo considerado ha sido 65 años. La edad media fue 45,12 años, con una desviación de 11,65 años.

El diagnóstico más frecuente corresponde al código F41 (Otros trastornos de ansiedad), 59,69% (N = 30886). Otros diagnósticos frecuentes: F43 (Reacción de estrés grave y trastornos de adaptación), 18,74% (N = 9695); F32 (Episodio depresivo), 9,24% (N = 4781); y F34 (Trastornos persistentes del estado de ánimo, afectivos), 5,86% (N = 3030). La suma del resto de diagnósticos supondría menos de un 10% de los expedientes.

Cataluña fue la comunidad autónoma con mayor número de expedientes, 30,65% (N = 15862). Seguida de: Andalucía, 11,51% (N = 5955); Comunidad Valenciana, 11,14% (N = 5767); y Canarias, 9,27% (N = 4797).

Según la CNO-11, los auxiliares de enfermería hospitalarios presentaron el mayor número de expedientes, 36,38% (N = 18826); seguido de los enfermeros no especializados, 26,31% (N = 13613); y los enfermeros especializados, 12,33% (N = 6382). En último lugar, los médicos: médicos de familia, 8,85% (N = 4578); y otros especialistas, 7,2% (N = 3725).

Del total de expedientes, el 99,8% (N = 51643) fueron dados de alta; mientras que un 0,16% (N = 85) fueron aprobados como incapacidades permanentes.

En relación a las olas epidémicas, durante la sexta se presentó el mayor número de expedientes, 21,51% (N = 11130); seguido por la segunda, 19,8% (N = 10248); y en tercer lugar, la primera ola, 18,11% (N = 9372).

Por último, el tiempo mínimo de duración de los expedientes fue 1 día y el máximo 778 días. Además, la duración media fue 64,12 días, con una desviación típica de 81,37 días.

Comparación de `duración de la incapacidad` en función de cada ola

Se ha empleado el test no paramétrico de Kruskal-Wallis para comprobar si el tiempo es distinto en función de las seis olas analizadas.

Durante la primera ola se presentaron 9372 expedientes (mediana 46 días, media 82,69 días, P25 19 días y P75 99 días). La cantidad de expedientes en la segunda ola fueron 10248 (mediana 40 días, media 80,19 días, P25 14 días y P75 113 días). En la tercera, 6710 expedientes (mediana 36 días, media 70,95

días, P25 13 días y P75 92 días). La cuarta ola cuenta con 7014 incapacidades (mediana 32 días, media 64,43 días, P25 11 días y P75 85 días). En la quinta, se registraron 7272 incapacidades (mediana 30 días, media 53,29 días, P25 9 días y P75 72 días). Por último, durante la sexta ola se presentaron 11130 expedientes (mediana 23 días, media 36,48 días, P25 8 días y P75 53 días).

Se observó una tendencia decreciente a lo largo de las olas, tanto de la duración media como de la mediana. Los valores máximos de incapacidad también disminuyeron, de 778 días en la primera ola a 219 días en la sexta.

Como el p-valor obtenido es menor de 0,05 (p-valor < 0,001), se realizaron las comparaciones dos a dos para ver entre qué momentos de tiempo se obtienen las diferencias significativas. Los valores que se muestran son los p-valores de las comparaciones dos a dos con la corrección de Bonferroni (**Tabla 1**).

Tabla 1. Comparaciones dos a dos de las olas epidémicas

	1 ola	2 ola	3 ola	4 ola	5 ola	6 ola
1 ola	-	-	-	-	-	-
2 ola	<0.001	-	-	-	-	-
3 ola	<0.001	<0.001	-	-	-	-
4 ola	<0.001	<0.001	<0.001	-	-	-
5 ola	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	-	-
6 ola	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	-

También se calculó el test de Jonckheere-Terpstra para comprobar si a medida que pasaban las olas (variable ´ola` tratada como una variable ordinal), el tiempo de ´duración IT` era menor, y el p-valor obtenido es de 0,001, afirmando que la duración de los expedientes fue disminuyendo. Por tanto, con el tiempo los procesos de incapacidad fueron más cortos (**Figura 1**).

Comparación de ´duración de la incapacidad` en función del sexo

Se ha utilizado el test no paramétrico de la U-Mann-Whitney. Se observó que 45591 expedientes fueron presentados por mujeres (mediana 35 días, media 64,51 días, P25 12 días y P75 83 días), y 6155 por hombres (mediana 31 días, media 61,25 días, P25 10 días y P75 78 días).

Como el p-valor es menor de 0,05 (p-valor < 0,001), se afirma que la mediana de duración de los expedientes presentados por mujeres es mayor, con una diferencia estadísticamente significativa. Hay que tener en cuenta, que con tamaños muestrales tan grandes, la potencia es muy alta y se pueden obtener diferencias estadísticamente significativas sin ser clínicamente relevantes.

Relación de ´duración de la incapacidad` en función de la edad

Se ha calculado el coeficiente de correlación de Pearson y Spearman, pero dada la gran asimetría de la variable ´duración IT` se recomienda el coeficiente de correlación de Spearman, cuyo valor es 0,2 (p < 0,001). Lo cual se interpretaría como la existencia de una relación positiva y débil entre las variables, aunque significativa, y esto puede deberse al gran tamaño muestral (N = 51746).

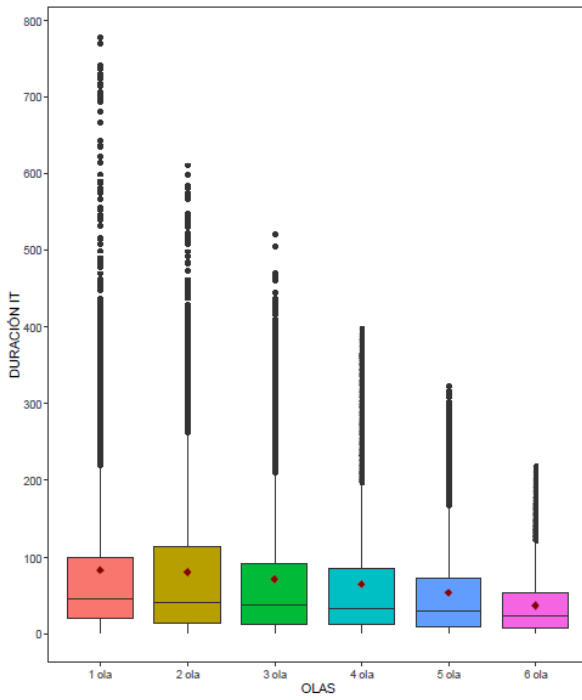


Figura 1. Diagrama de cajas y bigotes de ´olas` y ´duración IT`

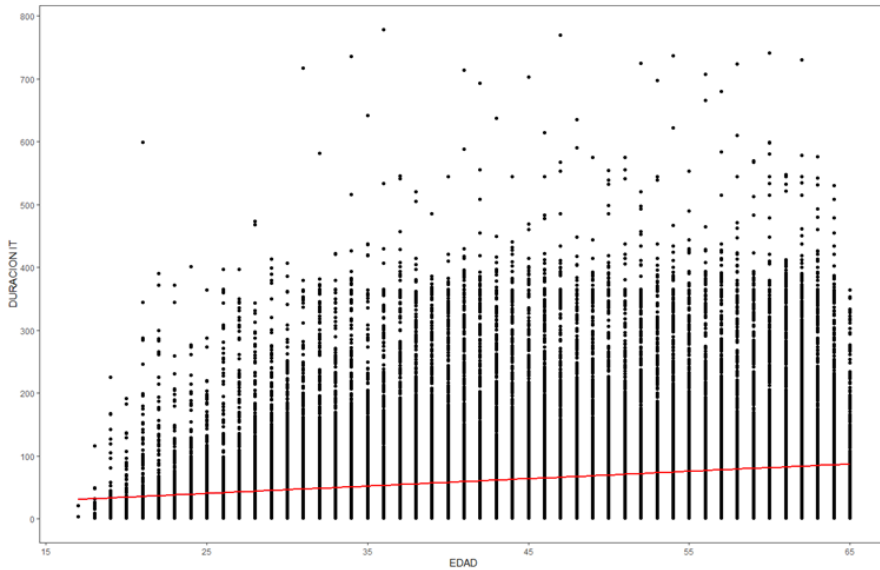


Figura 2. Gráfico de dispersión de ´edad` y ´duración IT`

Se observa una tendencia ligeramente creciente a medida que aumenta la edad, aunque la nube de puntos es bastante dispersa. Además, destacan los valores atípicos, procesos de incapacidad de duraciones muy largas (**Figura 2**).

Comparación de `duración de la incapacidad` en función de la CNO-11

Para analizar si existen diferencias entre la duración de las incapacidades y las profesiones estudiadas, hemos empleado el test no paramétrico de Kruskal-Wallis.

La ocupación con más expedientes fue los auxiliares de enfermería hospitalarios (5611), con 18826 expedientes (mediana 36 días, media 66,4 días, P25 12 días y P75 86 días). En segundo lugar, los enfermeros no especializados (2121), 13613 expedientes (mediana 34 días, media 63,14 días, P25 12 días y P75 80 días). En contraposición, los profesionales con menor número de incapacidades fueron los médicos especialistas (2112), 3725 expedientes (mediana 33 días, media 61,51 días, P25 13 días y P75 78 días).

Teniendo en cuenta la duración de los procesos, los expedientes más cortos fueron de los médicos de familia (2111), 4578 incapacidades (mediana 24 días, media 56,33 días, p25 9 días y P75 70 días). Las duraciones mínimas fueron iguales en todos los grupos, 1 día; y las máximas, variaron desde los 703 hasta los 778 días.

Como el p-valor es menor de 0,05 (p-valor < 0,001), se realizaron las comparaciones dos a dos con la corrección de Bonferroni. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el código de la CNO-11 (2111) correspondiente a los médicos de familia, con el resto de ocupaciones. Entre el resto de grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Es decir, no se demuestran diferencias significativas de la duración de las incapacidades según la ocupación, excepto en los médicos de familia con respecto a todos los demás grupos profesionales, donde la duración de los procesos sí fue menor.

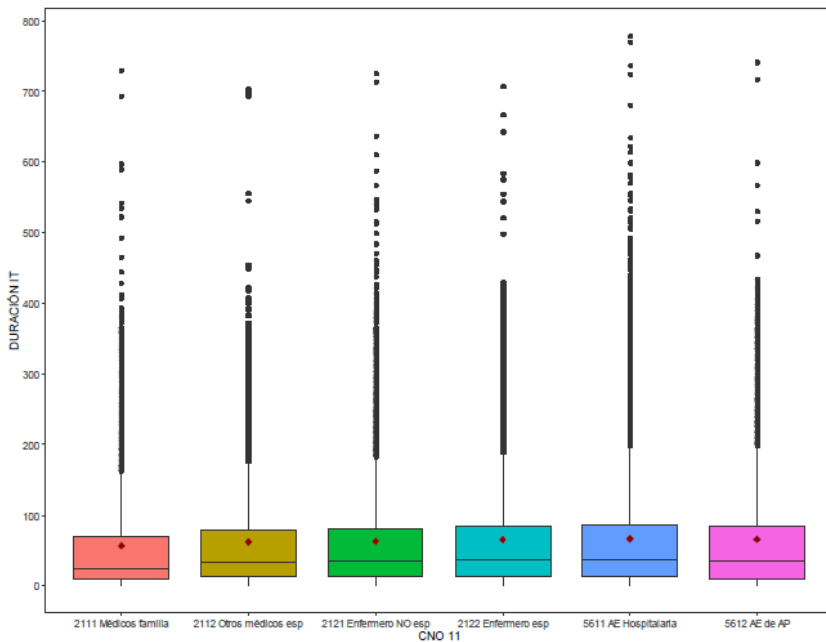


Figura 3. Diagrama de cajas y bigotes de `CNO-11` y `duración IT`

Se observa una ligera disminución de la duración de la IT en el grupo de médicos de familia (2111). La existencia de muchos valores atípicos (outliers) resalta la variabilidad en la duración de las IT (**Figura 3**).

Comparación de `duración de la incapacidad` en función de la resolución

Hemos empleado el test no paramétrico de Kruskal-Wallis. El motivo de resolución de la mayoría de expedientes fue por alta (N = 51643; mediana 34 días, media 63,71 días, P25 12 días y P75 82 días), 85 de los procesos fueron aprobados como incapacidades permanentes (mediana 274 días, media 303,11 días, P25 173 días y P75 429 días), y 18 concluyeron por fallecimiento del trabajador (mediana 79 días, media 111,33 días, P25 32,75 días y P75 175,5 días).

Como el p-valor es menor de 0,05 (p-valor < 0,001), se realizaron las comparaciones dos a dos con la corrección de Bonferroni. Se obtiene una diferencia estadísticamente significativa al comparar los grupos de `altas` y `aprobación IP` (p-valor < 0,001), confirmando así que los procesos aprobados como incapacidades permanentes tuvieron una duración mayor en comparación con las `altas` de manera estadísticamente significativa. También hay diferencia estadísticamente significativa entre la duración de las IP y los fallecidos (p-valor 0,0036), y un p-valor 0,05 al comparar el grupo de `altas` y `fallecimiento` (**Figura 4**).

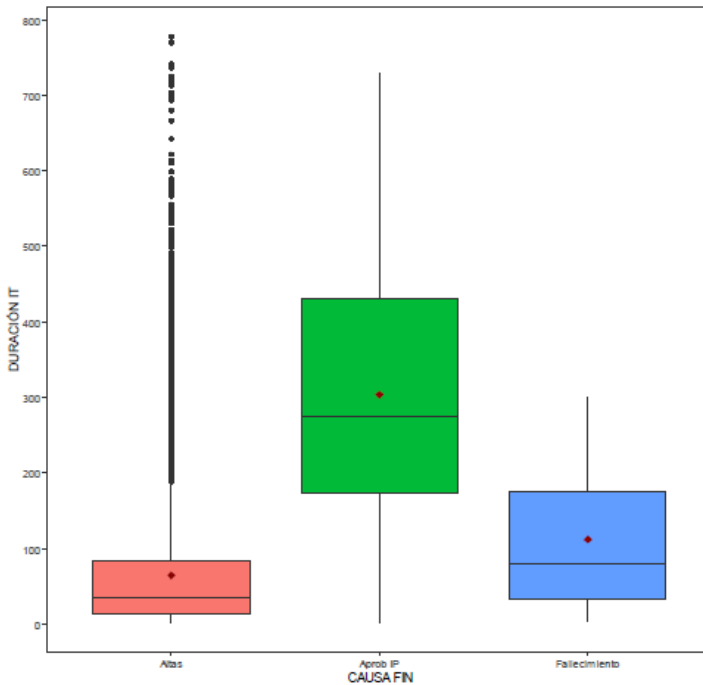


Figura 4. Diagrama de cajas y bigotes de `causa fin` y `duración IT`

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados, tras el análisis de los expedientes de incapacidad presentados por trabajadores sanitarios con trastornos mentales durante la pandemia, se rechaza nuestra hipótesis inicial, demostrándose precisamente lo contrario a lo planteado.

Es decir, se planteó que la duración de los procesos de incapacidad podría ser mayor a lo largo del tiempo, considerando un posible desgaste anímico del personal sanitario por la exposición intensa y prolongada a distintos factores de riesgo psicosociales recogidos en múltiples estudios ^(12,21,22).

Sin embargo, al comparar la duración de los expedientes en función de cada ola en las que se clasificaron los periodos de mayor incidencia por SARS-CoV-2, observamos una tendencia decreciente y estadísticamente significativa.

Por tanto, se afirma que la duración de los expedientes disminuyó a lo largo de las olas epidémicas. Lo cual podría explicarse por diversos motivos, entre ellos la disminución de la letalidad de la infección, como recoge el Ministerio de Sanidad en sus informes sobre la evolución diaria de la pandemia. Además, a partir de la quinta ola más del 70% de la población había sido vacunada, por lo que su efecto también podría haber reducido la gravedad de la enfermedad ⁽²³⁾.

Durante las primeras olas, la alta mortalidad y gravedad de los casos generaron un ambiente de trabajo extremadamente estresante y traumático para los sanitarios. Los trabajadores estaban expuestos a la muerte de numerosos pacientes en poco tiempo y bajo condiciones de aislamiento y recursos limitados, factores importantes de estrés que pueden derivar en problemas psicológicos como ansiedad, depresión y estrés postraumático ^(12,24). En las olas posteriores, al disminuir la mortalidad, es probable que el nivel de “estrés traumático” haya bajado, reduciendo la gravedad de los síntomas de salud mental en los trabajadores.

Por otro lado, con el avance de la pandemia y el mayor conocimiento sobre la enfermedad, los protocolos y tratamientos mejoraron, así como las medidas de prevención. Y con ello, la disminución de percepción de riesgo, la incertidumbre, las muertes y decisiones drásticas ante la escasez de recursos, suponiendo un “alivio” emocional ^(12,24).

En definitiva, podríamos resumirlo como que el impacto sobre la salud mental entre los sanitarios durante la pandemia, debido a altos niveles de estrés, ansiedad y agotamiento; atribuidos al intenso volumen de trabajo, miedo al contagio y a la alta mortalidad inicial; disminuyó a lo largo de la pandemia, gracias a la mejora en el conocimiento de la infección, a la vacunación y avances en el tratamiento, a la actualización constante de los protocolos de prevención y equipos de protección, y a la adaptación del personal ante la nueva situación sanitaria. Todo ello, reflejado en los resultados obtenidos, donde la duración de los procesos de incapacidad laboral no aumentó a lo largo de las olas epidémicas, sino que, disminuyó con el tiempo.

En relación a la distribución por sexo, la cantidad de expedientes fue muy superior en mujeres (45591) frente a los hombres (6155). Esto podría explicarse por la alta tasa de feminización del sector sanitario ^(12,21). Además, la duración de los procesos también fue mayor de manera estadísticamente significativa entre las mujeres.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que dado el gran tamaño muestral, que condiciona una potencia muy alta, podrían obtenerse diferencias estadísticamente significativas sin ser clínicamente relevantes. La bibliografía consultada también señala a la mujer como el sexo más perjudicado en cuanto a patología mental sufrida durante el periodo COVID-19, relacionándolo con una mayor sobrecarga laboral, tanto por la feminización del sector como por el rol tradicional de las mujeres en el cuidado familiar, con una mayor afectación de las demandas emocionales y físicas ^(12,21,22,25,26).

En cuanto a la edad, se obtuvo una relación positiva, aunque débil, y estadísticamente significativa, de que a mayor edad la duración de la incapacidad era más larga. En contraposición, la mayor parte de la literatura consultada señala una mayor afectación en la salud mental de los trabajadores más jóvenes (20-30 años), asociándola con una menor experiencia y capacitación para manejar situaciones de crisis ^(12,22); aunque, uno de los estudios consultados determina que los resultados por edad no son concluyentes ⁽²¹⁾.

Analizando los datos de nuestra muestra, observamos un percentil 25 de 36 años y un percentil 75 de 55 años, intervalo que podría relacionarse con mayores cargas laborales y familiares. Por lo que, a la intensa demanda laboral y miedo al contagio que sufrió todo el personal sanitario independientemente de su edad, los trabajadores en este rango sí que pudieron tener mayor problema para la conciliación

familiar (por cuidado de hijos o mayores durante el confinamiento), aumentando en ellos el estrés y las demandas emocionales que pudieran convertir sus periodos de incapacidad por patología mental en procesos más largos que en el resto de sus compañeros.

Otro aspecto a tener en cuenta en la mayor duración de las incapacidades a mayor edad, podría ser la prevalencia más alta de enfermedades concomitantes que condicionaran una recuperación más lenta.

En relación a la ocupación, el mayor número de expedientes corresponde a los auxiliares de enfermería del ámbito hospitalario (18826), mientras que el menor número de procesos corresponde a los médicos especialistas (3725). En cuanto a la duración, la mayor duración también corresponde a los auxiliares de enfermería hospitalarios; mientras que la duración más corta, corresponde también a médicos, en este particular a los médicos de familia.

Según la bibliografía consultada, el colectivo identificado como más vulnerable a sufrir alteraciones sobre su salud mental serían las enfermeras y profesionales con baja cualificación; mientras que, acorde a nuestros resultados, los médicos se han visto menos afectados en comparación con el resto ^(12,22,26).

Una de las explicaciones podría ser la contratación de personal con baja experiencia o la reubicación de algunos grupos profesionales en puestos de mayor necesidad, lo cual pudo aumentar los factores estresantes de la incorporación a tareas que no son las habituales en una situación ya estresante en sí misma ⁽¹²⁾. Sobre este razonamiento, los puestos más especializados como el de los médicos, son más difíciles de reasignar, pues ya cubren normalmente puestos esenciales para el desarrollo asistencial.

Sin olvidar, que los profesionales de la enfermería (enfermeros y auxiliares) interaccionan de manera más constante en los cuidados directos y prolongados de los pacientes, lo cual pudo incrementar el impacto emocional. Mientras que los médicos, también expuestos a la sobrecarga, estuvieron y están más involucrados en la toma de decisiones y en tareas no tan continuas de contacto directo, pudiendo haber influido en una menor sobrecarga emocional directa y mejor resiliencia.

Los diagnósticos más frecuentes de nuestra muestra coinciden con la literatura publicada, diversos artículos destacan la mayor prevalencia de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT) en los profesionales del sector sanitario ^(12,22,25-28). Motivos diagnósticos que se ajustan a procesos agudos, reactivos a una situación de crisis como la vivida durante la pandemia.

Según los resultados, el grupo profesional más afectado, con mayor número de incapacidades y mayor duración, serían las auxiliares de enfermería, mujeres y de mediana edad. Por tanto, consideramos que es el grupo que más podría beneficiarse de medidas preventivas sobre la salud mental.

Para el afrontamiento de situaciones de emergencia sanitaria se han propuesto actividades de promoción y protección de la salud mental, desde actividades individuales de autocuidado a actividades comunitarias de apoyo entre compañeros. Además, se anima a las instituciones a la creación de programas de detección y seguimiento de la patología mental entre los trabajadores.

Dado que patologías como los trastornos de ansiedad y adaptación son altamente prevalentes pero tratables, es fundamental implementar estrategias de intervención temprana para evitar su cronificación y progresión a incapacidades temporales prolongadas o permanentes.

Medidas preventivas propuestas:

- **Psicoeducación:** educación sobre manejo emocional, control del estrés, resiliencia, cuidado de la salud mental...
- **Formación:** cursos sobre trabajo en equipo, liderazgo saludable...
- **Programas de ayuda mutua,** donde los miembros del equipo se presten apoyo, fomentando el compañerismo y disminuyendo la estigmatización. Facilitando espacios de escucha activa donde compartir preocupaciones y promover soluciones.
- **Espacios en los que el personal pueda “desconectar”.** Ejemplo, ante un episodio emocionalmente intenso, que otorgue intimidad y facilite la posterior reincorporación a sus tareas.
- **Apoyo profesional,** profesionales de la salud mental a los que se les habilite un tiempo de valoración para trabajadores sanitarios (consulta telefónica, presencial, grupos de apoyo...)

- **Implicación de los Servicios de Prevención**, como parte de la vigilancia de la salud, fomentar la valoración de los factores de riesgos psicosociales, informar sobre signos de alarma, animar a la atención profesional, promover recursos que se habiliten desde la organización y evaluar periódicamente la estabilidad emocional del personal. En definitiva, *cuidar de los que nos cuidan*.
- **Estrategias organizativas**, que disminuyan el desgaste emocional y físico (rotar de las funciones de mayor estrés a las de menor estrés, reunir en el mismo turno a aquellos sin experiencia con colegas más experimentados, organizar descansos...) ^(12,24,27).

Limitaciones

A destacar la falta de datos sobre cómo afectó en cuanto a incapacidades laborales la pandemia al resto de ocupaciones, de manera que hubiésemos podido comparar la repercusión en sanitarios con profesionales de otros sectores.

La amplia posibilidad de clasificación de la patología mental según la CIE-10 y considerando que generalmente el diagnóstico no suele estar dado por un médico especialista en psiquiatría, podría favorecer la falta de precisión diagnóstica al codificar las incapacidades, resultando así en una diferencia tan evidente como la obtenida entre la primera causa de IT (F41, Otros trastornos de ansiedad) y el resto.

Por último, aunque muchos han sido los estudios publicados sobre cómo ha afectado a la salud mental del personal sanitario la pandemia por COVID-19, no hemos encontrado bibliografía específica que tratara la repercusión sobre la actividad laboral o las incapacidades en sí mismas.

Conclusiones

Podemos concluir que la duración de la incapacidades entre el personal sanitario por patología mental durante la pandemia mantuvo una tendencia decreciente a lo largo de las diferentes olas epidémicas.

Aunque la incidencia de COVID-19 continuó siendo elevada, la reducción de su letalidad y el cambio en la gestión del trabajo pudieron haber contribuido a disminuir la carga emocional del personal sanitario.

Además, la vacunación y adaptación progresiva a los protocolos de manejo de la enfermedad probablemente mejoraron la percepción de seguridad en los trabajadores, reflejándose en procesos menos prolongados.

Sería interesante en futuros estudios, profundizar en la comparación de la duración entre las distintas ocupaciones y comunidades autónomas, analizando la duración en función del número de expedientes, para obtener en qué grupos profesionales y comunidades se producen más procesos de incapacidad por patología mental y en cuáles tienen mayor duración.

También podría estudiarse entre las comunidades que sufrieron mayor incidencia y mortalidad, si hay asociación con un mayor número de expedientes por patología mental y una mayor duración de los mismos.

Todo ello, con la intención de analizar si existen diferencias entre las distintas poblaciones en cuanto a repercusión laboral de la patología mental entre el personal sanitario, de forma que pueda estudiarse si se han aplicado estrategias preventivas en el ámbito de la salud mental en algunas comunidades que estuvieran resultando efectivas y poder ampliar su uso.

En definitiva, se resalta la creciente importancia de la salud mental y su impacto en el ámbito laboral sanitario, subrayando la necesidad de investigar y abordar los riesgos psicosociales en los lugares de trabajo. Siendo crucial implementar medidas preventivas eficaces, lo que constituye una responsabilidad profesional y un potencial campo de investigación para el futuro, con el fin de promover entornos laborales más saludables y sostenibles. Enfatizando el cuidado de la salud mental de los trabajadores sanitarios no sólo durante las crisis, sino también en las fases de recuperación y normalización posteriores.

Bibliografía

1. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet Lond Engl.* 2020;395(10223):497-506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).
2. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, Groot RJ de, Drosten C, Gulyaeva AA, et al. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses – a statement of the Coronavirus Study Group. *BioRxiv*; 2020. p. 2020.02.07.937862. <https://doi.org/10.1101/2020.02.07.937862>.
3. OMS. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
4. Our World in Data. COVID-19 Data Explorer. Disponible en: <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>
5. Ministerio de Sanidad. Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta. La COVID-19 tras el fin de la emergencia sanitaria. Nuevo marco estratégico integrado en la vigilando y control de las infecciones respiratorias agudas. 5 de julio de 2023; Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/documentos/Nuevo_marco_estrategico_COVID-19_05072023.pdf
6. Søvdal LE, Naslund JA, Kousoulis AA, Saxena S, Qoronfleh MW, Grobler C, et al. Prioritizing the Mental Health and Well-Being of Healthcare Workers: An Urgent Global Public Health Priority. *Front Public Health.* 2021;9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.679397>.
7. 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.* Agosto de 2020;88:901-7. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>.
8. De Hert S. Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local Reg Anesth.* 2020;13:171-83. <https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>.
9. Berges BM, Fernández MEO. Efectos psicológicos de la pandemia covid 19 en el personal del ámbito sanitario. *Enferm Glob.* 1 de abril de 2021;20(2):254-82. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.427161>.
10. Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health, Organization WH, Organization IL. Comité Mixto OIT/OMS sobre Higiene del Trabajo [se reunió en Ginebra del 18 al 23 de marzo de 1957] : tercer informe. Organización Mundial de la Salud; 1957. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37336>
11. Collado Hernández B, Torre Rugarcía Y. Actitudes hacia la prevención de riesgos laborales en profesionales sanitarios en situaciones de alerta epidemiológica. *Med Segur Trab.* Junio de 2015;61(239):233-53. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2015000200009>.
12. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Estudio de situación de los riesgos psicosociales en el personal de centros sanitarios: impacto de la pandemia por COVID-19. 2022;104.
13. UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf. Disponible en: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf>
14. WHO. Substantial investment needed to avert mental health crisis. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>
15. OMS. Trastornos mentales. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
16. eCIE-Maps - CIE-10-ES Diagnósticos. Disponible en: <https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/metabuscador.html>
17. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR. Impacto del SARS-CoV-2 (COVID-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios:

una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 23 de julio de 2020;94:20. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/REVISIONES/RS94C_202007088.pdf

- 18.** Miranda CLL. Prevalencia de Incapacidad Temporal por trastornos mentales, relacionados con conflictos laborales, en la provincia de Sevilla. *Rev Enferm Trab*. 2019;9(2):109-15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7108162>
- 19.** Torrecillas González JL. Patología psicosocial de origen laboral. *Cienc Forense*. 2014;(11):167-92. Disponible en: <https://ifc.dpz.es/recursos/publicaciones/34/42/10gonzaleztorrecillas.pdf>
- 20.** Calvo Bonacho E. Duración de la Incapacidad Temporal asociada a diferentes patologías en trabajadores españoles. Discusión acerca de la ITCC en los trastornos mentales. Disponible en: https://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/3b47534e-44ec-4e18-b508-d7dce6776505/PF09_05_DISCUS.pdf?MOD=AJPERES
- 21.** Danet Danet A. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Med Clínica*. 7 de mayo de 2021;156(9):449-58. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>.
- 22.** Luceño-Moreno L, Talavera-Velasco B, García-Albuérne Y, Martín-García J. Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. Enero de 2020;17(15):5514. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155514>.
- 23.** Tudela A, Delgado A. DATADISTA. Todos los datos de la evolución diaria de la COVID-19 en España. Disponible en: <https://www.datadista.com/coronavirus/datos-evolucion-diaria-pandemia-covid19-en-espana/>
- 24.** Cantor-Cruz F, McDouall-Lombana J, Parra A, Martín-Benito L, Paternina Quesada N, González-Giraldó C, et al. Cuidado de la salud mental del personal de salud durante COVID-19: recomendaciones basadas en evidencia y consenso de expertos. *Rev Colomb Psiquiatr*. Julio de 2021;50(3):225-31. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.02.007>.
- 25.** Muller AE, Hafstad EV, Himmels JPW, Smedslund G, Flottorp S, Stensland SØ, et al. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Res*. Noviembre de 2020;293:113441. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113441>.
- 26.** Chatzittofis A, Karanikola M, Michailidou K, Constantinidou A. Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Healthcare Workers. *Int J Environ Res Public Health*. 3 de febrero de 2021;18(4):1435. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041435>.
- 27.** Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Trabajar en tiempos de COVID-19: buenas prácticas de intervención psicosocial en centros sanitarios. 2020;59.
- 28.** Vicente-Pardo JM, López-Guillén-García A, Vicente-Pardo JM, López-Guillén-García A. La incapacidad temporal laboral en los tiempos del COVID-19, aspectos preventivos y consecuencias. *Med Segur Trab*. Marzo de 2021;67(262):37-72. <https://dx.doi.org/10.4321/s0465-546x2021000100004>.