

Universidad de Huelva

Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud
Pública



Género, bienestar emocional y compromiso académico en estudiantes de Enfermería durante la pandemia de COVID-19

**Memoria para optar al grado de doctor
presentada por:**

Jorge Martín Pereira

Fecha de lectura: 26 de marzo de 2026

Bajo la dirección de los doctores:

Juan Gómez Salgado

Macarena Romero Martín

Javier Fagundo Rivera

Huelva, 2026



Universidad de Huelva

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

Género, bienestar emocional y compromiso académico en
estudiantes de Enfermería durante la pandemia de
COVID-19

Memoria para optar al grado de doctor presentada por:

Jorge Martín Pereira

Fecha de lectura:

Bajo la dirección de los doctores:

Juan Gómez Salgado

Macarena Romero Martín

Javier Fagundo Rivera

Huelva, 2025





Universidad
de Huelva

Escuela de Doctorado

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

**Género, bienestar emocional y compromiso
académico en estudiantes de Enfermería durante la
pandemia de COVID-19**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR:

Jorge Martín Pereira

Directores de la Tesis

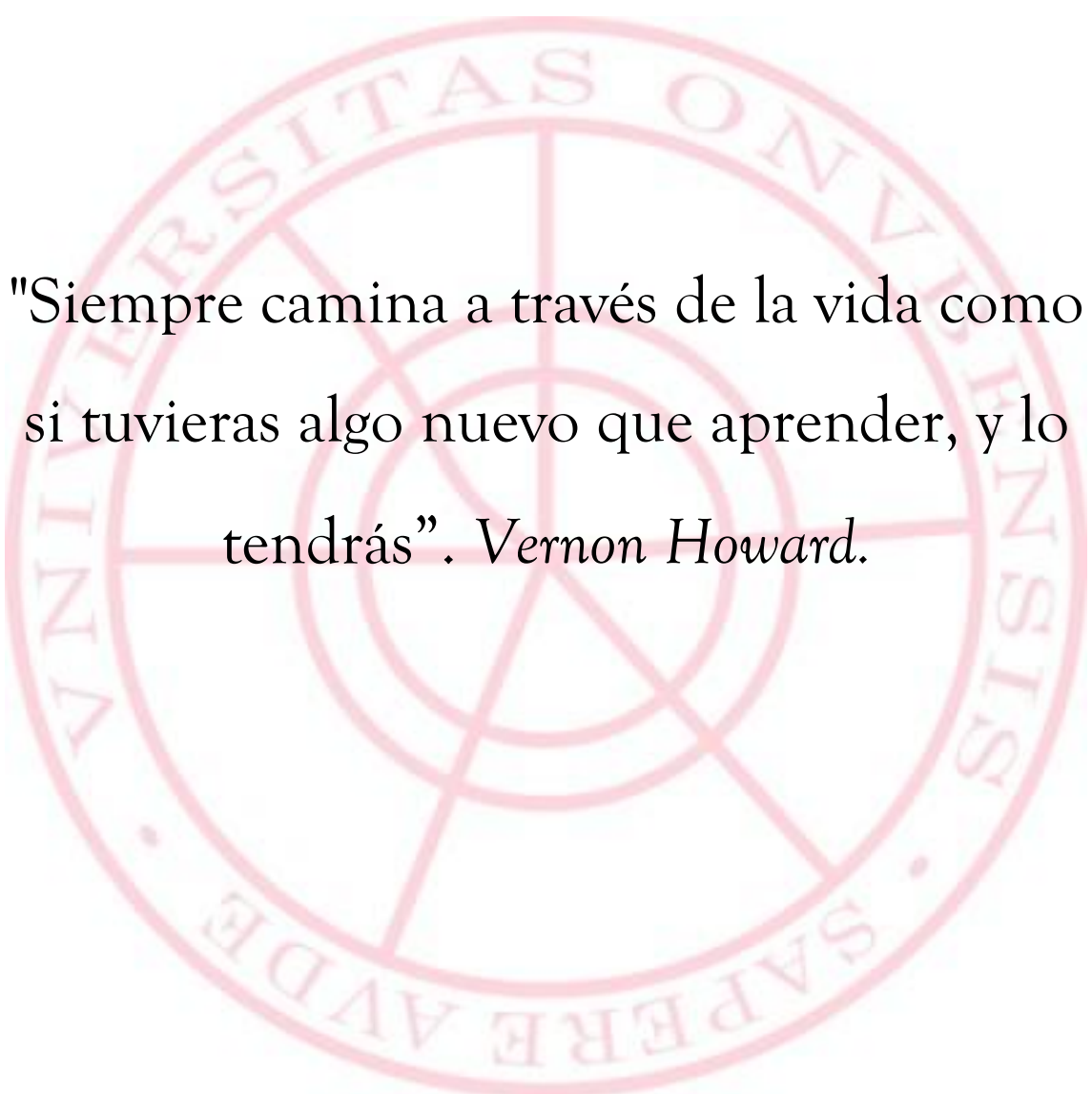
Dr. Juan Gómez Salgado

Dra. Macarena Romero Martín

Dr. Javier Fagundo Rivera

2025





"Siempre camina a través de la vida como si tuvieras algo nuevo que aprender, y lo tendrás". *Vernon Howard.*



Dedicatoria

A aquellas personas que han dedicado su vida a enseñar y compartir su conocimiento con otros.



Agradecimientos

Agradezco, en primer lugar, a mis directores de tesis.

Juan Gómez Salgado, su apoyo incondicional, su paciencia y sus valiosos consejos a lo largo de este proceso. Siendo su orientación fundamental para la realización de este trabajo.


Macarena Romero Martín, por el apoyo que me ha brindado con sus conocimientos y crítica constructiva.

Javier Fagundo Rivera, por su ayuda y los conocimientos que me ha aportado.

En segundo lugar, me gustaría agradecer a mi mujer y compañera de vida, Penélope y mi hija Zoe, por creer en mí dándome la fuerza y el apoyo necesarios para este proyecto.

Finalmente, agradezco a todas aquellas personas que, de una manera u otra, han contribuido a la realización de este trabajo.



The seal of the University of Huelva is a circular emblem. It features a central five-pointed star (pentagram) with a smaller pentagram inside it. The star is superimposed on a grid of concentric circles and radial lines. The outermost circle contains the Latin text "UNIVERSITAS ONUBENSIS" at the top and "SAPERE AVDE" at the bottom, separated by two small dots.

**Género, bienestar emocional y compromiso académico en
estudiantes de Enfermería durante la pandemia de
COVID-19**

Resumen

Introducción

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo en la educación y la salud mental de los estudiantes de enfermería en España. Este estudio se centra en cómo la pandemia ha afectado el bienestar emocional y el compromiso académico de los estudiantes de enfermería, prestando especial atención a las diferencias de género. La pandemia ha generado un contexto de incertidumbre y estrés, exacerbando las desigualdades preexistentes y afectando de manera desproporcionada a las mujeres en términos de carga emocional y responsabilidades de cuidado.

Objetivos

El presente estudio tiene como objetivos describir los niveles de compromiso académico de los estudiantes de enfermería durante la pandemia, así como analizar las diferencias en dicho compromiso según el género. Asimismo, se busca caracterizar el bienestar emocional de los estudiantes en este contexto y comparar su experiencia emocional de acuerdo con el género. Además, se pretende explorar cómo se relacionan el compromiso académico y el bienestar emocional con distintas variables sociodemográficas, así como examinar el impacto de las condiciones derivadas de la pandemia en ambos aspectos. Finalmente, se analiza la relación entre el compromiso académico y el bienestar emocional considerando la identidad de género.

Metodología

La metodología empleada en este estudio es de tipo descriptivo y observacional con un enfoque de corte transversal. Se utilizó un cuestionario autoadministrado en línea para recoger datos de una muestra de 1197 estudiantes de enfermería en España. El cuestionario incluyó preguntas sobre variables sociodemográficas, contextuales relacionadas con la COVID-19, y psicológicas, como el miedo y la ansiedad relacionados con la COVID-19, evaluados mediante la Escala AMICO, y el compromiso académico, evaluado con la escala UWES-S. Se realizaron análisis descriptivos y bivariados para evaluar las diferencias entre géneros y las correlaciones entre las variables estudiadas.

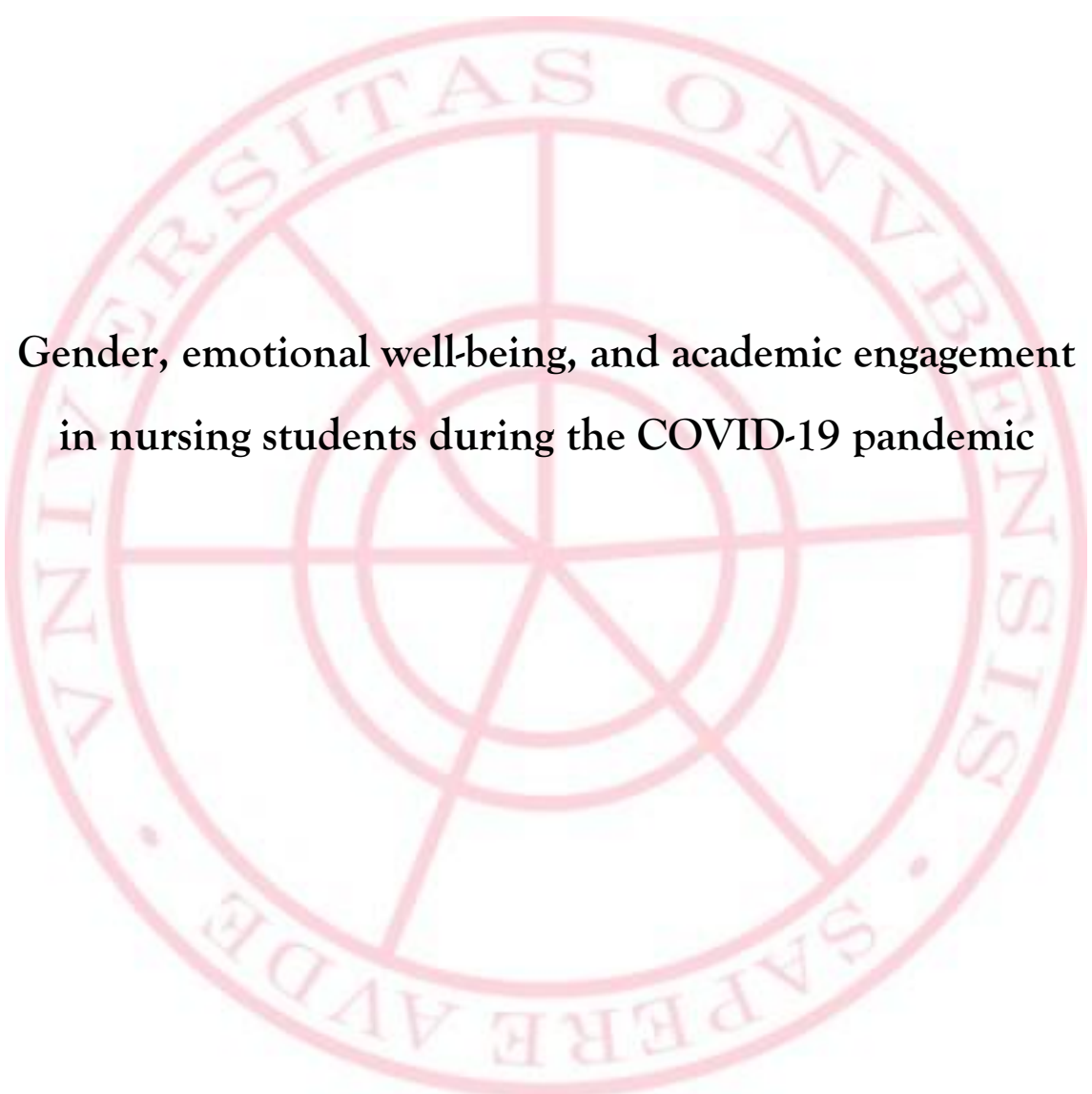
Resultados

El estudio, realizado con 1.197 estudiantes de Enfermería en España durante la pandemia de COVID-19, evidenció diferencias significativas según el género. Las mujeres presentaron mayores niveles de ansiedad y miedo frente a la COVID-19, mientras que los hombres mostraron un mayor compromiso académico. Se identificó una correlación negativa entre bienestar emocional y ansiedad, y positiva entre bienestar emocional y compromiso académico. Las condiciones contextuales, como la salud autopercebida y la información recibida, influyeron en ambas variables. Los hallazgos subrayan la necesidad de políticas educativas inclusivas y sensibles al género para fortalecer la formación y el bienestar en contextos de crisis.

Conclusiones

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto profundo y multifacético en la educación y la salud mental de los estudiantes de enfermería en España, poniendo de relieve importantes diferencias de género. Esta disparidad subraya la necesidad de políticas educativas que integren la perspectiva de género para ofrecer apoyos diferenciados y eficaces en situaciones de crisis. Además, la pandemia ha exacerbado desigualdades preexistentes, lo que refuerza la urgencia de reestructurar la formación en enfermería hacia un modelo más inclusivo, equitativo y resiliente. Dicho modelo debe priorizar el bienestar emocional y el compromiso académico como pilares fundamentales, favoreciendo un entorno formativo capaz de responder a los retos sanitarios y sociales, y promoviendo un cuidado integral que contemple tanto las necesidades del alumnado como la equidad en la atención a las personas.





**Gender, emotional well-being, and academic engagement
in nursing students during the COVID-19 pandemic**

Abstract

Introduction

The COVID-19 pandemic has significantly impacted the education and mental health of nursing students in Spain. This study examines how the pandemic has influenced their emotional well-being and academic engagement, with particular attention to gender differences. The pandemic has fostered a climate of uncertainty and stress, exacerbating pre-existing inequalities and disproportionately affecting women through increased emotional burden and caregiving responsibilities.

Objectives

The objectives of this study are to describe the levels of academic engagement among nursing students during the pandemic and to analyze gender-based differences in this engagement. It also aims to characterize students' emotional well-being in this context and compare their emotional experiences by gender. Additionally, the study explores how academic engagement and emotional well-being relate to various sociodemographic variables and examines the impact of pandemic-related conditions on both dimensions. Finally, it analyzes the relationship between academic engagement and emotional well-being, taking gender identity into account.

Methodology

The methodology employed in this study is descriptive and observational, with a cross-sectional design. An online self-administered questionnaire was used to collect data from a sample of 1,197 nursing students in Spain. The questionnaire included items on sociodemographic variables, contextual factors related to COVID-19, and psychological aspects such as fear and anxiety associated with COVID-19, assessed using the AMICO Scale. Academic engagement was measured using the UWES-S scale. Descriptive and bivariate analyses were conducted to evaluate gender differences and correlations among the variables studied.

Results

The study, conducted with 1,197 nursing students in Spain during the COVID-19 pandemic, revealed significant gender-based differences. Female students reported higher levels of anxiety and fear related to COVID-19, while male students demonstrated greater academic engagement. A negative correlation was found between emotional well-being and anxiety, and a positive correlation between emotional well-being and academic engagement. Contextual factors such as self-perceived health and the information received influenced both variables. These findings highlight the need for inclusive, gender-sensitive educational policies to strengthen training and well-being in times of crisis.

Conclusions

The COVID-19 pandemic has had a profound and multifaceted impact on the education and mental health of nursing students in Spain, revealing significant gender differences. This disparity highlights the need for gender-sensitive educational policies that offer differentiated and effective support during times of crisis. Moreover, the pandemic has exacerbated pre-existing inequalities, reinforcing the urgency of restructuring nursing education toward a more inclusive, equitable, and resilient model. Such a model must prioritize emotional well-being and academic engagement as foundational pillars, fostering a learning environment capable of addressing health and social challenges, and promoting comprehensive care that considers both students' needs and equity in patient care.

Glosario de siglas, acrónimos y abreviaturas

- **AEEE:** Asociación Nacional de Estudiantes de Enfermería
- **AFC:** Análisis Factorial Confirmatorio
- **AMICO:** Escala de Evaluación de Ansiedad y Miedo al COVID-19
- **APA:** American Psychological Association
- **AQU:** Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya
- **CFI:** Índice de ajuste comparativo
- **COVID-19:** Enfermedad por coronavirus 2019
- **DASS-21:** Depression Anxiety Stress Scales-21
- **EHEA:** Espacio Europeo de Educación Superior
- **EHEA:** European Higher Education Area
- **EPA:** Encuesta de Población Activa
- **EPI:** Equipos de Protección Individual
- **EPOC:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- **ERTE:** Expediente de Regulación Temporal de Empleo
- **FCV-19S:** Fear of COVID-19 Scale
- **FMI:** Fondo Monetario Internacional
- **GAD-7:** Generalized Anxiety Disorder-7
- **GHQ:** General Health Questionnaire
- **ICO:** Instituto de Crédito Oficial
- **IES-R:** Impact of Event Scale-Revised
- **IFI:** Índice de ajuste incremental
- **IFN:** Índice de ajuste normado
- **IFR:** Índice de ajuste relativo
- **INE:** Instituto Nacional de Estadística

- **KMO:** Kaiser-Meyer-Olkin
- **ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible
- **OECD:** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
- **OMC:** Organización Mundial del Comercio
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **OMT:** Organización Mundial del Turismo
- **ONU:** Organización de las Naciones Unidas
- **PPE:** Personal Protective Equipment
- **PIB:** Producto Interno Bruto
- **RMSEA:** Error cuadrático medio de aproximación
- **ROSA:** Regional Office for South Asia
- **SARS-CoV-2:** Síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2
- **SCS:** Self-Compassion Scale
- **SDG 5:** Sustainable Development Goal 5
- **SESPAS:** Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
- **SIIU:** Sistema Integrado de Información Universitaria
- **SOC:** Sentido de Coherencia
- **SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences
- **SRMR:** Residuo cuadrático medio de la raíz estandarizada
- **STAI:** State-Trait Anxiety Inventory
- **STROBE:** Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology
- **TEPT:** Trastorno de Estrés Postraumático
- **TLI:** Índice de Tucker-Lewis
- **UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos
- **UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

- **UWES:** Utrecht Work Engagement Scale
- **UWES-S:** Utrecht Work Engagement Scale - Student version
- **WHO:** World Health Organization.





Índice

1	INTRODUCCIÓN.....	18
1.1	Marco conceptual.....	18
1.1.1	La pandemia de la COVID-19: Origen, expansión y consecuencias globales.	18
1.1.2	Impacto de la COVID-19 en la formación enfermera.	42
1.1.3	Distribución de género en la enfermería, consecuencias para la salud mental, posibles sesgos y consecuencias a largo plazo.	52
1.2	Antecedentes.....	54
1.2.1	Introducción general al bienestar emocional y compromiso académico.....	54
1.2.2	La situación previa a la pandemia en estudiantes de Enfermería.	55
1.2.3	Impacto de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de los estudiantes universitarios de Enfermería.	57
1.2.4	Perspectiva de género en la salud mental y el compromiso académico.....	60
1.2.5	Evaluación de instrumentos de medida en bienestar emocional y compromiso académico.	64
1.2.6	Programas de intervención y estrategias de afrontamiento.	67
1.2.7	Brechas de investigación actuales.	69
2	MÉTODOS.	71
2.1	Pregunta de investigación.....	71
2.2	Objetivos.....	71
2.2.1	Objetivo general.....	72
2.2.2	Objetivos específicos:	72
2.3	Diseño de estudio	73
2.3.1	Población y muestra	74
2.3.2	VARIABLES DE ESTUDIO	79
2.3.3	Instrumentos de medida	83
2.3.4	Procedimiento de recogida de datos.....	89
2.3.5	Análisis de datos	90
2.3.6	Consideraciones éticas	91
3	RESULTADOS	94
3.1	Resultados del análisis descriptivo	94
3.1.1	Resultados descriptivos de las variables sociodemográficos de la muestra.	94
3.1.2	Resultados descriptivos de las variables contextuales relacionadas con la COVID-19 de la muestra.....	94
3.1.3	Resultados descriptivos de las variables psicológicas de la muestra.....	95
3.2	Resultados del análisis de género	97

3.2.1	Resultados descriptivos sociodemográficos y contextuales de la COVID-19 desde la perspectiva de género	97
3.2.2	Resultados descriptivos de las variables psicológicas desde la perspectiva de género	100
3.2.3	Análisis de relaciones entre variables desde la perspectiva de género	115
4	DISCUSIÓN	120
4.1	Introducción a la discusión	120
4.2	Diferencias por género en salud mental en el alumnado de Enfermería durante la pandemia	123
4.3	Compromiso académico y género: una mirada sociocultural a la implicación del alumnado.....	127
4.4	Factores contextuales, estructurales e institucionales relacionados con la COVID-19: disponibilidad de EPI, formación práctica y salud pública.....	131
4.5	Implicaciones culturales y estigmas de género en la identidad profesional enfermera	135
4.6	Limitaciones.....	139
4.7	Aportaciones de los resultados y su aplicabilidad: lecciones de la pandemia para una política educativa con visión inclusiva.....	141
5	CONCLUSIONES	151
5.1	Conclusiones generales	151
5.2	Conclusiones específicas por objetivos.....	152
6	REFERENCIAS.....	159
7	ANEXOS.....	174



Índice de tablas

Tabla 1. Cronología de la pandemia COVID-19 hasta junio de 2025.	19
Tabla 2. Análisis factorial exploratorio de la estructura interna.	85
Tabla 3. Índices de ajuste del modelo del análisis factorial confirmatorio.	86
Tabla 4. Resultados descriptivos de la edad y estado de salud.	97
Tabla 5. Resultados descriptivos sociodemográficos y contextuales de la COVID-19 segregados por género.	99
Tabla 6. Resultados descriptivos de AMICO.	101
Tabla 7. Resultados descriptivos UWES.	107
Tabla 8. Diferencias entre las puntuaciones de las escalas AMICO y UWES-S según el género.	110
Tabla 9. Correlaciones entre las puntuaciones de UWES-S and AMICO, información recibida y estado de salud percibido.	112
Tabla 10. Pruebas multivariante (Pillai, Wilks, Hotelling, Roy)	113
Tabla 11. Pruebas de efectos entre sujetos.	114
Tabla 12. Medias marginales estimadas y comparación por pares.	115



Índice de figuras

1.	Figura 1. Progresión de casos y muertes a lo largo del tiempo, destacando eventos clave en la lucha contra la pandemia.....	21
2.	Figura 2. Distribución de los profesionales de enfermería según el género en España.....	43
3.	Figura 3. Estructura factorial mediante análisis factorial confirmatorio.....	87
4.	Figura 4. Gráfico dispersión de la distribución de puntuaciones de la escala AMICO según la edad.....	102
5.	Figura 5. Diagrama de cajas para la puntuación media AMICO según el curso académico.	103
6.	Figura 6. Pirámide poblacional según el curso académico: distribución de puntuaciones de AMICO.	104
7.	Figura 7. Pirámide poblacional: distribución de puntuaciones totales AMICO entre mujeres (morado) y hombres (azules)	105
8.	Figura 8. Gráfico dispersión distribución de puntuaciones UWES y edad. ...	108
9.	Figura 9. Diagrama de cajas para la puntuación media UWES, según el curso académico.	108
10.	Figura 10. Pirámide poblacional: distribución de puntuaciones totales UWES entre mujeres (morado) y hombres (azules)	109
11.	Figura 11. Mapa de relaciones para las variables género, diagnóstico, y curso académico	117
12.	Figura 12. Mapa de relaciones para las variables género, diagnóstico, salud autopercebida y número de convivientes	118
13.	Figura 13. Mapa de relaciones para las variables género, formación recibida en materia de seguridad, y salud autopercebida.	119



1 INTRODUCCIÓN.

1.1 Marco conceptual.

1.1.1 La pandemia de la COVID-19: Origen, expansión y consecuencias globales.

1.1.1.1 Origen del SARS-CoV-2 y declaración de emergencia sanitaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó por primera vez casos de una neumonía de origen desconocido en Wuhan, China, en diciembre de 2019. El 30 de enero de 2020, la OMS proclamó una emergencia de salud pública de interés internacional, y el 11 de marzo de 2020, clasificó el brote como pandemia. El virus responsable fue nombrado SARS-CoV-2 y la enfermedad que causa, COVID-19 (1). Desde entonces, se ha diseminado a nivel global, impactando gravemente en la salud pública, las economías y los sistemas sociales y de salud (2). La declaración de emergencia internacional y la designación como pandemia marcaron un hito global, iniciando una serie de medidas sanitarias sin precedentes para limitar la propagación del virus.

Tabla 1. Cronología de la pandemia COVID-19 hasta junio de 2025.

Fecha	Evento
Diciembre 2019	Reporte de neumonía de causa desconocida en Wuhan, China
Enero 2020	Identificación del nuevo coronavirus SARS-CoV-2
30 Enero 2020	OMS declara Emergencia de Salud Pública de Preocupación Internacional
11 Marzo 2020	OMS declara la pandemia de COVID-19
Marzo - Abril 2020	Implementación global de cuarentenas, confinamientos y cierre de fronteras
Diciembre 2020	Inicio de la vacunación masiva con vacunas aprobadas de emergencia
2021	Aparición de variantes de preocupación (Alpha, Delta, Ómicron)
Noviembre 2021	Identificación de la variante Ómicron
2022	Levantamiento progresivo de restricciones en muchos países
Mayo 2023	OMS declara el fin de la emergencia sanitaria internacional por COVID-19
2024-2025	Vigilancia continua; COVID-19 permanece como enfermedad endémica con brotes esporádicos

Fuente: WHO. Coronavirus disease (COVID-19) situation reports and related documents. World Health Organization; 2020-2025 (3).

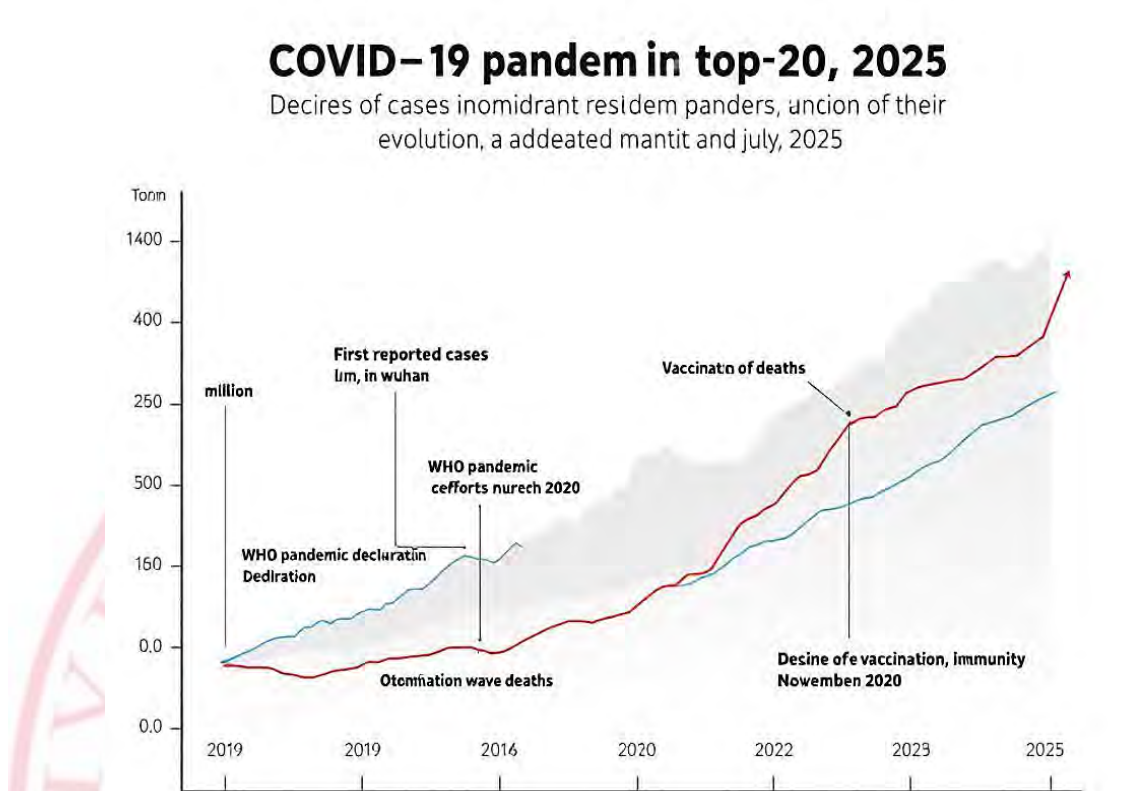
1.1.1.2 Evolución, circulación global del SARS-CoV-2.

Desde su aparición a finales de 2019, el SARS-CoV-2 ha sufrido una evolución genética constante, dando lugar a varias variantes con diferentes propiedades epidemiológicas y virológicas. La propagación mundial del virus ha sido dinámica, mostrando cambios en la velocidad de transmisión y en la prevalencia de diferentes variantes según las regiones y los periodos analizados (4).

El informe más reciente de la OMS, fechado el 11 de mayo de 2025, señala un aumento notable en la actividad del SARS-CoV-2 a nivel global, con una tasa de positividad del 11% en pruebas diagnósticas en 73 países. Este incremento en las detecciones sugiere un resurgimiento o

continuidad activa de la transmisión en varias regiones, a pesar de las medidas de control y la cobertura vacunal alcanzada (Figura 1). La evolución viral ha generado diversas variantes con mutaciones en genes clave, especialmente en la proteína de la espícula (spike), que es la principal diana para la respuesta inmune inducida por vacunas y la infección natural. Entre estas variantes, la denominada LP.8.1 se ha consolidado como la predominante desde mediados de marzo de 2025, desplazando a otras cepas anteriores. Esta variante presenta mutaciones que podrían estar asociadas con una mayor capacidad de transmisión o evasión inmunológica, aunque la investigación continúa para caracterizar su impacto clínico y epidemiológico. Frente a esta situación, la OMS ha recomendado un enfoque basado en la evaluación de riesgos para manejar la COVID-19, adaptando las medidas de salud pública de acuerdo con la situación epidemiológica local y global. La vacunación sigue siendo la intervención más importante para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a la enfermedad, además de mitigar la presión sobre los sistemas sanitarios y limitar la aparición de nuevas variantes (3).

Figura 1. Progresión de casos y muertes a lo largo del tiempo, destacando eventos clave en la lucha contra la pandemia.



Fuente: WHO. Coronavirus disease (COVID-19) situation reports and related documents. World Health Organization; 2020-2025 (3).

1.1.1.3 Impacto en la esperanza de vida global.

La pandemia ha tenido efectos devastadores en la salud pública a nivel global. Hasta enero de 2023, se reportaron más de 17 millones de muertes relacionadas con COVID-19 en todo el mundo. En muchos países, la esperanza de vida en 2020 cayó por debajo de los niveles de 2015, reflejando un impacto sin precedentes desde la Segunda Guerra Mundial o la desintegración soviética (5). El informe Estadísticas Sanitarias Mundiales 2024 de la OMS revela que la pandemia de COVID-19 eliminó

una década de avances en esperanza de vida en solo dos años. Entre 2019 y 2021, la esperanza de vida mundial cayó 1,8 años, situándose en niveles de 2012. Las regiones más afectadas fueron las Américas y el sudeste asiático mientras que el Pacífico Occidental sufrió mínimas pérdidas (6).

La COVID-19 se convirtió en una de las principales causas de muerte, especialmente en América, aunque las enfermedades no transmisibles siguen siendo responsables del 74% de los fallecimientos. En este contexto el mundo enfrenta además una "doble carga" de malnutrición, con millones de personas afectadas por obesidad y desnutrición. Además, las personas con discapacidad, refugiados y migrantes sufren desigualdades en el acceso a la salud (7). Aunque hubo avances en cobertura sanitaria y bienestar desde 2018, aún estamos lejos de alcanzar las metas de los ODS para 2030 (8). La OMS enfatiza la importancia de usar los datos para impulsar el impacto sanitario global. Haciendo énfasis en que, sin medidas aceleradas, es improbable lograr los objetivos de salud en los tiempos establecidos (6).

La pandemia causó el colapso de numerosos sistemas de salud, especialmente durante sus primeros meses. En España, se registraron más de 13 millones de casos confirmados y casi 120.000 muertes hasta octubre de 2023 (9). Ante esta emergencia, se implementaron diversas actuaciones

a medida que la situación se agravaba, con el objetivo de evitar la propagación del virus y la saturación del sistema de atención sanitaria. A pesar de acciones como el confinamiento, el distanciamiento social y el uso obligatorio de mascarillas, estas no lograron evitar la saturación hospitalaria, lo que llevó a un desbordamiento de los servicios de salud y a que los profesionales enfrentaran una presión asistencial creciente. Esto, a su vez, generó necesidades adicionales para adaptar estructuralmente las unidades de atención y afrontar la escasez de materiales que garantizaran una atención segura y de calidad. El personal sanitario tuvo que adaptarse a esta situación de emergencia con recursos limitados, lo que impactó tanto en su bienestar como en la calidad del cuidado brindado (10). Personas sanas y con trastornos mentales previos experimentaron efectos negativos en su bienestar psicológico reconociéndose la necesidad de atender especialmente a poblaciones vulnerables con alto riesgo de problemas mentales. La interconexión global, aunque facilitó la propagación del virus, también permitió compartir buenas prácticas (11). Esta crisis de salud evidenció las vulnerabilidades estructurales de los sistemas de salud y destacó la importancia de una respuesta coordinada para minimizar los impactos sanitarios y sociales.

1.1.1.4 Impacto en la economía mundial.

La pandemia de COVID-19 llevó a una de las mayores caídas económicas desde la Gran Depresión. Según el Fondo Monetario Internacional (FMI), la economía mundial se contrajo un 3.5% en 2020, una cifra mucho mayor que la registrada durante la crisis financiera de 2008-2009. Esta recesión fue causada por varios factores, como el cierre de fronteras, la interrupción de las cadenas de suministro y la disminución de la demanda de bienes y servicios debido a las medidas de confinamiento (12).

El comercio internacional también sufrió un impacto severo. La Organización Mundial del Comercio (OMC) reportó que, en 2020, el volumen del comercio global de mercancías cayó un 5.3%, con reducciones significativas en sectores como el automotriz y el energético. Asimismo, la incertidumbre provocada por la pandemia provocó una volatilidad sin precedentes en los mercados financieros, afectando tanto a economías avanzadas como a las emergentes (13).

Uno de los sectores más golpeados fue el laboral. Se estima que durante 2020 se perdieron aproximadamente 255 millones de empleos a tiempo completo, lo que equivale a una pérdida de ingresos laborales global del 8,3% (14). Este desempleo masivo afectó de manera

desproporcionada a trabajadores informales, mujeres y jóvenes, exacerbando desigualdades ya existentes (15).

1.1.1.5 Impacto en la economía española.

España, al igual que muchos otros países, experimentó una profunda recesión económica debido a la pandemia. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el Producto Interno Bruto (PIB) de España se contrajo un 10.8% en 2020, una de las mayores caídas entre las economías avanzadas (16). Este declive fue especialmente pronunciado en sectores como el turismo, que representa una parte significativa del PIB español. La Organización Mundial del Turismo (OMT) reportó una disminución del 74% en las llegadas de turistas internacionales a España en 2020 (17).

El mercado laboral español también se vio gravemente afectado. La tasa de desempleo aumentó significativamente, alcanzando el 16.5% a finales de 2020, según datos de la Encuesta de Población Activa (EPA). Los trabajadores temporales y los jóvenes fueron particularmente vulnerables, enfrentando mayores tasas de desempleo y precariedad laboral (18).

1.1.1.6 Efectos económicos generados por la pandemia de COVID-19 en el ámbito sanitario.

Países como Alemania destinaron aproximadamente el 33% del PIB, incluyendo garantías de crédito, apoyo directo y diferimientos fiscales (19). En los Estados Unidos se destinó alrededor del 25% del PIB, considerando paquetes como el CARES Act, el *American Rescue Plan*, entre otros. Japón superó el 40% del PIB, sumando diversas rondas de estímulo fiscal, subsidios y garantías (20). En Francia, el esfuerzo representó cerca del 20% del PIB, mientras que Italia alcanzó un 21% del PIB, centrado en ayudas a empresas, empleo y sanidad (19,21).

En el caso de España, el Gobierno destinó aproximadamente un 20% del PIB a medidas económicas y sociales para la recuperación. Estas incluyeron apoyo al empleo mediante Expedientes de Regulación Temporal de Empleo (ERTE), ayudas a autónomos, créditos ICO, gasto sanitario, y otras acciones contenidas en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (22).

Además, la sobrecarga en los sistemas de salud condujo a una reasignación de recursos que impactó negativamente en la atención de enfermedades no relacionadas con el COVID-19 (23). En el ámbito de la sanidad, los efectos económicos fueron dobles: por un lado, el aumento

del gasto público para responder a la emergencia sanitaria, y por otro, una reducción de ingresos tributarios debido a la recesión económica. Muchos países destinaron porcentajes significativos de su PIB a planes de respuesta sanitaria y económica, con el gasto sanitario aumentando entre un 1% y un 3% del PIB en economías avanzadas (18). La interrupción de servicios esenciales como vacunaciones, tratamientos oncológicos o control de enfermedades crónicas generó un efecto secundario con consecuencias económicas y sanitarias a mediano y largo plazo (19). El gasto público en salud, a pesar de haber aumentado temporalmente, generó presiones fiscales a largo plazo. En ese sentido el aumento del endeudamiento para financiar la respuesta a la pandemia se tradujo en déficits fiscales más elevados, lo cual podría limitar la capacidad futura de inversión en salud si no se aplican reformas fiscales adecuadas (20).

1.1.1.7 Efectos indirectos de la pandemia en la atención sanitaria.

Uno de los efectos negativos más significativos de la gestión de la pandemia fue el retraso en la atención sanitaria y la mortalidad no atribuible directamente al COVID-19. Las tasas de visitas a urgencias por infartos, accidentes cerebrovasculares y apendicitis cayeron drásticamente, resultando en retrasos diagnósticos, complicaciones y muertes no

vinculadas al COVID-19. El temor a contagiarse y las órdenes de quedarse en casa desalentaron a los pacientes a buscar ayuda médica. Esta situación provocó retrasos peligrosos en la atención de emergencias médicas. El aumento de morbilidad y mortalidad por estos retrasos aún no ha sido completamente cuantificado. Se consideran "daños colaterales" de la pandemia, no siempre visibles en las estadísticas de COVID-19 (24).

Un estudio realizado por *Fetzel et al.*, en 2022 en Inglaterra contabilizó al menos 4.003 muertes adicionales no relacionadas con el COVID, reflejando un exceso de mortalidad en hospitalizaciones no atendidas, y se estimó que por cada 30 muertes por COVID-19 ocurrió al menos una no reportada atribuible a la interrupción de atención sanitaria entre marzo de 2020 y febrero de 2021 (25). De manera similar, el estudio de *Splinter et al.*, en 2021 realizado en Rotterdam con 5.656 participantes encontró que el 20% evitó atención médica durante el confinamiento, incluso presentando síntomas preocupantes como dolor torácico, palpitaciones y debilidad en las extremidades, lo que se asoció con depresión y ansiedad. Los factores asociados a esta evitación fueron: mayor edad, ser mujer, bajo nivel educativo, mala salud percibida, desempleo, tabaquismo, miedo a contraer COVID-19 y síntomas de depresión y ansiedad. Este trabajo concluyó que uno de cada cinco evitó atención médica pese a síntomas urgentes, subrayando la necesidad de

campañas dirigidas a grupos vulnerables para fomentar el acceso oportuno a los servicios de salud (14).

En España, durante la pandemia de COVID-19 en 2020, Negreira Caamaño et al., en 2020 registró en un hospital provincial de cardiología una reducción del 69,9% en ingresos (223 a 67) y del 71,4% en procedimientos realizados, especialmente en infartos agudos con elevación del segmento ST (-75%) e insuficiencia cardiaca aguda (-83,6%). La disminución afectó tanto a ingresos urgentes como programados, posiblemente por la implementación de teleconsultas y la demora o evitación de atención médica por parte de los pacientes. Estos resultados reflejan un probable infradiagnóstico y coinciden con estudios que muestran menor demanda urgente cardiovascular durante la crisis sanitaria (15). Esta situación puso de manifiesto las consecuencias indirectas de la pandemia sobre la salud general de la población y la necesidad de contar con sistemas sanitarios resilientes.

Los efectos de la pandemia también afectaron gravemente a enfermedades crónicas como el cáncer. En 2020, se estimó que hubo alrededor de 1 millón de casos de cáncer que no fueron diagnosticados, con una disminución del 23 % en los diagnósticos iniciales y del 39 al 70 % en los tamizajes y la atención oncológica (26). Un estudio realizado

en Inglaterra sobre el cáncer de mama anticipó un incremento del 3 al 6 % en la mortalidad por cada 100.000 mujeres de más de 65 años durante los próximos 5 años, debido a retrasos en los cribados y tratamientos. El análisis mostró un aumento del 3% en muertes por cáncer de mama. También se observó un incremento del 4-6% en diagnósticos de cáncer de mama avanzado. El estudio destaca el impacto a largo plazo en mortalidad y morbilidad del cáncer por los retrasos pandémicos (27).

1.1.1.8 Repercusiones en la salud mental de la población.

De manera similar, la salud mental experimentó una alta tasa de incidencia en este periodo, con un aumento global del 25% en las tasas de ansiedad y depresión durante el primer año de la pandemia según la OMS (28). El aislamiento social, la incertidumbre, el miedo a la infección, las pérdidas personales y los problemas económicos fueron factores clave de este incremento (29). Jóvenes, mujeres y personas con enfermedades físicas preexistentes fueron los más afectados (30). Los servicios de salud mental sufrieron graves interrupciones, dificultando el acceso a tratamientos, incluso para prevención del suicidio (11). Aunque algunos buscaron apoyo en línea, los países con menos recursos enfrentaron

dificultades para ofrecer herramientas digitales eficaces (31). La OMS desarrolló recursos multilingües para apoyar a distintas poblaciones, incluyendo un libro para niños y herramientas para adultos mayores. Colaboró también con ONGs y organismos internacionales en una respuesta interinstitucional (32). El 90% de los países incluyeron la salud mental en sus planes de respuesta, pero persisten importantes brechas (33). La OMS actualizó el Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013-2030 (34). Sin embargo, la inversión sigue siendo baja, con un promedio de solo el 2% del presupuesto sanitario destinado a salud mental a nivel mundial (28).

En este contexto, una revisión hecha por *Hueang et al.*, en 2024 que abarcó 161 estudios con 341.014 profesionales de la salud de todo el mundo, reveló un incremento del burnout del 47 % (IC 35-60 %), ansiedad del 38 % (IC 35-41 %), depresión del 34 % (IC 30-38 %), un 30% en estrés agudo y un 26 % en Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (35). Un meta-análisis que incluyó a 97.333 profesionales de la salud en 21 países, estimó una prevalencia agrupada de 21.7% para depresión (IC del 95%, 18.3%-25.2%), 22.1% para ansiedad (IC del 95%, 18.2%-26.3%) y 21.5% para TEPT (IC del 95%, 10.5%-34.9%) (36). Otro estudio realizado por *Chirico et al.* en 2021 donde se analizaron 14 estudios reportó niveles significativos de insomnio y burnout, especialmente entre

enfermeras, mostrando un agotamiento emocional del 34.1 %, despersonalización del 12.6 % y falta de realización personal del 15.2 % (37). En este sentido, factores organizacionales como la elevada carga laboral y la exposición al virus se vincularon directamente a una peor salud mental (38). Un metaanálisis también indicó que los estudiantes de Enfermería mostraron una prevalencia del 33,6 % de ansiedad, 37,9 % de depresión y 52,5 % de estrés. Al inicio de la pandemia, el estrés alcanzó un 91,4 % en ciertos grupos estudiantiles. Estos niveles fueron afectados por las diversas olas de la pandemia, los cambios en las metodologías de enseñanza y la evolución de los contagios. Además, se encontró una correlación entre estas variables y la implementación de medidas como la vacunación y las restricciones sanitarias (39).

1.1.1.9 Vulnerabilidad y justicia distributiva en el acceso a recursos sanitarios durante la pandemia.

La justicia distributiva se basa en la noción de distribuir beneficios, riesgos y recursos sanitarios de manera equitativa, garantizando un trato igual para situaciones clínicas similares (40). Por ejemplo, en los primeros meses de la pandemia en EE. UU, según *Emanuel et al.*, en 2020, el colapso rápido de los servicios de salud impulsó la aplicación del principio de

justicia distributiva en la asignación de recursos críticos, como respiradores y camas en unidades de cuidados intensivos. Las limitaciones de producción de estos materiales y la escasez de personal capacitado agravaron la situación. Los tratamientos y vacunas estaban en fases experimentales, y la producción masiva llevaría tiempo. Se establecieron cuatro principios éticos para asignar recursos escasos: maximizar beneficios, tratar a todos por igual, priorizar a quienes aportan valor instrumental (por ejemplo, personal sanitario) y dar prioridad a los más desfavorecidos. Se recomendó priorizar salvar el mayor número de vidas y años de vida, dar preferencia al personal sanitario para asegurar el funcionamiento del sistema y evitar criterios de "orden de llegada" a favor de sorteos en igualdad de condiciones. Las decisiones debían basarse en evidencia científica y ajustarse según el tipo de intervención, combinando justicia, eficacia y viabilidad ética (41).

Este principio priorizó a aquellos pacientes con mayor tasa de supervivencia, lo que resultó en que uno de los grupos más desfavorecidos, como en el caso de los adultos mayores y las personas con comorbilidades, sufrieran un impacto negativo, a pesar de ser identificados como los más vulnerables a desarrollar formas graves de la enfermedad (41). Como un ejemplo claro dado en este contexto, durante la pandemia de COVID-19 la escasez de respiradores antes mencionada, obligó a definir criterios

éticos para su asignación (42). Las exclusiones categóricas de pacientes con enfermedades preexistentes resultaron éticamente problemáticas al violar el principio de justicia (43). Priorizar solo la supervivencia al alta hospitalaria fue insuficiente; también se consideraron los años de vida potencialmente salvados y se otorgó prioridad a quienes desempeñaban funciones esenciales, como los trabajadores sanitarios (44). Las decisiones de asignación integraron múltiples principios mediante una herramienta de puntuación objetiva basada en la gravedad aguda y las comorbilidades, utilizando el principio de ciclo de vida en caso de empate. Este enfoque permitió adaptarse a las fluctuaciones en la disponibilidad de respiradores mecánicos (45). Además, se presentó la ventilación como un ensayo terapéutico temporal y los equipos de triaje independientes tomaron decisiones para minimizar el estrés moral del personal clínico garantizando el acceso a cuidados paliativos y apoyo emocional tanto para las familias como para los profesionales sanitarios mientras los hospitales y estados implementaban estas políticas para lograr una asignación más justa y compasiva de este material (46). Esta situación presentó dilemas éticos y sociales respecto a la equidad en la atención de salud, evidenciando la necesidad de fortalecer los sistemas de salud para proteger a los grupos vulnerables (47).

1.1.1.10 Grupos vulnerables y factores de riesgo.

Los ancianos, así como aquellos con comorbilidades (diabetes, hipertensión, obesidad, enfermedades cardiovasculares) y personas frágiles, con demencia o discapacidades, fueron identificados como especialmente vulnerables a la COVID-19 (41).

La pandemia de COVID-19 ha afectado gravemente a las redes de seguridad social a nivel global (48). En EE. UU., los servicios para personas sin hogar y aquellas en el sistema de justicia penal fueron especialmente vulnerables debido a factores como la tecnología disponible, fondos adicionales, liderazgo proactivo y personal dedicado que facilitase la continuidad de los servicios sin embargo, las principales barreras incluyeron la falta de acceso tecnológico de los usuarios, la disminución de recursos y el estrés del personal por lo que se recomendaron mejorar el acceso tecnológico, abordar desigualdades y priorizar el bienestar del personal (49). Las organizaciones recurrieron a múltiples fuentes de información nacionales internacionales y locales para elaborar sus planes y la mayoría adaptó sus servicios a formatos virtuales, aunque mantuvieron trabajo presencial esencial con medidas de seguridad. Además, factores como la tecnología disponible, fondos adicionales, liderazgo proactivo y personal dedicado facilitaron la continuidad de los servicios (29). Las principales barreras fueron la falta

de acceso tecnológico de los clientes la disminución de recursos y el estrés del personal, además las personas sin hogar o en el sistema judicial sufrieron especialmente por el menor acceso a servicios la desinformación y los riesgos de salud (50). Las recomendaciones incluyeron mejorar el acceso tecnológico, abordar desigualdades y priorizar el bienestar del personal (51). Se destacó la necesidad de políticas más flexibles que faciliten el acceso a servicios en futuras crisis (52).

En España un estudio retrospectivo de Fernández Ibañez et al., en 2021 analizó a 277 pacientes hospitalizados de 65 años o más, con el objetivo de identificar factores asociados a la mortalidad. En él se encontraron asociaciones significativas entre la mortalidad y varios factores como la edad avanzada, mayor dependencia, comorbilidades (como cardiopatía isquémica, insuficiencia renal y neoplasias no hematológicas), insuficiencia cardiaca durante el ingreso, leucocitosis, linfopenia, niveles elevados de creatinina, PCR, GOT, troponina Ic, y disminución de la saturación de oxígeno y del pH sanguíneo. De forma independiente, se identificaron como factores de riesgo significativos la edad ≥ 65 años (OR: 4,23), linfopenia $< 1.000/\mu\text{l}$ (OR: 2,36), creatinina $> 1,2$ mg/dl (OR: 3,08), SatO₂ $< 90\%$ (OR: 2,29) y troponina Ic > 11 ng/ml (OR: 2,32). Estos hallazgos permiten identificar a los pacientes con mayor

riesgo de mortalidad, facilitando un manejo y tratamiento más adecuados (53).

En un mundo globalizado, las enfermedades infecciosas como la COVID-19 se diseminan rápidamente debido a múltiples factores interrelacionados. *Couto et al.*, en 2024 realizaron una revisión de 45 artículos publicados entre 2019 y 2023, en la que analizó las dimensiones de vulnerabilidad individual, social y programática estableció que entre los factores sociales se destacaron la raza/etnia, la pobreza, la falta de vivienda, el encarcelamiento, la inseguridad alimentaria y la residencia en zonas remotas. A nivel individual, las principales vulnerabilidades fueron las enfermedades crónicas (cáncer, VIH/sida, enfermedades cardiovasculares, diabetes), la edad avanzada, la obesidad, los trastornos mentales, el embarazo y las adicciones. Aunque no se identificaron vulnerabilidades programáticas específicas, se evidenció que las dimensiones sociales e individuales interactuaban y se reforzaban mutuamente, aumentando el riesgo de complicaciones graves. El estudio concluyó que las políticas públicas debían considerar integralmente estas dimensiones para fortalecer la preparación y la respuesta ante futuras pandemias (54).

En un estudio realizado por Côté *et al.*, en 2021 que analizó el riesgo de transmisión de COVID-19 en trabajadores esenciales donde se incluyeron 30 estudios con diversas metodologías donde los sectores estudiados incluyeron comercio minorista, salud, manufactura y agricultura, especialmente en contextos laborales precarios se identificó que las tasas de infección y mortalidad aumentan no solo por edad y comorbilidades, sino también por desigualdades estructurales, racismo y sexismo. Las minorías raciales, étnicas y migrantes están sobrerrepresentadas en ocupaciones de alto riesgo. La pandemia agravó desigualdades socioeconómicas y de salud preexistentes. Las instituciones mostraron limitaciones para ofrecer condiciones laborales seguras durante la crisis concluyendo la necesidad de replantear las políticas laborales y de protección social para todos los trabajadores (55).

1.1.1.11 La variable género como factor de riesgo.

Antes de la pandemia de COVID-19 las mujeres ya asumían la mayor parte del trabajo de cuidados no remunerado y la crisis junto con los confinamientos aumentaron drásticamente esta carga ya que este trabajo fundamental para la vida diaria suele ser invisibilizado en la economía tradicional (56). La reducción de horas laborales remuneradas

y el incremento del estrés familiar reflejan la falta de apoyo institucional. El PIB no reconoce el valor de la economía del cuidado. Economistas heterodoxos han propuesto modelos que valoren este trabajo y promuevan una distribución más justa. Además, buscan integrar sostenibilidad ambiental y equidad económica (57)

Varios estudios han demostrado que hay diferencias de género en la mortalidad por COVID-19, evidenciando una asociación entre el sexo masculino y mayores tasas de mortalidad, así como una mayor necesidad de cuidados en UCI. También se subrayan las interacciones entre el sexo, la obesidad y la hipoxia en relación con la mortalidad, la intubación y la necesidad de cuidados intensivos, destacando al sexo masculino como un factor independiente de mortalidad (58). *Pérez-López et al.*, en 2020, en un meta-análisis realizado en Europa que incluyó a 23 países y una muestra de 484.919 hombres y 605.229 mujeres con COVID-19 positivo, mostraron tasas de mortalidad significativamente más altas en hombres en comparación con mujeres (RR = 1,60; IC del 95 %: 1,53; 1,68) (59). El estudio de *Josa-Laorden et al.*, en 2021 en España, también se registró una menor mortalidad en mujeres (18,9%) en comparación con hombres (23,1%), estableciendo al género femenino como un factor protector frente a la infección (60).

1.1.1.12 Factores detrás de las diferencias por género.

Varios factores biológicos, conductuales y psicosociales, así como las comorbilidades, podrían explicar esta tendencia. Por ejemplo, es conocido que los hombres tienen una mayor prevalencia de hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), obesidad y diabetes, condiciones que se asocian con un peor pronóstico (61). Asimismo, se ha establecido que las mujeres poseen un doble cromosoma X, lo que les otorga una respuesta inmune más fuerte (62). Además, se ha observado que los hombres presentan niveles plasmáticos de ACE2 más elevados que las mujeres (63). Un estudio reciente realizado por *Griffith et al., 2020*, en pacientes con insuficiencia cardíaca reveló que las concentraciones plasmáticas de ACE2 eran anormalmente más altas en hombres que en mujeres, lo que podría indicar una expresión tisular superior del receptor ACE2 para las infecciones por SARS-CoV. Por otro lado, los hombres tienden a asumir comportamientos de mayor riesgo que incrementan la posibilidad de contraer COVID-19, debido a una percepción reducida del riesgo que representa el virus, lo que se traduce en tasas más bajas de lavado de manos, distanciamiento social, uso de mascarillas y búsqueda activa de atención sanitaria en caso de necesidad en comparación con las mujeres. Además, otros comportamientos asociados con la infección y la

mortalidad por COVID-19 incluyen tasas elevadas de consumo de tabaco y alcohol en hombres en comparación con mujeres (64).

En la misma línea, otra investigación ha demostrado que, aunque los hombres corren un mayor riesgo de muerte aguda, las mujeres son más propensas a experimentar síntomas duraderos, conocidos como COVID prolongado (*Long COVID*). La gravedad del COVID-19 parece ser diferente entre hombres y mujeres por varios factores. Además de la ya citada proteína ACE2, otra proteína, la TMPRSS2, que también ayuda al virus a entrar, parece tener mayor presencia en los hombres, posiblemente por el efecto de las hormonas masculinas. Además, el sistema inmunológico de las mujeres suele responder de forma más fuerte y efectiva a los virus, gracias a ciertas ventajas genéticas ligadas al cromosoma X y la producción de interferones, proteínas clave para combatir infecciones. Las hormonas también influyen: el estrógeno puede proteger a las mujeres al reducir la inflamación, mientras que la testosterona puede tener efectos mixtos, ya que, aunque puede bajar la inflamación, su deficiencia, frecuente en hombres mayores o enfermos, se ha relacionado con peores desenlaces de COVID-19. Estos factores combinados podrían explicar por qué los hombres tienden a tener un riesgo mayor de enfermedad grave (61).

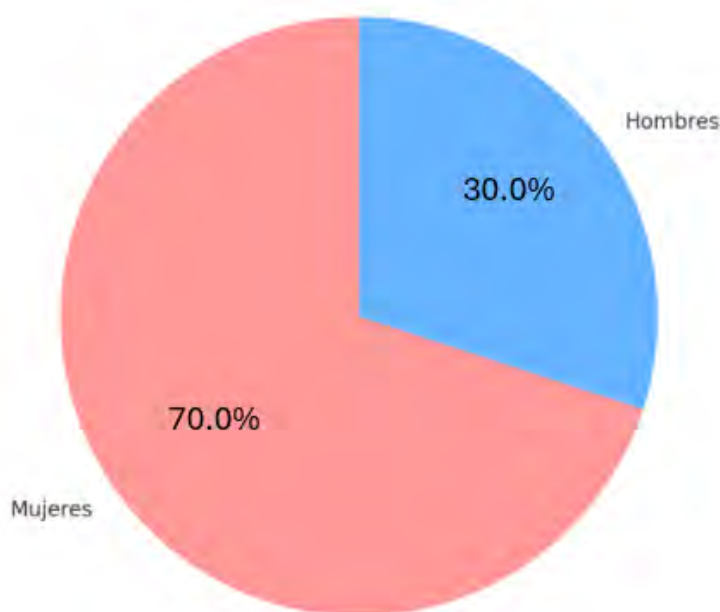
1.1.2 Impacto de la COVID-19 en la formación enfermera.

1.1.2.1 Contexto demográfico y profesional.

En España, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), hay 47,615,034 personas censadas. De estas, 24,304,407 son mujeres y 23,310,627 son hombres (65). Del total de los 975,243 profesionales sanitarios colegiados, 302,009 son hombres y 673,234 mujeres, siendo el colectivo de enfermeras el mayoritario dentro de las profesiones sanitarias (66).

En la profesión sanitaria, y específicamente en enfermería, la predominancia femenina es clara, con aproximadamente un 70% de mujeres entre los profesionales colegiados, cifra que concuerda con la distribución internacional (67) (Figura 2). Este fenómeno tiene raíces históricas y culturales que vinculan el cuidado con el rol femenino en la sociedad (68).

Figura 2. Distribución de los profesionales de enfermería según el género en España.



Fuente: Ministerio de Sanidad. Sanidad en datos - ESTADÍSTICAS E INFORMES [Internet]. [citado 2025 jun 18]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/home.htm>

1.1.2.2 Influencia del género en los estudios de enfermería.

A lo largo de la historia, la profesión de enfermería ha estado fuertemente ligada al género femenino, producto de la percepción social que asocia a la mujer con el cuidado del hogar y la familia (69). Esta visión de la mujer como “naturalmente predispuesta” al cuidado ha favorecido su vínculo con profesiones centradas en este ámbito, como la enfermería, donde aproximadamente el 70% de los profesionales son mujeres (70). Además, las mujeres han enfrentado tradicionalmente más obstáculos sociales y han sido más impactadas por estereotipos y discriminación en comparación con los hombres (71). Asimismo, hay evidencia de que las

mujeres sienten las emociones de manera más intensa que los hombres (72). Todo esto ha contribuido a una mayor vulnerabilidad de las mujeres ante trastornos de salud mental, resultando en una mayor prevalencia de depresión y trastornos del estado de ánimo (73).

En este contexto, la carrera de Enfermería ha sido principalmente estudiada por mujeres a lo largo de la historia. La persistencia de prejuicios sociales hacia la profesión de enfermería sigue afectando a los estudiantes, lo que ha provocado un aumento en el estrés y ha impactado negativamente en la identidad profesional (74,75). Las diferencias de género en el ámbito universitario son fundamentales, pues varios estudios indican que hombres y mujeres pueden experimentar y manejar el estrés académico y emocional de maneras distintas. En particular, las estudiantes mujeres muestran una mayor sintomatología de ansiedad y depresión en situaciones de alta demanda, como ocurrió por ejemplo durante la pandemia (76).

La pandemia de COVID-19 ha provocado riesgos sin precedentes para la salud mental global (11). Los prejuicios de género en la enfermería impactan a ambos sexos. En cuanto a los hombres, es importante mencionar que los estereotipos asociados a la enfermería generan frecuentemente actitudes despectivas hacia ellos (77). *Gómez-Salgado et al.*,

2020 llevaron a cabo un estudio descriptivo y transversal en una muestra de 3801 adultos residentes en España, sin diagnóstico de COVID-19 durante el confinamiento, con el objetivo de evaluar el impacto emocional de la pandemia desde una perspectiva de género. En este estudio se aplicaron el *General Health Questionnaire* (GHQ) y la escala de Sentido de Coherencia (SOC). Los datos fueron recolectados mediante cuestionario en línea entre el 26 de marzo y el 26 de abril de 2020. Los análisis revelaron que las mujeres presentaron niveles significativamente más altos de malestar psicológico ($t=-12.877$; $p<0.001$; $d=0.470$) y preocupación por el contagio, en comparación con los hombres, quienes obtuvieron puntuaciones superiores en la escala SOC ($t=6.336$; $p<0.001$; $d=0.231$). Se identificó que niveles bajos de SOC predicen mayor malestar psicológico y preocupación frente al contagio. Estos resultados destacan la influencia del género y del sentido de coherencia como variables moduladoras del impacto psicológico durante la pandemia (78).

Estas condiciones pueden llevar a una percepción contradictoria de los roles de género y contribuir al abandono académico (79). Además, los hombres tienden a reportar niveles de compromiso académico que presentan ligeras variaciones según el contexto institucional y cultural (80). Internacionalmente, la proporción de hombres en enfermería se

sitúa entre el 10-15%, un porcentaje significativamente más bajo que el de mujeres (81).

1.1.2.3 Impacto de la pandemia COVID-19 en los estudios de enfermería.

La pandemia de COVID-19 se convirtió en un evento global disruptivo que afectó de manera sin precedentes a los sistemas educativos, impactando especialmente a los estudiantes universitarios de ciencias de la salud, como los de enfermería. Esto condujo a una rápida transición hacia la educación online, limitando de forma significativa las prácticas presenciales necesarias en enfermería. Esta interrupción forzó la reorganización de los procesos de enseñanza y la implementación de sustituciones virtuales para garantizar la formación clínica (82). Las universidades adaptaron rápidamente sus métodos de enseñanza a plataformas en línea, lo que presentó desafíos tecnológicos, pedagógicos y psicológicos (81).

En España, estas transformaciones tuvieron un efecto particular en estudiantes de carreras sanitarias, quienes notaron una disminución en la calidad de la formación práctica y un aumento en su carga emocional (83).

Los estudiantes de enfermería representan un grupo fundamental debido a su conexión con el sistema de salud. Durante la pandemia,

enfrentaron una tensión adicional generada por el riesgo percibido, la incertidumbre en su formación y, en algunos casos, la anticipada inmersión en entornos clínicos (84). Un estudio transversal, realizado en China por *Li et al.*, en 2023 con 1142 estudiantes, analizó la influencia de la percepción de riesgo, las emociones negativas y el capital psicológico sobre el compromiso profesional. Los resultados mostraron que una mayor percepción de riesgo puede incrementar el compromiso profesional, pero las emociones negativas actúan como mediadoras, disminuyendo este efecto. No obstante, el capital psicológico modera el impacto de las emociones negativas, amortiguando sus consecuencias negativas. Ante estos hallazgos, se sugirió implementar intervenciones en los ámbitos educativo, individual, público y social para fortalecer el compromiso profesional de los futuros enfermeros (85).

Un estudio en alumnos de la facultad de medicina Changzhi, China, hecho por *Cao et al.*, en 2020 con 7.143 respuestas recolectadas mostraron que el 0,9% presentaba ansiedad severa, 2,7% ansiedad moderada y 21,3% ansiedad leve. Vivir en zonas urbanas, tener ingresos familiares estables y vivir con los padres fueron factores protectores contra la ansiedad. Por el contrario, conocer a alguien infectado con COVID-19 incrementó significativamente el riesgo de ansiedad. Los problemas económicos, los efectos en la vida diaria y los retrasos académicos se

relacionaron con mayor ansiedad. El apoyo social mostró un efecto protector, reduciendo los niveles de ansiedad. El análisis estadístico reveló asociaciones significativas ($p < .001$). Estos hallazgos resaltan la importancia de intervenciones psicológicas y la necesidad de la vigilancia de la salud mental en situaciones de crisis sanitaria como la pandemia. En particular, esta crisis sanitaria afectó tanto el proceso educativo como su bienestar psicológico y emocional (86). Son varios los estudios que han señalado los efectos adversos que las medidas de confinamiento, el aislamiento social y la incertidumbre provocada por la pandemia han tenido en los estudiantes universitarios, especialmente en aquellos que pertenecen al ámbito de la salud.

La ansiedad es común entre los estudiantes de enfermería, y se intensificó aún más durante la pandemia de COVID-19. En Israel, *Savitsky et al.*, en 2020 en su estudio transversal, que incluyó a 244 estudiantes durante la tercera semana del confinamiento nacional, concluyó que se enfrentaron a la incertidumbre económica, miedo a la infección, educación a distancia y falta de equipos de protección personal (EPI). Se encontró un 42,8% de ansiedad moderada y 13,1% de ansiedad severa. Factores como el género, la carencia de EPI y el temor al contagio elevaron los niveles de ansiedad. En contraste, la resiliencia y el humor se relacionaron con menor ansiedad (84).

1.1.2.4 Compromiso académico.

El compromiso académico se define como el grado de involucramiento del estudiante en su proceso de aprendizaje, que se manifiesta en dimensiones conductuales, emocionales y cognitivas. Está relacionado con la motivación, la autorregulación y el rendimiento académico. Este constructo multidimensional abarca componentes conductuales (asistencia a clases, cumplimiento de tareas), emocionales (entusiasmo, interés) y cognitivos (aplicación de estrategias de aprendizaje) (87). Durante la pandemia, la enseñanza a distancia, el aislamiento social y la incertidumbre impactaron negativamente en los niveles de compromiso académico, especialmente en disciplinas que requieren interacción humana y práctica directa. La transición abrupta hacia la enseñanza virtual, las limitaciones sociales y el aislamiento afectaron considerablemente la experiencia de aprendizaje de los estudiantes de enfermería (88). Diversos estudios han indicado que existen variaciones de género en el compromiso académico. Por lo general, las mujeres tienden a mostrar niveles más altos de implicación académica, organización y autorregulación del aprendizaje, lo cual puede atribuirse a factores culturales, motivacionales y de socialización (89,90). En el campo de la enfermería, donde la mayoría de los alumnos son mujeres, esta tendencia puede intensificarse (65). *Aguayo-Estremera et al.*, en 2022 en un

estudio en universitarios españoles reveló un incremento en el burnout post-pandemia y una disminución significativa en el compromiso académico, evaluado mediante la escala Utrecht Work Engagement (69).

1.1.2.5 Bienestar emocional e impacto en la salud mental de los estudiantes.

El bienestar emocional se refiere al estado psicológico general de una persona, abarcando emociones positivas, satisfacción con la vida y habilidad para manejar el estrés. La pandemia exacerbó los factores de riesgo psicosocial en los estudiantes, provocando elevados niveles de ansiedad, depresión y fatiga emocional, así como un aumento significativo de factores estresantes, como el miedo al contagio, incertidumbre sobre el futuro profesional, sobrecarga académica virtual y aislamiento social (36,46). Los estudiantes de Enfermería han reportado altos niveles de estrés debido a la presión académica, la exposición anticipada a entornos clínicos peligrosos y la incertidumbre acerca de su futuro profesional durante la crisis sanitaria (74). Un estudio realizado en España por *Del Valle Gutiérrez et al.*, en 2021 reveló que los estudiantes mostraron síntomas que indican baja salud mental, probablemente provocados por la pandemia (75). Varios estudios indican del mismo modo que las

mujeres, en general, tienden a experimentar las emociones con mayor intensidad, lo que las hace más susceptibles a trastornos de salud mental como la depresión y la ansiedad. En el contexto de la pandemia de COVID-19, estos problemas se han intensificado, especialmente entre estudiantes y profesionales de enfermería. Las estudiantes mujeres experimentan niveles más altos de ansiedad y depresión en comparación con sus compañeros hombres, posiblemente debido a una combinación de factores sociales, académicos y emocionales (30,76). No obstante, algunos autores sugieren que los hombres podrían subestimar o menospreciar la expresión de su malestar emocional, influenciados por normas de género que favorecen el control emocional masculino (64,79).

Un fuerte compromiso académico puede actuar como un factor protector contra el estrés y la ansiedad, ofreciendo un sentido de propósito y estructura. Por tanto, el bienestar emocional es un factor crucial que influye directamente en el grado de compromiso con las tareas académicas, y viceversa; un compromiso académico saludable puede actuar como un factor protector frente al estrés y la ansiedad, promoviendo un mejor equilibrio emocional. Este vínculo resalta la importancia de estrategias de apoyo emocional y psicológico para mejorar el rendimiento y la experiencia educativa de los estudiantes en situaciones de alta presión (70). En contraste, el malestar emocional puede reducir la

motivación, la concentración y el rendimiento académico (71). En este contexto, un estudio longitudinal con estudiantes de Enfermería durante la pandemia en España reveló que las mujeres enfrentaron mayores dificultades emocionales, pero al mismo tiempo mantuvieron un alto nivel de compromiso académico, posiblemente ligado a su vocación profesional (72). Este fenómeno ilustra cómo las diferencias de género pueden influir en las respuestas a crisis sanitarias y su efecto en la trayectoria académica (11).

1.1.3 Distribución de género en la enfermería, consecuencias para la salud mental, posibles sesgos y consecuencias a largo plazo.

A pesar de la existencia de investigaciones previas sobre la salud mental de los estudiantes de enfermería durante la COVID-19, la disparidad entre la proporción de mujeres y hombres en la población estudiada continúa siendo una constante. Esta diferencia podría resultar en la generalización de datos sin tener en cuenta la proporción de cada género, lo que podría actuar como un factor de confusión o interacción. En este contexto, diversos estudios realizados en personal sanitario (incluyendo a estudiantes de enfermería) durante la COVID-19 han mostrado una sobrerrepresentación de mujeres en las muestras, lo que

puede inducir a generalizar hallazgos sin considerar la proporción real de cada género, así como sus niveles de estrés o bienestar emocional (80).

En un análisis europeo realizado por *López-Atanes et al.*, en 2024 que incluyó 72 estudios, se observó que muchos trabajos sobre salud mental en el ámbito hospitalario no integraron la perspectiva de género en su diseño ni en el análisis final, lo que compromete la validez de los hallazgos y su aplicabilidad general. Este trabajo señala que solo tres estudios fueron calificados como de buena sensibilidad de género y que más del 80 % interpretaron o confundieron erróneamente los conceptos de sexo y género, sin especificar cómo se determinaron estas variables ni considerar identidades no binarias (91).

Las desigualdades de género en el ámbito académico durante la pandemia podrían tener efectos prolongados en la carrera profesional de estas futuras enfermeras, afectando su autoeficacia profesional, su motivación y su salud mental a largo plazo (92). El aislamiento social, la incertidumbre académica, la reducción de los ingresos familiares, y el miedo al contagio fueron algunos de los factores que contribuyeron a este deterioro del bienestar emocional (93).

Considerando el contexto y los antecedentes que a continuación serán mencionados, este estudio se propuso como objetivo principal

examinar y analizar las posibles diferencias de género en dos aspectos fundamentales: el compromiso académico y el bienestar emocional. La investigación se centró específicamente en los estudiantes del Grado de Enfermería en España, durante el período afectado por la pandemia de la COVID-19. Este enfoque permitió no solo identificar las disparidades existentes entre géneros, sino también comprender de manera más profunda cómo la situación excepcional generada por la pandemia influyó en estos parámetros críticos para el desarrollo académico y personal de los estudiantes. Al llevar a cabo este análisis, se buscó aportar información valiosa que pudiera ser utilizada para diseñar intervenciones y políticas educativas más efectivas y equitativas, capaces de responder a las necesidades específicas de todos los estudiantes en contextos de crisis sanitaria.

1.2 Antecedentes.

1.2.1 Introducción general al bienestar emocional y compromiso académico.

La pandemia de la COVID-19, declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo de 2020, ha tenido consecuencias

sanitarias, económicas, sociales y educativas de gran magnitud en todo el mundo (94). El bienestar emocional y el compromiso académico son esenciales para el desarrollo integral de los estudiantes universitarios, especialmente en áreas exigentes como la Enfermería. El bienestar emocional incluye estados afectivos positivos, una menor sintomatología ansiosa-depresiva y una adecuada habilidad para enfrentar situaciones estresantes (95). La interrelación entre bienestar emocional y compromiso académico es compleja, ya que los niveles elevados de bienestar emocional suelen asociarse a un mayor compromiso académico y viceversa (70).

1.2.2 La situación previa a la pandemia en estudiantes de Enfermería.

Un estudio anterior a la pandemia COVID-19 realizado en 2010 por *Pulido-Martos et al, 2012*, donde se llevó a cabo una revisión sistemática, buscó identificar las principales fuentes de estrés en los estudiantes de enfermería y su evolución durante la formación. En este, se resalta que los profesionales de la salud, sobre todo enfermería, experimentan niveles de estrés más altos que otros trabajadores, lo que impacta su rendimiento académico y bienestar. Las principales fuentes de estrés identificadas son de tipo académico (evaluaciones, carga de trabajo, dificultades en el estudio) y clínico (temor a lo desconocido, errores con

pacientes, manejo de equipamiento técnico). Sus autores sugieren recomendaciones para mejorar los planes de estudio teniendo en cuenta los factores de estrés detectados (96)

En otro estudio, también anterior a la pandemia, *Leodoro et al.*, en 2013, analizó el estrés en 61 estudiantes de enfermería filipinos de una universidad pública mediante un diseño descriptivo transversal. En él se registraron niveles de estrés moderados, principalmente atribuidos a la carga de trabajo, con reacciones emocionales comunes. A medida que aumentaba el estrés, se observaba un deterioro en la salud físiopsicosocial. Por otro lado, se notó que el estrés disminuía a medida que los estudiantes avanzaban en su formación. En este, también subraya la necesidad de implementar intervenciones para mitigar el estrés y potenciar el aprendizaje (97).

En España un trabajo de Jiménez et al., en 2010 analizó el estrés en 357 estudiantes de enfermería. Se identificaron estresores clínicos, académicos y externos, siendo los clínicos los más intensos y los síntomas psicológicos los más comunes. Todos los cursos presentaron estrés moderado, pero los de segundo año fueron más vulnerables a la ansiedad y síntomas físicos. Los estudiantes experimentados percibieron más estrés académico. Se sugiere informar a los estudiantes sobre los estresores de la

práctica clínica y ofrecer apoyo para mejorar sus habilidades sociales y de afrontamiento (98).

1.2.3 Impacto de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de los estudiantes universitarios de Enfermería.

La pandemia de COVID-19 generó una crisis sanitaria global que obligó a los gobiernos a implementar medidas drásticas como confinamientos, suspensión de clases presenciales y restricciones sociales. Este escenario afectó profundamente la salud mental de diversos grupos poblacionales, entre ellos los estudiantes universitarios, y especialmente a quienes cursaban estudios en áreas sanitarias como Enfermería. En el caso específico de los estudiantes de Grado en Enfermería, el contexto de crisis generó una carga emocional adicional. A las dificultades propias del aislamiento social y el temor generalizado al contagio, se sumó el contacto temprano con situaciones clínicas complejas, la incertidumbre profesional y una implicación precoz en tareas asistenciales. En España, ante el colapso del sistema sanitario, se solicitó la incorporación voluntaria de estudiantes de últimos cursos de Enfermería y Medicina. Un estudio cualitativo fenomenológico realizado por *Collado-Boira et al.*, en 2020 en la Universidad Jaime I analizó las percepciones de estos estudiantes

mediante 62 entrevistas. Los resultados mostraron que el 85% se incorporó por razones éticas y morales, predominando emociones negativas como incertidumbre, nerviosismo y miedo, lo que evidencia el impacto emocional sufrido por estos jóvenes profesionales (94).

Estudios internacionales también han evidenciado la vulnerabilidad de los estudiantes de Enfermería durante la pandemia. *Swift et al.*, en 2020 en su estudio realizado en Inglaterra concluyó que este colectivo presenta un riesgo elevado debido tanto a su formación intensiva como a su implicación potencial en tareas asistenciales (99). *Savitsky et al.*, en 2020 en Israel, en un análisis sobre la ansiedad durante el confinamiento evidenció que el 42,8% de los estudiantes presentaban ansiedad moderada y el 13,1% ansiedad grave. Factores como el género, la falta de equipo de protección y el temor al contagio aumentaron los niveles de ansiedad, mientras que la resiliencia y el humor se asociaron a niveles más bajos. Se destacó la necesidad de mantener una enseñanza estable y apoyo emocional para mitigar estos efectos en futuras crisis sanitarias (84).

El impacto de la pandemia en el bienestar emocional del personal sanitario también ha sido objeto de estudio. Un trabajo realizado por *Labrague y de los Santos et al.*, en 2020 en Filipinas con 325 enfermeras

registradas analizó cómo la resiliencia personal, el apoyo social y el organizacional influían en la ansiedad relacionada con la COVID-19. Se concluyó que estos factores actuaban como predictores claves para reducirla, sin que las características demográficas tuvieran un papel significativo. Las conclusiones apuntan a que intervenciones organizacionales centradas en la promoción de la resiliencia y el apoyo podrían ser efectivas para mitigar el impacto emocional en el colectivo enfermero (76).

En el ámbito universitario español, *Odriozola-González et al.*, en 2020, en su estudio llevado a cabo en la Universidad de Valladolid por evaluó el impacto psicológico del confinamiento en 2.530 miembros de la comunidad académica. Usando las escalas DASS-21 e Impacto del Evento, se observó que el 21,34% presentó ansiedad moderada a grave, el 34,19% depresión y el 28,14% estrés. Además, el 50,43% reportó un impacto emocional moderado a grave. Los estudiantes de Artes y Ciencias Sociales mostraron mayor afectación emocional que el personal docente y los estudiantes de Ingeniería, lo que resalta la necesidad de monitorear y apoyar la salud mental de los estudiantes en futuras crisis (100).

Finalmente, *Brooks et al.*, en 2020 en una revisión que analizó los efectos psicológicos de la cuarentena encontró que entre los estresores más

comunes se encontraban la duración prolongada del aislamiento, el miedo al contagio, la frustración, el aburrimiento, la falta de suministros, la desinformación, las pérdidas económicas y el estigma social. De los 3.166 artículos revisados, 24 fueron analizados en profundidad, concluyendo que estos factores podrían generar efectos duraderos como estrés postraumático, confusión e ira. Se recomienda, por tanto, que las autoridades limiten la duración de la cuarentena al mínimo necesario, proporcionen información clara, garanticen el abastecimiento básico y apelen al altruismo como herramienta de aceptación social de estas medidas (101).

1.2.4 Perspectiva de género en la salud mental y el compromiso académico.

En un estudio realizado por *Matud et al.*, en 2004 donde se analizó a 2.816 personas se halló que las mujeres presentan más estrés crónico y diario que los hombres, y perciben los eventos vitales como más negativos y menos controlables. También se observó que las mujeres usan más afrontamiento emocional y de evitación, mientras que los hombres tienden al afrontamiento racional y al desapego. Además, las mujeres

muestran más síntomas somáticos y distrés psicológico, aunque las diferencias de género tienen tamaños de efecto bajos (102).

El brote mundial de COVID-19 ha afectado a toda la sociedad, pero con un impacto particular en la salud mental de las mujeres. Un trabajo de *Almeida et al.*, en 2020 revisó los efectos de la pandemia en diferentes etapas de la vida femenina, destacando su mayor vulnerabilidad. Mediante una revisión narrativa y experiencia clínica, se analizaron artículos científicos y reportes de entidades como la OMS y los CDC hasta mayo de 2020. Los datos arrojados expusieron que las mujeres embarazadas, en posparto, que han sufrido abortos espontáneos o víctimas de violencia de pareja presentan un alto riesgo de problemas mentales. Por otro lado, se concluyó que la comunicación proactiva y el apoyo social son esenciales para la prevención y el tratamiento temprano., que la crianza resulta más estresante durante la pandemia, especialmente para madres solteras o mujeres trabajadoras, ya que las desigualdades de género incrementan la carga de tareas domésticas y de cuidado y que el apoyo social se destaca como un factor clave de protección (103).

La pandemia de COVID-19 ha generado importantes riesgos para la salud mental a nivel mundial, afectando no solo a pacientes y profesionales sanitarios, sino también a la población general. En esta

revisión sistemática realizada por *Xiong et al.*, en 2020 analizaron estudios de diversos países (China, España, Italia, Irán, EE.UU., Turquía, Nepal y Dinamarca) hasta mayo de 2020, identificando altas tasas de ansiedad (6,33%-50,9%), depresión (14,6%-48,3%), estrés postraumático (7%-53,8%), distrés psicológico (34,43%-38%) y estrés (8,1%-81,9%). Los principales factores de riesgo incluyen ser mujer, tener menos de 40 años, padecer enfermedades crónicas o psiquiátricas, estar desempleado, ser estudiante y la exposición frecuente a redes sociales o noticias sobre la pandemia. Aunque los estudios presentan heterogeneidad, los datos indicaron que el impacto psicológico alcanza niveles clínicamente relevantes. Sus autores sugieren que, abordar estos efectos negativos es considerado una prioridad de salud pública a nivel internacional (30).

La pandemia de la COVID-19 ha afectado notablemente la salud mental, motivo por el cual se analizó en España el impacto psicológico del confinamiento según el género. *Ausín Benito et al.*, en 2020 realizó un estudio transversal con 1041 participantes, mediante encuestas online en dos momentos: a las dos y cinco semanas del inicio del confinamiento. Se evaluaron síntomas de depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático (TEPT), soledad percibida y bienestar espiritual. Mediante modelos lineales mixtos se analizó la evolución de estos indicadores y su relación con el género. Los resultados mostraron que las mujeres

presentaron mayores niveles de depresión, ansiedad, TEPT, soledad y menor bienestar espiritual en comparación con los hombres. Además, los síntomas depresivos se intensificaron con el tiempo. Estos hallazgos evidencian un mayor impacto psicológico de la pandemia en las mujeres, lo que subraya la necesidad de investigar sus causas y buscar estrategias para reducir estas diferencias (104).

También en España, *Del Río-Casanova*, en un estudio que investigó las respuestas psicológicas tempranas en la población española mediante una encuesta en línea realizada entre 9 y 14 días después de la declaración del estado de alarma, con 3520 participantes (2611 mujeres y 909 hombres) se observó un mayor riesgo de problemas de salud mental en mujeres, aunque las causas no estaban claras. Se evaluaron variables sociodemográficas, de salud y conductuales, así como la salud mental a través de las escalas DASS-21, IES-R y SCS. Los resultados mostraron que las mujeres presentaron puntuaciones significativamente más altas en depresión, ansiedad, estrés y síntomas postraumáticos, además de ser más propensas a somatización, hipocondría, trastornos del sueño y claustrofobia. El análisis reveló que ser mujer constituye un factor de riesgo para pensamientos intrusivos, evitación, estrés y ansiedad, con odds ratios elevados. Además, ambos géneros manifestaron preocupaciones diferentes ante la pandemia. En este se concluyó que las mujeres fueron

más vulnerables en las primeras fases, y se recomendó incluir la perspectiva de género en las estrategias preventivas y terapéuticas para abordar el impacto psicológico de situaciones como la pandemia (105).

1.2.5 Evaluación de instrumentos de medida en bienestar emocional y compromiso académico.

El Utrecht Work Engagement Scale – Student version (UWES-S) es una herramienta psicométrica diseñada para evaluar el compromiso académico en estudiantes universitarios. Esta escala es una adaptación del Utrecht Work Engagement Scale (UWES), originalmente desarrollado para contextos laborales, por *Schaufeli* y *Bakker*, y ajustado para su aplicación en el ámbito educativo (106). El compromiso académico, en este contexto, se define como un estado mental positivo, persistente y relacionado con el estudio, que se caracteriza por tres dimensiones principales: vigor, dedicación y absorción (107).

La versión estudiantil del UWES consta de 17 ítems, distribuidos en las tres dimensiones mencionadas: vigor (6 ítems), que refleja altos niveles de energía mental y resiliencia durante el estudio; dedicación (5 ítems), que denota una fuerte implicación con las tareas académicas y la percepción de significado, entusiasmo y desafío; y absorción (6 ítems), que

hace referencia a la concentración y plenitud experimentadas al estudiar, con dificultad para desconectarse de la actividad. Cada ítem se responde utilizando una escala tipo Likert de 7 puntos, que va de 0 ("nunca") a 6 ("siempre/todos los días"). Este formato permite capturar la frecuencia con la que los estudiantes experimentan las emociones y actitudes asociadas al compromiso académico (108).

La validez y confiabilidad del UWES-S han sido ampliamente documentadas en distintos contextos culturales, mostrando índices de consistencia interna adecuados, con valores de alfa de Cronbach superiores a 0.80 en cada una de sus subescalas (109). En cuanto al compromiso académico, el instrumento Utrecht Work Engagement Scale-Student (UWES-S) ha mostrado adecuada validez en poblaciones de estudiantes de Enfermería (107).

Del mismo modo, durante la pandemia, los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras, enfrentaron cargas de trabajo abrumadoras y condiciones adversas, lo que resultó en síntomas somáticos y psicológicos significativos, como depresión, ansiedad y estrés. En respuesta a la necesidad de evaluar el impacto emocional de la pandemia, *Gómez-Salgado et al.*, en 2021 desarrollaron en España la Escala de Miedo y Ansiedad al COVID-19 (AMICO), que incluye ítems específicos para

medir la ansiedad relacionada con el COVID-19. La escala AMICO fue desarrollada en España por un grupo de investigadores liderado por *Cervera-Martínez y colaboradores*. Consta originalmente de 16 ítems, distribuidos en dos factores: miedo (8 ítems) y ansiedad (8 ítems), los cuales son evaluados mediante una escala tipo Likert de 1 a 10 puntos, donde 1 indica el menor grado de acuerdo y 10 el mayor. Desde el punto de vista psicométrico, la escala ha demostrado una alta fiabilidad interna, con un coeficiente alfa de Cronbach superior a 0,90, lo que indica una excelente consistencia interna. La escala AMICO ha sido aplicada en distintos contextos y poblaciones, tanto clínicas como generales, mostrando una alta validez convergente al correlacionar positivamente con otras escalas como el GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder) y el FCV-19S (Fear of COVID-19 Scale). Asimismo, presenta una buena sensibilidad discriminativa, permitiendo diferenciar entre niveles bajos, medios y altos de ansiedad y miedo, en función de variables sociodemográficas, estado de salud y nivel de exposición al virus (110). Además, se ha utilizado para evaluar el impacto psicológico en colectivos específicos, como profesionales sanitarios, estudiantes universitarios y adultos mayores, lo cual ha contribuido a la planificación de intervenciones en salud mental adaptadas a cada grupo (111).

1.2.6 Programas de intervención y estrategias de afrontamiento.

La práctica de mindfulness, que implica atención abierta y sin prejuicios, puede aliviar ansiedad, agotamiento y depresión. Es especialmente relevante para los proveedores de atención médica, pero el tiempo requerido suele ser un obstáculo. Por ello, se han desarrollado intervenciones breves de mindfulness (≤ 4 horas). En este sentido, *Gil Martín et al.*, en 2017 realizaron una revisión sistemática de estudios sobre estos programas aplicados a personal hospitalario. En él, se seleccionaron 14 estudios que evaluaban cambios en bienestar (estrés, ansiedad, resiliencia) o comportamiento (atención, errores clínicos). Nueve estudios mostraron mejoras en bienestar, reduciendo estrés, ansiedad y síntomas de agotamiento. Sin embargo, ningún estudio halló cambios en el comportamiento clínico de los proveedores. Las intervenciones breves parecen efectivas para el bienestar, pero según sus autores se requieren más investigaciones para determinar su impacto en la calidad de la atención clínica (112).

Los teléfonos inteligentes ofrecen una oportunidad para intervenciones masivas en salud mental, pero la evidencia sobre su efectividad en la depresión no se había evaluado claramente. En el metaanálisis realizado por *Firth et al.*, en 2017, examinó 18 ensayos con 3.414 participantes, se encontró que las aplicaciones reducen

significativamente los síntomas depresivos comparadas con controles. El efecto fue moderado frente a controles inactivos y pequeño frente a controles activos. Las aplicaciones solo móviles mostraron mayores efectos que aquellas que combinaban otros componentes, aunque sin significancia estadística. Las apps de entrenamiento cognitivo tuvieron menor impacto que las centradas en salud mental. El uso de monitoreo del estado de ánimo o terapias cognitivo-conductuales no modificó los efectos significativamente. Este estudio concluyó que los smartphones son una herramienta prometedora para la autogestión de la depresión, sugiriendo más estudios para identificar qué funciones son más beneficiosas y para quién (113).

Aunque la investigación sobre afrontamiento ha avanzado en comprender sus funciones y factores, aún falta entender cómo influye en diferentes resultados. La mayoría de los estudios se ha enfocado en efectos negativos del estrés, dejando de lado los positivos. Autores como *Folkman* y *Moskowitz*, en 2020 proponen que el afecto positivo es un resultado importante a considerar. Señalan que, durante el estrés crónico, el afecto positivo puede coexistir con el negativo y tiene funciones adaptativas valiosas. Además, identifican un tipo especial de afrontamiento basado en el significado que ayuda a sostener el afecto positivo en situaciones de

estrés prolongado. Así, sugieren ampliar el enfoque del afrontamiento para incluir efectos positivos (114).

1.2.7 Brechas de investigación actuales.

Aunque existe abundante literatura sobre el impacto de la pandemia en la salud mental de los estudiantes universitarios, los estudios específicos en estudiantes de Enfermería en España desde la perspectiva de género aún son limitados. Es necesario profundizar en las diferencias de género en el afrontamiento, el impacto emocional y el compromiso académico en este colectivo vulnerable para orientar mejor las intervenciones futuras (11,115,116). Por otra parte, existen pocas evaluaciones institucionales que hayan incorporado sistemáticamente una perspectiva de género en la toma de decisiones académicas durante la crisis sanitaria. Ello limita la posibilidad de generar políticas de bienestar emocional y apoyo académico verdaderamente inclusivas (117).

Durante la pandemia de COVID-19, la mayoría de las investigaciones sobre bienestar emocional y compromiso académico en estudiantes universitarios, especialmente en de enfermería, han sido principalmente transversales, lo que limita la comprensión de cómo evoluciona la salud mental a lo largo del tiempo. Además, diversos

estudios señalan que factores como el área académica o características personales, además del género, podrían influir en cómo los estudiantes enfrentaron la pandemia, pero hasta ahora pocos estudios han abordado estas diferencias de forma exhaustiva (84,116).

Algunos estudios también ponen de manifiesto limitaciones metodológicas, como el uso de muestras no representativas o la falta de seguimiento longitudinal, lo que dificulta la generalización de los resultados y la identificación de intervenciones efectivas a largo plazo (118).

Asimismo, las revisiones sistemáticas actuales suelen centrarse en poblaciones generales de estudiantes universitarios o en profesionales sanitarios en activo, dejando un vacío significativo en el análisis del alumnado de enfermería, una población esencial en la formación del próximo sistema de salud (119).

Finalmente, es necesario explorar más a fondo las consecuencias a largo plazo de la pandemia en la salud mental y el compromiso académico de los estudiantes de enfermería. Esto incluye investigar cómo la experiencia de la pandemia podría influir en su futura práctica profesional, su bienestar emocional y su capacidad para enfrentar desafíos similares en el futuro.

2 MÉTODOS.

2.1 Pregunta de investigación

En el escenario descrito anteriormente, y considerando el marco teórico contextual y la evidencia actual disponible, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿En qué medida difirieron el compromiso académico y el bienestar emocional entre estudiantes del Grado de Enfermería en España durante la pandemia de la COVID-19, según el género?

2.2 Objetivos

Con el propósito de comprender el impacto de la pandemia de la COVID-19 en la experiencia académica y bienestar emocional de los estudiantes del Grado de Enfermería, y considerando la relevancia del enfoque de género en los contextos educativos y de salud, se planteó un objetivo general y una serie de objetivos específicos que orientan el desarrollo del estudio.

2.2.1 Objetivo general

Describir el compromiso académico y el bienestar emocional de los estudiantes de Grado de Enfermería en España durante la pandemia de la COVID-19, desde una perspectiva de género.

2.2.2 Objetivos específicos:

- Describir los niveles de compromiso académico en estudiantes de Grado de Enfermería durante la pandemia de la COVID-19 en España.
- Describir el bienestar emocional de los estudiantes de Grado de Enfermería en el contexto de la pandemia de la COVID-19.
- Analizar las diferencias en el compromiso académico según la identidad de género del estudiantado del Grado de Enfermería.
- Comparar el bienestar emocional del estudiantado del Grado de Enfermería según su género.
- Explorar la asociación entre el compromiso académico y el bienestar emocional con variables sociodemográficas del alumnado de Grado en Enfermería.

- Examinar el impacto de las condiciones contextuales derivadas de la pandemia de la COVID-19 en el compromiso académico y el bienestar emocional del alumnado.
- Explorar la relación entre el compromiso académico y el bienestar emocional, considerando la identidad de género.

2.3 Diseño de estudio

Para responder a los objetivos del estudio se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal, por ser el más adecuado para explorar y caracterizar fenómenos en un momento determinado. Este diseño permite obtener una visión general instantánea del estado actual de las principales variables de estudio (compromiso académico y bienestar emocional) en el contexto específico de la pandemia de la COVID-19, sin necesidad de seguimiento a lo largo del tiempo. La naturaleza transversal del estudio facilita la identificación de diferencias entre grupos según la identidad de género, así como la exploración de posibles relaciones entre variables. Además, el enfoque descriptivo es idóneo cuando se pretende comprender patrones y niveles de respuesta en poblaciones concretas, como la del estudiantado del Grado de Enfermería en España, sin intervenir ni manipular las condiciones de estudio (120).

Para su elaboración y diseño, el estudio siguió las directrices Strengthening Studies in Epidemiology Reporting Guidelines (STROBE) para la presentación de informes de estudios observacionales (121).

2.3.1 Población y muestra

2.3.1.1 Contexto

El presente estudio se desarrolló en el contexto de programas de Grado de Enfermería en universidades españolas.

El Sistema Universitario Español está compuesto por 89 universidades, 50 públicas y 39 privadas, que imparten 3.216 titulaciones de Grado, 3.887 de Máster y 1.196 de Doctorado. Las universidades públicas imparten la mayor parte de las titulaciones: alrededor del 72% en Grado y Máster y el 94% en Doctorado. El total de matriculados en universidades españolas durante el curso 2022-2023 fue de 1.722.247, de los cuales 79% en titulaciones de Grado, 16% en Máster y 5% en Doctorado. Según modalidad, los alumnos matriculados en universidades presenciales fueron el 82% y en las no presenciales el 18%. En los estudios de Grado y Máster, las mujeres constituyen el 57% del total de matriculados (122).

2.3.1.2 Población de estudio

La población del estudio incluyó a estudiantes universitarios matriculados de al menos un crédito en el Grado de Enfermería en una universidad española durante el curso académico 2021/22. Según el Sistema Integrado de Información Universitaria (SIIU) del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (123), 53 780 estudiantes respondieron a este perfil. En cuanto al género, principalmente fueron mujeres, aunque el porcentaje varía dependiendo del centro, desde el 69% de la Universidad Fernando Pessoa (Canarias) al 89% de la Universidad de Navarra.

2.3.1.3 Muestra

El elevado número y la distribución geográfica diversa de la población de estudio en toda España, hizo que el acceso directo a todos los individuos fuese complicado. Por lo tanto, fue necesario extraer una muestra representativa para la recolección de datos. Trabajar con una cantidad manejable de datos simplifica el análisis y la interpretación, haciendo que los resultados sean más accesibles y comprensibles. Este proceso permite obtener datos representativos de una población más amplia, garantizando la validez y la fiabilidad de los resultados. Una

muestra bien seleccionada puede proporcionar resultados precisos y detallados, facilitando la identificación de patrones y tendencias (124).

Para la selección de la muestra se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Estar matriculado/a/e en el Grado de Enfermería en una universidad española (pública o privada) durante la pandemia de COVID-19.
- Aceptar participar de forma voluntaria, manifestando su consentimiento informado.
- Contar con acceso a medios digitales para la recogida de datos online.
- Comprender adecuadamente el idioma en el que se administra el cuestionario (español) para garantizar la validez de las respuestas.

Asimismo, se establecieron los siguientes criterios de exclusión:

- Estudiantes que no completen el cuestionario en su totalidad (respuestas incompletas que impidan el análisis de las variables principales).
- Estudiantes en programas de movilidad internacional que no estén matriculados regularmente en una universidad española durante el periodo de recogida de datos.
- Respuestas que presenten inconsistencias graves o indicios claros de haber sido respondidas de forma aleatoria o no sería (por ejemplo, patrones repetitivos, tiempos de respuesta demasiado cortos).

2.3.1.4 Tamaño muestral

Para calcular el tamaño mínimo muestral, se consideró una población de 53.780 estudiantes matriculados en el Grado de Enfermería en universidades españolas. Se utilizó la fórmula para el cálculo de muestras en poblaciones conocidas, considerando un nivel de confianza del 95 %, un margen de error del 5 % y una proporción esperada del 50 % ($p = 0,5$), lo cual permite obtener el tamaño máximo necesario ante la ausencia de una estimación previa (121).

El resultado del cálculo indicó que el tamaño mínimo muestral requerido para este estudio fue de 382 estudiantes. Para garantizar una mayor representatividad y prever posibles pérdidas, se consideró una ampliación del tamaño muestral mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia.

2.3.1.5 Selección de la muestra

Dado el carácter exploratorio y las limitaciones logísticas del estudio, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, complementado con una estrategia de difusión en red para el muestro en cadena (*snowball sampling*) (125). Esta modalidad permitió alcanzar a un número amplio y diverso de estudiantes de Enfermería en España, aprovechando canales institucionales y personales.

Se recogieron un total de 1197 cuestionarios completados, que representaban a estudiantes de 47 de las 52 provincias españolas. Dado el importante desequilibrio de género en la muestra –aproximadamente el 85 % de los participantes se identificaron como mujeres–, se creó una submuestra equilibrada para permitir comparaciones basadas en el género. Esta submuestra estaba formada por 175 estudiantes varones y 175 estudiantes mujeres seleccionadas aleatoriamente del conjunto de

datos más amplio, utilizando la función de selección aleatoria de SPSS versión 29. Aunque este enfoque no refleja la distribución real por género de la población de estudiantes de enfermería, era necesario para garantizar la equivalencia estadística entre los grupos en los análisis comparativos.

2.3.2 Variables de estudio

El presente estudio analiza múltiples dimensiones relacionadas con el bienestar emocional y el compromiso académico del estudiantado del Grado de Enfermería en España durante la pandemia de la COVID-19, incorporando además factores sociodemográficos, académicos y contextuales que permiten una comprensión más completa del fenómeno investigado.

Las variables seleccionadas responden al objetivo general del estudio y permiten explorar tanto el impacto psicológico de la pandemia como las posibles diferencias en la experiencia académica según la identidad de género. Estas variables se agrupan en distintas categorías: sociodemográficas, relacionadas con el contexto de la COVID-19, y psicológicas. A continuación, se describen las principales variables del estudio.

2.3.2.1 Variables sociodemográficas

- Edad. Variable continua, medida en años cumplidos.
- Género. Variable discreta policotómica, con opciones de respuesta *mujer, hombre, otro, prefiero no decirlo*.
- Provincia de residencia. Variable discreta policotómica con opción de respuesta de las 52 provincias españolas.
- Curso. Variable discreta ordinal, correspondiente al curso del Grado de Enfermería en el que está matriculado con mayor número de créditos: *primero, segundo, tercero o cuarto*.
- Percepción del estado de salud propio. Variable continua, se solicita al participante que valore su estado de salud con una graduación de 1 a 10, en la que 1 corresponde a *muy mala* y 10 *excelente*.

2.3.2.2 Variables contextuales relacionadas con la COVID-19.

- Diagnóstico personal de COVID-19. Variable discreta dicotómica (Sí/No) sobre si la persona participante ha sido diagnosticada de COVID-19.

- Aislamiento preventivo. Variable discreta dicotómica (Sí/No) sobre si la persona participante ha estado aislada por haber tenido la enfermedad o tener contacto con una persona diagnosticada.
- Pertenencia a grupo de riesgo. Variable discreta policotómica (opciones de los grupos de riesgo). Percepción de considerarse parte de un grupo de riesgo y, en caso afirmativo, a cuál.
- Nivel de información percibido. Percepción de haberse sentido informado durante la pandemia. Variable continua, se solicita a la persona participante que valore su nivel de información percibido con una graduación de 1 a 10 en la que el valor 1 corresponde a *nada informado* y 10 a *muy informado*.
- Medidas de protección recibidas. Esta variable pretende explorar si los responsables (tutores, profesores, etc.) les han facilitado los medios de autoprotección necesarios para evitar el contagio (mascarillas, gafas...) Se trata de una variable discreta policotómica con dos opciones de respuesta positiva (siempre y solo al inicio) y dos negativas (algunas medidas o debo aportarlos yo). Además, hay un campo abierto para otras situaciones.

- Formación recibida sobre la COVID-19. Variable dicotómica (Sí/No) sobre si la persona participante ha recibido en alguna ocasión formación específica respecto a la COVID-19 (vías de transmisión, medidas de autoprotección, signos de alarma...), organizado por sus responsables.
- Percepción de seguridad y autoprotección en el contexto clínico. Se refiere a la percepción de la persona participante sobre si se siente seguro/a y protegido/a frente a contagios durante el desempeño de sus prácticas clínicas. Se trata de una variable discreta policotómica con cinco opciones de respuesta: *totalmente segura, bastante segura, algo segura, muy poco segura, nada segura.*
- Estado de vacunación frente a la COVID-19. Variable discreta policotómica que recoge el número de dosis de vacuna recibida, incluyendo la opción de no desear vacunación.

2.3.2.3 Variables psicológicas

- Bienestar emocional, en términos de miedo y ansiedad relacionados con la COVID-19, evaluados mediante la Escala AMICO (111).

- Compromiso académico, evaluado con la adaptación de la escala UWES-S (Utrecht Work Engagement Scale – Student Version) a la población española (108).

2.3.3 Instrumentos de medida

Los datos se recopilaron mediante un cuestionario autoadministrado en línea, a través de la aplicación Google Forms, que constaba de cuatro secciones:

- Información sociodemográfica. Se diseñó un cuestionario *ad hoc* para medir las variables sociodemográficas anteriormente descritas.
- Experiencias relacionadas con la COVID-19. Cuestionario de elaboración propia con las variables contextuales de la COVID-19 anteriormente descritas.
- La escala de ansiedad y miedo a la COVID-19 (AMICO).
- La escala de compromiso laboral de Utrecht para estudiantes (UWES-S), que evalúa el compromiso académico.

La escala AMICO evalúa el miedo y la ansiedad relacionados con la COVID-19. Se diseñó en 2021 por Gómez Salgado et al. tomando como punto de partida la versión de 10 ítems de Ahorsu et al. sobre el miedo a la COVID-19 en la población iraní (126). Se llevó a cabo una adaptación transcultural al castellano de la escala, y se valoró con un panel de diez expertos, alcanzando el consenso en el diseño de la Escala de Evaluación de Ansiedad y Miedo al COVID-19 (AMICO) a través de la técnica Delphi en tres rondas. Se realizó un estudio piloto con una muestra de 445 participantes con la versión final de la escala para el estudio de validez y confiabilidad. Como resultado se obtuvo una herramienta que contiene 16 ítems, que son afirmaciones en las que la persona participante evalúa su nivel de acuerdo con una escala tipo Likert de 10 puntos, en la que 1 corresponde a Totalmente en desacuerdo y 10 a Totalmente de acuerdo. La escala ha demostrado una excelente consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,92). Posteriormente ha sido validada para la población de estudiantes universitarios de enfermería (111), consolidando su consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,92. En relación con su interpretación, la puntuación 1 corresponde con una intensidad percibida de miedo y ansiedad más baja, y la puntuación 10 corresponde a una intensidad percibida más alta. La puntuación total

se calcula como la puntuación media de todas las respuestas a los ítems, con una puntuación mínima de 16 y máxima de 160. Los umbrales de interpretación para cada ítem clasifican los resultados en niveles bajos ($\leq 4,31$), moderados (4,32-6,4) y altos ($\geq 6,41$) de ansiedad y miedo (Tabla 2 y Tabla 3).

Tabla 2. Análisis factorial exploratorio de la estructura interna.

Ítems de la escala AMICO	Componente	
	Factor MIEDO	Factor ANSIEDAD
AMICO 1. Tengo mucho miedo a la enfermedad COVID-19	0.652	0.403
AMICO 2. Me causa incomodidad pensar en la enfermedad COVID-19	0.607	0.427
AMICO 3. Me preocupa mucho contraer la enfermedad COVID-19	0.695	0.338
AMICO 4. La enfermedad COVID-19 puede ser causa de muerte, y esto me preocupa	0.713	0.166
AMICO 6. Me siento nervioso o ansioso cuando veo noticias o historias sobre la COVID-19 en las redes sociales y otros medios de comunicación.	0.549	0.512
AMICO 9. Las contradicciones informativas sobre el coronavirus en medios de comunicación y redes sociales me producen ansiedad	0.449	0.440
AMICO 11. Me preocupa que algún familiar o amistad pueda contraer la enfermedad COVID-19	0.702	0.009
AMICO 12. Me preocupa cuánto va a durar la pandemia	0.669	0.003
AMICO 13. Cuando alguien tose cerca de mi o considero que está muy cerca de mi tengo miedo a que me contagie	0.643	0.321
AMICO 14. Me da miedo estar cerca o atender a una persona que tiene o puede tener COVID-19	0.628	0.318

AMICO 5. Me sudan las manos cuando pienso en la enfermedad COVID-19	0.132	0.750
AMICO 7. No puedo dormir porque me preocupa contraer la enfermedad COVID-19	0.046	0.833
AMICO 8. Se me acelera el pulso cuando pienso en contraer la enfermedad COVID-19	0.241	0.784
AMICO 10. Me asaltan pensamientos negativos cuando escucho o leo una noticia relacionada con la enfermedad	0.505	0.540
AMICO 15. Me siento triste o sin fuerzas cuando pienso en la enfermedad y en la posibilidad de contagiarme	0.408	0.687
AMICO 16. Me produce ansiedad salir de casa, o pensar en ello, para cumplir con mis obligaciones del día a día (laborales, familiares, etc.)	0.177	0.701

Extraído de: Badillo-Sánchez et al., (2025). doi: 10.3390/healthcare13091058

Tabla 3. Índices de ajuste del modelo del análisis factorial confirmatorio.

	Valor	Umbral aceptable	Interpretación
χ^2/df	2.5	<3.0	Aceptable
CFI	0.91	≥ 0.90	Bueno
TLI	0.91	≥ 0.90	Bueno
IFI	0.90	≥ 0.90	Aceptable
RMSEA	0.078	≤ 0.08	Aceptable
SRMR	0.06	≤ 0.08	Bueno

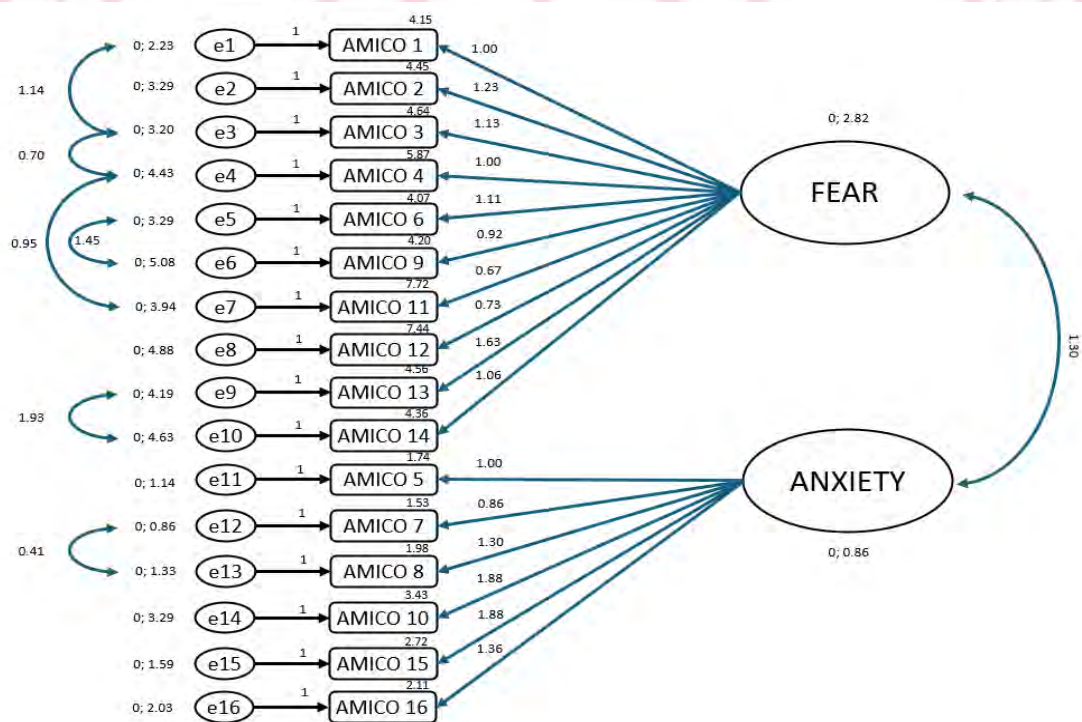
Extraído de: Badillo-Sánchez et al., 2025. doi: 10.3390/healthcare13091058

χ^2/df =Chi-cuadrado; CFI=Índice de ajuste comparativo; TLI=Índice de Tucker-Lewis; IFI=Índice de ajuste incremental; RMSEA= error cuadrático medio de aproximación; SRMR= residuo cuadrático medio de la raíz estandarizada.

La Figura 3 mostró la estructura factorial de la escala AMICO, confirmada a través del análisis factorial confirmatorio (AFC). El modelo respaldó una solución bifactorial compuesta por las

dimensiones de «Miedo» y «Ansiedad», cada una vinculada con sus respectivos ítems. Las cargas factoriales estandarizadas evidenciaron relaciones moderadas a altas entre los ítems y sus constructos latentes, lo que proporcionó apoyo empírico a la validez de la estructura interna de la escala. Asimismo, se observó una correlación significativa entre las dos variables latentes, lo que indicó una fuerte asociación positiva y coherencia conceptual entre ambas dimensiones.

Figura 3. Estructura factorial mediante análisis factorial confirmatorio.



Extraído de: Badillo-Sánchez et al., (2025). doi: 10.3390/healthcare13091058.

Las flechas rectas representan las cargas factoriales de los constructos latentes (miedo y ansiedad) a las variables observadas (ítems), mientras que las flechas de los términos de error indican las varianzas residuales. Las flechas curvas de doble punta muestran las covarianzas entre los términos de error y entre los dos factores latentes.

La escala UWES-S evalúa compromiso académico de los estudiantes. Se basa en la versión de la Escala de Compromiso Laboral de Utrecht (UWES) (108), para evaluar el compromiso laboral. Este instrumento autoadministrado consta tres dimensiones: Vigor, que se refiere a la presencia de altos niveles de energía y resiliencia, la voluntad de dedicar esfuerzo, no cansarse fácilmente y ser persistente ante las dificultades; Dedicación, que se refiere al significado o la importancia del trabajo, al sentirse entusiasmado, orgulloso e inspirado por el trabajo realizado; y Absorción, que se refiere a sentirse feliz y sumergido en el trabajo, de modo que el tiempo pasa rápidamente y la persona se olvida de lo que sucede a su alrededor (107). Sin embargo, las propiedades psicométricas de la adaptación española en la población de estudiantes revelaron una estructura unifactorial, con 17 ítems. Cada ítem consiste en una afirmación sobre un sentimiento en relación con el trabajo y la persona participante evalúa con una escala tipo Likert de 7 puntos, la frecuencia con la que se siente así en el trabajo, de modo que 1 corresponde a *Nunca o ninguna vez* y corresponde a *Siempre o todos los días*. La puntuación total se obtiene calculando el promedio de las respuestas, con una puntuación mínima de 17 y máxima de 119. La adaptación a estudiantes españoles también demostró una fuerte consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,91).

2.3.4 Procedimiento de recogida de datos

El instrumento de recogida de datos fue un cuestionario autoadministrado en formato online, elaborado mediante la plataforma Google Forms, lo que facilitó la participación remota, voluntaria y anónima. Para la distribución del cuestionario se recurrió a diferentes estrategias:

- Listas de correo electrónico institucionales, gestionadas por universidades o coordinaciones de grado.
- Redes sociales (Instagram, Facebook, WhatsApp, etc.), mediante publicaciones o mensajes compartidos entre estudiantes.
- Colaboración de los decanatos de estudiantes de diversas facultades de Enfermería, que apoyaron la difusión dentro de sus centros.
- Apoyo de la Asociación Nacional de Estudiantes de Enfermería (AEEE), que contribuyó a amplificar el alcance de la convocatoria.

Finalmente, se incentivó la difusión entre iguales a través de redes personales entre de contacto, lo que permitió que el cuestionario se compartiera de forma voluntaria estudiantes de distintas universidades, ampliando así el alcance geográfico y la diversidad de la muestra.

2.3.5 Análisis de datos

Los datos fueron analizados utilizando SPSS Statistics© versión 29 por un analista de datos cegado. Se calcularon estadísticas descriptivas, incluyendo frecuencias, medias y desviaciones estándar, según el tipo de variable. La prueba de Kolmogorov-Smirnov indicó que las distribuciones de la escala se desviaban de la normalidad ($p < 0,001$), lo que justificaba el uso de métodos no paramétricos en los análisis posteriores. Se realizaron análisis bivariados utilizando la prueba U de Mann-Whitney para evaluar las diferencias entre los estudiantes masculinos y femeninos en las puntuaciones AMICO y UWES-S. Las correlaciones entre las puntuaciones AMICO y UWES-S, el nivel percibido de información sobre la COVID-19 y la autoevaluación de la salud general se evaluaron utilizando el Tau-b de Kendall y el Rho de Spearman. La significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Asimismo, se realizó un análisis multivariante de varianza (MANOVA) para examinar el efecto del género sobre la ansiedad y el miedo (AMICO_Total) y el compromiso académico (UWES_Total), controlando por edad, número de convivientes, salud percibida, nivel de información y las subescalas de UWES (vigor, dedicación y absorción). La prueba M de Box no resultó significativa ($M = 4,25$; $F = 1,41$; $p = 0,238$),

lo que indicó igualdad de matrices de covarianza. La prueba de Levene sobre la igualdad de varianzas de error mostró homogeneidad para UWES_Total y una violación marginal para AMICO_Total ($F = 3,92$; $p = 0,048$).

2.3.6 Consideraciones éticas

Antes de participar en el estudio, todos los participantes (estudiantes y docentes) recibieron una explicación detallada sobre los objetivos, el procedimiento y el uso de los datos que serían recolectados. Se les aseguró que la confidencialidad de la información proporcionada sería respetada en todas las fases del estudio.

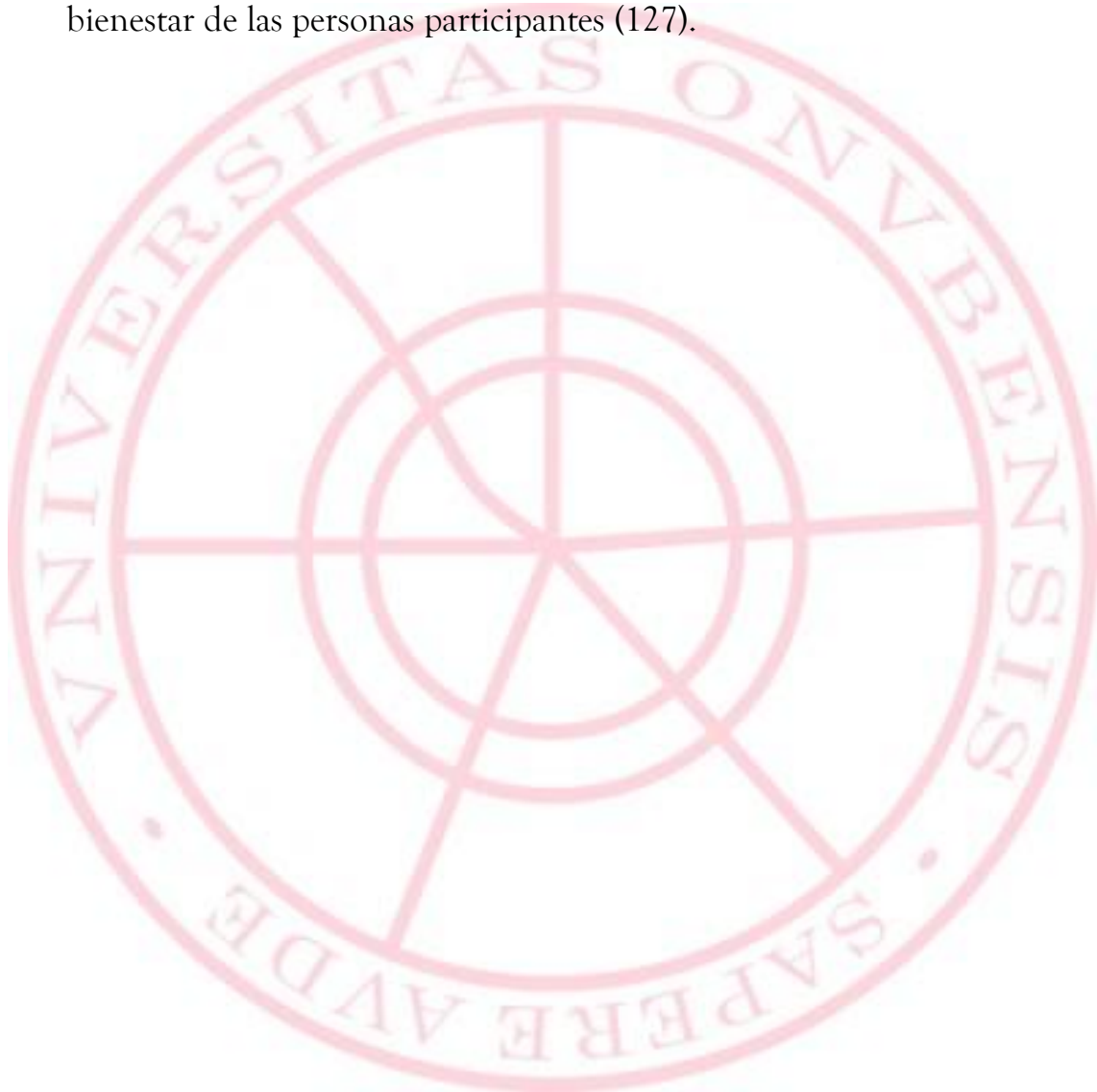
La participación fue completamente voluntaria y anónima, previa aceptación del consentimiento informado. El cuestionario estuvo disponible entre el 28 de octubre de 2021 y el 31 de mayo de 2022, y solo se permitió una respuesta por persona. Los datos se recopilaron de forma anónima, sin recoger información personal identificable, y fueron manejados con estrictas medidas de seguridad. En ningún caso se divulgaron a terceros no autorizados, y los resultados se presentaron de forma agregada, impidiendo la identificación directa de los participantes.

El cuestionario fue revisado por el equipo investigador y validado por jueces expertos, con el fin de asegurar su claridad y adecuación al contexto. El consentimiento informado se obtuvo explícitamente a través del propio cuestionario, diseñado para que los participantes comprendieran sus derechos: la confidencialidad de los datos, el respeto al anonimato y la libertad de abandonar el estudio en cualquier momento sin repercusiones. Se enfatizó que dicha decisión no afectaría su relación con la institución ni su participación en futuras actividades académicas.

Se priorizó el respeto a la autonomía de los participantes en todo momento, sin que existiera ningún tipo de presión u obligación para participar. Los procesos de recolección, almacenamiento y análisis de datos se realizaron en cumplimiento con la legislación vigente en materia de protección de datos personales. Los participantes no recibieron beneficios ni sufrieron perjuicio alguno por su participación.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Junta de Andalucía (código PI 036/20) y se llevó a cabo de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente; y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de

27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos). Además, el protocolo de investigación se adhirió a los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, garantizando en todo momento el respeto a los derechos, la seguridad y el bienestar de las personas participantes (127).



3 RESULTADOS

3.1 Resultados del análisis descriptivo

3.1.1 Resultados descriptivos de las variables sociodemográficos de la muestra.

El total de la muestra estuvo formada por 1197 estudiantes de Enfermería residentes en España, de los cuales el 85% eran mujeres, el 14.6% hombres, el 0.1% se consideraron no binarios y el resto prefirió no responder a esta variable. La edad de la muestra osciló entre 17 y 57 años, con una media de 22.35 años (DE = 5.783), y de todos ellos, un 28.2% de la muestra estaba cursando segundo curso del Grado en Enfermería. Según los resultados relativos al lugar de residencia, la mayoría de los participantes eran de Sevilla (15.7%), siendo Guadalajara y Ávila las ciudades con menos representación (0.1%).

3.1.2 Resultados descriptivos de las variables contextuales relacionadas con la COVID-19 de la muestra

Con respecto a las variables contextuales relacionadas con la COVID-19, el 146.5% afirmó que en algún momento fue diagnosticado de COVID-19, el 73.9% tuvo que estar aislado en algún momento por

contacto estrecho o enfermedad, sin embargo, la gran mayoría de la muestra (72.4%), dijo no formar parte de los grupos de riesgo. En relación con la pregunta sobre cómo de informados se consideraron durante la pandemia, se obtuvo una puntuación media de 7.33 (DE = 1.654) para esta variable. En un 55.9%, los estudiantes afirmaron que sus referentes a nivel académico les proporcionaron las medidas de autoprotección necesarias para evitar el contagio y el 65.2% recibió alguna formación específica para evitar el mismo. Por todo ello, tan solo el 6.5% dijo haberse sentido entre muy poco o nada seguro durante su periodo de prácticas. Cabe señalar también que tan solo el 0.2% no había sido vacunado de ninguna dosis contra la COVID-19, mientras que la mayoría ya habían sido vacunados de las 3 dosis correspondientes (65%).

3.1.3 Resultados descriptivos de las variables psicológicas de la muestra

La puntuación total de la escala AMICO obtuvo un valor medio de 4.06 (DE = 1.547), con un rango de puntuaciones entre 1 y 9.56. Para la escala UWES, que mide el compromiso académico, se obtuvo una puntuación total de 3.79 (DE=1.26), siendo su puntuación máxima un 6. Por otro lado, la prueba de Kolmogorov-Smirnov, con una significación de $p < 0.001$, reveló que la distribución de las puntuaciones obtenidas en

la escala AMICO no seguía una distribución normal, por lo que se realizaron pruebas no paramétricas.

En el análisis bivariado para la variable AMICO total se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación media de la escala y el género, el lugar de residencia, el estado de salud general, el diagnóstico de COVID-19, considerarse grupo de riesgo, la protección percibida en prácticas clínicas, la vacuna contra la enfermedad y la puntuación total de la escala UWES-S. Las mujeres mostraron los niveles más altos de miedo y ansiedad en la escala AMICO, con una puntuación de 4.15, en comparación con los hombres, que obtuvieron una puntuación de 3.54. Con respecto al lugar de residencia, los estudiantes de Cuenca fueron los que más alto puntuaron para la escala AMICO, con una puntuación media de 5.03. Los niveles de miedo y ansiedad también fueron más altos en aquellos estudiantes que nunca habían sido diagnosticados de COVID-19, con una puntuación de 4.16, de igual forma que para aquellos que se consideraban como grupo de riesgo, con una puntuación de 4.37 y los que no recibieron suficientes medidas de autoprotección durante sus prácticas clínicas, con una puntuación de 4.12. No obstante, quienes ya se habían vacunado frente al COVID-19 en varias ocasiones también obtuvieron una puntuación elevada en la escala AMICO, con 4.13 puntos.

3.2 Resultados del análisis de género

3.2.1 Resultados descriptivos sociodemográficos y contextuales de la COVID-19 desde la perspectiva de género

La submuestra seleccionada para el análisis de género estaba compuesta por 350 estudiantes universitarios de enfermería en España, divididos equitativamente por género (mujeres: $n = 175$; hombres: $n = 175$). La edad media de la muestra total era de 23,17 años (DE = 7,05), con edades comprendidas entre los 18 y los 55 años (Tabla 4).

Tabla 4. Resultados descriptivos de la edad y estado de salud.

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Edad	18	55	23.17	7.045
Percepción del estado de salud	3	10	7.79	1.376

La distribución por curso académico fue similar entre géneros. Entre los hombres, algunos estaban matriculados en el primer curso ($n = 48$, 27,4 %), la mayoría en el segundo ($n = 53$, 30,3 %) y el resto se repartía entre el tercero ($n = 47$, 26,9 %) y el cuarto ($n = 27$, 15,4 %). Entre las mujeres, había una proporción ligeramente menor en el primer año ($n = 45$, 25,7 %) y un número mayor en el segundo ($n = 50$, 28,6 %) y cuarto año ($n = 35$, 20,0 %).

En cuanto al diagnóstico previo de COVID-19, la mayoría de los hombres informaron que no habían contraído el virus ($n = 107$, 61,1 %), mientras que una proporción significativa había dado positivo en algún momento ($n = 68$, 38,9 %). Se observó una tendencia similar en las mujeres, con algo más de la mitad que no había sido diagnosticada ($n = 97$, 55,4 %) y un porcentaje ligeramente superior al de los hombres que habían padecido la enfermedad ($n = 78$, 44,6 %). La mayoría de los participantes de ambos grupos experimentaron aislamiento debido a la infección o al contacto estrecho con un caso confirmado. Esto fue informado por una mayor proporción de hombres ($n = 135$, 77,1 %) en comparación con las mujeres ($n = 121$, 69,1 %). Cuando se les preguntó si se consideraban parte de un grupo de riesgo de COVID-19, la mayoría de los hombres ($n = 119$, 68,0 %) y las mujeres ($n = 128$, 73,1 %) respondieron negativamente.

En cuanto al acceso a equipos de protección individual durante las prácticas clínicas, casi la mitad de los hombres ($n = 79$, 45,1 %) y las mujeres ($n = 87$, 49,7 %) afirmaron haber recibido siempre el material adecuado. Otros indicaron que solo se les había proporcionado material de forma parcial: hombres ($n = 35$, 20,0 %) y mujeres ($n = 24$, 13,7 %) o que habían tenido que proporcionar su propia protección en

su totalidad: hombres ($n = 36, 20,6 \%$) y mujeres ($n = 42, 24,0 \%$). La mayoría de los participantes también informaron haber recibido algún tipo de formación sobre la COVID-19, con cifras similares entre hombres ($n = 123, 70,3 \%$) y mujeres ($n = 117, 66,9 \%$).

En cuanto a la seguridad percibida durante las prácticas clínicas, una proporción menor de cada grupo se sentía completamente protegida: hombres ($n = 32, 18,3 \%$) y mujeres ($n = 29, 16,6 \%$). Muy pocos expresaron una sensación de inseguridad: hombres ($n = 3, 1,7 \%$) y mujeres ($n = 5, 2,9 \%$), o muy poca seguridad: hombres ($n = 5, 2,9 \%$) y mujeres ($n = 9, 5,1 \%$) (Tabla 5).

Tabla 5. Resultados descriptivos sociodemográficos y contextuales de la COVID-19 segregados por género.

		Género	
		Masculino (<i>n</i>)	Femenino (<i>n</i>)
Curso	Primero	48	45
	Segundo	53	50
	Tercero	47	45
	Cuarto	27	35
Diagnóstico de COVID-19	No	107	97
	Si	68	78
Aislamiento	No	40	54
	Si	135	121
Grupo de riesgo	No	119	128
	Sí, por tener cancer	0	1
	Sí, por estar embarazada	0	1
	Sí, por estar inmunosuprimido/a	6	0

	Si, por estar realizando prácticas clínicas en centros sanitarios o sociosanitarios	22	28
	Si, por ser diabético/a	1	2
	Si, por ser hipertenso/a	0	1
	Si, por tener enfermedades cardiovasculares	3	0
	Si, por tener enfermedades hematológicas	1	0
	Si, por tener patología respiratoria	8	3
Medidas de autoprotección recibidas	Si, siempre	79	87
	Si, pero al principio de la pandemia no	21	15
	No, solamente me dan alguna de las medidas de autoprotección	35	24
	No me facilitan ningún medio, debo aportarlos yo	36	42
	Otro	4	7
Formación recibida	Yes	123	117
	No	50	57
	Other	2	0
Sentimiento de seguridad durante las prácticas	Totalmente seguro/a	32	29
	Bastante seguro/a	81	81
	Algo seguro/a	54	51
	Muy poco Seguro/a	5	9
	Nada Seguro/a	3	5

3.2.2 Resultados descriptivos de las variables psicológicas desde la perspectiva de género

3.2.2.1 Resultados descriptivos del miedo y ansiedad ante la COVID-19 desde la perspectiva de género.

En relación con los resultados de miedo y ansiedad ante la COVID-19 medidos con la escala AMICO de la submuestra, las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas, con una media en sus repuestas de 4,06 (DE=1.64) que los hombres, media 3,54 (DE=1.46). El alumnado de

cuarto curso resultó con valores más altos (M=4.09, DE=1.80) y el de primer curso más bajo (M=3.66, DE=1.40). Los participantes manifestaron mayores niveles de miedo y ansiedad cuando no habían sido diagnosticados de COVID-19 (M=3.87, DE=1.61). Los resultados de AMICO fueron similares para el alumnado que recibió formación específica y el que no la recibió. La Tabla 6 reúne los resultados de la escala AMICO.

Tabla 6. Resultados descriptivos de AMICO.

		<i>Media</i>	<i>DE</i>
Género	Hombre	3.54	1.46
	Mujer	4.06	1.64
Curso	Primero	3,66	1,40
	Segundo	3,87	1,68
	Tercero	3,68	1,44
	Cuarto	4,09	1,80
Diagnóstico de COVID-19	Si	3.70	1.53
	No	3.87	1.61
Aislamiento	Si	3.80	1.52
	No	3.79	1.72
Formación específica	Si	3.81	1.56
	No	3.78	1.58
	Otros	1.94	0
Vacunación	Sí, 1 sola dosis	3.77	1.75
	Sí, las 2 dosis	3.77	1.59
	Sí, las 3 dosis	3.84	1.57
	No deseo vacunarme	1.96	0.64
	Todavía no	2.69	0

La nube de puntos resultante de comparar la puntuación de la escala AMICO con la edad medida en años cumplidos, mostró una franja constante en todas las edades, como se observa en la Figura 4.

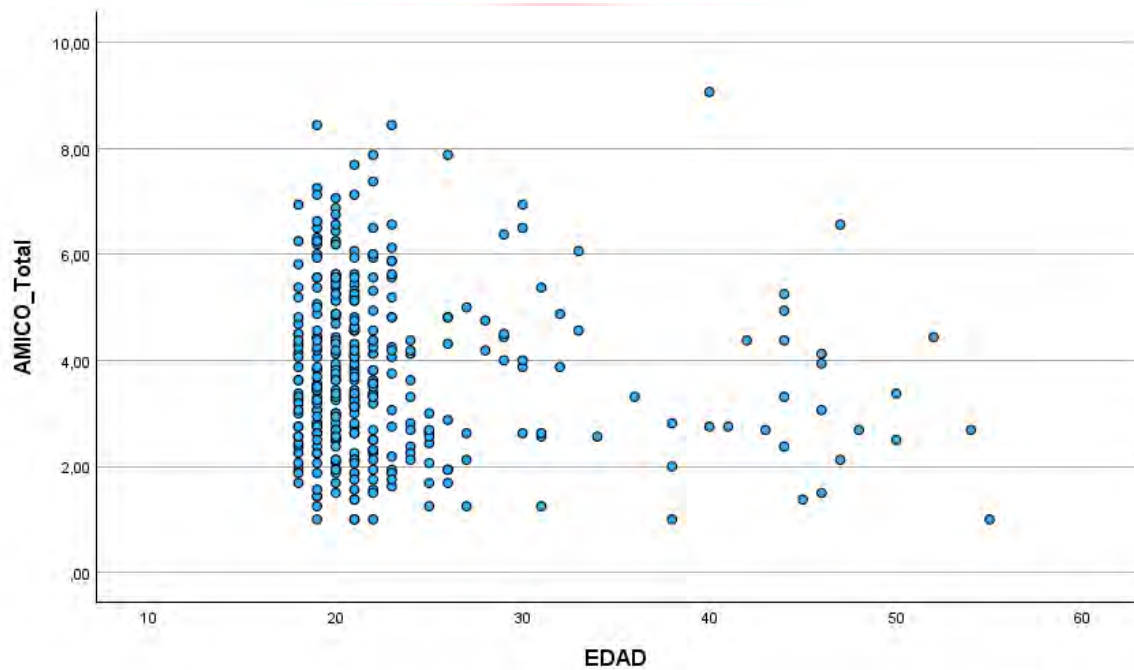


Figura 4. Gráfico dispersión de la distribución de puntuaciones de la escala AMICO según la edad.

El análisis descriptivo de las puntuaciones de la escala AMICO, de cada curso académico, reveló una distribución similar entre los cuatro cursos, como se refleja en la Figura 5.

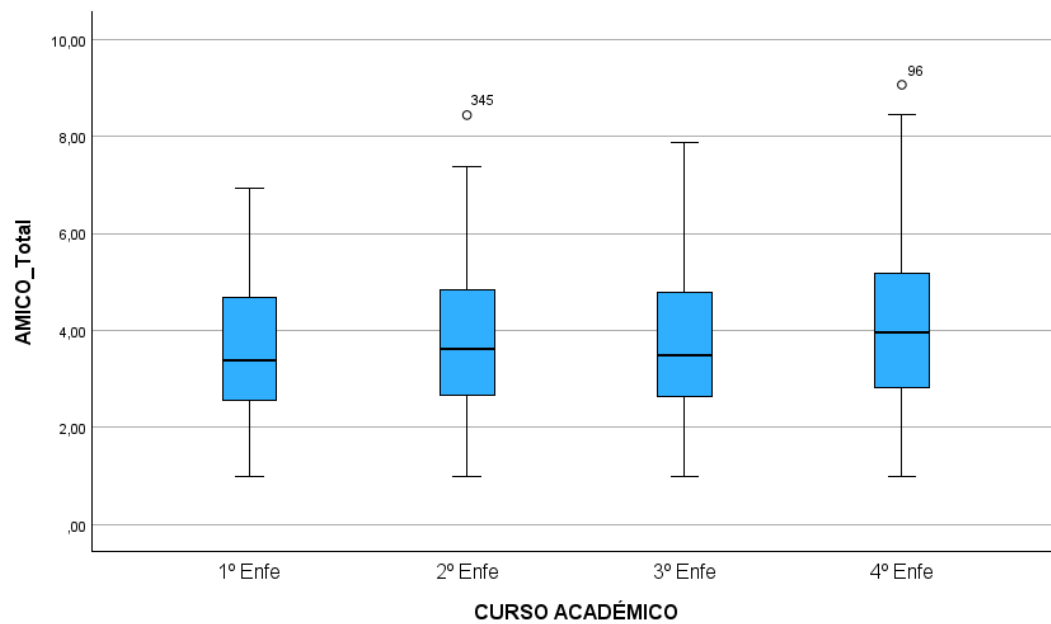


Figura 5. Diagrama de cajas para la puntuación media AMICO según el curso académico.

La distribución similar de la ansiedad y miedo ante la COVID-19 entre los cursos académicos se confirma con las pirámides poblacionales, que muestran frecuencias parecidas en torno a los mismos valores (Figura 6).

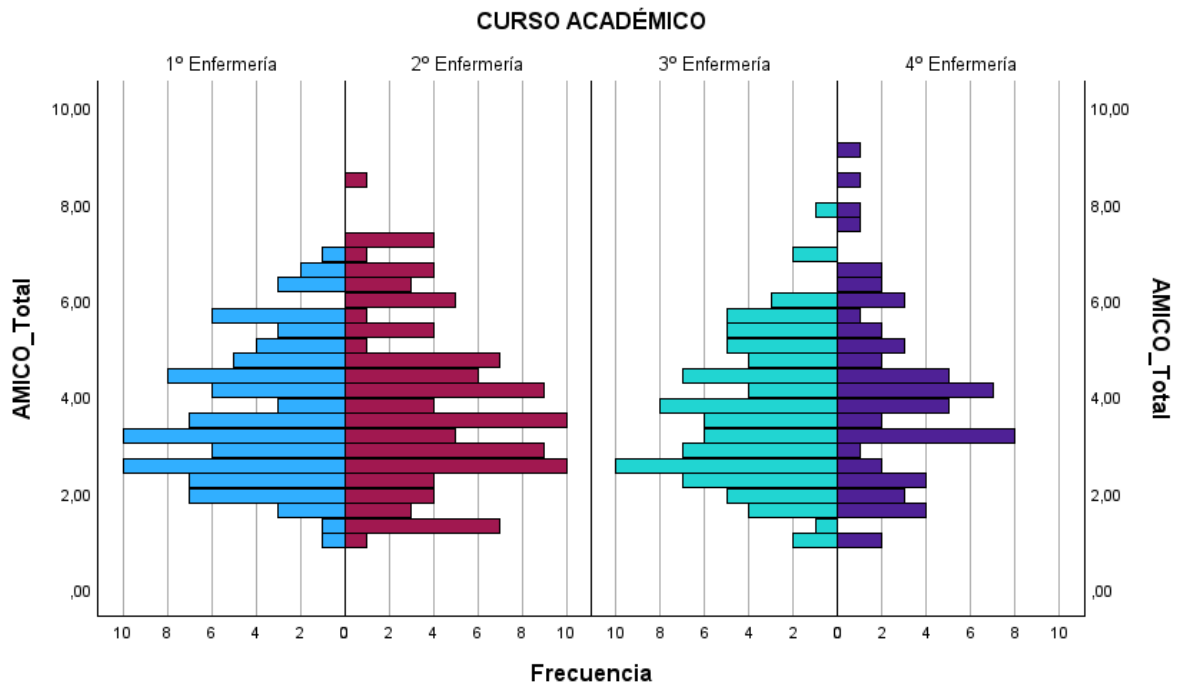


Figura 6. Pirámide poblacional según el curso académico: distribución de puntuaciones de AMICO.

Sin embargo, al describir los resultados de la escala AMICO según el género, se identifican diferencias entre hombres y mujeres, dado que las mujeres manifestaron valores más altos, como se aprecia en la Figura 7.

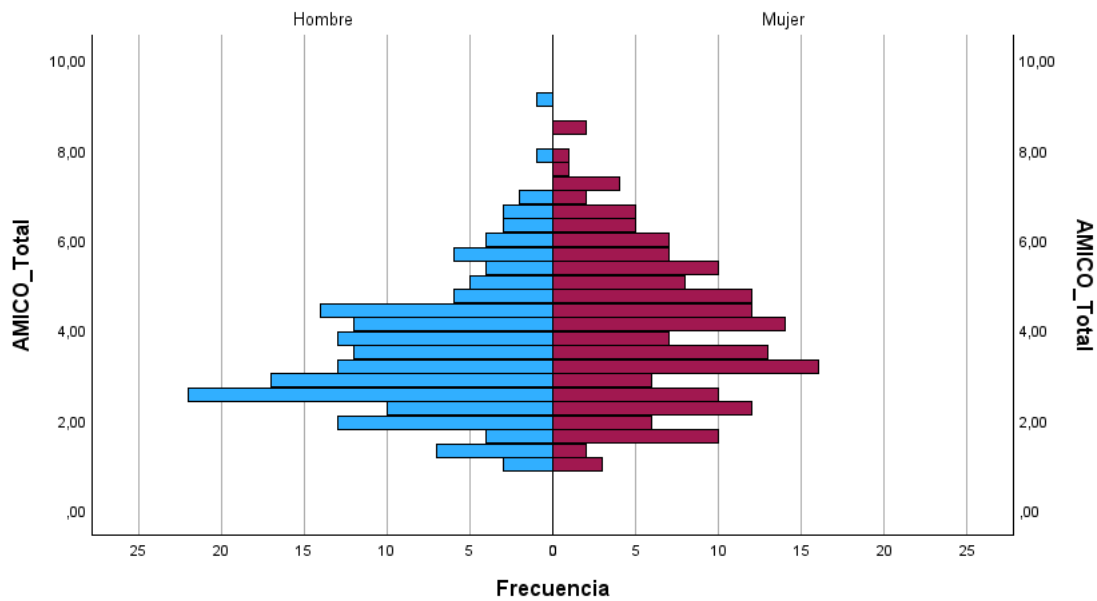


Figura 7. Pirámide poblacional: distribución de puntuaciones totales AMICO entre mujeres (morado) y hombres (azules)

3.2.2.2 Resultados descriptivos del compromiso académico desde la perspectiva de género.

Respecto al análisis descriptivo de los niveles de compromiso académico (UWES_Total), se observó que los hombres presentaron una media ligeramente superior ($M = 3,81$; $DE = 1,34$) en comparación con las mujeres ($M = 3,58$; $DE = 1,30$) (Tabla 7). En cuanto al curso académico, se evidenció una tendencia ascendente del compromiso conforme avanzaba la formación: los estudiantes de primer curso obtuvieron una media de $3,52$ ($DE = 1,35$), mientras que los de cuarto curso alcanzaron el valor más alto ($M = 3,88$; $DE = 1,35$). Respecto al diagnóstico de COVID-19, no se encontraron diferencias relevantes entre quienes habían sido diagnosticados ($M = 3,69$; $DE = 1,32$) y quienes no ($M = 3,70$;

DE = 1,33); lo mismo ocurrió con la variable aislamiento, con medias similares tanto en quienes no estuvieron aislados (M = 3,73; DE = 1,29) como en quienes sí lo estuvieron (M = 3,69; DE = 1,34). En relación con la formación específica sobre la COVID-19, los niveles de compromiso fueron más altos en aquellos que recibieron formación formal (M = 3,79; DE = 1,29), mientras que fueron notablemente inferiores en quienes indicaron haber recibido solo algo de información (M = 1,71) o formación poco estructurada (M = 1,94; DE = 1,08). Finalmente, respecto a la vacunación, los niveles más altos de compromiso se registraron en quienes no deseaban vacunarse (M = 4,71; DE = 1,39) o habían recibido solo una dosis (M = 4,57; DE = 0,90), aunque estos resultados deben interpretarse con cautela por el posible bajo tamaño muestral. Aquellos que recibieron dos o tres dosis presentaron medias más moderadas (M = 3,61; DE = 1,38 y M = 3,70; DE = 1,30, respectivamente), mientras que quienes aún no se habían vacunado mostraron un menor compromiso (M = 2,76).

Tabla 7. Resultados descriptivos UWES

		<i>Media</i>	<i>DE</i>
Género	Hombre	3,81	1,34
	Mujer	3,58	1,30
Curso	Primero	3,52	1,35
	Segundo	3,72	1,32
	Tercero	3,74	1,29
	Cuarto	3,88	1,35
Diagnóstico de COVID-19	Si	3,69	1,32
	No	3,70	1,33
Aislamiento	Si	3,69	1,34
	No	3,73	1,29
Formación específica	Si	3,73	1,29
	No	3,54	1,38
	Otros	1,94	1,08
Vacunación	Si, 1 sola dosis	4,57	,90
	Si, las 2 dosis	3,61	1,38
	Si, las 3 dosis	3,70	1,30
	No deseo vacunarme	4,71	1,39
	Todavía no	2,76	

Al comparar gráficamente la puntuación obtenida en la escala UWES con la edad medida en años cumplidos, se obtiene una nube de puntos en la que no se identifica una relación clara entre estas variables (Figura 8).

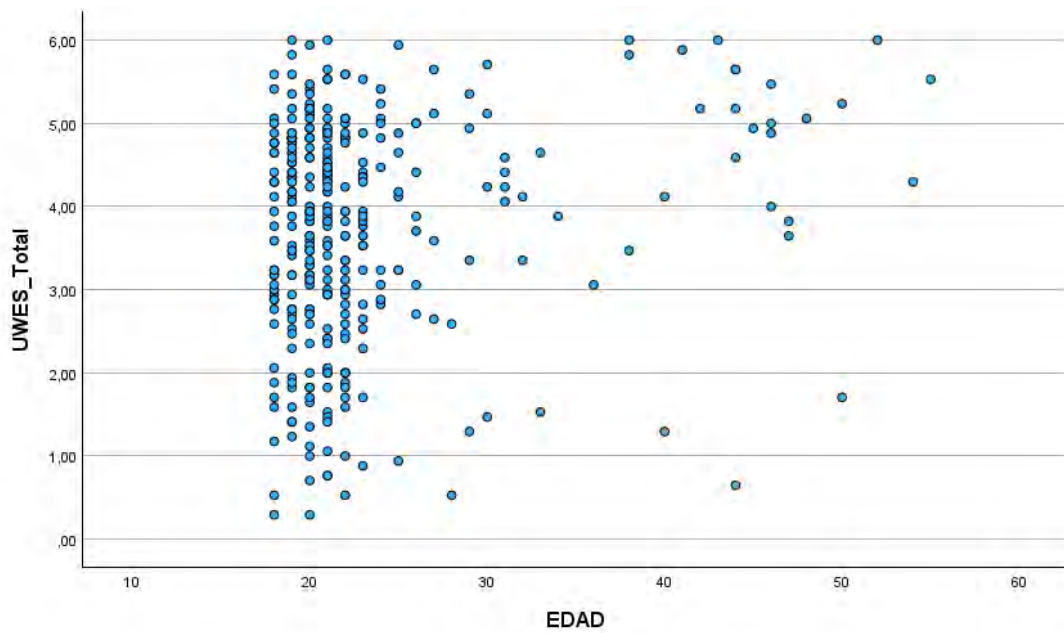


Figura 8. Gráfico dispersión distribución de puntuaciones UWES y edad.

Los resultados descriptivos de los resultados de la escala UWES según el curso académico mostraron distribuciones similares como se observa en el gráfico de la Figura 9.

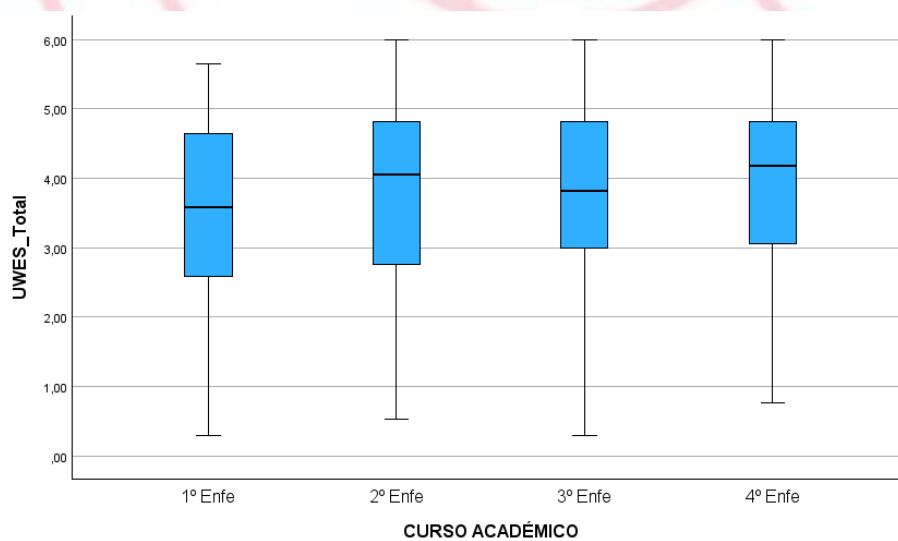


Figura 9. Diagrama de cajas para la puntuación media UWES, según el curso académico.

Por otro lado, al describir los resultados de la escala UWES según el género, se identifican diferencias ente hombres y mujeres, dado que los hombres manifestaron valores más altos, como se aprecia en la Figura 10:

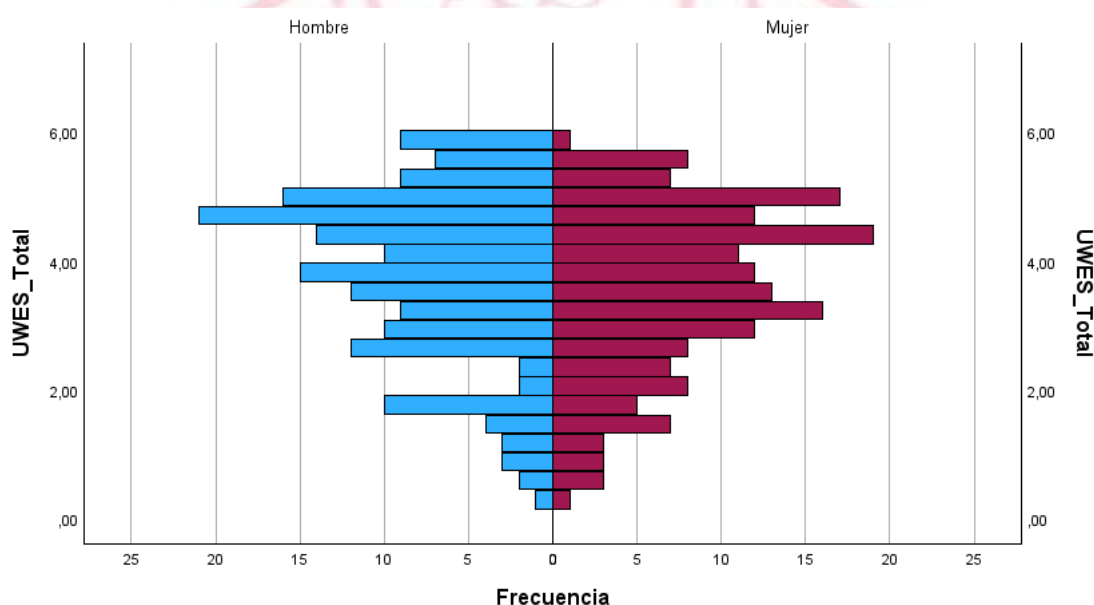


Figura 10. Pirámide poblacional: distribución de puntuaciones totales UWES entre mujeres (morado) y hombres (azules)

3.2.2.3 Resultados analíticos de las variables psicológicas desde la perspectiva de género

El análisis bivalente de las variables psicológicas mostró diferencias estadísticamente significativas según el género. En la escala AMICO, las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas ($M = 4,06$) que los hombres ($M = 3,54$), lo que indica un mayor nivel de ansiedad y miedo relacionado

con la COVID-19 entre las estudiantes. Esta diferencia fue significativa ($U = 12409,5$, $Z = -3,068$, $p = 0,002$). Por el contrario, en la escala UWES-S de compromiso académico, los hombres obtuvieron puntuaciones más altas ($M = 3,81$) que las mujeres ($M = 3,58$), con una diferencia estadísticamente significativa ($U = 13263,0$, $Z = -1,658$, $p = 0,047$) (Tabla 8).

Tabla 8. Diferencias entre las puntuaciones de las escalas AMICO y UWES-S según el género.

	Gender	N	Media	Desviación estándar	Z	P
AMICO	Femenino	175	4.06	1.64		
	Masculino	175	3.54	1.46		
	Total	350			-3.068	0.002
UWES-S	Femenino	173	3.58	1.30		
	Masculino	171	3.81	1.34		
	Total	344			-1.658	0.047

En el análisis Tau-b de Kendall, las puntuaciones UWES-S mostraron una correlación positiva débil pero estadísticamente significativa con el grado de información que los participantes consideraban haber recibido durante la pandemia ($\tau = 0.077$, $p = 0.051$) y con su estado de salud percibido ($\tau = 0.123$, $p = 0.002$). Aunque la correlación con la información percibida no alcanzó los niveles de

significación convencionales ($p = 0,051$), la tendencia respalda una posible relación que merece ser investigada más a fondo.

Por otro lado, las puntuaciones AMICO no mostraron asociaciones significativas con la información percibida ($\tau = -0.008$, $p = 0.833$), pero mostraron una correlación negativa estadísticamente significativa con la salud percibida ($\tau = -0.096$, $p = 0.015$). Esto indica que los estudiantes que calificaron su salud general de manera más positiva tendían a experimentar niveles ligeramente más bajos de ansiedad y miedo relacionados con la COVID-19.

Estos hallazgos se confirmaron en gran medida mediante el coeficiente Rho de Spearman. En el caso de las puntuaciones UWES-S, se observó un patrón similar: la salud percibida mostró una correlación positiva y significativa ($\rho = 0.163$, $p = 0.002$), y la relación con la información percibida fue de nuevo débil, pero cercana a la significación ($\rho = 0.101$, $p = 0.062$). En el caso de las puntuaciones AMICO, la salud percibida siguió mostrando una correlación negativa ($\rho = -0.129$, $p = 0.015$), mientras que no se observó una correlación significativa con la información percibida ($\rho = -0.013$, $p = 0.809$) (Tabla 9).

Tabla 9. Correlaciones entre las puntuaciones de UWES-S and AMICO, información recibida y estado de salud percibido.

			UWES-S	AMICO	Información recibida	Estado de salud
Kendall's Tau_b	UWES-S	Correlación	1.000	-0.052	0.077	0.123*
		P-Value		0.152	0.051	0.002
		N	344	344	344	344
	AMICO	Correlación	-0.052	1.000	-0.008	-0.096*
		P-Value	0.152		0.833	0.015
		N	344	350	350	350
	Información recibida	Correlación	0.077	-0.008	1.000	0.049
		P-Value	0.051	0.833		0.247
		N	344	350	350	350
Estado de salud	Correlación	0.123*	-0.096*	0.049	1.000	
	P-Value	0.002	0.015	0.247		
	N	344	350	350	350	
Spearman's Rho	UWES-S	Correlación	1.000	-0.076	0.101	0.163*
		P-Value		0.160	0.062	0.002
		N	344	344	344	344
	AMICO	Correlación	-0.076	1.000	-0.013	-0.129*
		P-Value	0.160		0.809	0.015
		N	344	350	350	350
	Información recibida	Correlación	0.101	-0.013	1.000	0.062
		P-Value	0.062	0.809		0.244
		N	344	350	350	350
	Estado de salud	Correlación	0.163*	-0.129*	0.062	1.000
		P-Value	0.002	0.015	0.244	
		N	344	350	350	350

*estadísticamente significativo

Los análisis multivariantes revelaron un efecto significativo del sexo sobre las variables dependientes combinadas (Λ de Wilks = 0,980; $F(1,323) = 6,56$; $p = 0,011$; η^2 parcial = 0,020; potencia observada = 0,723). Asimismo, se observaron efectos significativos de la salud percibida ($p = 0,045$), la dedicación ($p = 0,003$) y la absorción ($p = 0,002$). No se detectaron efectos significativos para la edad, el número de convivientes, la información percibida, ni el vigor (todos $p > 0,05$) (Tabla 10).

Tabla 10. Pruebas multivariante (Pillai, Wilks, Hotelling, Roy)

Efecto	Wilks'		gl1	gl2	p	Parámetro	
	Λ	F				η^2 parcial	de no centralidad observado
Intersección	0,894	38,135 ^b	1,000	323,000	<0,001	0,106	38,135 1,000
Edad	0,998	0,653 ^b	1,000	323,000	0,420	0,002	0,653 0,127
Cohabitantes	0,995	1,720 ^b	1,000	323,000	0,191	0,005	1,720 0,258
Edad cuantitativa	0,988	4,052 ^b	1,000	323,000	0,045	0,012	4,052 0,519
Información cuantitativa	0,999	0,396 ^b	1,000	323,000	0,530	0,001	0,396 0,096
Vigor	0,990	3,399 ^b	1,000	323,000	0,066	0,010	3,399 0,452
Dedicación	0,971	9,811 ^b	1,000	323,000	0,002	0,029	9,811 0,878
Absorción	0,972	9,187 ^b	1,000	323,000	0,003	0,028	9,187 0,856
Género	0,980	6,556 ^b	1,000	323,000	0,011	0,020	6,556 0,723

Nota. Elaboración propia. gl: grado de libertad.

El género influyó de manera significativa en AMICO_Total, con niveles de ansiedad y miedo más elevados entre las mujeres. No se observaron diferencias de género para UWES_Total. Por su parte, la salud percibida, la dedicación y la absorción predijeron de forma significativa UWES_Total (Tabla 11).

Tabla 11. Pruebas de efectos entre sujetos

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	p	η ² parcial	Parámetro de no centralidad	Poder observado
Modelo corregido	AMICO_Total	71,645 ^a	9	7,961	3,494	<,001	,089	31,444	,988
	UWES_Total	580,297 ^b	9	64,477	.	.	1,000	.	.
Intersección	AMICO_Total	86,890	1	86,890	38,135	<,001	,106	38,135	1,000
	UWES_Total	,000	1	,000	.	.	.	.	.
Edad	AMICO_Total	1,487	1	1,487	,653	,420	,002	,653	,127
	UWES_Total	,000	1	,000	.	.	.	.	.
Cohabitantes	AMICO_Total	3,918	1	3,918	1,720	,191	,005	1,720	,258
	UWES_Total	,000	1	,000	.	.	.	.	.
Salud cuantitativa	AMICO_Total	9,233	1	9,233	4,052	,045	,012	4,052	,519
	UWES_Total	,000	1	,000	.	.	.	.	.
Información cuantitativa	AMICO_Total	,902	1	,902	,396	,530	,001	,396	,096
	UWES_Total	,000	1	,000	.	.	.	.	.
Vigor	AMICO_Total	7,745	1	7,745	3,399	,066	,010	3,399	,452
	UWES_Total	13,801	1	13,801	.	.	1,000	.	.
Dedicación	AMICO_Total	22,354	1	22,354	9,811	,002	,029	9,811	,878
	UWES_Total	19,133	1	19,133	.	.	1,000	.	.
Absorción	AMICO_Total	20,933	1	20,933	9,187	,003	,028	9,187	,856
	UWES_Total	12,036	1	12,036	.	.	1,000	.	.
Género	AMICO_Total	14,939	1	14,939	6,556	,011	,020	6,556	,723
	UWES_Total	,000	1	,000	.	.	.	.	.
Error	AMICO_Total	735,961	323	2,279					
	UWES_Total	,000	323	,000					
Total	AMICO_Total	5656,395	333						
	UWES_Total	5149,215	333						
Total corregido	AMICO_Total	807,606	332						
	UWES_Total	580,297	332						

Nota. Elaboración propia. R al cuadrado= 0,089 (R al cuadrado ajustada = 0,063) y R al cuadrado = 1,000 (R al cuadrado ajustada = 1,000)

Las medias marginales estimadas mostraron que las mujeres obtuvieron puntuaciones superiores a los hombres en AMICO_Total. Las comparaciones por pares ajustadas mediante el método de Bonferroni confirmaron que esta diferencia era estadísticamente significativa (Tabla 12). No se identificaron diferencias significativas entre hombres y mujeres para UWES_Total.

Tabla 12. Medias marginales estimadas y comparación por pares

Estimaciones							
Variable dependiente	Género	Media	EE	95%IC			
				Inferior	Superior		
AMICO_Total	Masculino	3,594	0,120	3,359	3,830		
	Femenino	4,033	0,119	3,800	4,267		
UWES_Total	Masculino	3,704	0,000	3,704	3,704		
	Femenino	3,704	0,000	3,704	3,704		
Comparación por pares							
Variable dependiente	(I) Género	(J) Género	Diferencia media (I-J)	EE	P	95%CI	
						Inferior	Superior
AMICO_Total	Masculino	Femenino	-0,439*	0,171	0,011	-0,776	-0,102
	Femenino	Masculino	0,439*	0,171	0,011	0,102	0,776
UWES_Total	Masculino	Femenino	2,389E-15	0,000	.	2,389E-15	2,389E-15
	Femenino	Masculino	-2,389E-15	0,000	.	-	-

Nota. Elaboración propia. *: La diferencia media es significativa en el nivel 0,05. IC: intervalo de confianza. EE: error estándar.

3.2.3 Análisis de relaciones entre variables desde la perspectiva de género

A continuación, se presentan gráficos de análisis de relaciones entre variables. En cada gráfico, el tamaño de los nodos refleja la frecuencia de cada

categoría, mientras que el grosor de las líneas representa la intensidad de las relaciones entre ellas.

La Figura 11 representa un mapa de relaciones entre las variables curso académico, diagnóstico de COVID-19 y género. Las cuatro categorías del curso (de 1º a 4º de Enfermería) aparecen representadas por nodos azul cielo de tamaño similar, alineados de izquierda a derecha según el orden académico. En la variable género, los nodos azul turqués correspondientes a hombres y mujeres presentan el mismo tamaño, lo que indica un reparto equilibrado de la muestra por género. En cuanto al diagnóstico de COVID-19, el nodo más grande corresponde a la categoría "No", evidenciando que la mayoría del alumnado no ha sido diagnosticado. Las líneas que conectan los nodos representan las relaciones entre categorías, siendo su grosor proporcional a la frecuencia de coocurrencia; así, las conexiones más gruesas reflejan asociaciones más fuertes entre curso, género y diagnóstico.

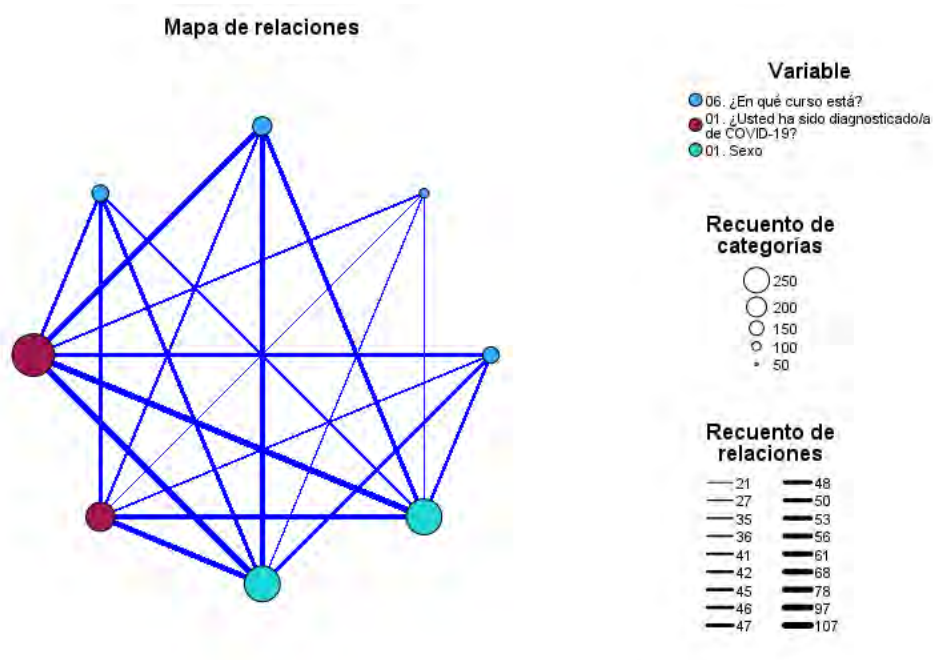


Figura 11. Mapa de relaciones para las variables género, diagnóstico, y curso académico

Por otro lado, la Figura 12 muestra un mapa de relaciones entre las variables número de convivientes en el domicilio, diagnóstico de COVID-19, género y percepción subjetiva del estado de salud. Las bolitas azul cielo representan el número de personas que viven en el hogar, mientras que el azul turquesa indica el valor (de 0 a 10) que los participantes otorgaron a su salud general. Las bolitas rojas corresponden al diagnóstico de COVID-19, siendo la más grande la categoría "No", lo que refleja que la mayoría no fue diagnosticada. Como en el gráfico anterior, también se incluye la variable género (no especificada gráficamente, pero codificada en el sistema de colores). Las conexiones entre nodos representan relaciones entre categorías, y su grosor indica la intensidad o frecuencia de dichas asociaciones: a mayor

grosor, mayor número de participantes que comparten ambas categorías. Se observa una red compleja de relaciones cruzadas, especialmente entre la percepción de salud y las demás variables, lo que sugiere posibles asociaciones relevantes entre el estado de salud autopercebido, el entorno de convivencia y la experiencia con la COVID-19.

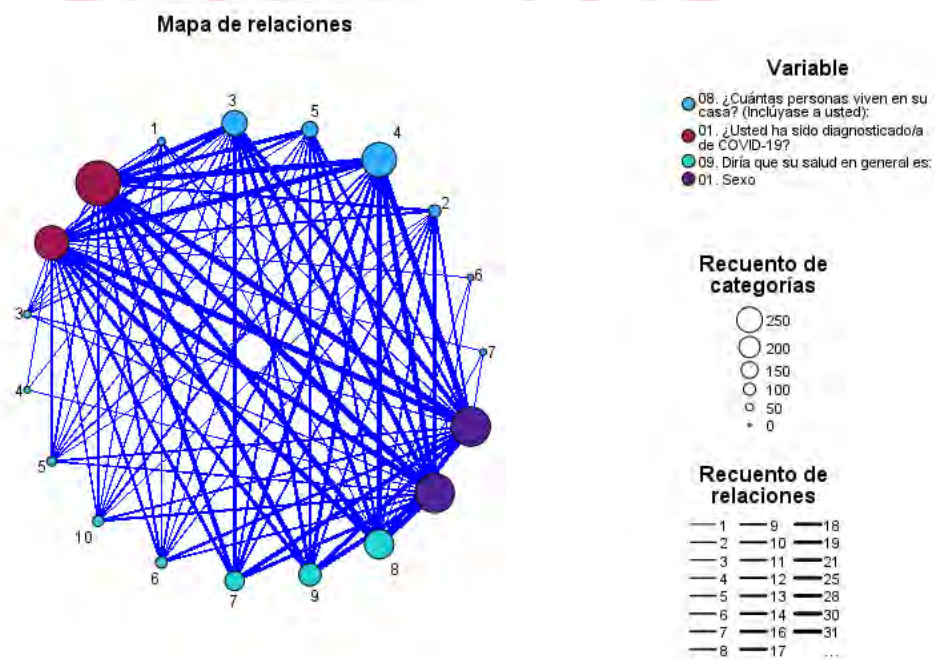


Figura 12. Mapa de relaciones para las variables género, diagnóstico, salud autopercebida y número de convivientes

La Figura 13 presenta un mapa de relaciones entre las variables formación recibida en medidas de seguridad frente a la COVID-19, género y percepción subjetiva del estado de salud. Las bolitas azul turques representan los valores de 0 a 10 que los participantes otorgaron a su estado de salud general. Las bolitas azul cielo corresponden a la variable sobre formación: la

más grande indica a quienes no recibieron formación, mientras que la más pequeña representa a quienes sí la recibieron, lo que sugiere un desequilibrio en la proporción de participantes entre ambas categorías. Las bolitas rojas indican las distintas puntuaciones recodificadas en la variable sobre salud percibida. Las líneas que conectan los nodos muestran las relaciones entre las categorías, siendo su grosor proporcional al número de participantes que comparten ambas respuestas. Se aprecia un mayor número de conexiones entre quienes no recibieron formación y los distintos niveles de salud autopercibida, lo que podría apuntar a un patrón en la percepción del estado de salud asociado a la ausencia de formación preventiva

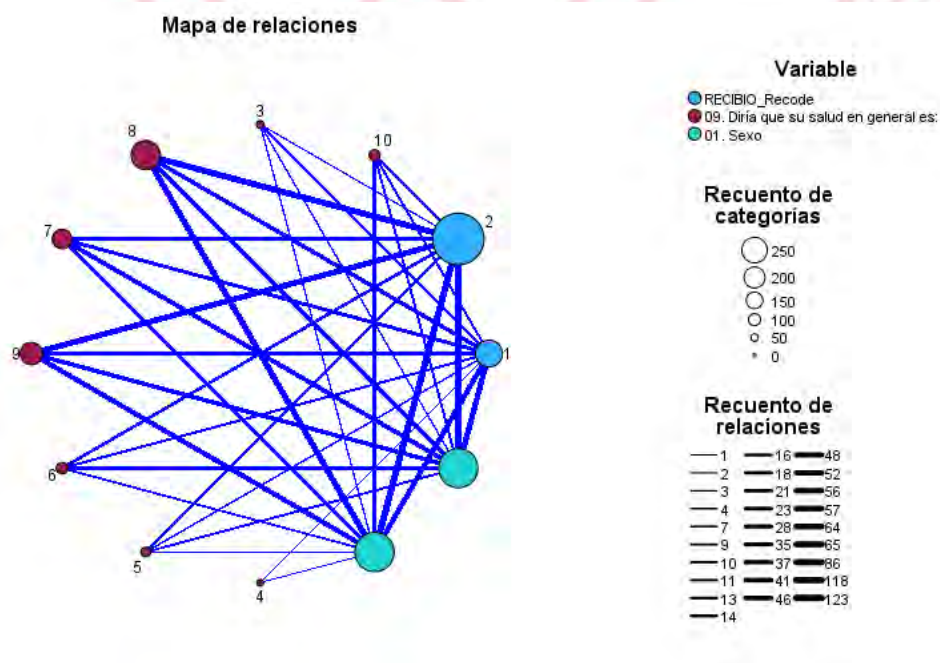


Figura 13. Mapa de relaciones para las variables género, formación recibida en materia de seguridad, y salud autopercibida.

4 DISCUSIÓN

4.1 Introducción a la discusión

La pandemia de COVID-19 supuso una de las mayores crisis sanitarias y sociales del siglo XXI, con un impacto transversal que afectó tanto a los sistemas de salud como a las instituciones educativas, provocando importantes alteraciones en la vida académica y personal de los estudiantes universitarios. En este contexto de incertidumbre, los futuros profesionales sanitarios, y en particular el estudiantado del Grado en Enfermería, se vieron enfrentados a una realidad excepcional que modificó radicalmente sus condiciones de formación, sus experiencias clínicas y su bienestar emocional.

El presente estudio se propuso analizar, desde una perspectiva cuantitativa, las posibles diferencias de género en cuanto al bienestar emocional y el compromiso académico de los estudiantes de Enfermería en España durante la pandemia. La elección de una aproximación diferenciada por género no es arbitraria: parte del reconocimiento de que las experiencias individuales y colectivas están atravesadas por construcciones sociales que asignan roles, expectativas y responsabilidades distintas a hombres y mujeres. En el ámbito de la salud, y especialmente en la profesión enfermera –

históricamente feminizada—, estas diferencias adquieren una especial relevancia.

El estudio analiza una muestra de 1197 estudiantes de Enfermería en España, predominantemente mujeres (85%), con una edad media de 22.35 años. La mayoría reside en Sevilla (15.7%), y un 28.2% cursa segundo año. En relación con la COVID-19, el 46.5% fue diagnosticado con la enfermedad, y el 73.9% experimentó aislamiento, aunque el 72.4% no se considera grupo de riesgo. La percepción de información durante la pandemia fue alta (media de 7.33), y el 65.2% recibió formación específica para evitar contagios, lo que contribuyó a que solo el 6.5% se sintiera inseguro durante las prácticas clínicas. La mayoría estaba vacunada con tres dosis (65%).

En cuanto a las variables psicológicas, la escala AMICO mostró una puntuación media de 4.06, indicando niveles moderados de miedo y ansiedad, con diferencias significativas según género, lugar de residencia, estado de salud, diagnóstico de COVID-19, y percepción de protección durante las prácticas. Las mujeres presentaron mayores niveles de ansiedad (4.15) en comparación con los hombres (3.54). El análisis factorial exploratorio identificó dos dimensiones principales: ansiedad y miedo, explicando el 88% de la varianza, con una alta fiabilidad (alfa de Cronbach de 0.913).

En el análisis de género, las mujeres mostraron mayor miedo y ansiedad, mientras que los hombres presentaron un mayor compromiso académico (UWES media de 3.81 frente a 3.58). Se encontraron correlaciones significativas entre el compromiso académico y la salud percibida, así como entre la ansiedad y la salud percibida.

Entender cómo el género modula la respuesta emocional y el grado de implicación académica en situaciones críticas permite no solo comprender mejor los efectos de la pandemia, sino también identificar factores estructurales y culturales que influyen en la formación de los futuros profesionales de enfermería. Asimismo, al considerar el género como una variable analítica, se abren posibilidades para cuestionar estereotipos arraigados, visibilizar tensiones identitarias y proponer acciones orientadas a una formación más equitativa, inclusiva y sensible a la diversidad del alumnado.

Esta discusión, por tanto, no solo se centra en interpretar los resultados obtenidos, sino que los contextualiza en un entramado complejo de dinámicas sociales, educativas y sanitarias. Se busca generar un análisis crítico que conecte la evidencia empírica con los marcos teóricos contemporáneos, contribuyendo a un debate necesario sobre el papel del género en la educación en salud en contextos de emergencia. A partir de esta base, se abordan en las

siguientes secciones los principales hallazgos del estudio, desglosados y analizados en profundidad desde múltiples dimensiones.

4.2 Diferencias por género en salud mental en el alumnado de Enfermería durante la pandemia

La pandemia de COVID-19 visibilizó y acentuó desigualdades preexistentes en múltiples dimensiones de la vida social, incluyendo la salud mental. En el caso de los estudiantes universitarios, y en particular los de Enfermería, la combinación de presión académica, incertidumbre sanitaria, miedo al contagio y cambios abruptos en la modalidad de enseñanza, generó un contexto altamente estresante (128). Los resultados obtenidos en este estudio muestran diferencias significativas por género en la vivencia emocional de este periodo: las estudiantes mujeres reportaron niveles más altos de ansiedad y miedo, según las puntuaciones en la escala AMICO, en comparación con sus compañeros varones.

Este hallazgo es coherente con la literatura nacional e internacional sobre salud mental y género en contextos de crisis. Diversos estudios han demostrado que las mujeres presentan una mayor prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos durante situaciones de estrés agudo, como catástrofes naturales, crisis económicas o pandemias (129,130). Las causas de esta mayor

vulnerabilidad son complejas y multifactoriales, y se relacionan tanto con determinantes biológicos como, especialmente, con construcciones sociales y culturales que condicionan la manera en que hombres y mujeres afrontan el malestar psicológico (131).

Desde la teoría del rol de género (132), se entiende que las mujeres han sido históricamente socializadas para asumir roles de cuidado, mostrarse emocionalmente expresivas y priorizar las necesidades ajenas sobre las propias. Esta carga emocional, en contextos de alta presión como una pandemia, puede convertirse en una fuente de estrés y ansiedad. En el ámbito de la enfermería, estas expectativas se ven reforzadas por la asociación histórica y simbólica entre el cuidado y lo femenino (133). Las estudiantes no solo se enfrentaban a un reto académico y clínico inédito, sino también a una intensificación del mandato de cuidar, incluso en circunstancias en las que ellas mismas eran vulnerables.

Por otro lado, los estereotipos de género también operan a nivel institucional y profesional. La feminización de la enfermería ha contribuido a que, en muchos contextos, se invisibilicen o minimicen las necesidades emocionales de las propias cuidadoras (134). Así, mientras se valoraba la capacidad de respuesta de las enfermeras ante la emergencia, no siempre se proporcionaban espacios o recursos adecuados para el autocuidado, la gestión

emocional o el acompañamiento psicológico. Esta desatención, especialmente en el entorno académico, pudo contribuir a los altos niveles de ansiedad reportados por las estudiantes.

Cabe señalar que la mayor sintomatología ansiosa no implica necesariamente una mayor debilidad psicológica. Por el contrario, algunos estudios sugieren que las mujeres tienden a ser más conscientes y expresivas respecto a sus estados emocionales, mientras que los hombres, socializados en modelos de masculinidad tradicional, pueden inhibir la expresión del malestar por temor a ser percibidos como débiles (135). Esto puede llevar a una infraestimación del sufrimiento emocional masculino en las encuestas autoinformadas, lo que representa una limitación metodológica importante y una fuente potencial de sesgo. No obstante, los datos obtenidos refuerzan una tendencia que ya era observable antes del surgimiento del SARS-CoV-2. Investigaciones previas al contexto pandémico ya advertían de una mayor incidencia de trastornos de ansiedad, estrés y sintomatología depresiva entre mujeres universitarias, especialmente en carreras sanitarias (136). En ese sentido, la pandemia no generó el problema, sino que lo agravó y lo puso en primer plano. La necesidad de implementar políticas de salud mental con perspectiva de género en las universidades se vuelve, por tanto, ineludible.

Además, las consecuencias del sufrimiento emocional no se limitan al plano individual. La ansiedad y el miedo persistentes pueden afectar la capacidad de aprendizaje, la concentración, la autoestima académica y la construcción de la identidad profesional (137). En estudiantes de Enfermería, esta situación resulta especialmente delicada, ya que su formación implica un contacto directo con el sufrimiento ajeno, el dolor y la muerte, experiencias que, en el contexto pandémico, se intensificaron considerablemente. El afrontamiento de estas realidades sin recursos psicológicos adecuados puede conducir a procesos de desgaste temprano, pérdida de vocación o abandono de la carrera (138).

Finalmente, no puede pasarse por alto la intersección entre el género y otros factores estructurales como la edad, el nivel socioeconómico o la experiencia laboral previa. Por ejemplo, los estudiantes que simultáneamente trabajaban en el ámbito sanitario durante la pandemia podían enfrentar una doble carga emocional, especialmente si eran mujeres con responsabilidades familiares. Esta doble exposición –formativa y laboral– genera escenarios de mayor vulnerabilidad que deben ser considerados en el análisis y diseño de intervenciones futuras (139).

4.3 Compromiso académico y género: una mirada sociocultural a la implicación del alumnado

Uno de los hallazgos más llamativos del presente estudio es la diferencia significativa entre hombres y mujeres en relación con el compromiso académico durante la pandemia de COVID-19, medida a través de la escala UWES-S. Mientras que las mujeres reportaron mayores niveles de ansiedad y malestar emocional, los estudiantes varones presentaron puntuaciones más elevadas en compromiso académico. Este resultado contrasta parcialmente con investigaciones previas al contexto pandémico, en las que se había identificado una mayor implicación académica en las mujeres, especialmente en carreras del ámbito sanitario (140,141).

Para interpretar estos datos resulta necesario recurrir a una lectura más amplia que no se limite a las variables individuales, sino que integre también factores culturales, simbólicos y estructurales que configuran el papel del género dentro de la universidad y la profesión enfermera. Históricamente, la enfermería ha sido una disciplina profundamente feminizada, tanto en términos numéricos como simbólicos. Esta feminización ha conllevado, por un lado, una desvalorización histórica de la profesión –asociada más a lo vocacional que a lo científico– y, por otro, una asignación automática de habilidades como el cuidado, la empatía o la entrega a las mujeres (142).

En este escenario, los estudiantes varones que acceden al Grado en Enfermería se enfrentan a una doble tensión. Por una parte, deben negociar su presencia en un espacio tradicionalmente considerado “femenino”, lo que puede suponer un cuestionamiento de su identidad de género por parte de compañeros, pacientes e incluso docentes. Por otra parte, pueden desarrollar estrategias compensatorias para afirmar su pertenencia y validez en dicho entorno, lo cual podría explicar un mayor nivel de compromiso académico. En otras palabras, el esfuerzo adicional por demostrar competencia y profesionalidad podría traducirse en una mayor dedicación objetiva o percibida al estudio (143).

Este fenómeno puede estar relacionado con lo que se ha denominado “masculinidad compensatoria”, es decir, la tendencia a reafirmar características tradicionalmente asociadas con la masculinidad (eficiencia, racionalidad, control) en contextos donde dicha identidad se percibe amenazada (144). Así, algunos hombres en profesiones feminizadas pueden sobredimensionar su implicación profesional o académica como forma de legitimarse frente a sus pares o ante sí mismos.

Además, en el marco de la pandemia, los roles de género tradicionales pudieron operar de formas distintas. Algunas mujeres estudiantes se vieron obligadas a asumir responsabilidades familiares –como el cuidado de

hermanos menores o personas dependientes, debido al cierre de centros escolares y residencias, lo que pudo reducir su tiempo y energía disponibles para el estudio. La literatura feminista ha documentado ampliamente cómo las crisis tienden a intensificar la carga de cuidados no remunerados en las mujeres (145), una dinámica que podría haber afectado de forma directa el compromiso académico durante ese periodo.

Otro aspecto a considerar es el impacto que la edad y la experiencia previa tienen sobre el compromiso académico. Estudios como el de Romero-Castillo et al. (146) han evidenciado que los estudiantes de enfermería entre los 20 y los 26 años muestran mayores niveles de implicación académica en comparación con los mayores de 26. Esta diferencia podría deberse a una mayor disponibilidad de tiempo, menor carga familiar o una motivación más reciente y centrada en el logro académico. Si se cruzan estas variables con el género, pueden emerger patrones de mayor complejidad: mujeres mayores, con familia o trabajo, podrían haber enfrentado barreras más significativas que sus compañeros varones, especialmente si estos no compartían las mismas responsabilidades domésticas.

Por otra parte, cabe señalar que la medición del compromiso académico a través de instrumentos autoinformados, como la escala UWES-S, puede verse influenciada por aspectos subjetivos vinculados a la percepción de

desempeño y autoexigencia (147). Es posible que algunos estudiantes, especialmente varones, tiendan a sobreestimar su dedicación como forma de reafirmación profesional en un entorno percibido como ajeno, mientras que algunas mujeres, más expuestas a la autocrítica y la autoexigencia —fenómenos bien documentados en la literatura psicológica de género—, subestimen su nivel real de implicación académica (148).

En resumen, el compromiso académico no debe entenderse únicamente como una variable individual, sino como el resultado de una compleja interacción entre factores personales, sociales, culturales e institucionales. Las diferencias encontradas en este estudio no solo invitan a reconsiderar los estereotipos de género en el rendimiento académico, sino también a replantear los enfoques pedagógicos y organizativos que estructuran la formación en enfermería. Incorporar una mirada crítica y con enfoque de género permitirá avanzar hacia una educación superior más inclusiva, equitativa y adaptada a las realidades diversas del estudiantado.

4.4 Factores contextuales, estructurales e institucionales relacionados con la COVID-19: disponibilidad de EPI, formación práctica y salud pública

La irrupción de la pandemia de COVID-19 supuso un desafío sin precedentes para los sistemas de salud y para las estructuras educativas. En el caso de la formación universitaria en Ciencias de la Salud, la tensión entre la necesidad de garantizar la continuidad académica y la obligación ética de proteger al alumnado generó situaciones de ambigüedad institucional, sobre todo en lo que respecta a las prácticas clínicas (128). Para el estudiantado de Enfermería, este escenario conllevó una exposición directa —física, emocional y simbólica— a un entorno de alto riesgo, marcado por la incertidumbre, la precariedad de recursos y la fragilidad de las estructuras de protección (111).

Los datos recogidos en este estudio reflejan que aproximadamente, la mitad de los participantes —tanto hombres como mujeres— manifestaron haber recibido adecuadamente los equipos de protección individual (EPI) durante sus estancias clínicas. Esta carencia, lejos de constituir una anécdota logística, apunta a una grave deficiencia estructural que compromete tanto la seguridad del estudiantado como la calidad de su formación. Desde una perspectiva de salud pública, la escasez o inadecuada distribución de EPI durante la primera ola de la pandemia puso en evidencia la debilidad de los sistemas de aprovisionamiento y la falta de planificación ante emergencias

sanitarias. Esta situación, que afectó a profesionales en ejercicio, tuvo consecuencias especialmente críticas para estudiantes en formación, que, en muchos casos, carecían del respaldo institucional o contractual para reclamar condiciones mínimas de seguridad (149).

Más allá de la dimensión material —la carencia de mascarillas, guantes, batas o protocolos de uso—, esta situación expuso al alumnado a una forma de vulnerabilidad institucional que socava el sentido de pertenencia y la legitimidad de su rol en el sistema sanitario. En muchos centros, los estudiantes fueron considerados simultáneamente “aprendices” —por tanto, prescindibles— y “mano de obra disponible” —en situaciones de sobrecarga—, sin que esta ambivalencia se resolviera adecuadamente desde los marcos éticos ni legales. Esta falta de definición institucional no solo incrementó los niveles de ansiedad y estrés, sino que afectó directamente a la construcción identitaria del futuro profesional enfermero (150).

Además, esta experiencia de desprotección puso en tensión uno de los pilares fundamentales de la formación enfermera: la práctica clínica como espacio de aprendizaje transformador. Lejos de consolidar competencias, muchos estudiantes vivieron sus estancias prácticas como escenarios de improvisación, exposición al riesgo y aprendizaje en condiciones inadecuadas. Esto generó una distorsión en la vivencia pedagógica del cuidado, que, en

lugar de consolidarse como experiencia reflexiva y empática, fue percibida por algunos como un entorno hostil, marcado por el miedo al contagio, la falta de supervisión y la sobrecarga asistencial (140).

Cabe destacar que la percepción de inseguridad no fue homogénea entre el alumnado. Si bien el acceso limitado a EPI fue generalizado, las estrategias de afrontamiento, la disponibilidad de redes de apoyo y la experiencia previa (especialmente en el caso de estudiantes que ya trabajaban como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería o auxiliares de clínica) modulaban las vivencias individuales (111). Estos factores deben ser considerados en futuras investigaciones, dado que permiten identificar perfiles de mayor vulnerabilidad y diseñar políticas de protección diferenciadas.

Desde una perspectiva crítica, la crisis de los EPI revela un conflicto de fondo entre la lógica de mercado y las necesidades del sistema sanitario. La escasa producción nacional de equipos de protección, la dependencia de proveedores externos y la ausencia de protocolos de distribución equitativa fueron factores que contribuyeron a una gestión caótica de recursos en los primeros meses de la pandemia (151). En ese contexto, la formación universitaria quedó subordinada a las urgencias del sistema asistencial, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la colaboración entre los ámbitos académico, sanitario y político.

En este sentido, se hace imprescindible una revisión profunda de los convenios de colaboración entre universidades y centros sanitarios, incorporando cláusulas específicas que garanticen la seguridad, la dignidad y el derecho a la formación del estudiantado en contextos de crisis (152). Así mismo, la implementación de protocolos de emergencia educativa –que incluyan planes de contingencia, formación en uso de EPI, acompañamiento emocional y mecanismos de denuncia– se configura como una prioridad inaplazable para las facultades de Ciencias de la Salud.

Finalmente, esta experiencia debe ser leída no solo como una anomalía coyuntural, sino como una advertencia estructural. La pandemia ha demostrado que la formación clínica no puede depender de la buena voluntad de los actores implicados, sino que requiere marcos regulatorios sólidos, recursos adecuados y una cultura institucional que reconozca al estudiantado como sujeto activo de derechos. Solo así será posible garantizar una formación ética, segura y transformadora, incluso en contextos de alta complejidad.

4.5 Implicaciones culturales y estigmas de género en la identidad profesional enfermera

La construcción de la identidad profesional enfermera no ocurre en el vacío, sino que se encuentra mediada por variables socioculturales, históricas y de género profundamente arraigadas. A lo largo del tiempo, la enfermería ha sido conceptualizada como una extensión natural de los roles tradicionalmente asignados a las mujeres –el cuidado, la atención al otro, la abnegación–, lo cual ha consolidado una imagen pública de la profesión como eminentemente femenina, vocacional y subordinada (142,145). Esta percepción, aunque ha comenzado a transformarse en las últimas décadas, sigue generando implicaciones significativas tanto para mujeres como para hombres que deciden formarse en esta disciplina.

El estudio muestra cómo estas construcciones culturales impactan de forma diferencial sobre el alumnado del Grado en Enfermería. Por un lado, las mujeres, mayoría en esta carrera, se ven reforzadas en su elección académica desde una lógica social que asume como “natural” su vinculación con el cuidado. Sin embargo, esta supuesta afinidad se convierte muchas veces en una trampa simbólica, pues invisibiliza el componente técnico, científico y crítico de la profesión, alimentando expectativas de entrega total y negación de necesidades propias. Este ideal de la “enfermera perfecta” –siempre disponible, empática, sacrificada– puede contribuir a una autoexigencia

excesiva y a la cronificación del estrés académico, especialmente en contextos de crisis como el de la pandemia de COVID-19 (148,153).

Diversas investigaciones han mostrado que las estudiantes de enfermería tienden a experimentar altos niveles de ansiedad, agotamiento emocional y baja autoestima profesional durante sus años de formación, lo cual está relacionado, al menos en parte, con la presión social de cumplir con estándares de cuidado inalcanzables (154). Durante la pandemia, esta presión se intensificó: el discurso heroico que ensalzaba la labor del personal sanitario, lejos de aliviar la carga emocional, generó una sensación de obligación moral de estar a la altura, incluso en ausencia de recursos, apoyo institucional o condiciones mínimas de seguridad (155).

Por otro lado, los estudiantes varones enfrentan un tipo distinto de presión. Su presencia en la carrera, aunque creciente, sigue siendo objeto de cuestionamiento y sospecha en muchos entornos clínicos y académicos. La masculinidad tradicional, anclada en atributos como la fortaleza, la autonomía y la racionalidad, entra en conflicto con el ideal cultural de la enfermería como profesión de cuidado y emocionalidad. Este desajuste puede provocar lo que algunos autores denominan “disonancia de rol”, es decir, una tensión entre la identidad de género y el rol profesional asumido (156).

Frente a esta disonancia, los hombres tienden a desarrollar estrategias diversas: algunos adoptan un perfil altamente tecnificado, orientándose hacia áreas como cuidados intensivos, urgencias o gestión sanitaria, donde pueden afirmar una identidad profesional más alineada con los valores tradicionales de la masculinidad (157,158); otros, en cambio, refuerzan su compromiso académico como forma de legitimación frente a un entorno percibido como potencialmente hostil (159). Esta puede ser una de las claves para entender los resultados del presente estudio, donde los varones mostraron mayores niveles de compromiso académico: más que un reflejo de mayor motivación intrínseca podría tratarse de una respuesta adaptativa a una posición minoritaria y cuestionada.

Además, los estigmas de género afectan también las dinámicas interpersonales en el aula y en los espacios clínicos. Las estudiantes mujeres reportan con frecuencia experiencias de infantilización, paternalismo o desvalorización por parte de tutores clínicos y personal sanitario, mientras que los estudiantes varones pueden enfrentarse a comentarios despectivos, bromas homofóbicas o actitudes de condescendencia, especialmente cuando realizan tareas asociadas al cuidado íntimo (por ejemplo, la higiene personal de pacientes) (148,160). Este tipo de microagresiones —a menudo naturalizadas— no solo impactan en el bienestar emocional del alumnado, sino que también

interfieren en la consolidación de una identidad profesional sólida y autónoma.

A este respecto, resulta crucial que los planes de estudio incluyan formación explícita en género, diversidad y análisis crítico de los estereotipos profesionales. La incorporación de contenidos que problematicen la feminización estructural de la enfermería, que visibilicen las trayectorias profesionales de hombres y mujeres en la disciplina y que promuevan modelos de cuidado no esencialistas ni biologicistas puede contribuir a construir un nuevo imaginario de la profesión, más plural, inclusivo y empoderador (161).

Asimismo, las instituciones educativas deben garantizar espacios de tutoría, acompañamiento emocional y mentoría profesional en los que tanto mujeres como hombres puedan abordar las tensiones que emergen durante la formación sin temor a ser estigmatizados. La promoción de grupos de apoyo, la implementación de protocolos para prevenir y actuar ante situaciones de discriminación por razón de género y la visibilización de referentes diversos dentro del cuerpo docente son medidas que pueden favorecer la equidad y el bienestar del estudiantado (142,162).

En definitiva, romper con los estigmas de género en la enfermería no solo es un imperativo ético, sino también una condición necesaria para mejorar la calidad de la formación, la retención de talento y la construcción de una

identidad profesional sana y crítica. Superar los modelos binarios y normativos de lo que significa “ser enfermero/a” es una tarea colectiva que implica revisar las prácticas pedagógicas, los discursos institucionales y las políticas públicas en el ámbito de la salud y la educación.

4.6 Limitaciones.

El estudio presenta varias limitaciones metodológicas que deben ser consideradas al interpretar sus resultados. La muestra estuvo compuesta predominantemente por mujeres (85%), lo que puede limitar la generalización de los resultados a la población masculina; aunque se creó una submuestra equilibrada para el análisis de género, esta no refleja la distribución real de género en la población de estudiantes de enfermería.

El diseño transversal del estudio limita la capacidad de establecer relaciones causales entre las variables y no permite evaluar cambios a lo largo del tiempo, lo cual es crucial para entender el impacto prolongado de la pandemia en la salud mental y el compromiso académico. La ausencia de un seguimiento longitudinal limita la comprensión de la evolución de la salud mental y el compromiso académico a lo largo del tiempo.

El uso de cuestionarios autoadministrados puede introducir sesgos de respuesta, como la deseabilidad social o la subestimación/sobreestimación de

síntomas, afectando potencialmente la validez de los autoinformes. Además, la muestra no es completamente representativa de toda España, ya que se recogieron datos de solo 47 de las 52 provincias, y el muestreo no probabilístico por conveniencia puede introducir sesgos de selección.

El estudio no incluyó todas las variables relevantes, como el nivel socioeconómico o la carga de responsabilidades familiares, que podrían influir en el bienestar emocional y el compromiso académico.

Aunque se realizaron análisis bivariados y se calcularon correlaciones, el estudio no incluyó análisis multivariados más complejos. Las condiciones específicas de la pandemia, como los confinamientos y las restricciones, pueden haber influido en los resultados de manera única, limitando la generalización de los hallazgos a otros contextos o períodos. Finalmente, la muestra no incluyó una diversidad suficiente en términos de origen étnico, clase social, diversidad funcional o orientación sexual, lo cual podría afectar la generalización de los resultados a otros grupos poblacionales.

Por último, una limitación relevante de este estudio radica en el enfoque binario del análisis de género. Aunque la muestra incluyó una mínima representación de personas con identidad de género no binaria (0,1 %), el reducido número de participantes en este grupo impidió realizar un análisis estadístico robusto que contemplara plenamente su experiencia. En

consecuencia, las comparaciones y conclusiones se centraron únicamente en las diferencias entre los géneros masculino y femenino, lo que puede limitar la aplicabilidad de los hallazgos a realidades de género más diversas. Futuros estudios deberían integrar estrategias de muestreo y análisis que representen e incluyan de forma equitativa todas las identidades de género.

4.7 Aportaciones de los resultados y su aplicabilidad: lecciones de la pandemia para una política educativa con visión inclusiva

4.7.1 Perspectiva de género como eje transformador

La experiencia de la pandemia de COVID-19 ha actuado como catalizador de numerosas tensiones latentes en los sistemas educativos y sanitarios, especialmente en las disciplinas vinculadas al cuidado. Para el ámbito de la formación en Enfermería, este evento supuso una prueba de estrés institucional sin precedentes, que expuso no solo deficiencias logísticas y estructurales —como la escasa preparación ante situaciones de emergencia o la falta de recursos materiales—, sino también sesgos de género profundamente enraizados que condicionan tanto la experiencia formativa como la proyección profesional del estudiantado.

Uno de los aprendizajes más relevantes del estudio tiene que ver con la necesidad urgente de incorporar una perspectiva de género transversal en las políticas educativas del ámbito sanitario. La observación de que las estudiantes mujeres presentaron mayores niveles de ansiedad y miedo ante la pandemia no puede leerse exclusivamente como un fenómeno psicológico individual, sino como el reflejo de una carga emocional estructuralmente distribuida de forma desigual. La feminización histórica del cuidado no solo ha relegado el trabajo enfermero a una posición subordinada en la jerarquía sanitaria, sino que también ha generado una expectativa de entrega emocional desproporcionada hacia las mujeres, lo que amplifica su vulnerabilidad en contextos de crisis.

Desde esta perspectiva, cualquier política educativa transformadora debe comenzar por reconocer el impacto diferencial de las crisis en función del género y diseñar medidas específicas que aborden esta desigualdad. En concreto, se recomienda:

- Reformular los planes de estudio para incluir formación obligatoria en perspectiva de género, salud emocional y análisis crítico de las estructuras de poder en el sistema sanitario (163).

- Desarrollar herramientas de evaluación del bienestar psicosocial del estudiantado desagregadas por género y otras variables interseccionales (edad, situación laboral, responsabilidades familiares), con el fin de anticipar factores de riesgo y actuar de manera preventiva (164).
- Establecer protocolos claros de protección y acompañamiento emocional durante las prácticas clínicas, especialmente en contextos de alta carga emocional o riesgo sanitario. Esto incluye garantizar el acceso a equipos individuales de protección, información actualizada y tutorización efectiva (154).
- Fomentar espacios de diálogo y mentoría profesional, liderados por referentes diversos del ámbito sanitario, que permitan visibilizar trayectorias no normativas, abordar conflictos identitarios y construir redes de apoyo entre pares (165).

4.7.2 Revisar los modelos de éxito académico: legitimidad, diversidad y reconocimiento

Asimismo, es necesario interpelar el modo en que las instituciones formativas definen el éxito académico y profesional. El hallazgo de que los estudiantes varones presentaron un mayor compromiso académico puede

interpretarse, al menos en parte, como una estrategia de compensación frente a la falta de legitimidad simbólica dentro de una profesión altamente feminizada. Esta presión por “demostrar competencia” puede ser entendida como una forma de resistencia frente a los estigmas, pero también como síntoma de un entorno que no valida de forma equitativa las distintas formas de aproximarse al conocimiento, ni reconoce la diversidad de trayectorias dentro del estudiantado.

Por ello, es fundamental revisar los indicadores de calidad y rendimiento desde una mirada inclusiva, que no penalice las diferencias en los estilos de aprendizaje, las trayectorias previas o las condiciones de vida. Esto implica, entre otras cosas (166):

- Flexibilizar los formatos de evaluación y las metodologías docentes para adaptarse a contextos cambiantes y diversos.
- Reconocer el valor de las experiencias laborales previas, los saberes situados y las habilidades de cuidado desarrolladas fuera del ámbito académico.
- Generar mecanismos institucionales para conciliar la vida académica con las responsabilidades familiares y laborales, sin que ello suponga un perjuicio en el desempeño ni una desventaja comparativa.

4.7.3 Educación sanitaria como derecho y compromiso institucional

En paralelo, resulta indispensable articular la formación sanitaria con políticas de salud pública intersectoriales que integren las necesidades de formación, bienestar y protección del estudiantado como una cuestión de derechos. En este sentido, las universidades deben asumir un rol proactivo como agentes de cambio social, estableciendo alianzas con centros sanitarios, administraciones públicas y organizaciones sociales para crear entornos de aprendizaje seguros, inclusivos y resilientes (167).

Una recomendación clave derivada de esta investigación es la elaboración de planes de contingencia educativa con enfoque de género, que incluyan (168):

- Protocolos de intervención ante situaciones de discriminación, acoso o violencia de género en entornos clínicos.
- Líneas de atención psicosocial específicas para el alumnado en situación de vulnerabilidad.
- Formación continua del profesorado y tutores clínicos en igualdad de género, diversidad y acompañamiento emocional.

4.7.4 Análisis de los impactos diferenciales de la pandemia en la formación en Enfermería

La pandemia dejó claro que no es suficiente con sostener la continuidad pedagógica: es imprescindible garantizar que dicha continuidad se produzca en condiciones de equidad, cuidado mutuo y reconocimiento de las diferencias (169). Desde esta óptica, el modelo educativo en Enfermería debe dejar de reproducir las jerarquías y estereotipos que históricamente han afectado a la profesión y avanzar hacia formas de enseñanza más dialógicas, críticas y transformadoras.

La formación de profesionales sanitarios comprometidos, reflexivos y emocionalmente sanos no puede depender del esfuerzo individual ni de la vocación, sino que requiere políticas institucionales sostenidas, recursos adecuados y una clara voluntad de cambio. Solo así podremos construir un sistema educativo —y, por extensión, un sistema sanitario— verdaderamente justo, resiliente y centrado en el cuidado de todas las personas.

A la luz de estos hallazgos, es posible trazar una serie de recomendaciones orientadas a transformar la práctica educativa en Enfermería desde una perspectiva más justa, equitativa y crítica:

- Incorporar de forma transversal la perspectiva de género en todos los niveles de la formación, no solo como contenido temático, sino

como eje estructurante de las metodologías, los sistemas de evaluación y las relaciones pedagógicas.

- Garantizar dispositivos de acompañamiento psicoemocional durante toda la carrera, especialmente en momentos de crisis sanitaria, prácticas clínicas o situaciones de alta carga emocional.
- Visibilizar referentes diversos dentro de la profesión, tanto en términos de género como de trayectorias académicas y profesionales, para ampliar el imaginario sobre qué significa “ser enfermero/a”.
- Fomentar el análisis crítico de los estereotipos profesionales, promoviendo espacios de reflexión colectiva sobre las tensiones entre vocación, reconocimiento social y condiciones materiales de trabajo.
- Promover políticas institucionales orientadas a favorecer una distribución equitativa de los recursos materiales, el acceso a la formación continua y las oportunidades profesionales, procurando que factores como el género, la edad o la experiencia previa del alumnado no supongan una barrera en dicho acceso.

4.7.5 Líneas futuras de investigación

Finalmente, se identifican diversas líneas futuras de investigación que podrían ampliar y profundizar los resultados de este estudio. Entre ellas destacan:

- Estudios longitudinales que permitan observar la evolución de los niveles de bienestar emocional y compromiso académico a lo largo del tiempo, especialmente en contextos postpandemia.
- Investigaciones de carácter mixto que exploren en mayor profundidad las experiencias subjetivas del alumnado en relación con el género, la identidad profesional y las prácticas clínicas.
- Análisis interseccionales que integren otras variables clave, como el origen étnico, la clase social, la diversidad funcional o la orientación sexual, para entender cómo se configuran múltiples formas de vulnerabilidad y resistencia en la formación en salud.
- Evaluación del impacto de intervenciones educativas con enfoque de género, para medir su eficacia en la mejora del bienestar y el rendimiento del alumnado.

4.7.6 Encomiendas finales para una formación más equitativa y transformadora

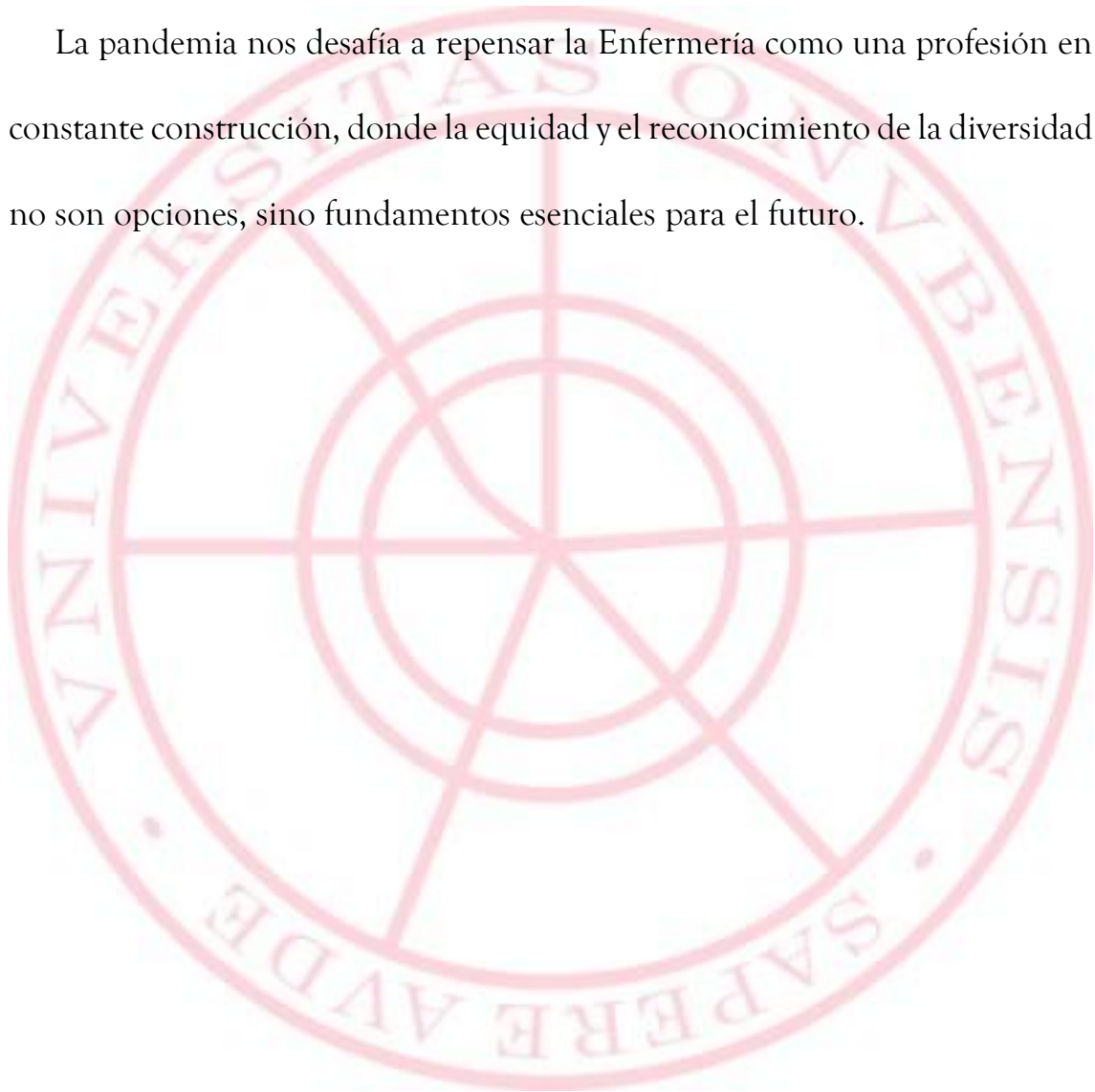
En definitiva, este estudio invita a reestructurar no solo la formación en Enfermería, sino el modo en que concebimos la educación sanitaria en su conjunto. Apostar por una pedagogía crítica, inclusiva y emocionalmente sostenible no es una ostentación, sino una necesidad urgente si queremos formar profesionales capaces de cuidar sin destruirse en el intento, de comprometerse sin sacrificarse, y de construir una identidad profesional libre de estigmas y prejuicios.

El análisis detallado de las diferencias de género en el bienestar emocional y el compromiso académico durante la pandemia de COVID-19 nos invita a mirar más allá de las cifras, hacia las raíces profundas que moldean las experiencias individuales y colectivas en la formación en Enfermería. Reconocer cómo las construcciones sociales y culturales influyen en la salud mental y en la identidad profesional es el primer paso para transformar prácticas educativas y entornos laborales hacia modelos más equitativos y humanos.

Esta Tesis propone que solo a través de políticas educativas con perspectiva de género, acompañamiento psicoemocional efectivo y la visibilización de múltiples identidades profesionales será posible superar los estigmas y

tensiones que históricamente han condicionado esta disciplina. Así, formaremos profesionales de la salud no solo competentes en lo técnico, sino también resilientes, críticos y comprometidos con el cuidado integral y justo de las personas.

La pandemia nos desafía a repensar la Enfermería como una profesión en constante construcción, donde la equidad y el reconocimiento de la diversidad no son opciones, sino fundamentos esenciales para el futuro.



5 CONCLUSIONES

5.1 Conclusiones generales

La presente investigación ha permitido evidenciar con claridad la existencia de diferencias significativas entre mujeres y hombres estudiantes del Grado en Enfermería en España durante la pandemia de COVID-19, tanto en términos de bienestar emocional como en relación con su compromiso académico. Más allá de los resultados estadísticos concretos, el valor principal de este estudio radica en su capacidad para poner de manifiesto cómo las dimensiones psicológicas, académicas y profesionales están atravesadas por condicionamientos estructurales como el género, la edad, la pertenencia a colectivos vulnerables (estudiantes de ciencias de la salud) o la carga de responsabilidades extraacadémicas.

A partir de los resultados principales, el análisis cultural sugiere que los estigmas de género y los imaginarios tradicionales vinculados a la Enfermería continúan influyendo, de forma sutil pero persistente, en la construcción de la identidad profesional. Para muchas mujeres, persiste la tensión entre la vocación de cuidado y las exigencias normativas del rol; para los hombres, se mantiene el peso del cuestionamiento simbólico de su presencia en un entorno históricamente feminizado. Estas dinámicas, aunque no siempre explícitas, pueden teñir la experiencia formativa de incomodidad, esfuerzo

adicional o una sensación difusa de desajuste con respecto al modelo profesional dominante, que aún hoy resulta restrictivo y poco inclusivo. Reconocer estas vivencias no implica reformular todo el currículo, pero sí invita a considerar con mayor atención los factores psicosociales que atraviesan la formación sanitaria y a avanzar hacia culturas institucionales más abiertas, equitativas y conscientes de su propia herencia simbólica.

5.2 Conclusiones específicas por objetivos

Objetivo Específico 1: Describir los niveles de compromiso académico en estudiantes de Grado de Enfermería durante la pandemia de la COVID-19 en España.

Los resultados obtenidos en este estudio indican que los niveles de compromiso académico, medidos a través de la escala UWES-S, mostraron una media general de 3.79 (DE = 1.26). Se observó que los estudiantes varones presentaron una media ligeramente superior (M = 3.81; DE = 1.34) en comparación con las estudiantes mujeres (M = 3.58; DE = 1.30). Estos hallazgos sugieren que, durante la pandemia, los estudiantes varones podrían haber experimentado o reportado un mayor compromiso con sus estudios. Este resultado podría estar influenciado por múltiples factores, incluyendo diferencias en la percepción del compromiso académico, estrategias de

afrontamiento al estrés, o incluso sesgos en la autoevaluación. La literatura previa sugiere que las diferencias de género en el compromiso académico pueden estar influenciadas por factores culturales y sociales, donde los hombres pueden sentir una mayor presión para demostrar su dedicación en entornos tradicionalmente feminizados como la enfermería.

Objetivo Específico 2: Describir el bienestar emocional de los estudiantes de Grado de Enfermería en el contexto de la pandemia de la COVID-19.

El bienestar emocional de los estudiantes, evaluado mediante la escala AMICO, mostró una puntuación media de 4.06 (DE = 1.547), indicando niveles moderados de miedo y ansiedad relacionados con la COVID-19. Las estudiantes mujeres reportaron niveles más altos de ansiedad y miedo (M = 4.06; DE = 1.64) en comparación con los estudiantes varones (M = 3.54; DE = 1.46). Este hallazgo es consistente con estudios previos que indican una mayor prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos en mujeres durante situaciones de estrés agudo, como pandemias. Las causas de esta mayor vulnerabilidad pueden ser multifactoriales, incluyendo determinantes biológicos y construcciones sociales que condicionan la manera en que hombres y mujeres afrontan el malestar psicológico.

Objetivo Específico 3: Analizar las diferencias en el compromiso académico según la identidad de género del estudiantado del Grado de Enfermería.

Los mayores niveles de compromiso académico observados en los varones –medidos mediante la escala UWES-S– abren la puerta a múltiples interpretaciones que deben explorarse con cautela. Lejos de naturalizar una supuesta “mayor implicación” masculina, es necesario considerar cómo la posición minoritaria de los hombres en la profesión, así como las presiones derivadas de la disonancia de rol, pueden generar dinámicas de sobrecompensación, hipercompetencia o necesidad de validación externa. La masculinidad, lejos de constituir una ventaja intrínseca en este contexto, puede operar también como una fuente de tensión identitaria que impacta en las formas de estudiar, participar y proyectarse profesionalmente.

Objetivo Específico 4: Comparar el bienestar emocional del estudiantado del Grado de Enfermería según su género.

La constatación de niveles más elevados de ansiedad y miedo en las mujeres –reflejados en las puntuaciones más altas en la escala AMICO– no puede interpretarse de forma aislada o patológica. Al contrario, este fenómeno debe entenderse como el resultado de una serie de factores sistémicos que colocan a las mujeres, especialmente en profesiones feminizadas como la

Enfermería, en posiciones de mayor exposición emocional y simbólica ante situaciones de crisis. Las exigencias de cuidado, tanto profesionales como familiares, la autoexigencia derivada de estereotipos vocacionales, y la escasa visibilidad institucional del sufrimiento psíquico son elementos que contribuyen a esa vulnerabilidad. La pandemia no generó estos desequilibrios, pero sí los intensificó y visibilizó con crudeza.

Objetivo Específico 5: Explorar la asociación entre el compromiso académico y el bienestar emocional con variables sociodemográficas del alumnado de Grado en Enfermería.

El análisis bivariado reveló correlaciones significativas entre el compromiso académico (UWES-S) y variables sociodemográficas como el nivel de información percibida durante la pandemia ($\tau = 0.077$, $p = 0.051$) y el estado de salud percibido ($\tau = 0.123$, $p = 0.002$). Además, se encontró una correlación negativa significativa entre las puntuaciones de la escala AMICO y el estado de salud percibido ($\tau = -0.096$, $p = 0.015$), indicando que los estudiantes que calificaron su salud general de manera más positiva tendían a experimentar niveles más bajos de ansiedad y miedo relacionados con la COVID-19. Estos resultados subrayan la importancia de considerar las

variables sociodemográficas al diseñar intervenciones para mejorar el bienestar emocional y el compromiso académico en estudiantes de enfermería.

Objetivo Específico 6: Examinar el impacto de las condiciones contextuales derivadas de la pandemia de la COVID-19 en el compromiso académico y el bienestar emocional del alumnado.

Las condiciones contextuales, como la disponibilidad de equipos de protección individual y la formación específica sobre la COVID-19, tuvieron un impacto significativo en el bienestar emocional y el compromiso académico de los estudiantes. Aquellos estudiantes que recibieron formación específica mostraron niveles más altos de compromiso académico ($M = 3.79$; $DE = 1.29$) en comparación con aquellos que no recibieron formación ($M = 3.54$; $DE = 1.38$). Además, la percepción de seguridad durante las prácticas clínicas estuvo significativamente relacionada con menores niveles de ansiedad y miedo. Estos hallazgos resaltan la necesidad de garantizar condiciones seguras y formación adecuada para los estudiantes durante situaciones de crisis sanitaria.

En este sentido, los resultados sobre el uso y distribución de los equipos de protección individual pusieron de manifiesto ciertas limitaciones en la cobertura y el acceso a estos recursos. Solo un 57 % del alumnado manifestó

haber recibido EPI, lo que evidenció áreas de mejora en la planificación y dotación de medios en contextos de emergencia. La escasez de EPI no solo representó un posible riesgo para la seguridad física, sino que también fue percibida como un factor generador de malestar, sensación de vulnerabilidad y falta de respaldo institucional. Esta experiencia pone de relieve la importancia de incorporar, dentro de los planes formativos, protocolos claros de actuación ante situaciones críticas, que integren tanto los aspectos técnicos como las dimensiones emocionales y éticas del ejercicio profesional en contextos adversos.

Objetivo Específico 7: Explorar la relación entre el compromiso académico y el bienestar emocional, considerando la identidad de género.

El análisis bivariado mostró diferencias estadísticamente significativas según el género en las variables psicológicas. Las estudiantes mujeres obtuvieron puntuaciones más altas en la escala AMICO ($M = 4.06$) que los estudiantes varones ($M = 3.54$), indicando un mayor nivel de ansiedad y miedo relacionado con la COVID-19 entre las estudiantes. Por el contrario, en la escala UWES-S de compromiso académico, los estudiantes varones obtuvieron puntuaciones más altas ($M = 3.81$) que las estudiantes mujeres ($M = 3.58$), con una diferencia estadísticamente significativa ($U = 13263.0$, $Z = -$

1.658, $p = 0.047$). Estos resultados sugieren que el género juega un papel crucial en la experiencia académica y emocional de los estudiantes durante la pandemia, y subrayan la necesidad de considerar la identidad de género en el diseño de intervenciones educativas y de apoyo psicológico.



6 REFERENCIAS

1. COVID-19 - Global Situation [Internet]. [citado 15 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON572>
2. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infect Dis.* mayo de 2020;20(5):533-4.
3. Coronavirus Disease (COVID-19) Situation Reports [Internet]. [citado 18 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
4. Alizon S, Sofonea MT. SARS-CoV-2 epidemiology, kinetics, and evolution: A narrative review. *Virulence.* diciembre de 2025;16(1):2480633.
5. Aburto JM, Schöley J, Kashnitsky I, Zhang L, Rahal C, Missov TI, et al. Quantifying impacts of the COVID-19 pandemic through life-expectancy losses: a population-level study of 29 countries. *Int J Epidemiol.* 18 de febrero de 2022;51(1):63-74.
6. COVID-19 eliminated a decade of progress in global level of life expectancy [Internet]. [citado 15 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/24-05-2024-covid-19-eliminated-a-decade-of-progress-in-global-level-of-life-expectancy>
7. World Health Organization (WHO) [Internet]. [citado 19 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int>
8. UN— SDG Indicators [Internet]. [citado 19 de julio de 2025]. Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/>
9. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center [Internet]. [citado 15 de junio de 2025]. COVID-19 Map. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
10. Allande-Cussó R, García-Iglesias JJ, Ruiz-Frutos C, Domínguez-Salas S, Rodríguez-Domínguez C, Gómez-Salgado J. Work Engagement in Nurses during the Covid-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Healthcare (Basel).* 1 de marzo de 2021;9(3):253.
11. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry.* septiembre de 2020;7(9):813-24.
12. IMF [Internet]. [citado 29 de junio de 2025]. World Economic Outlook - All Issues. Disponible en: <https://www.imf.org/en/Publications/WEO>
13. World Trade Statistical Review 2021.
14. Splinter MJ, Velek P, Ikram MK, Kieboom BCT, Peeters RP, Bindels PJE, et al. Prevalence and determinants of healthcare avoidance during the COVID-19 pandemic: A population-based cross-sectional study. *PLOS Medicine.* 23 de noviembre de 2021;18(11):e1003854.

15. Negreira Caamaño M, Piqueras Flores J, Mateo Gómez C. Impacto de la pandemia COVID-19 sobre los ingresos hospitalarios en cardiología. *Med Clin (Barc)*. 28 de agosto de 2020;155(4):179-80.
16. INE [Internet]. [citado 29 de junio de 2025]. INEbase / Sociedad / Salud / Estadística de defunciones según la causa de muerte / Últimos datos. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
17. Panel de datos de turismo de la ONU | Indicadores clave [Internet]. [citado 29 de junio de 2025]. Disponible en: <http://www.unwto.org/tourism-data/un-tourism-tourism-dashboard>
18. Instituto Nacional de Estadística. (2021). *Encuesta de Población Activa (EPA) - Cuarto trimestre de 2020*. Recuperado de [**\[https://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0420.pdf\]\(https://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0420.pdf\)](https://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0420.pdf)(<https://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0420.pdf>)*.
19. IMF [Internet]. [citado 19 de julio de 2025]. Fiscal Monitor, April 2021. Disponible en: <https://www.imf.org/en/Publications/FM/Issues/2021/03/29/fiscal-monitor-april-2021>
20. IMF [Internet]. [citado 19 de julio de 2025]. Japan: 2022 Article IV Consultation-Press Release; Staff Report; and Statement by the Executive Director for Japan. Disponible en: <https://www.imf.org/en/Publications/CR/Issues/2022/04/06/Japan-2022-Article-IV-Consultation-Press-Release-Staff-Report-and-Statement-by-the-516216>
21. Italy's recovery and resilience plan - European Commission [Internet]. [citado 19 de julio de 2025]. Disponible en: https://commission.europa.eu/business-economy-euro/economic-recovery/recovery-and-resilience-facility/country-pages/italys-recovery-and-resilience-plan_en
22. Web informativa sobre el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia [Internet]. [citado 19 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Paginas/index.aspx>
23. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report, 27 August 2020 [Internet]. [citado 27 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1
24. Masroor S. Collateral damage of COVID-19 pandemic: Delayed medical care. *J Card Surg*. junio de 2020;35(6):1345-7.
25. Fetzer T, Rauh C. Pandemic Pressures and Public Health Care: Evidence from England [Internet]. arXiv; 2022 [citado 15 de junio de 2025]. Disponible en: <http://arxiv.org/abs/2201.09876>
26. Chung F. One million cancers 'missed' worldwide during Covid lockdowns, WHO estimates. *news.com.au* [Internet]. 3 de enero de 2025 [citado 22 de junio de 2025];

- Disponibile en: <https://www.news.com.au/lifestyle/health/health-problems/one-million-cancers-missed-worldwide-during-covid-lockdowns-who-estimates/news-story/07910bcf7f15a87daf675b3e6d956b9c>
27. Arik A, Cairns AJG, Dodd E, Macdonald AS, Streftaris G. The effect of the COVID-19 health disruptions on breast cancer mortality for older women: A semi-Markov modelling approach [Internet]. arXiv; 2023 [citado 15 de junio de 2025]. Disponible en: <http://arxiv.org/abs/2303.16573>
 28. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide [Internet]. [citado 15 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
 29. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*. 6 de agosto de 2020;383(6):510-2.
 30. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord*. 1 de diciembre de 2020;277:55-64.
 31. Torous J, Jän Myrick K, Rauseo-Ricupero N, Firth J. Digital Mental Health and COVID-19: Using Technology Today to Accelerate the Curve on Access and Quality Tomorrow. *JMIR Ment Health*. 26 de marzo de 2020;7(3):e18848.
 32. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak [Internet]. [citado 19 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1>
 33. COVID-19 disrupting mental health services in most countries, WHO survey [Internet]. [citado 19 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
 34. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030 [Internet]. [citado 19 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
 35. Huang J, Huang ZT, Sun XC, Chen TT, Wu XT. Mental health status and related factors influencing healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2024;19(1):e0289454.
 36. Li Y, Scherer N, Felix L, Kuper H. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*. 10 de marzo de 2021;16(3):e0246454.
 37. Chirico F, Ferrari G, Nucera G, Szarpak L, Crescenzo P, Ilesanmi O. Prevalence of anxiety, depression, burnout syndrome, and mental health disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A rapid umbrella review of systematic reviews.

38. 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 Research*. 1 de noviembre de 2020;293:113441.
39. Badillo-Sánchez N, Gómez-Salgado J, Allande-Cussó R, Yildirim M, López-López D, Goniewicz K, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of Nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 10 de enero de 2025;104(2):e40797.
40. Fisher OM, Brown KGM, Coker DJ, McBride KE, Steffens D, Koh CE, et al. Distributive justice during the coronavirus disease 2019 pandemic in Australia. *ANZ J Surg*. junio de 2020;90(6):961-2.
41. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med*. 21 de mayo de 2020;382(21):2049-55.
42. Feinstein MM, Niforatos JD, Hyun I, Cunningham TV, Reynolds A, Brodie D, et al. Considerations for ventilator triage during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Respiratory Medicine*. 1 de junio de 2020;8(6):e53.
43. Truog RD, Mitchell C, Daley GQ. The Toughest Triage - Allocating Ventilators in a Pandemic. *N Engl J Med*. 21 de mayo de 2020;382(21):1973-5.
44. Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet*. 31 de enero de 2009;373(9661):423-31.
45. Hick JL, Hanfling D, Wynia MK, Pavia AT. Duty to Plan: Health Care, Crisis Standards of Care, and Novel Coronavirus SARS-CoV-2. *NAM Perspect*. 2020;2020.
46. White DB, Lo B. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 12 de mayo de 2020;323(18):1773-4.
47. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. noviembre de 2020;74(11):964-8.
48. La COVID-19 y el mundo del trabajo | Organización Internacional del Trabajo [Internet]. 2024 [citado 20 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.ilo.org/topics-and-sectors/covid-19-and-world-work>
49. Holliday SB, Hunter SB, Dopp AR, Chamberlin M, Iguchi MY. Exploring the Impact of COVID-19 on Social Services for Vulnerable Populations in Los Angeles: Lessons Learned from Community Providers [Internet]. 2020 ago [citado 15 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.rand.org/pubs/research_reports/RRA431-1.html
50. Baggett TP, Keyes H, Sporn N, Gaeta JM. COVID-19 outbreak at a large homeless shelter in Boston: Implications for universal testing [Internet]. medRxiv; 2020 [citado 20 de julio de 2025]. p. 2020.04.12.20059618. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.12.20059618v1>

51. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2 de junio de 2020;323(21):2133-4.
52. Europe WHO for. Strengthening the health systems response to COVID-19: policy brief: recommendations for the WHO European Region (1 April 2020). 2020 [citado 20 de julio de 2025]; Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/333072>
53. Fernández Ibáñez JM, Morales Ballesteros M del C, Galindo Andúgar MÁ, Fernández Anguita MJ, Arias Arias Á, Barberá-Farré JR. Factores de riesgo de mortalidad en pacientes mayores de 65 años hospitalizados por COVID-19. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1 de enero de 2021;57(1):6-12.
54. Couto R de M, dos Santos DG, Sanine PR, Pires dos Santos A, Kmetiuk LB, Biondo AW, et al. Mapping vulnerability for increased COVID-19 susceptibility and worse outcomes: a scoping review. *Front Public Health* [Internet]. 10 de octubre de 2024 [citado 22 de junio de 2025];12. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1432370/full>
55. Côté D, Durant S, MacEachen E, Majowicz S, Meyer S, Huynh A, et al. A rapid scoping review of COVID-19 and vulnerable workers: Intersecting occupational and public health issues. *Am J Ind Med*. julio de 2021;64(7):551-66.
56. ONU Mujeres [Internet]. 2023 [citado 20 de julio de 2025]. El progreso de las mujeres en el mundo 2019–2020: Familias en un mundo cambiante. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2019/06/progress-of-the-worlds-women-2019-2020>
57. Power K. The COVID-19 pandemic has increased the care burden of women and families. *Sustainability: Science, Practice and Policy*. 10 de diciembre de 2020;16(1):67-73.
58. Jun T, Nirenberg S, Weinberger T, Sharma N, Pujadas E, Cordon-Cardo C, et al. Analysis of sex-specific risk factors and clinical outcomes in COVID-19. *Commun Med (Lond)*. 30 de junio de 2021;1:3.
59. Pérez-López FR, Tajada M, Savirón-Cornudella R, Sánchez-Prieto M, Chedraui P, Terán E. Coronavirus disease 2019 and gender-related mortality in European countries: A meta-analysis. *Maturitas*. noviembre de 2020;141:59-62.
60. Josa-Laorden C, Crestelo-Vieitez A, García Andreu M del M, Rubio-Rivas M, Sánchez M, Toledo Samaniego N, et al. Gender-Based Differences by Age Range in Patients Hospitalized with COVID-19: A Spanish Observational Cohort Study. *Journal of Clinical Medicine*. enero de 2021;10(5):899.
61. Alwani M, Yassin A, Al-Zoubi RM, Aboumarzouk OM, Nettleship J, Kelly D, et al. Sex-based differences in severity and mortality in COVID-19. *Rev Med Virol*. noviembre de 2021;31(6):e2223.

62. Takahashi T, Ellingson MK, Wong P, Israelow B, Lucas C, Klein J, et al. Sex differences in immune responses that underlie COVID-19 disease outcomes. *Nature*. diciembre de 2020;588(7837):315-20.
63. Chen J, Jiang Q, Xia X, Liu K, Yu Z, Tao W, et al. Individual variation of the SARS-CoV-2 receptor ACE2 gene expression and regulation. *Aging Cell*. julio de 2020;19(7):e13168.
64. Griffith DM. Men and COVID-19: A Biopsychosocial Approach to Understanding Sex Differences in Mortality and Recommendations for Practice and Policy Interventions. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2020 [citado 18 de junio de 2025];17. Disponible en: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2020/20_0247.htm
65. INE [Internet]. [citado 16 de junio de 2025]. INEbase / Demografía y población / Cifras de población y Censos demográficos / Cifras de población / Últimos datos. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
66. INE [Internet]. [citado 16 de junio de 2025]. Nota de Prensa: Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados. Año 2023. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/EPSC2023.htm>
67. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership [Internet]. [citado 18 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
68. Ministerio de Sanidad - Sanidad en datos - ESTADÍSTICAS E INFORMES [Internet]. [citado 18 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/home.htm>
69. Aguayo-Estremera R, Cañadas GR, Ortega-Campos E, Pradas-Hernández L, Martos-Cabrera B, Velando-Soriano A, et al. Levels of Burnout and Engagement after COVID-19 among Psychology and Nursing Students in Spain: A Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*. 26 de diciembre de 2022;20(1):377.
70. Salmela-Aro K, Upadyaya K. School engagement and school burnout profiles during high school - The role of socio-emotional skills. *European Journal of Developmental Psychology*. 1 de noviembre de 2020;17(6):943-64.
71. Pascoe MC, Hetrick ,Sarah E., and Parker AG. The impact of stress on students in secondary school and higher education. *International Journal of Adolescence and Youth*. 31 de diciembre de 2020;25(1):104-12.
72. Fernández-Castillo A. State-Anxiety and Academic Burnout Regarding University Access Selective Examinations in Spain During and After the COVID-19 Lockdown. *Front Psychol* [Internet]. 27 de enero de 2021 [citado 19 de junio de 2025];12. Disponible en:

<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2021.621863/full>

73. Son C, Hegde S, Smith A, Wang X, Sasangohar F. Effects of COVID-19 on College Students' Mental Health in the United States: Interview Survey Study. *Journal of Medical Internet Research*. 3 de septiembre de 2020;22(9):e21279.
74. Labrague LJ, de Los Santos JAA. Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. *J Nurs Manag*. abril de 2021;29(3):395-403.
75. Del Valle Gutiérrez A. El impacto de la pandemia por COVID-19 en los estudiantes de Enfermería: una Scoping Review. 2021 [citado 18 de junio de 2025]; Disponible en: <http://hdl.handle.net/10459.1/83436>
76. Labrague LJ, De Los Santos JAA. COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *J Nurs Manag*. octubre de 2020;28(7):1653-61.
77. O'Lynn CE. Gender-based barriers for male students in nursing education programs: prevalence and perceived importance. *J Nurs Educ*. mayo de 2004;43(5):229-36.
78. Gómez-Salgado J, Domínguez-Salas S, Rodríguez-Domínguez C, Allande-Cussó R, Romero-Martín M, Ruiz-Frutos C. Gender perspective of psychological discomfort during COVID-19 confinement among Spanish adult population: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 20 de diciembre de 2021;11(12):e051572.
79. Addis ME, Mahalik JR. Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *Am Psychol*. enero de 2003;58(1):5-14.
80. Mendez-Pinto I, Antuña-Casal M, Mosteiro-Díaz M. Psychological disorders among Spanish Nursing students three months after COVID-19 lockdown: A cross-sectional study. *Int J Ment Health Nurs*. 3 de noviembre de 2022;10.1111/inm.13086.
81. Grande de Prado M, García-Peñalvo FJ, Corell A, Abella García V. Evaluación en Educación Superior durante la pandemia de la COVID-19. *Campus Virtuales*. 2021;1(10):49-58.
82. Spector N, Silvestre J. The Effects of the COVID-19 Pandemic on Nursing Education Programs. *J Nurs Educ*. mayo de 2024;63(5):312-9.
83. Marques G, Drissi N, Díez I de la T, de Abajo BS, Ouhbi S. Impact of COVID-19 on the psychological health of university students in Spain and their attitudes toward Mobile mental health solutions. *Int J Med Inform*. marzo de 2021;147:104369.
84. Savitsky B, Findling Y, Erel A, Hendel T. Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic. *Nurse Educ Pract*. julio de 2020;46:102809.
85. Li J, Huang C, Yang Y, Liu J, Lin X, Pan J. How nursing students' risk perception affected their professional commitment during the COVID-19 pandemic: the

- mediating effects of negative emotions and moderating effects of psychological capital. *Humanit Soc Sci Commun.* 2023;10(1):195.
86. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res.* mayo de 2020;287:112934.
87. Fredricks JA, Blumenfeld PC, Paris AH. School Engagement: Potential of the Concept, State of the Evidence. *Review of Educational Research.* 1 de marzo de 2004;74(1):59-109.
88. Aristovnik A, Keržič D, Ravšelj D, Tomaževič N, Umek L. Impacts of the COVID-19 Pandemic on Life of Higher Education Students: A Global Perspective. *Sustainability.* enero de 2020;12(20):8438.
89. Voyer D, Voyer SD. Gender differences in scholastic achievement: a meta-analysis. *Psychol Bull.* julio de 2014;140(4):1174-204.
90. Sax LJ. *The gender gap in college: Maximizing the developmental potential of women and men.* Hoboken, NJ, US: Jossey-Bass/Wiley; 2008. xxv, 316 p. (The gender gap in college: Maximizing the developmental potential of women and men).
91. López-Atanes M, Sáenz-Herrero M, Zach N, Lakeberg M, Ugedo A, Fraile-García E, et al. Gender sensitivity of the COVID-19 mental health research in Europe: a scoping review. *International Journal for Equity in Health.* 10 de octubre de 2024;23(1):207.
92. Huguet-Torres A, Carrero-Planells A, Fresneda Genovard S, Sebastián-Hernández R, Sansó Martínez N, Moreno-Mulet C, et al. Impacto personal y académico de la pandemia por COVID-19 en los estudiantes de enfermería en España (EsE-COVID). *Academic Journal of Health Sciences* 2023, Vol 38, n 5, pp 108-116 [Internet]. 2023 [citado 22 de junio de 2025];38(5). Disponible en: https://bibliotecadigital.uib.cat/greenstone/library/collection/medicinaBalear/document/AJHS_Medicina_Balear_2023v38n5p108
93. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulopoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health.* 6 de julio de 2020;16(1):57.
94. Collado-Boira EJ, Ruiz-Palomino E, Salas-Media P, Folch-Ayora A, Muriach M, Baliño P. “The COVID-19 outbreak”—An empirical phenomenological study on perceptions and psychosocial considerations surrounding the immediate incorporation of final-year Spanish nursing and medical students into the health system. *Nurse Educ Today.* septiembre de 2020;92:104504.
95. Diener E. Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill-Being. *Applied Research Quality Life.* 1 de julio de 2006;1(2):151-7.

96. Pulido-Martos M, Augusto-Landa J m., Lopez-Zafra E. Sources of stress in nursing students: a systematic review of quantitative studies. *International Nursing Review*. 2012;59(1):15-25.
97. Leodoro L. Stress, stressors, and stress responses of student nurses in a government nursing school. *Health Science Journal*. 7(4):0-0.
98. Jimenez C, Navia-Osorio PM, Diaz CV. Stress and health in novice and experienced nursing students. *J Adv Nurs*. febrero de 2010;66(2):442-55.
99. Swift A, Banks L, Baleswaran A, Cooke N, Little C, McGrath L, et al. COVID-19 and student nurses: A view from England. *J Clin Nurs*. septiembre de 2020;29(17-18):3111-4.
100. Odriozola-González P, Planchuelo-Gómez Á, Irurtia MJ, de Luis-García R. Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry Res*. agosto de 2020;290:113108.
101. 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. *Lancet*. 14 de marzo de 2020;395(10227):912-20.
102. Matud MP. Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*. 2004;37(7):1401-15.
103. Almeida M, Shrestha AD, Stojanac D, Miller LJ. The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Arch Womens Ment Health*. diciembre de 2020;23(6):741-8.
104. Ausín Benito B, González Sanguino C, Castellanos López MÁ, Muñoz López M. Gender-related differences in the psychological impact of confinement as a consequence of COVID-19 in Spain. 2020 [citado 22 de junio de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14352/94024>
105. del Río-Casanova L, Sánchez-Martín M, García-Dantas A, González-Vázquez A, Justo A. Psychological Responses According to Gender during the Early Stage of COVID-19 in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. enero de 2021;18(7):3731.
106. Burnout and Engagement in University Students - Wilmar B. Schaufeli, Isabel M. Martínez, Alexandra Marques Pinto, Marisa Salanova, Arnold B. Bakker, 2002 [Internet]. [citado 9 de julio de 2025]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022022102033005003>
107. Schaufeli WB, Bakker AB, Salanova M. The Measurement of Work Engagement With a Short Questionnaire: A Cross-National Study. *Educational and Psychological Measurement*. 2006;66(4):701-16.

108. Schaufeli W, Bakker AANC 2003 A 1 2003. Escala de Compromiso Laboral de Utrecht (UWES). Manual de la prueba. The Utrecht Work Engagement Scale (UWES) Test manual.
109. Maroco J, Maroco AL, Campos JADB, Fredricks JA. University student's engagement: development of the University Student Engagement Inventory (USEI). *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 19 de abril de 2016;29(1):21.
110. Gómez-Salgado J, Allande-Cussó R, Domínguez-Salas S, García-Iglesias JJ, Coronado-Vázquez V, Ruiz-Frutos C. Design of Fear and Anxiety of COVID-19 Assessment Tool in Spanish Adult Population. *Brain Sci*. 5 de marzo de 2021;11(3):328.
111. Badillo-Sánchez N, Morgado-Toscano C, Allande-Cussó R, Gómez-Salgado J, Yildirim M, Goniewicz K, et al. Assessing COVID-19-Related Psychological Distress: Validation of the AMICO Scale in Spanish Nursing University Students. *Healthcare*. enero de 2025;13(9):1058.
112. Gilmartin H, Goyal A, Hamati MC, Mann J, Saint S, Chopra V. Brief Mindfulness Practices for Healthcare Providers - A Systematic Literature Review. *The American Journal of Medicine*. 1 de octubre de 2017;130(10):1219.e1-1219.e17.
113. Firth J, Torous J, Nicholas J, Carney R, Prata A, Rosenbaum S, et al. The efficacy of smartphone-based mental health interventions for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*. 2017;16(3):287-98.
114. Folkman S, Moskowitz JT. Positive affect and the other side of coping. *Am Psychol*. junio de 2000;55(6):647-54.
115. Huckins JF, daSilva AW, Wang W, Hedlund E, Rogers C, Nepal SK, et al. Mental Health and Behavior of College Students During the Early Phases of the COVID-19 Pandemic: Longitudinal Smartphone and Ecological Momentary Assessment Study. *J Med Internet Res*. 17 de junio de 2020;22(6):e20185.
116. García-García J, Mañas A, González-Gross M, Espin A, Ara I, Ruiz JR, et al. Physical activity, sleep, and mental health during the COVID-19 pandemic: A one-year longitudinal study of Spanish university students. *Heliyon*. 23 de agosto de 2023;9(9):e19338.
117. Instituto de las Mujeres - INFORME EN IMPACTO DE GÉNERO DEL COVID-19 [Internet]. [citado 27 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.inmujeres.gob.es/disenos/novedades/informe_impacto_de_genero_del_Covid-19.htm
118. Turner K, McCarthy VL. Stress and anxiety among nursing students: A review of intervention strategies in literature between 2009 and 2015. *Nurse Education in Practice*. 1 de enero de 2017;22:21-9.
119. Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Romero-Blanco C, Martínez-Arce A, Prado-Laguna M del C, García-Sánchez FJ. Experiences and Perceptions of Nursing

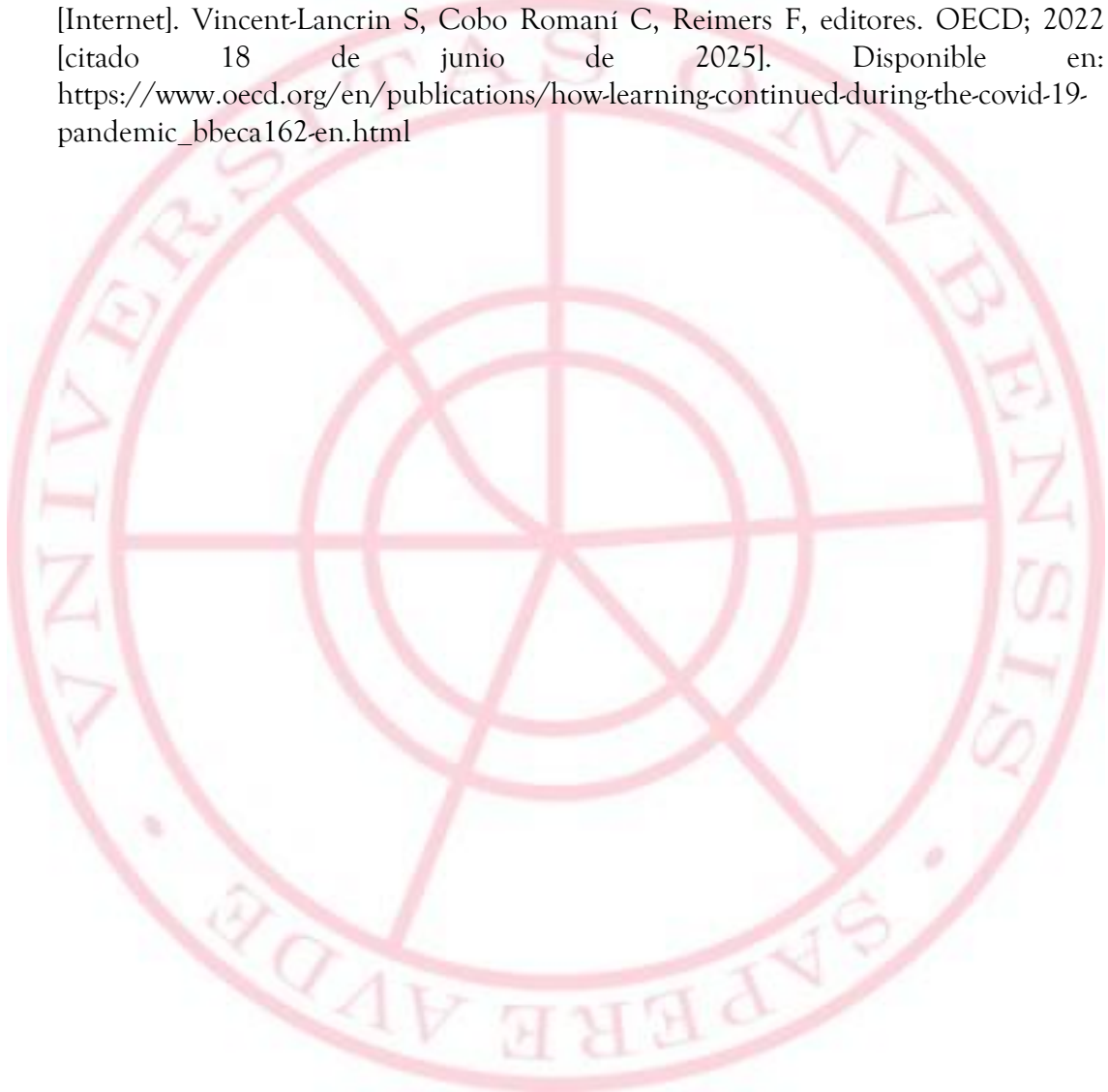
- Students during the COVID-19 Crisis in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 5 de octubre de 2021;18(19):10459.
120. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Rev Med Clin Condes*. 1 de enero de 2019;30(1):36-49.
 121. Argimon JM, Jiménez Villa J. EA. Métodos de investigación clínica y epidemiología. 4th ed. Elsevier [Internet]. 2013 [citado 30 de julio de 2025];4th ed. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911113000800>
 122. Detalle de publicación [Internet]. [citado 20 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.ciencia.gob.es/InfoGeneralPortal/detalle-publicacion/MICIU/Datos-y-cifras-del-Sistema-Universitario-Espanol.html>
 123. Sistema Integrado de Información Universitaria (SIIU) [Internet]. [citado 20 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.ciencia.gob.es/Ministerio/Estadisticas/SIIU.html>
 124. Investigación en enfermería - Edition 7 - By Susan K. Grove, PhD, RN, ANP-BC, GNP-BC and Jennifer R. Gray, PhD, RN, FAAN Elsevier Health Inspection Copies [Internet]. [citado 30 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.inspectioncopy.elsevier.com/book/details/9788491135111>
 125. Goodman LA. Snowball Sampling. *The Annals of Mathematical Statistics*. marzo de 1961;32(1):148-70.
 126. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *Int J Ment Health Addict*. 2022;20(3):1537-45.
 127. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 27 de noviembre de 2013;310(20):2191-4.
 128. Badillo-Sánchez N, Gómez-Salgado J, Allande-Cussó R, Yildirim M, López-López D, Goniewicz K, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of Nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 10 de enero de 2025;104(2):e40797.
 129. Bacigalupe A, Cabezas A, Bueno MB, Martín U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. *Informe SESPAS 2020. Gaceta Sanitaria*. 2020;34:61-7.
 130. Ruiz Cantero MT. Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia de COVID-19. *Gaceta Sanitaria*. enero de 2021;35(1):95-8.
 131. López M, Laviana M, López M, Laviana M. Los determinantes sociales y los problemas de salud mental. Una visión de conjunto. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. diciembre de 2024;44(146):157-79.

132. Eagly AH, Wood W. Social Role Theory of Sex Differences. En: Wong A, Wickramasinghe M, Hoogland R, Naples NA, editores. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Gender and Sexuality Studies* [Internet]. 1.^a ed. Wiley; 2016 [citado 14 de mayo de 2025]. p. 1-3. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118663219.wbegss183>
133. Wade M, Prime H, Johnson D, May SS, Jenkins JM, Browne DT. The disparate impact of COVID-19 on the mental health of female and male caregivers. *Soc Sci Med.* abril de 2021;275:113801.
134. Teresa-Morales C, Rodríguez-Pérez M, Araujo-Hernández M, Feria-Ramírez C. Current Stereotypes Associated with Nursing and Nursing Professionals: An Integrative Review. *Int J Environ Res Public Health.* 22 de junio de 2022;19(13):7640.
135. Plant EA, Hyde JS, Keltner D, Devine PG. The Gender Stereotyping of Emotions. *Psychology of Women Quarterly.* 1 de marzo de 2000;24(1):81-92.
136. Rodríguez-Hidalgo AJ, Pantaleón Y, Dios I, Falla D. Fear of COVID-19, Stress, and Anxiety in University Undergraduate Students: A Predictive Model for Depression. *Front Psychol.* 2020;11:591797.
137. Downing VR, Cooper KM, Cala JM, Gin LE, Brownell SE. Fear of Negative Evaluation and Student Anxiety in Community College Active-Learning Science Courses. *CBE Life Sci Educ.* 2020;19(2):ar20.
138. Seshabela HD, Shakwane S. Impact of anxiety-related conditions on nursing students' academic excellence. *Curationis.* 4 de octubre de 2024;47(1):2571.
139. Hoffmann C, Schneider T, Wannous C, Nyberger K, Haavardsson I, Gilmore B, et al. Impact of COVID-19 on the private and professional lives of highly educated women working in global health in Europe—A qualitative study. *Front Glob Womens Health.* 13 de febrero de 2023;4:1009473.
140. García Rodríguez JJ, Labajos Manzanares MT, Fernández Luque F. Los estudiantes de Grado en Enfermería y su compromiso con los estudios. *Enfermería Global.* abril de 2015;14(38):169-77.
141. National Academies of Sciences E, Affairs P and G, Committee on Women in Science E, Committee on Investigating the Potential Impacts of COVID-19 on the Careers of Women in Academic Science E, Dahlberg ML, Higginbotham E. Summary. En: *The Impact of COVID-19 on the Careers of Women in Academic Sciences, Engineering, and Medicine* [Internet]. National Academies Press (US); 2021 [citado 18 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570960/>
142. Masibo RM, Masika GM, Kibusi SM. Gender Stereotypes and Bias in Nursing: A Qualitative Study in Tanzania. *Nursing Reports.* enero de 2025;15(1):14.

143. Christensen M, Knight J. "Nursing is no place for men" — A thematic analysis of male nursing students experiences of undergraduate nursing education. *Journal of Nursing Education and Practice*. 9 de octubre de 2014;4(12):95.
144. Babl JD. Compensatory masculine responding as a function of sex role. *J Consult Clin Psychol*. abril de 1979;47(2):252-7.
145. United Nations Women. *Progress of the World's Women 2019-2020: Families in a Changing World* [Internet]. 2020.^a ed. New York: United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women); 2019. 283 p. Disponible en: <https://doi.org/10.18356/696a9392-en>
146. Romero-Castillo R, Garrido-Bueno M, Fernández-León P. Nursing students' perceptions and satisfaction with a self-learning methodology in simulated environments: A mixed-methods study. *Nurse Education in Practice*. octubre de 2024;80:104141.
147. Lizarte Simón EJ, Gijón Puerta J, Galván Malagón MC, Khaled Gijón M. Influence of Self-Efficacy, Anxiety and Psychological Well-Being on Academic Engagement During University Education. *Education Sciences*. diciembre de 2024;14(12):1367.
148. Wang L, Yu Z. Gender-moderated effects of academic self-concept on achievement, motivation, performance, and self-efficacy: A systematic review. *Front Psychol*. 2023;14:1136141.
149. Armendáriz PC, Alonso SS. La crisis de los Equipos de Protección Individual en la pandemia por la COVID-19 y el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo: e202110149. *Revista Española de Salud Pública*. 22 de octubre de 2021;95:9 páginas-9 páginas.
150. Ávila A. Essential or Expendable During the COVID-19 Pandemic? A Student-Lived Experience on Grieving the Unjust and Early Deaths of Vulnerable Populations. *Am J Public Health*. enero de 2021;111(1):66-8.
151. Cohen J, Rodgers Y van der M. Contributing factors to personal protective equipment shortages during the COVID-19 pandemic. *Prev Med*. diciembre de 2020;141:106263.
152. UNESCO. *Bringing into Focus the Future of the Right to Education* [Internet]. Paris, France: UNESCO; 2023. (Global Education 2030 Agenda). Disponible en: <https://articles.unesco.org/sites/default/files/medias/fichiers/2023/12/Future-of-right-to-education-working-document-en.pdf>
153. Pänkäläinen K, Hintsala T, Elovainio M, Pyörälä E, Paunio T. Stress and distress in healthcare students: protective roles of social support, student community and meaningfulness of studying. *Int J Med Educ*. 23 de diciembre de 2024;15:159-67.
154. National Academies of Sciences E, Medicine NA of, Nursing 2020–2030 C on the F of, Flaubert JL, Menestrel SL, Williams DR, et al. Supporting the Health and Professional Well-Being of Nurses. En: *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a*

- Path to Achieve Health Equity [Internet]. National Academies Press (US); 2021 [citado 18 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573902/>
155. Curtin M, Richards HL, Fortune DG. Resilience among health care workers while working during a pandemic: A systematic review and meta synthesis of qualitative studies. *Clin Psychol Rev.* julio de 2022;95:102173.
 156. Philippa R, Ann H, Jacqueline M, Nicola A. Professional identity in nursing: A mixed method research study. *Nurse Educ Pract.* marzo de 2021;52:103039.
 157. Levant RF, Wong YJ, editores. *The psychology of men and masculinities.* [Internet]. Washington: American Psychological Association; 2017 [citado 18 de junio de 2025]. Disponible en: <https://content.apa.org/books/15992-000>
 158. Via Clavero G, Sanjuán Naváis M, Martínez Mesas M, Pena Alfaro M, Utrilla Antolín C, Zarragoikoetxea Jáuregui I. [Identity of gender and intensive care: influence of masculinity and femininity in the perception of nursing care]. *Enferm Intensiva.* 2010;21(3):104-12.
 159. Zhou Y, Weng L, Wang M, Huang G. Male nursing students' experiences of their clinical internships: A qualitative study. *Heliyon.* 10 de mayo de 2024;10(10):e31075.
 160. Liem GAD, Martin AJ. Peer relationships and adolescents' academic and non-academic outcomes: same-sex and opposite-sex peer effects and the mediating role of school engagement. *Br J Educ Psychol.* junio de 2011;81(Pt 2):183-206.
 161. AQU Catalunya. *Marc general per a la incorporació de la perspectiva de gènere en la docència universitària.* Barcelona: Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya; 2018.
 162. Chatzi AV, Kourousis KI. Investigating gender stereotypes in nursing/midwifery and engineering students in Ireland. *International Journal of Educational Research Open.* 1 de diciembre de 2024;7:100367.
 163. Rebollo-Catalán Á, Arias-Rodríguez MA. *Hacia una docencia sensible al género en la educación superior* [Internet]. Dykinson; 2021 [citado 18 de junio de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=850873>
 164. Bergen N, Kirkby K, Nambiar D, Schlottheuber A, Hosseinpoor AR. Monitoring of health inequalities to improve health equity. *Bull World Health Organ.* 1 de abril de 2025;103(4):231-231A.
 165. Iheduru-Anderson KC, Shingles RR. *Mentoring Experience for Career Advancement: The perspectives of Black Women Academic Nurse Leaders.* *Glob Qual Nurs Res.* 20 de febrero de 2023;10:23333936231155051.
 166. Barua L, Lockee BB. A review of strategies to incorporate flexibility in higher education course designs. *Discov Educ.* 20 de agosto de 2024;3(1):127.

167. Ferreira-Alfaya FJ. The state of organizational health literacy: addressing gaps and future directions. *Health Promotion International*. 1 de junio de 2025;40(3):daaf075.
168. UNICEF Regional Office for South Asia. *Gender-responsive Education in the Context of COVID-19: Framework and Progressive Standards for South Asia*. Kathmandu, Nepal: United Nations Children's Fund Regional Office for South Asia (ROSA); 2020.
169. OECD, The World Bank. *How Learning Continued during the COVID-19 Pandemic: Global Lessons from Initiatives to Support Learners and Teachers* [Internet]. Vincent-Lancrin S, Cobo Romani C, Reimers F, editores. OECD; 2022 [citado 18 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.oecd.org/en/publications/how-learning-continued-during-the-covid-19-pandemic_bbeca162-en.html



7 ANEXOS

- ANEXO 1. Documento comité de ética.
- ANEXO 2. Capturas de la hoja de información y consentimiento informado.
- ANEXO 3. Capturas del cuestionario online.
- ANEXO 4. Artículo publicado.



ANEXO 1. Documento comité de ética.

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

DICTAMEN ÚNICO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

D/Dª: María Dolores Santos Rubio como secretario/a del CEI de Huelva

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor/investigador (No hay promotor/a asociado/a) para realizar el estudio de investigación titulado:

TÍTULO DEL ESTUDIO:	Evaluación y seguimiento del Impacto de la Pandemia de COVID-19 en el Bienestar Emocional y Ajuste Psicológico de la Población General ,(Seguimiento del Impacto de la Pandemia de COVID-19 en la población)
Protocolo, Versión:	v1
HIP, Versión:	V1
CI, Versión:	V1

Y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y se ajusta a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios.

La capacidad del/de la investigador/a y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.

Que los aspectos económicos involucrados en el proyecto, no interfieren con respecto a los postulados éticos.

Y que este Comité considera, que dicho estudio puede ser realizado en los Centros de la Comunidad Autónoma de Andalucía que se relacionan, para lo cual corresponde a la Dirección del Centro correspondiente determinar si la capacidad y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Lo que firmo en Huelva a 20/01/2021



D/Dª. María Dolores Santos Rubio, como Secretario/a del CEI de Huelva

CERTIFICA

Que este Comité ha ponderado y evaluado en sesión celebrada el 19/01/2021 y recogida en acta 01/21 la propuesta del/de la Promotor/a (No hay promotor/a asociado/a), para realizar el estudio de investigación titulado:

TÍTULO DEL ESTUDIO: Evaluación y seguimiento del Impacto de la Pandemia de COVID-19 en el Bienestar Emocional y Ajuste Psicológico de la Población General ,(Seguimiento del Impacto de la Pandemia de COVID-19 en la población)
Protocolo, Versión: v1
HIP, Versión: V1
CI, Versión: V1

Que a dicha sesión asistieron los siguientes integrantes del Comité:

Presidente/a

D/D^a. Clara María Rosso Fernández

Secretario/a

D/D^a. María Dolores Santos Rubio

Vocales

D/D^a. Amelia Jiménez Heffernan
D/D^a. SONIA MARIA PASTOR MONTERO
D/D^a. Manuel Trujillo Lara
D/D^a. Carlota Méndez del Barrio
D/D^a. DAVID MORALES PANCORBO
D/D^a. Carlos Cordero García
D/D^a. Esperanza Begoña García Navarro

Que dicho Comité, está constituido y actúa de acuerdo con la normativa vigente y las directrices de la Conferencia Internacional de Buena Práctica Clínica.

Lo que firmo en Huelva a 20/01/2021



ANEXO 2. Capturas de la hoja de información y consentimiento informado.

The image shows a digital form for an informed consent study. At the top, there are logos for the University of Huelva, AEEE (Asociación Estatal de Estudiantes de Enfermería), and the University of Sevilla. The main title is "Estudio del nivel de ansiedad y miedo a la COVID-19 en estudiantes de Grado en Enfermería". The text explains the study's purpose, duration (7-10 minutes), and the involvement of researchers from both universities. It states that participation is voluntary and confidential, with a reference to the ethics committee approval (PI 036/20). Contact information for the principal investigators is provided: Prof. Dra. Regina Allande Cussó (rallande@us.es) and Prof. Dr. Juan Gómez Salgado (salgado@uhu.es). A section for acceptance of participation is shown with a checkbox for "Sí" and a red asterisk indicating it is mandatory. At the bottom, there are navigation buttons: "Siguiente", "Página 1 de 8", and "Borrar formulario".

Universidad de Huelva

AEEE
Asociación Estatal de Estudiantes de Enfermería

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Estudio del nivel de ansiedad y miedo a la COVID-19 en estudiantes de Grado en Enfermería

Nos dirigimos a usted, con el objeto de solicitar unos 7-10 minutos de su valioso tiempo, de modo que pueda responder a unas sencillas preguntas que permitirán desarrollar un estudio. El estudio lo lleva a cabo un equipo de investigadores de la Universidad de Huelva, la Universidad de Sevilla, con el objetivo de analizar el nivel de ansiedad y miedo a la enfermedad COVID-19 en la población de estudiantes de Grado en Enfermería. Así mismo, nos gustaría informar que el estudio tiene la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de Andalucía con el Código: PI 036/20

El equipo investigador garantiza que todas sus respuestas serán tratadas de forma anónima y confidencial, siendo el carácter de su participación totalmente voluntaria. Así mismo, agradecemos encarecidamente su tiempo prestado.

Si tiene alguna duda o pregunta relacionada con este estudio, no dude en escribir a cualquiera de los dos Investigadores Principales del estudio:

- Prof. Dra. Regina Allande Cussó (Universidad de Sevilla): rallande@us.es
- Prof. Dr. Juan Gómez Salgado (Universidad de Huelva): salgado@uhu.es

Para expresar la aceptación de participación en este estudio le rogamos que marque con una cruz la siguiente casilla:

[Cambiar de cuenta](#)

No compartido

* Indica que la pregunta es obligatoria

Acepto participar voluntariamente en este estudio, una vez recibida la información *

Sí

Siguiente Página 1 de 8 [Borrar formulario](#)

ANEXO 3. Capturas del cuestionario online.

DATOS PERSONALES

Si está realizando la encuesta a través de MÓVIL-> se recomienda colocar el dispositivo en HORIZONTAL para visualizar todas las opciones de respuesta

01. Sexo *

Mujer

Hombre

Prefiero no decir

Otro: _____

02. ¿Qué edad tiene? (SOLO NÚMEROS) *

Tu respuesta _____

03. ¿De qué provincia es, o dónde vive cuando no está estudiando el Grado? *

Elige _____

04. ¿En qué provincia está ESTUDIANDO el Grado? *

Elige _____

05. ¿Con quién vive la mayor parte de la semana? (puede marcar varias opciones) *

Piso compartido (con otros estudiantes, con otras personas trabajadoras, etc.)

Vivo sola/solo

Vivo con familiares (abuelos, tíos, primos, etc)

Vivo con mis padres

Vivo en una residencia universitaria (habitación individual)

Vivo en una residencia universitaria (habitación compartida)

Con mi hermano/a

Otro: _____

06. ¿En qué curso está? *

1º Enfermería

2º Enfermería

3º Enfermería

4º Enfermería

07. ¿En qué tipo de centro universitario cursa el Grado en Enfermería? *

Centro público o Universidad pública

Centro privado o Universidad Privada

Centro Adscrito

08. ¿Cuántas personas viven en su casa? (Inclúyase a usted): *

1

2

3

4

5

Más de 6

09. Diría que su salud en general es: *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy mala Excelente

Datos personales relativos a la COVID-19

Si está realizando la encuesta a través de MÓVIL-> se recomienda colocar el dispositivo en HORIZONTAL para visualizar todas las opciones de respuesta

01. ¿Usted ha sido diagnosticado/a de COVID-19? *

- Sí
 No

02. ¿Alguien de su entorno ha sido diagnosticado/a de COVID-19? (puede marcar * más de una opción)

- No
 Sí, mi pareja
 Sí, mis padres
 Sí, mis amigos
 Sí, mis compañeros/as de piso
 Otro: _____

03. ¿Ha estado aislado/a por haber tenido la enfermedad o por tener contacto * con una persona positiva?

- Sí
 No

04. ¿Se considera grupo de riesgo? *

- No
 Sí, por estar embarazada
 Sí, por tener patología respiratoria
 Sí, por ser hipertenso/a
 Sí, por ser diabético/a
 Sí, por tener enfermedades cardiovasculares
 Sí, por tener cáncer
 Sí, por estar inmunosuprimido/a
 Sí, por tener enfermedades hematológicas
 Sí, por estar realizando prácticas clínicas en centros sanitarios o sociosanitarios
 Otro: _____

05. ¿Cómo de informado/a considera que ha estado durante la pandemia? *

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nada informado Muy informado

06. ¿A qué fuentes de información ha accedido más durante la pandemia? *

	Todos los días	A veces	Pocas veces	No consulté este medio nunca
Televisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prensa escrita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redes sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Familiares/ amigos/ conocidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

07. ¿Actualmente está usted trabajando, además de estudiar el Grado? *

- Sí
 No

07.1. ¿Sus condiciones laborales (si trabaja), se han visto afectadas por la pandemia por Covid-19? (puede seleccionar varias opciones)-> si NO trabaja, salte a la siguiente pregunta

- No
 Sí: aumento de horas de servicio
 Sí: disminución de mi jornada laboral
 Sí: disminución salarial
 Sí: disminución de los descansos y/o festivos
 Sí: aumento de tareas/acciones/reponsabilidades
 Sí: aumento del riesgo de contagio
 Sí: se han suspendido las prácticas clínicas durante el inicio de la pandemia
 Sí: me han reubicado de unidad o centro en mis prácticas clínicas
 Otros

08. ¿Respecto a las prácticas clínicas, se han visto afectadas por la pandemia por Covid-19? (puede seleccionar varias opciones)

- No
 Sí: aumento de horas de servicio
 Sí: disminución de mi jornada laboral
 Sí: disminución salarial
 Sí: disminución de los descansos y/o festivos
 Sí: aumento de tareas/acciones/reponsabilidades
 Sí: aumento del riesgo de contagio
 Sí: se han suspendido las prácticas clínicas durante el inicio de la pandemia
 Sí: me han reubicado de unidad o centro en mis prácticas clínicas
 Otros

09. ¿Sus responsables (tutores, profesores, etc.) le han facilitado y le facilitan los *
medios de autoprotección para evitar el contagio necesarios (mascarilla,
guantes, gafas, y otros?

- Sí, siempre
- Sí, pero al inicio de la pandemia no
- No, solamente me dan alguna de las medidas de autoprotección
- No me facilitan ningún medio, debo aportarlos yo
- Otro: _____

10. ¿Recibió o ha recibido en alguna ocasión formación específica respecto a la *
COVID-19 (vías de transmisión, medidas de autoprotección, signos de alarma...),
organizado por sus responsables?

- Sí
- No
- Otro:

11. ¿Cómo calificaría la formación respecto a la Covid-19 recibida por parte de *
sus responsables?

- Nula
- Escasa
- Suficiente
- Muy buena
- Excelente

12. En general, ¿se siente seguro/a y protegido/a frente a contagios durante el *
desempeño de sus prácticas clínicas?

- Sí, totalmente seguro/a
- Bastante seguro/a
- Algo seguro/a
- Muy poco seguro/a
- No, nada seguro/a

13. ¿Le han puesto la vacuna contra la COVID-19? *

- Sí, 1 sola dosis
- Sí, las 2 dosis
- Sí, las 3 dosis
- No deseo vacunarme
- Todavía no

Escala AMICO - Ansiedad y Miedo a COVID-19 (Gómez, Allande, y cols. 2021)

Considere su situación o estado actual desde la aparición de la pandemia por las enfermedad COVID-19 hasta el día de hoy, para dar respuesta a las siguientes preguntas (1=Totalmente en desacuerdo / 10=Totalmente de acuerdo):
 NOTA: SI USA MÓVIL/TABLET RECOMENDAMOS QUE LO PONGA EN POSICIÓN HORIZONTAL PARA VISUALIZAR COMPLETAMENTE TODAS LAS OPCIONES

1. Tengo mucho miedo a la enfermedad COVID-19 *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

2. Me causa incomodidad pensar en la enfermedad COVID-19 *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

3. Me preocupa mucho contraer la enfermedad COVID-19 *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

4. La enfermedad COVID-19 puede ser causa de muerte, y esto me preocupa *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

5. La enfermedad COVID-19 es impredecible *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

6. Me sudan las manos cuando pienso en la enfermedad COVID-19 *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

7. Tengo miedo a morir a causa de la enfermedad COVID-19 *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

8. Siento nervios o ansiedad al ver noticias e historias sobre la enfermedad COVID-19 en las redes sociales y medios de comunicación *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

9. No puedo dormir porque me preocupa contraer la enfermedad COVID-19 *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

10. Se me acelera el pulso cuando pienso en contraer la enfermedad COVID-19 *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

11. Las contradicciones informativas sobre el coronavirus en medios de comunicación y redes sociales me producen ansiedad *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

12. Me asaltan pensamientos negativos cuando escucho o leo una noticia relacionada con la enfermedad *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

13. Me preocupa que algún familiar o amistad pueda contraer la enfermedad COVID-19 *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

14. Me preocupa cuánto va a durar la pandemia *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

15. Cuando alguien tose cerca de mí o considero que está muy cerca de mí tengo miedo a que me contagie *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

16. Me da miedo estar cerca o atender a una persona que tiene o puede tener COVID-19 *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

17. Me siento triste o sin fuerzas cuando pienso en la enfermedad y en la posibilidad de contagiarme *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

18. Me produce ansiedad salir de casa, o pensar en ello, para cumplir con mis obligaciones del día a día (laborales, familiares, etc.) *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo

BIENESTAR EN EL CONTEXTO ACADÉMICO (Shaufeli, 2003)

Las siguientes preguntas se refieren a los sentimientos de las personas en el trabajo. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta y decida si se ha sentido de esta forma.

NOTA: SI USA MÓVIL/TABLET RECOMENDAMOS QUE LO PONGA EN POSICIÓN HORIZONTAL PARA VISUALIZAR COMPLETAMENTE TODAS LAS OPCIONES

	Nunca Ninguna vez	Casi nunca Pocas veces al año	Algunas veces Una vez al mes o menos	Regularmente Pocas veces al mes	Bastantes veces Una vez por semana	Casi siempre Pocas veces por semana	Siempre Todos los días
Mis tareas como estudiante me hacen sentir lleno de energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que mi carrera tiene significado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El tiempo "pasa volando" cuando realizo mis tareas como estudiante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento fuerte y vigoroso cuando estoy estudiando o voy a las clases	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy entusiasmado con mi carrera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olvido todo lo que pasa alrededor de mí cuando estoy abstraído con mis estudios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mis estudios me inspiran cosas nuevas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando me levanto por la mañana me apetece ir a clase o estudiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soy feliz cuando estoy haciendo tareas relacionadas con mis estudios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy orgulloso de hacer esta carrera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy inmerso en mis estudios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo seguir estudiando durante largos periodos de tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mi carrera es retardadora para mí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me "dejo llevar" cuando realizo mis tareas como estudiante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soy muy "resistente" para afrontar mis tareas como estudiante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es difícil para mí separarme de mis estudios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En mis tareas como estudiante no paro incluso si no me encuentro bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Compare la situación del INICIO DE LA PANDEMIA con la situación ACTUAL:

Si está realizando la encuesta a través de MÓVIL-> se recomienda colocar el dispositivo en HORIZONTAL para visualizar todas las opciones de respuesta

¿Qué nivel de ANSIEDAD a la COVID-19 sentía AL INICIO DE LA PANDEMIA (meses de marzo-abril de 2020)? *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada de ansiedad Mucho ansiedad

¿Qué nivel de ANSIEDAD a la COVID-19 siente ACTUALMENTE? *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada de ansiedad Mucho ansiedad

¿Qué nivel de MIEDO a la COVID-19 sentía AL INICIO DE LA PANDEMIA (meses de marzo-abril de 2020)? *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada de miedo Mucho miedo

¿Qué nivel de MIEDO a la COVID-19 siente ACTUALMENTE? *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada de miedo Mucho miedo

¿Qué nivel de PELIGROSIDAD le otorgaba AL INICIO DE LA PANDEMIA (meses de marzo-abril de 2020) a la COVID-19? *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada de peligrosidad Mucho peligrosidad

¿Qué nivel de PELIGROSIDAD le otorga a la COVID-19 en la ACTUALIDAD? *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada de peligrosidad Mucho peligrosidad

¿Cómo cree que la pandemia ha afectado a la población general, al personal sanitario y a sus prácticas académicas? Desde su perspectiva, ¿qué acciones deberían llevarse a cabo para mejorar esta situación? *

Tu respuesta

SUGERENCIAS

Si tiene alguna sugerencia, recomendación, consulta o desea reflejar alguna cuestión que no haya podido indicar en el desarrollo del cuestionario, por favor, hágalo a continuación:

Tu respuesta

Si desea ser contactado para nuevos estudios acerca del impacto de la Covid-19 en los estudiantes universitarios, por favor indíquenos su dirección de email:

Tu respuesta

MUCHAS GRACIAS POR SU INESTIMABLE COLABORACIÓN.



- ANEXO 4. Artículo publicado.

Revista: Revista Española de Salud Pública.

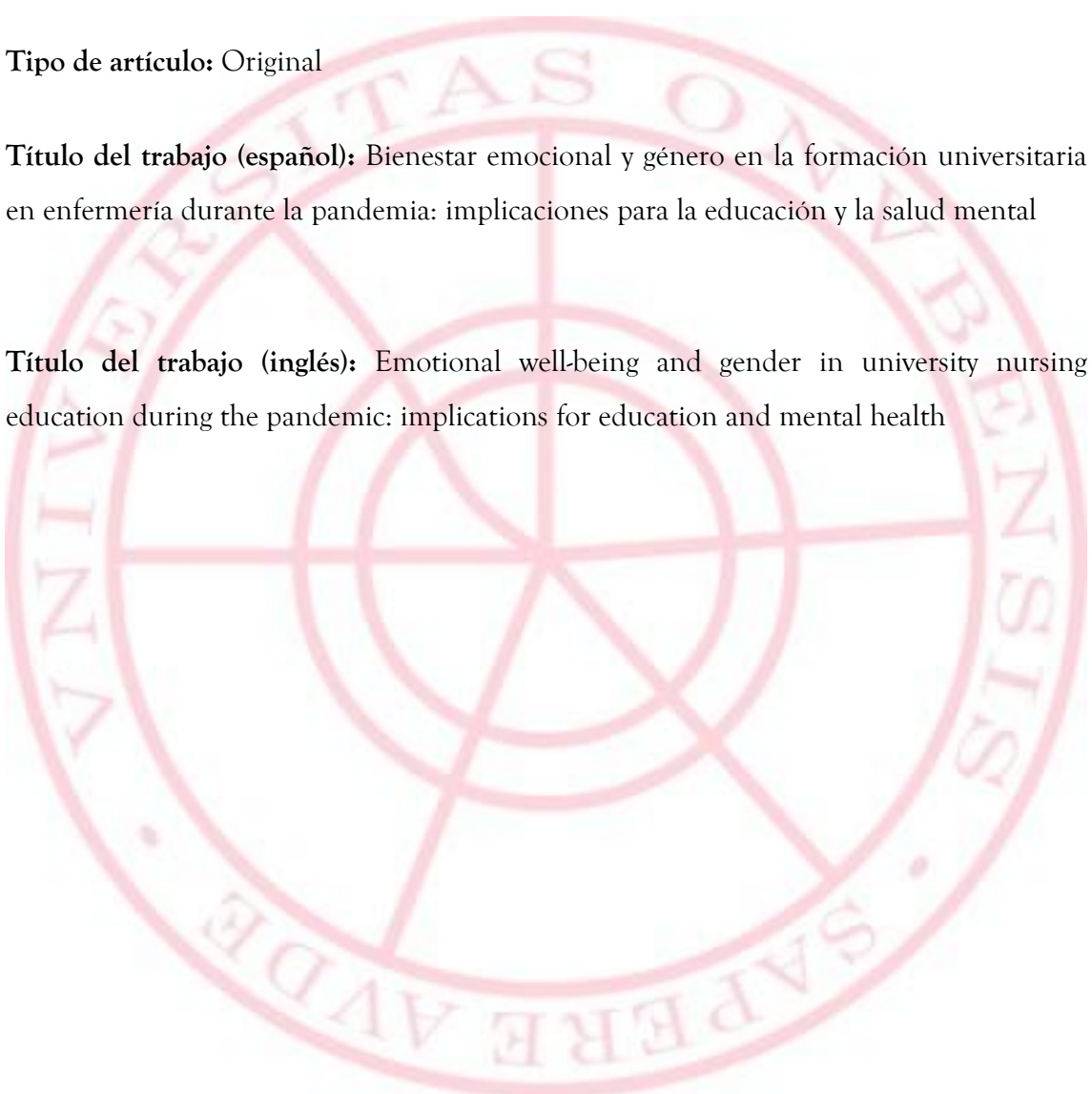
Factor: Q4 Social Sciences Citation Index (SSCI).

CATEGORÍA: PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH

Tipo de artículo: Original

Título del trabajo (español): Bienestar emocional y género en la formación universitaria en enfermería durante la pandemia: implicaciones para la educación y la salud mental

Título del trabajo (inglés): Emotional well-being and gender in university nursing education during the pandemic: implications for education and mental health



Información de los autores

Jorge Martín-Pereira 1 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9544-1532>

Nadine Badillo-Sánchez 1 ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3187-9605>

Juan Gómez-Salgado 2,3 ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9053-7730>

Miguel Garrido-Bueno 4,5 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4695-2264>

Macarena Romero-Martín 6 ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3022-3339>

Andrés Castillejo-del-Río 1 ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3983-4697>

Javier Fagundo-Rivera 4 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8286-3381>

1. Escuela de Doctorado, Universidad de Huelva, Huelva, España;

jorgemppz@gmail.com; nadine.badillo@alu.uhu.es ; ancasdel16@gmail.com

2. Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública, Facultad de Ciencias del Trabajo, Universidad de Huelva, Huelva, España; salgado@uhu.es

3. Programa de Posgrado en Seguridad y Salud, Universidad Espíritu Santo, Guayaquil, Ecuador.

4. Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja, Universidad de Sevilla, Sevilla, España; miguel.garridob@cruzroja.es; javier.fagundo@cruzroja.es

5. Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

6. Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Huelva, Huelva, España; macarena.romero@denf.uhu.es

*** Autor de correspondencia:**

Prof. Juan Gómez-Salgado

Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública, Facultad de Ciencias del Trabajo, Universidad de Huelva.

Avenida tres de marzo s/n. 21007 Huelva, España.

salgado@uhu.es

+34 959219700

Conflicto de interés y financiación

Los autores declaran la ausencia de conflicto de interés y financiación, así como la obtención de becas o ayudas para la realización del trabajo.

Consideraciones éticas:

La autorización para este estudio se obtuvo del Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Regional de Investigación, Junta de Andalucía (Ref. PI 036/20).

Contribución de autoría:

Conceptualización, Supervisión, Administración del proyecto: JMP, NBS, JGS, MGB, MRM, ACD, JFR

Metodología, Validación, Análisis formal, Investigación, Recursos, Curación de datos, Redacción - borrador original, Redacción - revisión y edición, Visualización: JMP, NBS, JGS, MGB, MRM, ACD, JFR

Adquisición de fondos: Ninguno

TÍTULO

Bienestar emocional y género en la formación universitaria en enfermería durante la pandemia: implicaciones para la educación y la salud mental

RESUMEN

FUNDAMENTOS:

La pandemia de COVID-19 afectó la salud mental de los estudiantes universitarios, especialmente en titulaciones sanitarias. En enfermería, la alta presencia femenina y la exposición a contextos clínicos pudieron influir en el bienestar emocional y el compromiso académico. El objetivo fue analizar las diferencias de género en ansiedad, miedo y compromiso académico entre estudiantes de enfermería en España durante la pandemia.

MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional transversal mediante muestreo en bola de nieve. Entre octubre de 2021 y mayo de 2022 se recopiló 1.197 cuestionarios online, seleccionándose una submuestra equilibrada de 175 hombres y 175 mujeres. Se aplicaron la Escala AMICO y la UWES-S. Los datos se analizaron con las pruebas U de Mann-Whitney, correlaciones de Spearman y MANOVA ($p < 0,05$).

RESULTADOS:

Las mujeres mostraron mayores niveles de ansiedad y miedo ($M = 4,06$; $DE = 1,01$) que los hombres ($M = 3,54$; $DE = 0,98$) ($p = 0,002$). Los hombres presentaron mayor compromiso académico ($M = 3,81$; $DE = 0,85$) que las mujeres ($M = 3,58$; $DE = 0,79$) ($p = 0,047$) con diferencias estadísticamente significativas. Se observó correlación positiva entre compromiso y salud percibida ($r = 0,163$; $p = 0,002$) y negativa entre ansiedad y salud percibida ($r = -0,129$; $p = 0,015$). El MANOVA confirmó efecto del género ($p = 0,011$).

CONCLUSIONES:

Las mujeres presentaron mayor ansiedad y miedo, y los hombres mayor compromiso académico, lo que visibiliza la influencia del género en la formación enfermera y justifica la implementación de intervenciones psicoeducativas con enfoque de género, particularmente en contextos universitarios y durante situaciones de crisis sanitarias.

PALABRAS CLAVE: Bienestar emocional, Compromiso académico, Género, COVID-19, Estudiantes de enfermería, España, Salud mental, Ansiedad, Miedo, Pandemia.

TITLE

Emotional well-being and gender in university nursing education during the pandemic: implications for education and mental health.

ABSTRACT

BACKGROUND:

The COVID-19 pandemic affected the mental health of university students, particularly those enrolled in health-related degrees. In nursing, the high proportion of women and exposure to clinical settings may have influenced emotional well-being and academic engagement. The aim of this study was to analyze gender differences in anxiety, fear, and academic engagement among nursing students in Spain during the pandemic.

METHODS:

A cross-sectional observational study was conducted using snowball sampling. Between October 2021 and May 2022, 1,197 online questionnaires were collected, from which a balanced subsample of 175 men and 175 women was selected. The AMICO Scale and the UWES-S were applied. Data were analyzed using Mann-Whitney U tests, Spearman correlations, and MANOVA ($p < 0.05$).

RESULTS:

Women showed higher levels of anxiety and fear ($M = 4.06$; $SD = 1.01$) than men ($M = 3.54$; $SD = 0.98$) ($p = 0.002$). Men reported greater academic engagement ($M = 3.81$; $SD = 0.85$) than women ($M = 3.58$; $SD = 0.79$) ($p = 0.047$) with statistically significant differences. A positive correlation was found between engagement and perceived health ($\rho = 0.163$; $p = 0.002$), and a negative one between anxiety and perceived health ($\rho = -0.129$; $p = 0.015$). MANOVA confirmed a gender effect ($p = 0.011$).

CONCLUSIONS:

Women presented greater anxiety and fear, and men greater academic commitment, which makes visible the influence of gender in nursing training and justifies the implementation of psychoeducational interventions with a gender approach, particularly in university contexts and during health crisis situations.

KEYWORDS: Emotional well-being, Academic engagement, Gender, COVID-19, Nursing students, Spain, Mental health, Anxiety, Fear, Pandemic.

INTRODUCCIÓN

Tras el inicio de la pandemia el 14 de marzo de 2020, declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad COVID-19, causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) [1], ha sido responsable, hasta enero de 2023, de más de 17 millones de muertes en todo el mundo, con una reducción estimada de la esperanza de vida global de 1,8 años [2]. En octubre de 2023, según los últimos datos disponibles del Centro de Recursos sobre el Coronavirus de la Universidad Johns Hopkins, se reportaron un total de 676.609.955 casos de la enfermedad a nivel mundial. En España, se confirmaron 13.876.383 casos y 122.057 fallecimientos [3].

En este país, el inicio de la pandemia provocó el colapso del sistema sanitario. La declaración del estado de emergencia sanitaria implicó la adopción de diversas medidas urgentes, entre ellas el distanciamiento social, la limitación de la movilidad y la implementación de recomendaciones higiénicas, con el objetivo de evitar la propagación del virus y la sobrecarga de los servicios de salud. Sin embargo, tanto los servicios sanitarios como los profesionales de la salud se vieron desbordados debido a la presión asistencial, la necesidad de reestructurar las unidades de atención y la escasez de materiales esenciales [4], lo que tuvo un impacto negativo tanto en el personal sanitario como en los pacientes.

La pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, así como de invertir en resiliencia económica, social e institucional, con el fin de mejorar la preparación y la capacidad de respuesta ante futuras crisis [5]. Asimismo, la salud mental de la población se vio afectada negativamente como consecuencia de la crisis sanitaria. Este impacto fue particularmente significativo entre los trabajadores esenciales [4] y los estudiantes universitarios [6], especialmente aquellos inscritos en disciplinas relacionadas con la salud, quienes afrontaron mayores niveles de estrés, incertidumbre y exposición a entornos de alto riesgo durante la pandemia [7].

Diversos estudios han evidenciado una alta prevalencia de ansiedad, estrés, depresión y miedo entre los estudiantes durante la pandemia de COVID-19, siendo las mujeres quienes presentan niveles más elevados en todos los casos [6]. La prevalencia de trastornos mentales en este grupo durante los tres primeros meses de la crisis sanitaria fue elevada, alcanzando el 91,4% [8], con fluctuaciones observadas a lo largo de la misma. Estas variaciones se

relacionaron con el acceso a equipos de protección personal, la disponibilidad de la vacuna y la relajación de las medidas de emergencia [7].

En este contexto, las alumnas del Grado en Enfermería mostraron una mayor prevalencia de miedo, ansiedad y estrés en comparación con los hombres, con niveles medios y altos de miedo a la COVID-19 [9]; niveles de ansiedad medio-altos [10]; y niveles elevados de estrés [11].

Desde una perspectiva global, es importante tener en cuenta que las mujeres han sido predominantes en el ámbito de los cuidados durante siglos [12], lo que puede generar sesgos y confusión debido a la marcada desigualdad en la participación de mujeres y hombres según el grupo de estudio [13]. Aunque se han llevado a cabo investigaciones previas sobre la salud mental de los estudiantes de enfermería durante la pandemia, la disparidad en la proporción de géneros en las poblaciones analizadas se mantiene constante. Esta diferencia podría conducir a una generalización sesgada de los datos, al no considerarse de forma adecuada la proporción de cada género, lo que puede actuar como un factor de confusión o interacción [14].

No obstante, en estudios en los que se ha abordado de manera más equitativa la representación de mujeres y hombres, también se ha observado una prevalencia significativa de trastornos mentales en las muestras analizadas [14]. Por tanto, el interés de esta investigación radica en determinar si existen diferencias en la percepción de variables relacionadas con la salud mental entre personas de ambos sexos y en cómo dichas diferencias pueden orientar estrategias de apoyo diferenciadas.

En este contexto, la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, a través de su Objetivo de Desarrollo Sostenible número 5 (ODS 5), promueve la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas. La igualdad de género se reconoce como un derecho humano fundamental; sin embargo, pese a los avances alcanzados, el 23,1% de los indicadores aún se encuentran alejados de las metas establecidas para 2030 [15]. En este marco, la evidencia disponible y los resultados previos justifican la necesidad de desarrollar intervenciones psicoeducativas con enfoque de género [16], particularmente en situaciones de crisis sanitarias, que contribuyan a reducir las desigualdades y fortalecer el bienestar emocional de los futuros profesionales de enfermería.

En consecuencia, el objetivo principal de este estudio fue evaluar las diferencias de género en el compromiso académico y el bienestar emocional de los estudiantes del Grado en Enfermería en España durante la pandemia de COVID-19. De forma complementaria, se planteó como objetivos secundarios analizar la relación entre el bienestar emocional y el compromiso académico según el género, así como explorar la asociación entre la salud percibida y las variables ansiedad, miedo y compromiso académico en hombres y mujeres.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se trata de un estudio observacional de tipo transversal. Para su diseño y elaboración, se siguieron las Pautas de Fortalecimiento de los Estudios Observacionales en Epidemiología (STROBE) para la presentación de estudios observacionales [17].

Población y muestra

El estudio se desarrolló en programas de Grado en Enfermería de universidades españolas. La población de estudio incluyó a estudiantes matriculados activamente durante la pandemia de COVID-19. Se empleó un muestreo no probabilístico mediante el método de bola de nieve para reclutar participantes a través de asociaciones nacionales de estudiantes y redes académicas. Debido a la naturaleza del muestreo y la difusión, no se recopiló datos sobre las universidades específicas, pero sí sobre la provincia de residencia y el año académico de los estudiantes, como indicadores de diversidad geográfica y educativa, asegurando una cobertura amplia a nivel nacional. Los criterios de inclusión requirieron que los participantes estuvieran matriculados en el Grado en Enfermería en España durante el periodo de estudio y completaran el cuestionario en línea de manera válida. Se excluyeron aquellos estudiantes que no cumplían estos requisitos.

El tamaño de la muestra se calculó utilizando Qualtrics®, considerando los 50.688 estudiantes de Grado en Enfermería matriculados en España durante el curso 2021-2022, incluidos centros públicos, privados y concertados, sin distinción por sexo [18]. Con una proporción estimada de pérdidas del 25%, el tamaño mínimo requerido fue de 382 participantes. Finalmente, se recopiló 1.197 cuestionarios completos, representando a estudiantes de 47 de las 52 provincias españolas. Debido al marcado desequilibrio de

género —aproximadamente el 85% de los participantes eran mujeres— se creó una submuestra equilibrada para permitir comparaciones basadas en el género, compuesta por 175 hombres y 175 mujeres seleccionados aleatoriamente mediante SPSS versión 29. Aunque esta submuestra no refleja la distribución real por género de la población, fue necesaria para garantizar la equivalencia estadística entre grupos en los análisis comparativos.

Variables e instrumentos

Los datos se recogieron mediante un cuestionario autoadministrado en línea, disponible entre el 28 de octubre de 2021 y el 31 de mayo de 2022. El instrumento, elaborado en Google Forms, estuvo compuesto por cuatro secciones. La primera incluyó información sociodemográfica, como el sexo, la edad, el curso académico, la salud general percibida y el número de convivientes en el hogar. La segunda sección abordó experiencias relacionadas con la COVID-19, tales como el diagnóstico, el aislamiento, el riesgo percibido, la vacunación, el acceso a equipos de protección y la formación recibida. La tercera parte correspondió a la Escala de Ansiedad y Miedo ante la COVID-19 (AMICO), destinada a evaluar el miedo y la ansiedad asociados a la enfermedad. Finalmente, la cuarta sección incorporó la Utrecht Work Engagement Scale para estudiantes (UWES-S), que mide el nivel de compromiso académico.

La escala AMICO incluye 16 ítems valorados en una escala Likert de 10 puntos y ha mostrado una excelente consistencia interna (α de Cronbach = 0,92) [19,20]. La UWES-S está compuesta por 17 ítems evaluados en una escala Likert de 7 puntos y presenta una alta consistencia interna (α de Cronbach = 0,93) [21]. El cuestionario fue revisado y validado por un panel de expertos mediante el método Delphi.

Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS Statistics© versión 29 por un analista de datos ciego. Se calcularon estadísticas descriptivas (frecuencias, medias y desviaciones estándar) de acuerdo con el tipo de variable. La prueba de Kolmogórov-Smirnov mostró que las distribuciones de las escalas se desviaban de la normalidad ($p < 0,001$), lo que justificó el uso de métodos no paramétricos en los análisis posteriores.

Los análisis bivariados se efectuaron mediante la prueba U de Mann-Whitney para evaluar las diferencias entre estudiantes hombres y mujeres en las puntuaciones de AMICO y UWES-S. Las correlaciones entre las puntuaciones de AMICO y UWES-S, el nivel percibido de información sobre la COVID-19 y la salud general autoevaluada se analizaron utilizando los coeficientes Tau-b de Kendall y Rho de Spearman. Se estableció la significación estadística en $p < 0,05$.

Asimismo, se realizó un análisis multivariante de varianza (MANOVA) para examinar el efecto del género sobre la ansiedad y el miedo (AMICO_Total) y el compromiso académico (UWES_Total), controlando por edad, número de convivientes, salud percibida, nivel de información y las subescalas de UWES (vigor, dedicación y absorción). La prueba M de Box no resultó significativa ($M = 4,25$; $F = 1,41$; $p = 0,238$), lo que indicó igualdad de matrices de covarianza. La prueba de Levene sobre la igualdad de varianzas de error mostró homogeneidad para UWES_Total y una violación marginal para AMICO_Total ($F = 3,92$; $p = 0,048$).

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Junta de Andalucía (código PI 036/20). Todos los procedimientos se realizaron conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y a la normativa nacional sobre protección de datos [22,23]. Se obtuvo el consentimiento informado de manera electrónica antes de la participación, y todas las respuestas fueron anónimas y confidenciales.

RESULTADOS

La submuestra analítica estuvo compuesta por 350 estudiantes del Grado en Enfermería en España, distribuidos equitativamente por sexo (mujeres: $n = 175$; hombres: $n = 175$). La edad media de la muestra total fue de 23,17 años ($DE = 7,05$), con un rango de 18 a 55 años. La distribución por curso académico fue similar entre géneros. Entre los hombres, 48 (27,4%) cursaban primer año, 53 (30,3%) segundo, 47 (26,9%) tercero y 27 (15,4%) cuarto año. Entre las mujeres, 45 (25,7%) estaban matriculadas en primer año, 50 (28,6%) en segundo y 35 (20,0%) en cuarto año (Tabla 1).

Respecto al diagnóstico previo de COVID-19, la mayoría de los hombres manifestó no haber contraído el virus (n = 107; 61,1%), mientras que una proporción menor declaró haber dado positivo en algún momento (n = 68; 38,9%). Se observó una tendencia similar entre las mujeres: algo más de la mitad indicó no haber sido diagnosticada (n = 97; 55,4%), mientras que el 44,6% informó haber padecido la enfermedad (n = 78).

La mayoría de los participantes en ambos grupos experimentó aislamiento debido a infección o contacto estrecho con un caso confirmado. Esta situación fue algo más frecuente entre los hombres (n = 135; 77,1%) que entre las mujeres (n = 121; 69,1%). En relación con la percepción de pertenecer a un grupo de riesgo frente a la COVID-19, la mayoría respondió negativamente, tanto hombres (n = 119; 68,0%) como mujeres (n = 128; 73,1%) (Tabla 1).

En cuanto al acceso a equipos de protección personal durante las prácticas clínicas, casi la mitad de los hombres (n = 79; 45,1%) y de las mujeres (n = 87; 49,7%) señaló haber dispuesto siempre de material adecuado. Otros informaron de una provisión parcial (hombres: n = 35; 20,0%; mujeres: n = 24; 13,7%), mientras que algunos debieron proporcionar su propia protección (hombres: n = 36; 20,6%; mujeres: n = 42; 24,0%). La mayoría de los participantes refirió haber recibido algún tipo de formación sobre la COVID-19, con cifras similares entre hombres (n = 123; 70,3%) y mujeres (n = 117; 66,9%).

Respecto a la seguridad percibida durante las prácticas clínicas, una minoría manifestó sentirse completamente protegida (hombres: n = 32; 18,3%; mujeres: n = 29; 16,6%). Muy pocos se consideraron nada seguros (hombres: n = 3; 1,7%; mujeres: n = 5; 2,9%) o poco seguros (hombres: n = 5; 2,9%; mujeres: n = 9; 5,1%).

El análisis cuantitativo de las variables psicológicas mostró diferencias estadísticamente significativas según el género. En la escala AMICO, las mujeres obtuvieron puntuaciones medias más altas (M = 4,06) que los hombres (M = 3,54), lo que indica mayores niveles de ansiedad y miedo relacionados con la COVID-19 entre las estudiantes. Esta diferencia fue estadísticamente significativa (U = 12409,5; Z = -3,068; p = 0,002). Por el contrario, en la escala de compromiso académico UWES-S, los hombres alcanzaron puntuaciones medias superiores (M = 3,81) frente a las mujeres (M = 3,58), diferencia también significativa (U = 13263,0; Z = -1,658; p = 0,047) (Tabla 2).

En el análisis mediante Tau-b de Kendall, las puntuaciones de la UWES-S mostraron una correlación positiva débil pero estadísticamente significativa con la información percibida durante la pandemia ($\tau = 0,077$; $p = 0,051$) y con la salud autoevaluada ($\tau = 0,123$; $p = 0,002$). Aunque la correlación con la información percibida no alcanzó el nivel convencional de significación ($p = 0,051$), la tendencia sugiere una posible relación que merece ser explorada en futuros estudios (Tabla 3).

Por otro lado, las puntuaciones AMICO no mostraron asociaciones significativas con la información percibida ($\tau = -0,008$; $p = 0,833$), pero sí presentaron una correlación negativa y significativa con la salud percibida ($\tau = -0,096$; $p = 0,015$). Esto indica que los estudiantes que valoraron su salud general de forma más positiva tendieron a experimentar niveles ligeramente menores de ansiedad y miedo relacionados con la COVID-19 (Tabla 3).

Estos hallazgos se corroboraron en gran medida mediante el coeficiente Rho de Spearman. Para las puntuaciones de UWES-S, se observó un patrón similar: la salud percibida mostró una correlación positiva y significativa ($\rho = 0,163$; $p = 0,002$), mientras que la relación con la información percibida fue débil y cercana a la significación estadística ($\rho = 0,101$; $p = 0,062$). En cuanto a los puntajes de AMICO, la salud percibida mantuvo una correlación negativa significativa ($\rho = -0,129$; $p = 0,015$), y no se detectó asociación significativa con la información percibida ($\rho = -0,013$; $p = 0,809$) (Tabla 3).

Los análisis multivariantes revelaron un efecto significativo del sexo sobre las variables dependientes combinadas (Λ de Wilks = 0,980; $F(1,323) = 6,56$; $p = 0,011$; η^2 parcial = 0,020; potencia observada = 0,723). Asimismo, se observaron efectos significativos de la salud percibida ($p = 0,045$), la dedicación ($p = 0,003$) y la absorción ($p = 0,002$). No se detectaron efectos significativos para la edad, el número de convivientes, la información percibida, ni el vigor (todos $p > 0,05$) (Tabla 4).

El género influyó de manera significativa en AMICO_Total, con niveles de ansiedad y miedo más elevados entre las mujeres. No se observaron diferencias de género para UWES_Total. Por su parte, la salud percibida, la dedicación y la absorción predijeron de forma significativa UWES_Total (Tabla 5).

Las medias marginales estimadas mostraron que las mujeres obtuvieron puntuaciones superiores a los hombres en AMICO_Total. Las comparaciones por pares ajustadas

mediante el método de Bonferroni confirmaron que esta diferencia era estadísticamente significativa (Tabla 6). No se identificaron diferencias significativas entre hombres y mujeres para UWES_Total.

DISCUSIÓN

En este estudio se analizaron las diferencias de género en el bienestar emocional y el compromiso académico de estudiantes de Enfermería en España durante la pandemia de COVID-19. Los resultados principales muestran que, aunque la salud percibida y la dedicación influyen en el compromiso académico, las mujeres presentaron niveles más elevados de ansiedad y miedo relacionados con la COVID-19 que los hombres, mientras que estos últimos mostraron un mayor compromiso académico. Además, las asociaciones observadas entre bienestar emocional, compromiso académico y salud percibida sugieren que el género modula tanto la experiencia emocional como la implicación en los estudios. En conjunto, estos hallazgos ofrecen una visión integral de cómo el género puede influir en la salud mental y el rendimiento académico de los estudiantes de enfermería en contextos de crisis sanitaria.

Además, los resultados indican que la salud percibida se asocia positivamente con el compromiso académico y negativamente con la ansiedad y el miedo ante la COVID-19, sugiriendo que un mayor bienestar emocional favorece la implicación en los estudios. Los análisis multivariantes mostraron que la dedicación y la absorción también contribuyen significativamente al compromiso académico, evidenciando que factores intrínsecos relacionados con la implicación personal modulan la relación entre género, bienestar emocional y desempeño académico. Estos hallazgos proporcionan un marco útil para interpretar las diferencias observadas entre hombres y mujeres y conectan con estudios previos sobre cómo la dedicación, la identidad profesional y las responsabilidades personales influyen en el compromiso académico de los estudiantes de enfermería.

La participación académica entre los estudiantes de enfermería, junto con factores como la dedicación al estudio, el significado percibido, el desafío académico y la identidad profesional, se ha asociado positivamente con el compromiso académico [24]. El estudio de García-Rodríguez et al. [25], realizado antes de la pandemia, observó un mayor

compromiso académico entre las alumnas del Grado en Enfermería, destacando que las responsabilidades familiares pueden actuar como factores facilitadores. Esta diferencia podría explicarse por el aumento progresivo de la presencia masculina en la profesión, motivado por la mayor calificación requerida, la amplia variedad de oportunidades laborales y el reconocimiento social de la enfermería [26].

De acuerdo con los hallazgos del presente estudio, Bruce et al. reportaron que los estudiantes de enfermería varones, así como los de mayor edad, mostraban un mayor compromiso académico en comparación con sus homólogas femeninas [27]. En la misma línea, Romero-Castillo et al. observaron que los estudiantes entre 20 y 26 años alcanzaban niveles más altos de compromiso académico que los mayores de 26 años, entre los cuales se registró una disminución progresiva, probablemente atribuible a las responsabilidades laborales y familiares adquiridas [28].

En relación con la provisión de EPI durante las prácticas clínicas, ambos sexos informaron haber recibido el material adecuado en menos de la mitad de los casos, con porcentajes similares. Una proporción considerable señaló haber experimentado déficits en la disponibilidad de EPI, siendo ligeramente mayor en el grupo femenino. En este sentido, el estudio también recopiló información sobre la seguridad percibida por los estudiantes durante la pandemia. En ambos grupos, solo una minoría manifestó sentirse completamente protegida, mientras que la mayoría indicó sentirse algo o bastante protegida, sin diferencias significativas entre géneros.

El déficit de EPI al inicio de la pandemia de COVID-19 generó una crisis global. La elevada demanda repentina de estos recursos provocó un colapso en su disponibilidad, al que se sumaron la limitada producción nacional y la falta de información y capacitación específica [29]. Esta situación supuso un riesgo evidente para la población, favoreciendo la transmisión y propagación del virus.

Diversos estudios han señalado una mayor susceptibilidad del género femenino a los problemas de salud mental. Por ejemplo, Bacigalupe et al. [30], cuestionaron la posibilidad de que el personal de salud sobrediagnostique y medicalice a las mujeres, pese a que presentan condiciones de salud mental similares a las de los hombres. Además, identificaron desigualdades asociadas a la edad y al nivel socioeconómico, que podrían contribuir a la estigmatización de las mujeres. Por su parte, Lai et al. [31] reportaron una

mayor vulnerabilidad femenina al malestar psicológico, especialmente en relación con síntomas de ansiedad, depresión y estrés, destacando el sufrimiento experimentado por los profesionales sanitarios durante la pandemia.

Históricamente, la profesión de enfermería ha estado intrínsecamente vinculada a la figura femenina, en consonancia con percepciones sociales y culturales que asocian a las mujeres con el cuidado del hogar y la familia. Esta concepción de la mujer como “naturalmente preparada” para el cuidado ha facilitado su incorporación a profesiones relacionadas con esta función, como la enfermería, tradicionalmente conformada mayoritariamente por mujeres [32]. Asimismo, las personas socializadas como mujeres o que se identifican con el género femenino han enfrentado históricamente mayores barreras sociales, siendo objeto de estereotipos y discriminación en mayor medida que los hombres [33]. Todo ello podría contribuir a una mayor vulnerabilidad de las mujeres frente a los trastornos de salud mental, incluyendo una elevada prevalencia de depresión y alteraciones del estado de ánimo [34].

En esta línea, la persistencia de prejuicios sociales en torno a la profesión enfermera continúa afectando a los estudiantes del Grado en Enfermería, aumentando la prevalencia del estrés y repercutiendo negativamente en la construcción de su identidad profesional [35]. No obstante, los estereotipos de género en esta profesión también afectan a los hombres, quienes a menudo son objeto de actitudes despectivas [36]. Estas dinámicas pueden generar percepciones contradictorias de los roles de género e incluso contribuir a la deserción académica. Cabe señalar que los roles de género son construcciones socioculturales asociadas al sexo biológico (masculino y femenino), pero no necesariamente coincidentes con él.

Ruiz-Cantero [37] ha puesto de relieve esta tendencia, identificando un patrón irregular de contagios entre hombres y mujeres durante la pandemia. Aunque las tasas de mortalidad fueron más elevadas en los hombres, se registró un mayor número absoluto de muertes entre las mujeres, lo que podría relacionarse con menores tasas de hospitalización en la población femenina. En contraste, el estudio de Meléndez et al. [38] planteó que la mortalidad femenina no estaba infradiagnosticada. Este trabajo mostró que los hombres presentan un mayor riesgo genético de formas graves y letales de COVID-19, vinculadas a

los sistemas inmunológico y hormonal, independientemente de la edad, la priorización en la hospitalización o posibles sesgos estadísticos [38].

Limitaciones

Este estudio presenta algunas limitaciones. Primero, el uso de un muestreo no probabilístico de bola de nieve limita la generalización de los resultados a toda la población de estudiantes de enfermería. Segundo, la metodología transversal proporciona solo una fotografía puntual de la realidad, sin permitir analizar la evolución de las experiencias a lo largo del tiempo. Además, la coexistencia de estudiantes con y sin experiencia laboral previa pudo haber introducido sesgos, ya que ambos grupos no se diferenciaron en los análisis.

A pesar de estas limitaciones, el estudio cuenta con fortalezas importantes: la muestra se equilibró por género, lo que permitió comparaciones válidas y relevantes sobre bienestar emocional y compromiso académico durante la pandemia.

Implicaciones para investigaciones y políticas futuras

Los hallazgos subrayan la importancia de realizar estudios longitudinales que evalúen cómo crisis sanitarias y otros eventos disruptivos afectan la salud mental y el compromiso académico de los estudiantes a lo largo del tiempo. Se recomienda desagregar los datos por sexo y género en futuras investigaciones para mejorar la validez, identificar factores de riesgo y observar la evolución de la salud emocional de ambos grupos.

A nivel de políticas públicas y educativas, los resultados destacan la necesidad de protocolos de intervención que contemplen diferencias de género, priorizando estrategias preventivas y de apoyo psicológico. También se señala la importancia de integrar programas de bienestar emocional y manejo del estrés en la formación de los estudiantes de enfermería. Además, los hallazgos reflejan la persistencia de brechas de género en profesiones históricamente feminizadas, subrayando la necesidad de promover equidad, reconocimiento profesional y recursos específicos para mujeres, con el objetivo de mejorar su desempeño, satisfacción laboral y resiliencia en contextos de alta presión.

CONCLUSIONES

Este estudio identificó diferencias significativas entre hombres y mujeres en estudiantes de enfermería durante la pandemia de COVID-19: las mujeres mostraron mayores niveles de ansiedad y miedo, mientras que los hombres presentaron un mayor compromiso académico. Los hallazgos evidencian que el género modula tanto la experiencia emocional como la implicación académica, lo que sugiere la necesidad de estrategias diferenciadas de apoyo y prevención.

Con esta investigación se la importancia de fortalecer la salud mental y el bienestar de los estudiantes y futuros profesionales de enfermería, promoviendo intervenciones psicoeducativas, programas de resiliencia y entornos de aprendizaje inclusivos que contemplen las diferencias de género. Estos esfuerzos no solo mejoran la formación académica y profesional, sino que también contribuyen a reducir desigualdades estructurales en la profesión, optimizando el desempeño y la calidad de la atención sanitaria en situaciones de crisis.

REFERENCIAS

1. Gobierno de España. Real Decreto 463/2020 de 14 de marzo por el que se declara el Estado de Alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, 2020 [Internet]. 2020. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3692>
2. World Health Organization. COVID-19 eliminated a decade of progress in global level of life expectancy, 2024 [Internet]. 2024. Available from: <https://www.who.int/news/item/24-05-2024-covid-19-eliminated-a-decade-of-progress-in-global-level-of-life-expectancy>
3. John Hopkins Coronavirus Research Center. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University [Internet]. 2023. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
4. Allande-Cussó R, García-Iglesias JJ, Ruiz-Frutos C, Domínguez-Salas S, Rodríguez-Domínguez C, Gómez-Salgado J. Work Engagement in Nurses during the Covid-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*. 2021 Mar 1;9(3):253.
5. European Commission. Health, and economic, social and institutional resilience, with the aim of, inter alia, increasing crisis preparedness and crisis response capacity [Internet]. 2025. Available from: https://ec.europa.eu/economy_finance/recovery-and-resilience-scoreboard/health.html?lang=es
6. Al Maqbali M, Madkhali N, Gleason AM, Dickens GL. Fear, stress, anxiety, depression and insomnia related to COVID-19 among undergraduate nursing students: An international survey. Bongelli R, editor. *PLoS ONE*. 2023 Oct 5;18(10):e0292470.
7. Badillo-Sánchez N, Gómez-Salgado J, Allande-Cussó R, Yildirim M, López-López D, Goniewicz K, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of Nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2025 Jan 10;104(2):e40797.
8. Bodys-Cupak I, Czubek K, Grochowska A. Stress and Sleep Disorders in Polish Nursing Students During the SARS-CoV-2 Pandemic-Cross Sectional Study. *Front Psychol*. 2021;12:814176.
9. Patelarou E, Galanis P, Mechili EA, Argyriadi A, Argyriadis A, Asimakopoulou E, et al. Assessment of COVID-19 Fear in Five European Countries before Mass Vaccination and Key Predictors among Nurses and Nursing Students. *Vaccines*. 2022 Jan 10;10(1):98.
10. Mendez-Pinto I, Antuña-Casal M, Mosteiro-Díaz M. Psychological disorders among Spanish Nursing students three months after COVID -19 lockdown: A cross-sectional study. *Int J Mental Health Nurs*. 2023 Apr;32(2):479–89.
11. Abu Liel F. Psychological Effect of the COVID-19 Pandemic on Nursing Students: Palestinian Perspective. *SAGE Open Nursing*. 2023 Jan;9:23779608231220514.

12. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso MDC, Tizón García JL, Grupo de Salud Mental del PAPPS. [Mental health in epidemics: A perspective from the Spanish Primary Health Care]. *Aten Primaria*. 2020 Nov;52 Suppl 2(Suppl 2):93-113.
13. Manterola C, Otzen T. Los Sesgos en Investigación Clínica. *International Journal of Morphology*. 2015 Sep;33(3):1156-64.
14. Tibán Chimborazo JA, Fernández Soto GF. Salud mental en los estudiantes de la carrera de enfermería durante la pandemia COVID-19. *SIJIS*. 2022 Nov 30;3(8):208-22.
15. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas [Internet]. 2023. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>
16. World Health Organization. *Delivered by Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health and Social Workforce* [Internet]. 2019. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/delivered-by-women-led-by-men.pdf?sfvrsn=94be9959_2
17. Elm EV, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ*. 2007 Oct 20;335(7624):806-8.
18. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Series históricas de estudiantes universitarios desde el curso 1985-1986. Grado y Ciclo [Internet]. Madrid: Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades; 2023. Available from: https://estadisticas.universidades.gob.es/jaxiPx/Datos.htm?path=/Universitaria/Alumnado/EEU_2023/Serie/GradoCiclo//10/&file=HIS_Mat_GradCiclo_Campo_Tot.px
19. Badillo-Sánchez N, Morgado-Toscano C, Allande-Cussó R, Gómez-Salgado J, Yildirim M, Goniewicz K, et al. Assessing COVID-19-Related Psychological Distress: Validation of the AMICO Scale in Spanish Nursing University Students. *Healthcare*. 2025 Jan;13(9):1058.
20. Gómez-Salgado J, Allande-Cussó R, Domínguez-Salas S, García-Iglesias JJ, Coronado-Vázquez V, Ruiz-Frutos C. Design of Fear and Anxiety of COVID-19 Assessment Tool in Spanish Adult Population. *Brain Sciences*. 2021 Mar 5;11(3):328.
21. Schaufeli WB, Martínez IM, Pinto AM, Salanova M, Bakker AB. Utrecht Work Engagement Scale for Students [Internet]. 2020 [cited 2025 Jun 24]. Available from: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/t76451-000>
22. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013 Nov 27;310(20):2191-4.

23. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. [Internet]. 1999. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1999/12/13/15>
24. Manzur KM, Gutierrez FN, Robledo GP. Relación entre compromiso académico, satisfacción académica y actividad laboral en estudiantes de enfermería argentinos. *Rev chil enferm.* 2024 Sep 2;6:75374.
25. García Rodríguez JJ, Labajos Manzanares MT, Fernández Luque F. Los estudiantes de Grado en Enfermería y su compromiso con los estudios. *Enfermería Global.* 2015 Apr;14(38):169-77.
26. Luengo-Martínez C, Paravic-Klijn T, Burgos-Moreno M. Profesionalismo en enfermería: una revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria.* 2017 Apr;14(2):131-42.
27. Bruce M, Omne-Pontén M, Gustavsson PJ. Active and Emotional Student Engagement: A Nationwide, Prospective, Longitudinal Study of Swedish Nursing Students. *International Journal of Nursing Education Scholarship* [Internet]. 2010 May 16 [cited 2025 May 14];7(1). Available from: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.2202/1548-923X.1886/html>
28. Romero-Castillo R, Garrido-Bueno M, Fernández-León P. Nursing students' perceptions and satisfaction with a self-learning methodology in simulated environments: A mixed-methods study. *Nurse Education in Practice.* 2024 Oct;80:104141.
29. Armendáriz PC, Alonso SS. La crisis de los Equipos de Protección Individual en la pandemia por la COVID-19 y el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo: e202110149. *Revista Española de Salud Pública.* 2021 Oct 22;95:9 páginas-9 páginas.
30. Bacigalupe A, Cabezas A, Bueno MB, Martín U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. *Informe SESPAS 2020. Gaceta Sanitaria.* 2020;34:61-7.
31. 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 Netw Open.* 2020 Mar 23;3(3):e203976.
32. World Health Organization. *Delivered by Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health and Social Workforce* [Internet]. 2019. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/delivered-by-women-led-by-men.pdf?sfvrsn=94be9959_2
33. Pincha Baduge MSDS, Garth B, Boyd L, Ward K, Joseph K, Proimos J, et al. Barriers to advancing women nurses in healthcare leadership: a systematic review and meta-synthesis. *eClinicalMedicine.* 2024 Jan;67:102354.

34. Parker G, Fletcher K, Paterson A, Anderson J, Hong M. Gender differences in depression severity and symptoms across depressive sub-types. *Journal of Affective Disorders*. 2014 Oct;167:351-7.
35. Mayor-Silva LI, Moreno G, Meneses-Monroy A, Martín-Casas P, Hernández-Martín MM, Moreno-Pimentel AG, et al. Influence of Gender Role on Resilience and Positive Affect in Female Nursing Students: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*. 2025 Feb 6;13(3):336.
36. Velásquez Vergara SM, Arroyave Álvarez EO, Cacante Caballero JV. El rol de los hombres en enfermería: una revisión histórica-narrativa. *CES Enf*. 2021 Jun 25;2(1):21-34.
37. Ruíz-Cantero MT. Impacto de la COVID-19 en mujeres y hombres. *Gaceta Sanitaria*. 2022 Mar;36(2):197.
38. Meléndez K, Vilcarromero A, Pillaca-Pullo O. La estratificación de la información por sexo en la COVID-19: un eslabón importante en la identificación de riesgos. *Gaceta Sanitaria*. 2022 Jan;36(1):91-2.

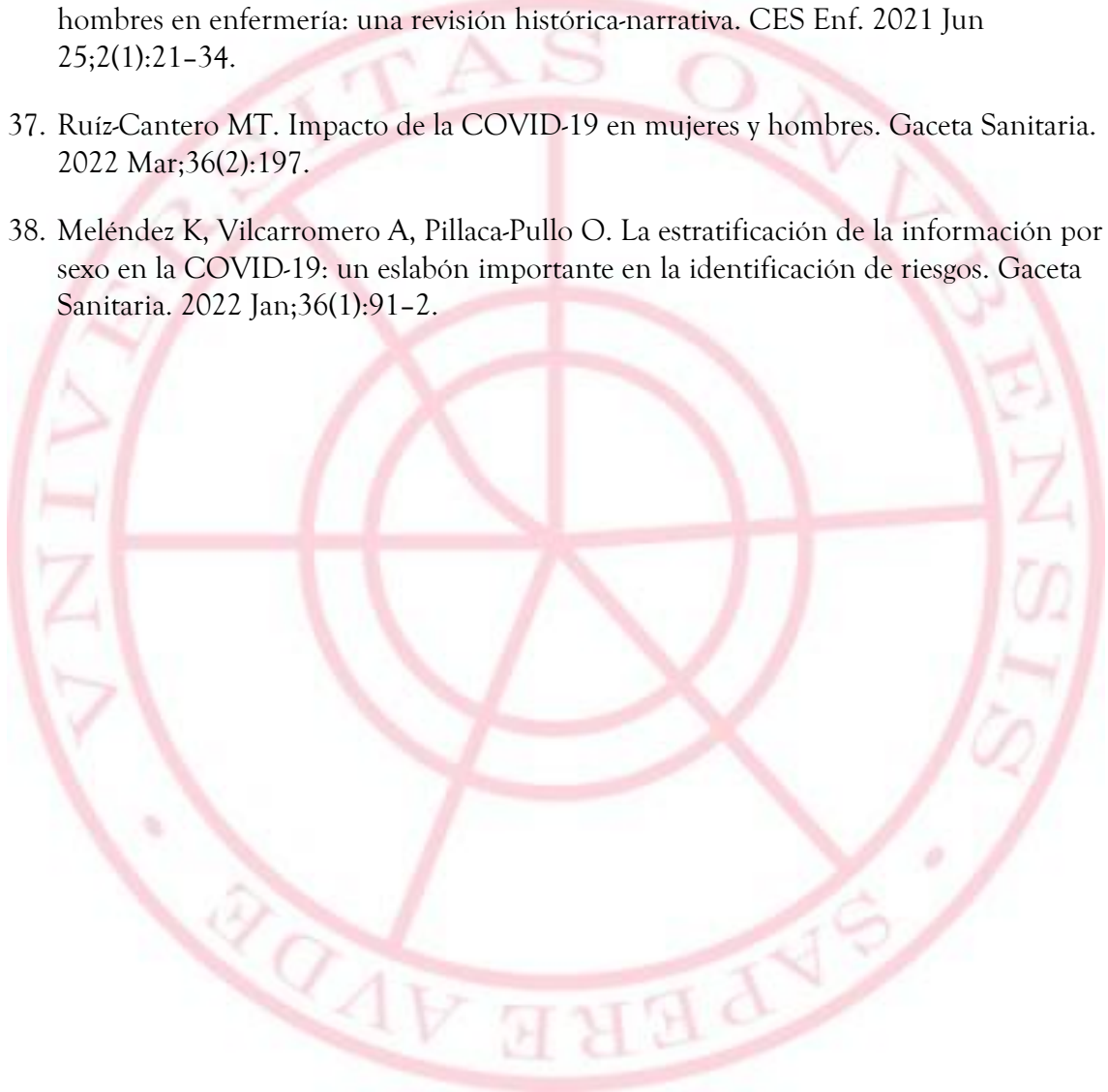


Tabla 1. Evaluación cualitativa del curso académico y de las experiencias relacionadas con la COVID-19 (España, 2022-2025)

		Género	
		Hombre (n)	Mujer (n)
Año académico	Primer año	48	45
	Segundo año	53	50
	Tercer año	47	45
	Cuarto año	27	35
¿Le han diagnosticado COVID-19?	No	107	97
	Sí	68	78
¿Ha estado aislado por haber tenido la enfermedad o haber tenido contacto con una persona positiva?	No	40	54
	Sí	135	121
¿Te consideras en un grupo de riesgo?	No	119	128
	Sí, para fumar	0	1
	Sí, por tener una enfermedad digestiva y tumores	0	1
	Sí, por estar embarazada	0	1
	Sí, por estar inmunodeprimido	6	0
	Sí, para realizar prácticas clínicas en centros sanitarios o sociosanitarios	21	28
	Sí, para trabajar en centros sanitarios o sociosanitarios	1	0
	Sí, por ser un paciente diabético	1	2
	Sí, por tener presión arterial alta	0	1
	Sí, por tener enfermedades cardiovasculares	3	0
	Sí, por tener enfermedades hematológicas	1	0
	Sí, por tener enfermedades respiratorias	8	2
¿Tienen a sus tutores (tutores, profesores, etc.) provistos y le proporcionan las medidas de autoprotección necesarias para evitar el contagio (mascarilla, guantes, gafas, etc.)?	A veces no	0	1
	Todavía no he practicado	1	0
	Depende del servicio y del servicio en el que te encuentres	0	1
	No he hecho prácticas	0	1
	No me proporcionan ningún medio, debo proporcionarlos yo mismo	36	42
	No requiero en 1º	1	0
	No tengo prácticas	0	1
	No, solo me dan algunas de las medidas de autoprotección	35	24
	Otro	0	2
	Sí, pero al comienzo de la pandemia no	21	15
	Sí, pero solo en el hospital. En clase nos han regalado una mascarilla el año pasado y otra este año.	1	0
	Sí, siempre	79	87
Tengo que preguntarle al supervisor yo mismo, mientras tomo el mío.	0	1	
No hago prácticas	1	0	
¿Alguna vez ha recibido o ha recibido capacitación específica sobre COVID-19 (vías de transmisión, medidas de	Me han dado información, no mucha, y nunca me han entrenado	1	0
	No	49	57
	Otro	2	0

autoprotección, señales de advertencia, etc.), organizada por sus gerentes?	Sí	123	117
	Teoría en el plan de estudios de segundo año	0	1
En general, ¿se siente seguro y protegido contra el contagio durante el desempeño de sus prácticas clínicas?	Algo seguro	54	51
	Bastante seguro	81	81
	Muy inseguro	5	9
	No, no estoy seguro en absoluto	3	5
	Sí, totalmente seguro	32	29

Nota. Elaboración propia.

Tabla 2. Diferencias de género en las puntuaciones de las escalas AMICO y UWES-S (España, 2022-2025)

	Género	N	Alcance promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z
AMICO	Femenino	175	192.09	33615.50			
	Masculino	175	158.91	27809.50			
	Total	350			12409.500	27809.500	-3.068
UWES-S	Femenino	173	163.66	28314.00			
	Masculino	171	181.44	31026.00			
	Total	344			13263.000	28314.000	-1.658

Nota. Elaboración propia.

Tabla 3. Correlaciones entre las puntuaciones UWES-S y AMICO, la información y los niveles generales de salud (España, 2022-2025)

			UWES-S	AMICO	¿Qué tan informado has estado en la pandemia?	Dirías que tu salud general es:
El Tau_b de Kendall	UWES-S	Correlación	1.000	-0.052	0.077	0.123*
		Valor p	.	0.152	0.051	0.002
		N	344	344	344	344
	AMICO	Correlación	-0.052	1.000	-0.008	-0,096*
		Valor p	0.152	.	0.833	0.015
		N	344	350	350	350
	¿Qué tan informado has estado en la pandemia?	Correlación	0.077	-0.008	1.000	0.049
		Valor p	0.051	0.833	.	0.247
		N	344	350	350	350
Dirías que tu salud general es:	Correlación	0.123*	-0,096*	0.049	1.000	
	Valor p	0.002	0.015	0.247	.	
	N	344	350	350	350	
Rho de Spearman	UWES-S	Correlación	1.000	-0.076	0.101	0.163*
		Valor p	.	0.160	0.062	0.002
		N	344	344	344	344
	AMICO	Correlación	-0.076	1.000	-0.013	-0,129*
		Valor p	0.160	.	0.809	0.015
		N	344	350	350	350
	¿Qué tan informado has estado en la pandemia?	Correlación	0.101	-0.013	1.000	0.062
		Valor p	0.062	0.809	.	0.244
		N	344	350	350	350
Dirías que tu salud general es:	Correlación	0.163*	-0,129*	0.062	1.000	
	Valor p	0.002	0.015	0.244	.	
	N	344	350	350	350	

Nota. Elaboración propia. *: estadísticamente significativo.

Tabla 4. Pruebas multivariante (Pillai, Wilks, Hotelling, Roy)

Efecto	Wilks'		gl1	gl2	p	η^2 parcial	Parámetro	
	Λ	F					de no	Poder
							centralidad	observado
Intersección	0,894	38,135 ^b	1,000	323,000	<0,001	0,106	38,135	1,000
Edad	0,998	0,653 ^b	1,000	323,000	0,420	0,002	0,653	0,127
Cohabitanes	0,995	1,720 ^b	1,000	323,000	0,191	0,005	1,720	0,258
Edad cuantitativa	0,988	4,052 ^b	1,000	323,000	0,045	0,012	4,052	0,519
Información cuantitativa	0,999	0,396 ^b	1,000	323,000	0,530	0,001	0,396	0,096
Vigor	0,990	3,399 ^b	1,000	323,000	0,066	0,010	3,399	0,452
Dedicación	0,971	9,811 ^b	1,000	323,000	0,002	0,029	9,811	0,878
Absorción	0,972	9,187 ^b	1,000	323,000	0,003	0,028	9,187	0,856
Género	0,980	6,556 ^b	1,000	323,000	0,011	0,020	6,556	0,723

Nota. Elaboración propia. gl: grado de libertad.

Tabla 5. Pruebas de efectos entre sujetos

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	p	Parámetro η^2 de no centralidad	Poder observado
Modelo corregido	AMICO_Total	71,645 ^a	9	7,961	3,494	<,001	,089	,988
	UWES_Total	580,297 ^b	9	64,477	.	.	1,000	.
Intersección	AMICO_Total	86,890	1	86,890	38,135	<,001	,106	1,000
	UWES_Total	,000	1	,000	.	.	.	.
Edad	AMICO_Total	1,487	1	1,487	,653	,420	,002	,653
	UWES_Total	,000	1	,000	.	.	.	.
Cohabitantes	AMICO_Total	3,918	1	3,918	1,720	,191	,005	,258
	UWES_Total	,000	1	,000	.	.	.	.
Salud cuantitativa	AMICO_Total	9,233	1	9,233	4,052	,045	,012	,519
	UWES_Total	,000	1	,000	.	.	.	.
Información cuantitativa	AMICO_Total	,902	1	,902	,396	,530	,001	,096
	UWES_Total	,000	1	,000	.	.	.	.
Vigor	AMICO_Total	7,745	1	7,745	3,399	,066	,010	,452
	UWES_Total	13,801	1	13,801	.	.	1,000	.
Dedicación	AMICO_Total	22,354	1	22,354	9,811	,002	,029	,878
	UWES_Total	19,133	1	19,133	.	.	1,000	.
Absorción	AMICO_Total	20,933	1	20,933	9,187	,003	,028	,856
	UWES_Total	12,036	1	12,036	.	.	1,000	.
Género	AMICO_Total	14,939	1	14,939	6,556	,011	,020	,723
	UWES_Total	,000	1	,000	.	.	.	.
Error	AMICO_Total	735,961	323	2,279				
	UWES_Total	,000	323	,000				
Total	AMICO_Total	5656,395	333					
	UWES_Total	5149,215	333					
Total corregido	AMICO_Total	807,606	332					
	UWES_Total	580,297	332					

Nota. Elaboración propia. R al cuadrado= 0,089 (R al cuadrado ajustada = 0,063) y R al cuadrado = 1,000 (R al cuadrado ajustada = 1,000)

Tabla 6. Medias marginales estimadas y comparación por pares

Estimaciones							
Variable dependiente	Género	Media	EE	95%IC			
				Inferior	Superior		
AMICO_Total	Masculi no	3,594	0,120	3,359	3,830		
	Femeni no	4,033	0,119	3,800	4,267		
UWES_Total	Masculi no	3,704	0,000	3,704	3,704		
	Femeni no	3,704	0,000	3,704	3,704		
Comparación por pares							
Variable dependiente	(I) Género	(J) Género	Diferencia media (I-J)	EE	p	95%CI	
						Inferior	Superior
AMICO_Total	Masculino	Femenino	-0,439*	0,171	0,011	-0,776	-0,102
	Femenino	Masculino	0,439*	0,171	0,011	0,102	0,776
UWES_Total	Masculino	Femenino	2,389E-15	0,000	.	2,389E-15	2,389E-15
	Femenino	Masculino	-2,389E-15	0,000	.	-2,389E-15	-2,389E-15

Nota. Elaboración propia. *: La diferencia media es significativa en el nivel 0,05. IC: intervalo de confianza. EE: error estándar.