



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2020-2021
Trabajo de Fin de Grado

DERECHO AL MIEDO: LA COVID-19
ANALIZADA DESDE LAS RELACIONES
SOCIALES

Autora: Isabel Arrabal Ballesteros

Tutor: Manuel Frutos Martín

PRÓLOGO DEL TUTOR

La idea para la propuesta de dos TFG para este curso, uno de ellos el realizado por Isabel, surge de un incidente presenciado y vivido en persona en una pequeña aldea gallega de donde es originaria mi mujer. El suceso se produce en plena crisis sanitaria originada por la Pandemia del COVID-19, en la que era habitual el aplauso mayoritario de la población a las profesiones sanitarias a las 20:00 horas, pero que se revoluciona en contra de una enfermera que se acerca al pueblo a visitar a sus dos hijas que estaban pasando unos días con sus abuelos, como posible portadora de la gran "peste" al estar trabajando en el entorno donde aumentan por días los ingresos hospitalarios y defunciones a causa del virus SARS-CoV-2.

Desde mi situación, no solo como sanitario, sino también como persona, reaccioné ante esta respuesta tan egoísta y contradictoria con respecto a la imagen de agradecimiento social transmitida a través de los medios, e intenté argumentar lo erróneo de esta reacción de la pequeña comunidad, máxime cuando la persona atacada era vecina del pueblo y estaba libre de contaminación al haberse realizado todas las pruebas pertinentes, dado que su mayor interés estaba en no ser un riesgo para sus padres mayores y para sus hijas, pero, independientemente de asumir su comportamiento como nada solidario se acogieron mayoritariamente a "**su derecho a tener miedo**".

Con el ánimo de recabar información sobre este "miedo" y sus repercusiones, he realizado la propuesta de dos trabajos; uno que aborde este miedo dentro del entorno de los profesionales sanitarios y otro dentro del entorno social, a fin de intentar entroncar la realidad del miedo, sus causas y las posibles propuestas de intervención que aminore las repercusiones que tiene sobre cada individuo y cuya solución de abordaje es mucho más compleja que el abordaje de los signos y síntomas físicos de la enfermedad por las importantes repercusiones que se vislumbran con respecto a la afectación de las relaciones personales y sociales a corto, medio y largo plazo.

Manuel Frutos Martín

RESUMEN

La pandemia de la COVID-19 y sus efectos a nivel mundial han alterado por completo la vida de la población. Hoy en día, la mayoría de los estudios que se están llevando a cabo sobre este tema, tratan de conocer el alcance que el virus tiene sobre nuestra salud física, pero son pocos los que abordan las consecuencias psicológicas y la repercusión de este en las relaciones sociales. Por ello, el objetivo principal de esta investigación ha sido conocer el nivel de miedo que presenta la población y cómo este repercute en el ámbito psicosocial. Para ello se ha llevado a cabo un estudio con una muestra de 287 personas en los meses de febrero y marzo. En los resultados se ha observado cómo afecta el miedo de diferente forma en base a variables sociodemográficas y los cambios que ha provocado en las relaciones sociales, que se han visto disminuidas de manera considerable y, ligado a esto, se ha visto un aumento en el uso de la tecnología. Por último, se han realizado propuestas de intervenciones enfermeras que, a la vista de los resultados del estudio, pueden ser de gran utilidad para abordar e intentar minimizar estas consecuencias psicológicas y sociales.

Palabras clave: COVID-19, consecuencia, social, psicológica y miedo.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.2. Marco teórico	2
1.2.1. ¿Qué es la covid-19?	2
1.2.2. COVID-19 y miedo	4
1.2.3. Influencia del miedo en las relaciones sociales	5
2. OBJETIVOS.....	7
2.1. Objetivo General	7
2.2. Objetivos Específicos.....	7
3. MATERIAL Y MÉTODO.....	8
3.1. Diseño.....	8
3.2. Población y muestra.....	8
3.3. Instrumento de medida	8
3.4. Proceso de recogida de datos	10
3.5. Análisis estadístico	10
3.6. Bases de datos y fuentes documentales.....	11
3.7. Consideraciones ético-legales	11
3.8. Cronograma de ejecución.....	11
4. RESULTADOS.....	13
5. DISCUSIÓN.....	17
5.1. Análisis crítico de los resultados	17
5.2. Limitaciones del estudio.....	20
5.3. Implicaciones en la práctica clínica	21
5.4. Futuras líneas de investigación.....	23
6. CONCLUSIÓN.....	24
7. BIBLIOGRAFÍA.....	25
8. ANEXOS.....	28
Anexo 1. Cuestionario.	28
Anexo 2. Permiso del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería.....	33
Anexo 3. Comité de Ética de Investigación del Área Oeste de Salud de Valladolid.....	34
Anexo 4. Comité de Ética de Investigación del Área Este de Salud de Valladolid.....	35

Índice de tablas

<i>Tabla 1. Cronograma de ejecución.</i>	12
<i>Tabla 2. Comparación de variables sociodemográficas entre sanitarios y no sanitarios.</i>	13
<i>Tabla 3. Medias y desviaciones estándar de los indicadores.</i>	14
<i>Tabla 4. Análisis de la correlación entre la variable miedo y las variables relativas a los cambios sociales.</i>	15
<i>Tabla 5. Análisis de la correlación entre la variable “la tecnología me ha ayudado a mantener el contacto con mi círculo social” y las variables relativas a los cambios sociales.</i>	16
<i>Tabla 6. Diagnósticos enfermeros y actividades propuestas.</i>	22

Abreviaturas

- **ANOVA:** análisis de la varianza.
- **ESPII:** Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional.
- **INE:** Instituto Nacional de Estadística.
- **MERS:** Síndrome Respiratorio de Oriente Medio.
- **NANDA:** Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería.
- **NIC:** Clasificación de Intervenciones de Enfermería.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **PCR:** Reacción en Cadena de la Polimerasa.
- **SARS:** Síndrome Respiratorio Agudo Grave.
- **SPSS:** Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales.

1. INTRODUCCIÓN

El SARS-CoV-2 es un nuevo virus de la familia *Coronaviridae* surgido en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, China. Tras su rápida dispersión, fue declarado pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020. (1)

El Reglamento Sanitario Internacional, un acuerdo en el que participan 196 países y cuyo propósito es prevenir la propagación de enfermedades a nivel mundial, describió el coronavirus como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). Estas están definidas como *“un evento extraordinario que constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y podría exigir una respuesta internacional coordinada”* (2). Desde su creación se han producido 5 ESPII: la gripe A (H1N1) en 2009, el poliovirus salvaje en 2014, la enfermedad por el virus Ébola en 2014 y en 2019 y, el virus del Zika en 2016. De ellas, antes que la enfermedad por SARS-CoV-2, la única que ha llegado a considerarse pandemia es la gripe A.

El principal problema que presenta este virus es la incertidumbre que genera, ya que, aunque existen manifestaciones clínicas comunes en las personas afectadas (fiebre, tos seca, disnea, astenia e infiltrados alveolares bilaterales) (1,3), no se puede afirmar que exista una sintomatología "tipo" definida sobre esta enfermedad, así como tampoco se conoce el pronóstico y el tratamiento, todo esto es debido al desconocimiento que rodea al virus y como este ha surgido en los últimos meses.

A su vez, la disparidad en la información y los bulos en los medios de comunicación han contribuido generar desconfianza y a un aumento de emociones negativas referentes al virus. Todo esto está provocando que aparezca miedo en la población, generado por las contradicciones político-científicas y el gran desconocimiento que existe acerca del SARS-CoV-2.

Hasta ahora, la mayor parte de las investigaciones se centran en la sintomatología física que el virus provoca. Pero tal y como recoge la OMS, la

salud no es solo la ausencia de enfermedad sino un completo estado de bienestar físico, mental y social (4). Por ello, se debe tener en cuenta que, aunque las principales consecuencias que produce el SARS-CoV-2 son físicas, la situación que se está generando con su aparición está repercutiendo de forma significativa a nivel psicológico y social en toda la población.

Estas situaciones psicológicas que desencadena como el estrés, ansiedad, depresión e incluso, trastorno de estrés post traumático, son derivadas del miedo que, del mismo modo, está provocando una disminución en la interacción social (5,6).

1.1. Justificación

La gran relevancia y actualidad del tema objeto de estudio, así como sus repercusiones y las escasas estrategias de intervención en los aspectos psicosociales, es lo que ha originado el interés, que aunque incida en diferentes cuestiones se va a centrar en la controvertida reacción de miedo y los comportamientos derivados del mismo. A lo largo del presente estudio se pretende identificar estas reacciones en la sociedad y en el entorno sanitario derivadas de la pandemia durante estos meses. Conocer las alteraciones psicológicas y sociales derivadas del miedo y saber cómo afectan a la población puede ser beneficioso para prevenirlas, minimizarlas, o reducir sus consecuencias.

1.2. Marco teórico

1.2.1. *¿Qué es la covid-19?*

La COVID-19 es una enfermedad derivada del virus SARS-CoV-2. En la actualidad, se desconoce su origen y cómo ha llegado hasta el ser humano. Su mecanismo de transmisión principal es a través de gotas respiratorias (generadas al toser o estornudar) o aerosoles, del mismo modo, el contacto con las secreciones respiratorias u objetos contaminados por las mismas puede provocar el contagio (7). El periodo de incubación es de 5 días y el contagio se puede producir 1 o 2 días antes del comienzo de los síntomas (1,6,8). Con respecto a la inmunidad se desconoce aún su duración (1).

La enfermedad comienza con el inicio de los síntomas y termina a las 2 semanas aproximadamente si la sintomatología es leve. Por otro lado, puede prolongarse hasta 6 semanas si la sintomatología es grave. Los principales signos y síntomas que se han encontrado en España son: fiebre, tos, dolor de garganta y dificultad para respirar (8). No obstante, también podemos encontrar síntomas cardiológicos, neurológicos, otorrinolaringológicos, dermatológicos y hematológicos menos comunes (1,6).

Con respecto a las comorbilidades, se ha encontrado que las personas que presentan problemas cardiovasculares, hipertensión y diabetes mellitus tienen más probabilidad de encontrarse entre los casos más graves producidos por el SARS-CoV-2. Además, las personas con enfermedades hepáticas, enfermedades renales, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asmáticas, obesas e inmunodeprimidas (por ejemplo, por neoplasias malignas) tienen más probabilidades de que en caso de infectarse, la evolución de la enfermedad sea más desfavorable. (1,9)

En relación a la reinfección, se ha demostrado que es posible. Se han encontrado pacientes que tras una PCR negativa y ausencia de clínica durante un tiempo han vuelto a padecer síntomas y a dar positivo en la PCR. Estudiando dichos casos se ha observado que la cepa correspondiente a la segunda infección era distinta a la primera. (1,10)

La repercusión de esta enfermedad se conocerá al saber las secuelas que deja y, estas no se conocerán hasta que transcurra un tiempo. Por el momento, se han estudiado las manifestaciones clínicas de otros coronavirus anteriores como el SARS (2002) o el MERS (2012) para intentar conocer las consecuencias que tendrá sobre nuestra salud el actual. En estas se vio una disminución de la capacidad pulmonar (debido a un deterioro de la capacidad de difusión intraalveolar) y más problemas pulmonares que pueden ser reversibles con el tiempo. Además, se encontraron trastornos psicológicos como serían la ansiedad, la depresión o trastornos de estrés postraumático.

Con respecto al SARS-CoV-2 podemos observar que junto a las secuelas mencionadas anteriormente podemos encontrar afectación del

sistema músculo esquelético (mialgias y artralgias), afectación coronaria (daño miocárdico, arritmias, taquicardia...), hematológica (hipercoagulabilidad, linfocitopenia, trombocitopenia...), renal (proteinuria), gastrointestinal (dolor abdominal, hepatitis, pancreatitis...) y afectación del sistema nervioso central (deterioro cognitivo, accidentes cerebrovasculares, dolor de cabeza, hiposmia..) (1,11).

1.2.2. COVID-19 y miedo

Es importante resaltar, que las consecuencias de la COVID-19 no solo aparecen en quienes padecen la enfermedad, también, y en mayor escala, incide en la salud mental de toda población (12).

La aparición de este virus ha sido tan inesperada como su repercusión. La COVID-19 es una enfermedad muy infecciosa que presenta más consecuencias negativas que cualquier otro virus respiratorio. Según el INE, el SARS-CoV-2 es el causante del mayor número de defunciones en la primera mitad del año 2020, en concreto, se han registrado 32.652 muertes en España (13). Esto ha dado lugar a que la población perciba la amenaza de una manera más próxima y real surgiendo así el "miedo" hacia la enfermedad. Esta emoción, se ha visto incrementada por la incertidumbre que rodea al virus tanto en el ámbito de la salud como también en el ámbito económico, político y social (14).

A medida que esta enfermedad ha comenzado a cobrar protagonismo, y debido a su rápida dispersión por todo el mundo, los medios de comunicación no han tardado en transmitir gran cantidad de información a la población que, en ocasiones, no coincidía con la realidad, provocando así un aumento en su preocupación. Al mismo tiempo, la población empezó a realizar especulaciones y a diseminar contenido por las redes sociales referente al SARS-CoV-2 fruto del nerviosismo que experimentaban. The Vaccine Confidence Project encontró más de 240 millones de mensajes en redes sociales relacionados con la COVID-19 en todo el mundo entre los meses de enero y marzo del 2020, justo antes de la instauración del estado de alarma en España al conocer la trascendencia de la llegada de dicho virus por el Gobierno Español (14,15).

Este fenómeno designado bajo el nombre de *“infodemia”*, lo define la OMS como una *“sobreabundancia de información (que puede ser correcta o no) durante una epidemia”* (7). En la misma línea, se ha observado que cuando las personas reciben información contradictoria reportan un mayor nivel de estrés. Además, destaca que en aquellas que tienen acceso y utilizan las redes sociales estos niveles son aún mayores (12). A todo esto, hay que añadir que el temor a lo desconocido contribuye a generar mayores niveles de ansiedad (16).

El estrés y la ansiedad se encuentran entre las consecuencias psicológicas más destacadas de esta crisis de salud mental junto con el insomnio, la negación y la depresión entre otras, todas ellas fruto del miedo (17).

Este, es una respuesta adaptativa del organismo ocasionada ante una posible amenaza. Es una reacción psicofisiológica, de carácter universal, que presentan las personas ante una situación con perspectiva adaptativa. (18) Sin embargo, cuando es excesivo, se perpetua en el tiempo y continua en situaciones que no son una amenaza real acaba siendo patológico y, como consecuencia, se producen trastornos mentales como los mencionados anteriormente (19).

Los efectos de anteriores epidemias han sido similares. Por ejemplo, durante la epidemia del MERS, el 80% de la población reportó que tenía miedo a infectarse y, un 46% estrés emocional (20).

1.2.3. Influencia del miedo en las relaciones sociales

La pandemia ha traído consigo multitud de cambios a nivel social. En un primer momento, el gobierno optó por un confinamiento estricto para evitar la diseminación del virus. Este se mantuvo desde el 14 de marzo hasta el 21 de junio (21). Desde entonces nuestros dirigentes políticos han ido adoptando medidas para contener la propagación sin llegar a reinstaurar ese estado de confinamiento total. Entre ellas encontramos el uso obligatorio de mascarilla, la recomendación de llevar a cabo con más asiduidad el lavado de manos, mantener una distancia social de al menos 1,5 metros, etc. (22). Más

estrictamente ligadas a las relaciones sociales, se han determinado otras medidas como la limitación del número de personas para las reuniones sociales, el toque de queda, la limitación de la movilidad entre provincias y, también se han cerrado algunos lugares de ocio y hostelería en frecuentes ocasiones (23).

La mayor parte de la población ha aceptado estas medidas de control social entre otros motivos por **miedo al contagio**. Como se ha mencionado anteriormente, este miedo se ha visto intensificado por la sobrecarga de información contradictoria que se ha proporcionado a la población (24).

Estos cambios en las políticas sociales junto con el miedo que presenta la población se han traducido en una modificación en las relaciones sociales. De forma particular, los individuos han optado, en muchos casos, por un mayor uso de las redes sociales para mantener el contacto, han limitado las reuniones sociales y se han rodeado de aquellos que consideran más necesarios en su día a día. Es decir, se han intensificado las relaciones con aquellas personas de confianza (familiares y amigos cercanos) y, por otro lado, se han reducido en gran medida las relaciones con familiares lejanos, compañeros de trabajo, amistades menos cercanas, etc. Podríamos decir entonces que la pandemia ha provocado una disminución del círculo social de los individuos y, a su vez, ha aumentado la calidad de las relaciones más cercanas que estos tenían (25).

Estas relaciones se han visto arropadas por la tecnología que ha contribuido a que las personas se adapten mejor a esta nueva situación. Sin embargo, la falta de contacto físico provoca la sensación de que esa interacción no es real. La consecuencia final es la aparición de agotamiento emocional (26).

Finalmente, pese a que las medidas para contener el virus impliquen el distanciamiento social, es importante resaltar que el apoyo social es esencial para el bienestar de la población y, la tecnología, puede ayudar a mitigar los problemas de salud mental derivados de la soledad y el aislamiento producido por esta situación, aunque esta no forme parte de la solución definitiva (27).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Conocer el nivel de miedo que presenta la población general a consecuencia de la pandemia producida por el nuevo virus del SARS-CoV-2.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar la relación entre el miedo a la COVID-19 y las características sociodemográficas.
- Determinar si existen diferencias, en relación al miedo e información, entre la población y el personal sanitario.
- Analizar cómo afecta el miedo a las relaciones sociales.
- Describir los cambios que se han producido en las relaciones sociales.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. Diseño

Se ha realizado un trabajo de investigación siguiendo un modelo descriptivo observacional, pues se ha obtenido la opinión de las personas acerca del tema a tratar sin interferir y, de carácter transversal, ya que sólo se ha contactado con ellas en el momento de la cumplimentación del cuestionario sin llevar a cabo ningún tipo seguimiento.

3.2. Población y muestra

El total de personas que respondieron al cuestionario fueron 322. Se descartaron 31 por entregar duplicado su cuestionario reduciéndose la muestra a 291. Finalmente, se eliminaron 4 cuestionarios que estaban incompletos por lo que la muestra final quedó conformada por 287 participantes.

El criterio de inclusión en el estudio ha sido la aceptación voluntaria de participación durante el tiempo en que se ha mantenido abierta la aplicación para la obtención de datos en las redes sociales y agenda de contactos de acceso por parte de la responsable del estudio (febrero y marzo). Los participantes han obtenido una información sobre los objetivos y han firmado el consentimiento informado para participar en el mismo.

El criterio de exclusión fue marcado por la edad y el tiempo para contestar al cuestionario, ya que se acotó la muestra a personas mayores de 16 años y dentro del periodo anteriormente descrito. Igualmente se ha excluido todo cuestionario incorrectamente cumplimentado o duplicado.

3.3. Instrumento de medida

El instrumento de medida empleado ha sido un cuestionario autoadministrado “*ad hoc*” que medía los niveles de miedo, de información y los cambios en las relaciones sociales derivados de la situación (anexo 1). Este se realizó teniendo como base un cuestionario validado denominado “*Escala de miedo al COVID-19*” (28) y adaptándolo para obtener la información pertinente para llevar a cabo este estudio.

El cuestionario, formado por 30 preguntas, está estructurado formando cuatro secciones:

- Sección 1: engloba de la pregunta 1 a la 7. Son preguntas de respuesta cerrada que recogen las variables sociodemográficas como son el sexo, la edad, el nivel educativo, la situación laboral y el estado civil. Las dos últimas preguntas de esta sección, de respuesta dicotómica, se centran en si la persona que responde al cuestionario es considerada de riesgo frente a la COVID-19 y, si dicha persona pertenece al colectivo sanitario. En caso de responder de manera afirmativa a esta última cuestión, se despliegan otras tres para conocer su titulación, la unidad en la que trabaja y si tiene contacto con personas infectadas por el SARS-CoV-2.
- Sección 2: contiene 11 preguntas (de la pregunta 8 a la 18). Esta parte del cuestionario es la adaptación que hemos hecho para los fines de este estudio de la escala sobre el miedo al COVID-19. Las respuestas de esta sección y las de la siguiente, se miden con una escala Likert (1 a 7), que muestran el grado de acuerdo del encuestado sobre la afirmación.
- Sección 3: está formada 9 preguntas que van desde el número 19 a la 27. En ellas se recaba información acerca de las relaciones sociales de los encuestados, la autopercepción del nivel de conocimiento que presentan sobre la COVID-19 y las fuentes de información que utilizan.
- Sección 4: abarca las últimas tres preguntas (28, 29 y 30) que son de respuesta abierta. En ella se pretende que se reflejen los cambios positivos y negativos en su vida derivados de la pandemia. Además, se indaga acerca de las variaciones que se han producido en las relaciones sociales.

3.4. Proceso de recogida de datos

La técnica elegida para la adquirir los datos, debido a la situación generada por la propia pandemia, tuvo como principal característica su formato online. Por ello, se llevó a cabo a través de la plataforma Google Forms.

El cuestionario se distribuyó entre la población y el personal sanitario, de manera aleatoria.

Se divulgó un mensaje a través de las redes sociales dejando abierta la participación a aquellos que lo recibieron y, estos a su vez, lo difundieron a su círculo social (distribución piramidal).

3.5. Análisis estadístico

Los datos obtenidos de las respuestas de los participantes en el estudio fueron trasladados al programa informático de Microsoft Excel. Por otro lado, el análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS, versión 24 (licencia de la Universidad de Valladolid).

Tras la recopilación de la muestra y la configuración de la base de datos, se realizó un estudio descriptivo con tablas de frecuencias (en el caso de variables nominales) y, medias y desviaciones típicas (en el caso de variables ordinales). También se ha llevado a cabo un análisis de fiabilidad de la escala del miedo, resultando el valor del alfa de Cronbach muy cercano a 0,8 (0,796), lo que indica consistencia interna.

Se ha realizado un análisis de la varianza (ANOVA) para ver el efecto las variables nominales en la variable dependiente (el factor miedo) y, se ha medido el coeficiente de correlación de Spearman para conocer la fuerza y la dirección de asociación entre las variables relativas a cambios sociales, el factor miedo y la variable relativa al uso de la tecnología.

Por último, se ha realizado un análisis cualitativo con el fin de conocer los cambios reportados en las preguntas abiertas. Para ello, se ha utilizado el programa NVIVO, versión 12.

3.6. Bases de datos y fuentes documentales

Desde el inicio del desarrollo del TFG y especialmente a lo largo de los tres primeros meses, se ha realizado una revisión y búsqueda de información relacionada con las cuestiones planteadas en este trabajo de investigación.

Se utilizaron las bases de datos Web of Science, Pubmed y Google Scholar. Para la búsqueda bibliográfica se emplearon los términos: “COVID 19/COVID-19/coronavirus”, “consecuencia”, “social”, “psicológica” y “miedo”. El operador booleano usado fue “AND”.

La búsqueda se realizó tanto en inglés como en español. Se cribaron los artículos, al principio, mediante el título y, posteriormente, a través del resumen.

3.7. Consideraciones ético-legales

La realización de este trabajo de investigación ha contado con la aprobación del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de Valladolid (anexo 2), del Comité de Ética de Investigación del Área Oeste de Salud de Valladolid (anexo 3) y con el Comité de Ética de Investigación del Área Este de Salud de Valladolid (anexo 4).

Previo a las preguntas de la encuesta, se redactó una introducción en la que se garantizó la confidencialidad y el anonimato en la recogida y tratamiento de los datos. Además, en dicho apartado se obtuvo el consentimiento informado de los participantes.

Por tanto, este trabajo de investigación cumple con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

3.8. Cronograma de ejecución

A continuación, en la *Tabla 1*, se muestran las fases por las que ha pasado este trabajo de investigación para su elaboración, así como el tiempo aproximado de dedicación a cada sección.

Tabla 1. Cronograma de ejecución.

FASES DEL ESTUDIO	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
1. Búsqueda y selección de información	X	X	X					
2. Elaboración de la encuesta y solicitud de permisos CEI			X	X				
3. Recogida de datos					X	X		
4. Análisis de los datos							X	
5. Resultados, discusión y conclusión							X	X

4. RESULTADOS

Un total 287 personas respondieron el cuestionario. La participación fue equitativa entre los diferentes grupos de edad. El 57% de los participantes eran mujeres. La mayoría tenían pareja o estaban casados (76,7%) y presentaban un nivel educativo superior (77,7%). Un 22,6% eran personas de riesgo. El 47% eran personal sanitario o estudiantes de último año de grado, y de estos, el 53,3% estaban en contacto directo con pacientes infectados por el SARS-CoV-2.

A continuación, en las tablas 2 y 3 se comparan los resultados entre el personal sanitario y no sanitario

Tabla 2. Comparación de variables sociodemográficas entre sanitarios y no sanitarios.

	Sanitarios	No sanitarios
Sexo		
Mujer	101 (61,2%)	64 (38,8%)
Hombre	34 (27,9%)	88 (72,1%)
Edad		
16 a 29 años	52 (59,8%)	35 (40,2%)
30 a 49 años	44 (41,1%)	63 (58,9%)
50 o más	39 (41,9%)	54 (58,1%)
Nivel educativo		
Primaria	0 (0%)	14 (100%)
Secundaria	10 (20%)	40 (80%)
Superior	98 (43,9%)	125 (56,1%)
Personas de riesgo	27 (41,5%)	38 (58,5%)

*Frecuencia (Porcentaje representado dentro de su categoría)

Tabla 3. Medias y desviaciones estándar de los indicadores diferenciados entre sanitarios y no sanitarios.

	Sanitarios	No Sanitarios
Autovaloración del nivel de información	5,58 (0,14)	4,85 (0,16)
Medios de información		
Televisión	2,84 (0,15)	3,32 (0,16)
Redes sociales	2,83 (0,16)	3,60 (0,17)
Artículos científicos	5,70 (0,11)	4,70 (0,17)
Percepción de riesgo al convivir con personal sanitario	3,84 (0,19)	4,39 (0,18)
Evitan ir al hospital, centro de salud...	4,00 (0,19)	5,39 (0,18)
Reducción del círculo social	5,79 (0,16)	5,51 (0,17)
Por miedo a infectar a seres queridos o infectarme	5,84 (0,16)	5,68 (0,16)
Por las restricciones del gobierno	6,19 (0,13)	5,83 (0,16)
Limitación de frecuentación de lugares de ocio	5,69 (0,16)	5,37 (0,18)

*Media (Desviación estándar)

Para la validación del constructo miedo, se realizó un análisis factorial exploratorio. El *coeficiente KMO* muestra un valor de 0,792, por otro lado, el *estadístico de Bartlett* fue significativo ($\chi^2 (55)=1011,9, p<0,000$), lo que sugiere que nuestros datos son adecuados para realizar este tipo de análisis. Para la creación del constructo, se tomó la media aritmética de todos los ítems y, como resultado, la variable miedo tuvo una media de 4,30 y la desviación estándar fue de 1,16.

De la misma forma, se ha realizado un análisis de la varianza (ANOVA) para conocer las diferencias entre variables sociodemográficas y la variable dependiente (miedo).

En cuanto al sexo, las mujeres reportaron un mayor nivel de miedo que los hombres ($F=12,643, p<0,01$). En relación al nivel educativo, también había

diferencias significativas ($F=4,467$, $p<0.05$), se encontró que las personas que tenían estudios superiores reportaban más miedo.

No se aprecian diferencias significativas en cuanto al miedo entre ser sanitario o no ($F=0,599$, $p>0,1$), pertenecer a un grupo de riesgo ($F=0,159$, $p>0,1$) o estar expuesto al virus de manera directa ($F=1,325$, $p>0,1$).

Por otro lado, los sanitarios o estudiantes de último año reportan una mayor percepción de su nivel de información en comparación con los no sanitarios ($F=11,445$, $p<0,01$).

En relación a la información, se conoce que las personas que no trabajan en el ámbito sanitario se informan más a través de la televisión ($F=4,750$, $p<0,05$) y las redes sociales ($F=10,920$, $p<0,01$) mientras que, las que pertenecen al grupo de los sanitarios se informan más a través de artículos científicos ($F=22,872$, $p<0,01$).

Para la comparación entre el miedo y algunas de las variables ordinales referentes a las relaciones sociales se ha medido el coeficiente de correlación de Spearman. Las tablas 4 y 5 muestran los resultados de este análisis.

Tabla 4. Análisis de la correlación entre la variable miedo y las variables relativas a los cambios sociales.

	Coeficiente de correlación de Spearman	Significación
Reducción del círculo social	0,413	0,000
Disminución de las reuniones sociales a causa de:		
Medidas del gobierno	0,365	0,000
Miedo a contagiarse o contagiar a un familiar	0,479	0,000
Limitación de lugares de ocio	0,419	0,000

Tabla 5. Análisis de la correlación entre la variable “la tecnología me ha ayudado a mantener el contacto con mi círculo social” y las variables relativas a los cambios sociales.

	Coefficiente de correlación de Spearman	Significación
Reducción del círculo social	0,379	0,000
Disminución de las reuniones sociales a causa de:		
Medidas del gobierno	0,464	0,000
Miedo a contagiarse o contagiar a un familiar	0,496	0,000
Limitación de lugares de ocio	0,414	0,000

Finalmente, se utilizó el programa NVIVO, empleado habitualmente para el estudio cualitativo y, se comprobó que las palabras que más destacan entre las respuestas a la *pregunta 28 “¿Qué cambios en tus relaciones sociales consideras que ha provocado la pandemia en tu vida?”* fueron sinónimos de “reducción” con 82 usos, relativo al contacto físico (por ejemplo: contacto, físico, abrazos, besos) con 71 usos y al contacto con personas (por ejemplo: amigos, familia, personas...) con 135 usos.

Con respecto a la *pregunta 29 “¿Qué cambios positivos consideras que ha traído la pandemia en tu vida?”*, la palabra más empleada en su respuesta ha sido “ninguno” con 90 usos, casi un 10% de porcentaje ponderado. Se mencionó en 47 ocasiones sinónimos de “valorar”, en 45 ocasiones la palabra “tiempo” y tuvo 60 usos las referentes al contacto con personas.

En relación a la *pregunta 30 “¿Qué cambios negativos consideras que ha provocado la pandemia en tu vida?”*, Las palabras “relación” y “social” hacen un recuento de 75. En referencia a la salud mental, se menciona en 33 ocasiones la palabra “miedo”, 32 veces la palabra “ansiedad” y 17 veces la palabra “estrés”. También destacan palabras como “poder” (31), “pérdida” (26), “aislamiento” (25). El contacto con personas en este apartado cuenta con 94 usos.

5. DISCUSIÓN

5.1. Análisis crítico de los resultados

Los resultados del presente estudio nos aportan información sobre cómo el miedo afecta a la población. El objetivo principal de este trabajo es conocer el nivel de miedo producido por el SARS-CoV-2 medido a través de una escala validada, como resultado se ha obtenido un 4,3 sobre 7, lo que se traduce en que los encuestados experimentan miedo a la COVID-19 de manera general. A continuación, la discusión se centrará en los objetivos específicos mencionados con anterioridad. En primer lugar, en este trabajo tratamos de identificar la relación entre el miedo a la COVID-19 y las características sociodemográficas.

Ahondando en cómo ha afectado esta emoción a nuestra muestra, podemos concluir que las mujeres presentan mayor nivel de miedo que los hombres. Esto también se ha observado en otros estudios como el de Bakioğlu et al. (17) . De la misma manera, Qiu Jianyin et al. muestran en su artículo que las mujeres reflejan más angustia que los hombres a consecuencia de la pandemia. También obtienen el mismo resultado en las personas con estudios superiores. Esto va en línea con lo obtenido en esta investigación pues a mayor nivel educativo, más miedo reportan. Los autores de este último estudio asocian esta angustia a una alta autoconciencia de salud de los encuestados, esta podría ser la misma causa que provoca un aumento en el miedo (29).

Por otro lado, no se encuentran diferencias en el nivel de miedo que reportan las personas que forman parte de un grupo de riesgo. Esto llama la atención pues dichas personas podrían presentar más dificultades si se infectan por el SARS-CoV-2. Tampoco entre los trabajadores de la salud que se encuentran expuestos a la COVID-19 de manera directa y los que no, esto podría deberse a que el estudio se ha llevado a cabo cuando ya se contaba con más información sobre la COVID-19 y, además, el personal sanitario ya disponía de equipos de protección individual a diferencia de cuando comenzó la pandemia.

En segundo lugar, se trató de dilucidar si existían diferencias, en relación al miedo e información, entre la población general y aquellos que pertenecían al grupo del personal sanitario.

Se observó que los sanitarios reportan una mayor percepción de su nivel de información que la muestra en general, esto puede ir relacionado con su modo de informarse pues refieren hacerlo en mayor proporción a través de artículos científicos como demuestran nuestros resultados. Esta sensación de mayor nivel de información puede deberse a que confían en la veracidad de la fuente a través de la que se informan. Por el contrario, la parte de la muestra perteneciente al grupo de los no sanitarios reporta una menor percepción de su nivel de información y señalan como su fuente principal la televisión y las redes sociales.

Asimismo, no se aprecian diferencias en el nivel de miedo entre las personas que trabajan en el ámbito sanitario y el resto de la muestra, a pesar de que los primeros reporten estar más informados y utilicen fuentes más fiables.

Por lo tanto, nuestros resultados no muestran diferencia entre el nivel de miedo y el nivel de información. Una forma de explicar este resultado es que el miedo puede estar ocasionado por diferentes factores, por un lado, puede deberse a la incertidumbre ocasionada por la carencia de información, por otro lado, puede deberse a la desinformación generada por la infodemia y, por último, puede estar ocasionado por un conocimiento real del riesgo que conlleva la enfermedad de la COVID-19. Se asume este último como el motivo por el que los sanitarios reportan miedo.

Siguiendo con el tercer objetivo, que trata de analizar cómo afecta el miedo a las relaciones sociales, se observa una relación positiva y significativa lo que se traduce en que los individuos que reportan un mayor miedo también reportan una mayor reducción tanto del círculo social como en la frecuentación de lugares de ocio. Además, se ha encontrado que, en la reducción de las reuniones sociales, en el primer motivo que es el miedo de los individuos a contagiarse o contagiar a un ser querido se puede apreciar una correlación

moderada. Mientras que, en el segundo motivo, que es la reducción de las reuniones sociales por las restricciones del gobierno se aprecia una correlación baja (30). Por tanto, esto indica que los encuestados reducen sus relaciones sociales más por miedo a infectarse o infectar que por las restricciones del gobierno, aunque ambas razones tienen una correlación positiva significativa. Estos resultados son coherentes con la conclusión del estudio de Li et al. que afirman que las personas presentan una mayor preocupación por la salud y la familia que por el ocio (31).

Paralelamente, se ha encontrado que todos los que refieren haber tenido un mayor apoyo en la tecnología para mantener el contacto con su círculo social reportan, de la misma manera, una mayor reducción de su círculo social, una mayor disminución de reuniones sociales (por ambos motivos) y una mayor limitación de lugares de ocio.

Esto quiere decir que los individuos han cambiado su forma de relacionarse, se han adaptado a esta nueva situación. Han reducido las personas que componen su círculo social de manera física para evitar la diseminación del virus, de la misma manera que han reducido la frecuentación de lugares de ocio. Además, el apoyo en la tecnología para mantener sus relaciones sociales ha ayudado a paliar la soledad que genera esta situación. Torales et al., señalan que la presencia de este apoyo social disminuye el riesgo de padecer consecuencias psicológicas (12).

Por último, la mayor parte de los encuestados resaltan que en la actualidad sus reuniones sociales se centran en sus familiares y amigos cercanos. Aunque algunos refieren haberlas restringido prácticamente del todo. ("No me he reunido con mi familia, ni si quiera en Navidad", "No veo ni a familiares, ni amigos", "No me relaciono con nadie a parte de mi pareja"). Gran parte hacen referencia, a la pérdida del contacto físico a raíz de la pandemia ("Menos contacto personal, relaciones más frías y distantes", "Ausencia de contacto físico", "Abrazos y besos restringidos"). También se repiten palabras como soledad, miedo, desconfianza, aislamiento y distanciamiento.

Por último, se ha estudiado los cambios positivos y negativos que ha traído la pandemia a la vida de los encuestados. Llama la atención que muchos de ellos hablen en estas dos últimas cuestiones de sus relaciones sociales (*pregunta 29 “¿Qué cambios positivos consideras que ha traído la pandemia en tu vida?” y pregunta 30 “¿Qué cambios negativos consideras que ha provocado la pandemia en tu vida?”*).

Con respecto a estas, algunas personas refieren no haber tenido ningún cambio positivo en su vida. Esta sensación, denominada anhedonia, informa un deterioro de la salud mental. Además, es un síntoma que se produce en algunos trastornos psiquiátricos como la depresión (32). Otros, refieren haber aprendido a valorar las cosas (“Disfrutar más de los pequeños momentos”, “Vivir el momento y el presente”, “Valorar lo que tengo”). Por otro lado, resaltan haber tenido más tiempo para dedicar a su círculo social (“Poder estar más con mi familia”, “Cuidar a mis seres queridos”, “Mayor tiempo en pareja”).

En relación a los cambios negativos han vuelto a resonar entre las respuestas palabras como miedo, preocupación, inseguridad, apatía, soledad, angustia, estrés, ansiedad y, una vez más, han mostrado preocupación por sus relaciones sociales (“Incertidumbre, tristeza, miedo, inseguridad”, “Estrés, ansiedad, miedo por mis seres queridos, aislamiento, enfado”, “Aislamiento social”, “Han empeorado mis relaciones sociales y mi nivel de ansiedad”, “Distanciamiento de la gente a la que quiero”, “Perder el contacto con muchos familiares y amigos”, “Incremento de la frecuencia de días malos y tristes”).

5.2. Limitaciones del estudio

En este estudio se encontraron varias limitaciones. En primer lugar, el nivel educativo de la mayor parte de la muestra era superior (77,7%) por lo se ha obtenido muy poca representación del resto de grupos. En los resultados, el miedo que reporta el personal sanitario y el resto de la muestra es parecido, esto puede deberse a que la mayor parte de los encuestados presentan un nivel educativo similar.

En segundo lugar, se mide la autopercepción que los encuestados tienen de su nivel de información y no la información real de la que disponen.

Sería interesante conocer si esta es veraz y la intensidad con la que se expusieron a los medios.

5.3. Implicaciones en la práctica clínica

Como ya se ha mencionado anteriormente, la pandemia está provocando un aumento en el miedo de la población y esto está derivando en la aparición de trastornos psicológicos. Jeong et al., señalan que los problemas de salud mental pueden prevenirse proporcionando información y apoyo a la población (20). La prevención es una función que se lleva a cabo principalmente desde atención primaria. En base a los resultados obtenidos en esta investigación, se ha llegado a la conclusión de que desde enfermería se pueden llevar a cabo dos actuaciones que serían de gran utilidad.

En primer lugar, se podría ofrecer a la población un programa de educación para la salud relacionado con la COVID-19, la finalidad principal de este sería disminuir la incertidumbre de la población. Con ello, las personas se mantendrían informadas sobre todo lo relacionado con este virus: situación epidemiológica, medidas de prevención, avances científicos (vacunación, tratamientos...) y podrían consultar sus dudas acerca de la enfermedad, de esta manera abordaríamos la gran cantidad de respuestas emocionales que hemos podido apreciar en este estudio. De la misma manera, podríamos conocer el estado en el que se encuentra la población de cada zona de salud y, se podría realizar una captación de pacientes que tengan riesgo de desarrollar morbilidades psicológicas a consecuencia de esta situación ya sea por las características del propio individuo o, por la situación sociofamiliar o económica en la que se encuentre.

En segundo lugar, se podría realizar un seguimiento de estos pacientes para ver cómo evolucionan. De esta manera, se puede impedir que el paciente somatice ante la enfermedad o que adopte comportamientos desadaptativos que posteriormente afectarán a su salud.

Podemos ayudar al paciente a desarrollar habilidades para manejar cada situación. Entre los encuestados, encontramos que muchos refieren características definitorias compatibles con los diagnósticos mencionados en la

tabla 6. Las enfermeras de atención primaria podrían realizar intervenciones, desempeñando algunas actividades (como las sugeridas la tabla) para prevenir o evitar el desarrollo de estas consecuencias psicológicas (33).

Tabla 6. Diagnósticos enfermeros y actividades propuestas.

Diagnósticos (NANDA)	Actividades propuestas
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Impotencia</i> 	<p><i>Apoyo emocional (NIC):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Ayudar a reconocer sentimientos como ira, ansiedad o tristeza. - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. - Proporcionar sentimientos de seguridad en los periodos de mayor ansiedad.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Desesperanza</i> 	<p><i>Dar esperanza (NIC):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente de que la situación actual es temporal. - Ayudar a identificar áreas de esperanza. - Desarrollar un plan de cuidados que implique la consecución de metas sencillas hasta metas más complejas.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Riesgo de deterioro de la resiliencia</i> • <i>Deterioro de la resiliencia</i> 	<p><i>Fomentar la resiliencia (NIC):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover el apoyo familiar. - Fomentar la adhesión a rutinas y su desarrollo. - Ayudar a la implicación en actividades de interés para los mismos.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ansiedad</i> • <i>Ansiedad ante la muerte</i> 	<p><i>Disminución de la ansiedad (NIC):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover la seguridad y reducir el miedo. - Establecer actividades recreativas encaminadas a reducir la tensión. - Instruir sobre el uso de técnicas de relajación.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Deterioro de la regulación del estado de ánimo</i> 	<p><i>Control del estado de ánimo (NIC):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el estado de ánimo con regularidad. - Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes de su estado de ánimo, - Enseñar técnicas de afrontamiento y resolución de problemas.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Deterioro de la interacción social</i> • <i>Riesgo de soledad</i> • <i>Aislamiento social</i> 	<p><i>Potenciación de la comunicación (NIC):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas del paciente.</i> - <i>Fomentar las actividades sociales manteniendo las medidas oportunas por la pandemia.</i> - <i>Animar al paciente a planificar actividades futuras.</i>

De no obtener los resultados deseados, se derivaría a otro profesional de salud experto en esta área como es el psicólogo.

5.4. Futuras líneas de investigación

Sería interesante repetir este estudio en una muestra cuyo nivel educativo sea equitativo para conocer si esta variable puede haber producido un sesgo en los datos obtenidos. Del mismo modo, también podría ser de utilidad conocer el nivel de información real que presenta la muestra acerca del virus del SARS-CoV-2, esto nos permitiría conocer si realmente nos encontramos ante una muestra informada o, si, por el contrario, abunda la desinformación.

Por otro lado, se podría estudiar la relación entre el nivel de miedo y las consecuencias sociales que presenta la población de manera longitudinal.

6. CONCLUSIÓN

Tras conocer los resultados de este estudio, podemos concluir que han surgido emociones de carácter negativo como consecuencia de la COVID-19. Esta investigación, destaca principalmente la aparición de miedo ante esta situación.

Hasta el momento la mayoría de los estudios se centran en las repercusiones físicas que provoca la enfermedad, dejando al margen las consecuencias psicológicas y cómo estas afectan a las relaciones sociales. Este estudio refleja las repercusiones del miedo. Se ha observado que aquellas personas que reportan mayores niveles de miedo son, de la misma manera, aquellas que refieren haber disminuido más su círculo social. Estas, a su vez, reportan un mayor descenso en las reuniones sociales.

La tecnología, por otro lado, está sirviendo como apoyo para la continuación de dichas relaciones. Su uso se ha visto aumentado entre aquellos que manifiestan un mayor nivel de miedo. Lo cual nos permite apreciar un cambio en la forma de relacionarse. A pesar de esto, la mayoría de individuos mantienen sentimientos negativos acerca de sus relaciones sociales y no se encuentran satisfechos con ellas.

Nuestros resultados resaltan la necesidad de proporcionar apoyo psicológico a la población. Se sugiere la implementación de programas de educación para la salud e intervenciones directas en aquellos casos cuya salud se encuentre más comprometida. De esta manera, se conseguirá una disminución en el nivel de miedo de la población y, al mismo tiempo, se proporcionará ayuda para mantener un entorno social adecuado a la situación de pandemia.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Información científica técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Publicación Gubernamental. Madrid: Gobierno de España, Ministerio de Sanidad; 2020.
2. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Valoración de la declaración del brote de nuevo coronavirus 2019 (n-CoV) una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). Publicación Gubernamental. Madrid: Gobierno de España, Ministerio de Sanidad; 2020.
3. Pérez Abreu MR, Gómez Tejeda JJ, Dieguez Guach RA. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2020 Abril 11; XIX(2).
4. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos. Cuadragésima novena ed. OMS , editor. Ginebra; 2020.
5. Huarcaya Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2020 Abril 18; 37(2): p. 327-334.
6. Chen N, Zhou M, Dong X. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet. 2020 Febrero 15; 395(10223): p. 507-513.
7. Organización Mundial de la Salud. Who.int. [Online].; 2020 [cited 2020 Diciembre 16. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>.
8. Guan W, Ni Z, Hu Y. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. New England journal of medicine. 2020 Abril 30; CCCLXXXII(18): p. 1708-1720.
9. Ejaz H, Alsrhani AZA. COVID-19 and comorbidities: Deleterious impact on infected patients. Journal of infection and public health. 2020 Diciembre; XIII(12): p. 1833-1839.
10. Shoar S, Khavandi S, Tabibzadeh E. Recurrent coronavirus diseases 19 (COVID-19): A different presentation from the first episode. Clinical Case Reports. 2021 Febrero 8; p. 1-4.
11. Higgins V, Sohaei D, Diamandis & Ioannis Prassas E. COVID-19: from an acute to chronic disease? Potencial long-term health consequences. Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences. 2020 Diciembre 21.
12. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventrigilio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. International

Journal of Social Psychiatry. 2020; LXVI(4): p. 317-320.

13. INEbase. Defunciones según causa de muerte. Avance enero-mayo 2020. [Online]. Madrid; 2020 [cited 2020 Diciembre 20. Available from: <https://www.ine.es/mapas/svg/indicadoresDefuncionCausa.htm>.
14. Larson H. Blocking information on COVID-19 can fuel the spread of misinformation. *Nature*. 2020 Marzo; DLXXX: p. 306.
15. La Moncloa. [Online].; 2020 [cited 2020 Diciembre 20. Available from: https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/resumenes/Paginas/2020/14032020_alarma.aspx.
16. Purgato M, Gastaldon C, Papola D, Van Ommeren M, Barbui C, A Tol W. Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low- and middle-income countries affected by humanitarian crises. 2018 Julio;(7).
17. Bakioğlu F, Korkmaz O, Ercan H. Fear of COVID-19 and Positivity: Mediating Role of Intolerance of Uncertainty, Depression, Anxiety, and Stress. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020 Mayo.
18. Piqueras Rodríguez JA, Ramos Linares V, Martínez González AE, Oblitas Guadalupe LA. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*. 2009 Diciembre; XVI(2): p. 90.
19. Quezada Scholz VE. Miedo y psicopatología: la amenaza que oculta el Covid-19. *Panamerican Journal of Neuropsychology*. 2020 Marzo 30; XIV(1): p. 19-23.
20. Jeong H, Hyeon WY, Song YJ. Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiol Health*. 2016 Noviembre 5.
21. López de Vicente S. Cuánto ha durado la cuarentena en otros países: China, España, Italia. *AS*. 2020 Junio.
22. Gobierno de España. Cuatro claves para protegerse de la COVID-19. 2020 Octubre 28..
23. Gobierno de España. mscbs.gob.es. [Online].; 2021 [cited 2021 Febrero 13. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/estrategia/medidasPrevCCAA.htm>.
24. Gerez A, Mac Millan A, Estupiñá G, Sistac H, Albós J, Martí N. El control en los tiempos del coronavirus. *Perifèria*. 2020 Junio; XXV(2): p. 203-215.
25. Blanco Castañeda D. Cómo ha cambiado la pandemia por covid-19 la manera de relacionarnos. *Cenit psicólogos*. 2020 Septiembre.

26. Fontana Sierra L. Pandemia y rearticulación de las relaciones sociales. *Perifèria, revista de recerca i formació en antropologia*. 2020 Junio; XXV(2): p. 101-114.
27. Saltzman LY, Cross Hansel T, S. Bordnick P. Loneliness, Isolation, and Social Support Factors in Post-COVID-19 Mental Health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2020 Mayo 19; XII(51).
28. Ahorsu K, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020 Marzo 27.
29. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang ZXB, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and polivy recommendations. *General Psychiatry*. 2020 Marzo; XXXIII.
30. Rowntree D, Chiappa C, Vasco E. *Introducción a la estadística: un enfoque no matemático* Bogotá: Norma; 1984.
31. Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The Impacto of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 Marzo; XVII(6).
32. Wellan SA, Daniels A, Walter H. State anhedonia in young healthy adults: psychometric propertiesof the German Dimensional Anhedonia Rating Scale (DARS) and effects of the COVID-19 pandemic 2021. .
33. NNN Consult. [Online].; 2021 [cited 2021 Abril 15. Available from: <https://www-nnnconsult-com.ponton.uva.es/nanda/nec>.

8. ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario.

El cuestionario tiene carácter anónimo y confidencial. En ningún momento se solicitarán datos que permitan identificar a la persona que complementa dicha encuesta. Al responder a este cuestionario, autoriza a utilizar sus datos para esta investigación.

1. Sexo:

- Hombre
- Mujer

2. Edad:

- 16 – 29 años
- 30 – 49 años
- 50 o más

3. Nivel educativo:

- Primaria
- Secundaria
- Superior

4. Situación laboral:

- Autónomo
- Empresario
- Asalariado
- En paro
- Jubilado
- Otro: _____

5. Estado civil:

- Soltero
- Pareja estable
- Casado
- Divorciado
- Viudo

6. ¿Es usted una persona de riesgo? (Edad avanzada, problemas pulmonares, enfermedad cardiaca, diabetes, enfermedad renal o hepática crónica, obesidad, cáncer, sistema inmunitario debilitado...)

- Si
- No

7. ¿Es usted sanitario o estudiante de último año en prácticas?

- Si
- No

Solo si responde "Si" a esta pregunta, se le indicará que conteste las 3 preguntas siguientes (a, b, c).

- a) ¿Qué titulación tiene? _____
- b) ¿En qué unidad trabaja? _____
- c) ¿Tiene contacto directo con pacientes infectados por el SARS-CoV-2?
 - Si
 - No

Indica el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las siguientes afirmaciones:

8. El coronavirus me produce miedo.

-

No estoy de acuerdo

Estoy de acuerdo

9. Me incomoda/preocupa pensar en el coronavirus.

-

No estoy de acuerdo

Estoy de acuerdo

10. Intento no ir al centro de salud/hospital en la medida de lo posible.

-

No estoy de acuerdo

Estoy de acuerdo

11. Considero que supone un mayor riesgo convivir con personal sanitario.

-

No estoy de acuerdo

Estoy de acuerdo

12. Contraer la enfermedad por coronavirus conlleva un gran peligro de muerte.

-

No estoy de acuerdo

Estoy de acuerdo

13. La enfermedad por coronavirus es impredecible.

No estoy de acuerdo

Estoy de acuerdo

14. Me da miedo perder la vida por el coronavirus.

No estoy de acuerdo

Estoy de acuerdo

15. Me da miedo que algún ser querido pierda la vida por el coronavirus.

No estoy de acuerdo

Estoy de acuerdo

16. Me genera estrés/ansiedad ver noticias relacionadas con el coronavirus.

No estoy de acuerdo

Estoy de acuerdo

17. En ocasiones me ha costado conciliar el sueño debido al coronavirus.

No estoy de acuerdo

Estoy de acuerdo

18. Me provoca taquicardia pensar en el coronavirus.

No estoy de acuerdo

Estoy de acuerdo

19. He reducido el número de personas que componen mi círculo social.

No estoy de acuerdo

Estoy de acuerdo

20. He dejado de reunirme con ciertos amigos o familiares lejanos debido a las restricciones del gobierno.

No estoy de acuerdo

Estoy de acuerdo

21. He dejado de reunirme con ciertos amigos o familiares lejanos por miedo a infectarme yo o infectar a mis familiares.

No estoy de acuerdo

Estoy de acuerdo

22. He dejado de frecuentar lugares de ocio por miedo a contagiarme.

No estoy de acuerdo

Estoy de acuerdo

23. La tecnología (móvil, ordenador, etc) me ha ayudado a mantener el contacto con mi círculo social.

No estoy de acuerdo

Estoy de acuerdo

24. Considero que estoy informado sobre el coronavirus.

No estoy de acuerdo

Estoy de acuerdo

25. Cuando quiero informarme lo hago a través de la televisión.

No estoy de acuerdo

Estoy de acuerdo

26. Cuando quiero informarme lo hago a través de las redes sociales.

No estoy de acuerdo

Estoy de acuerdo

27. Cuando quiero informarme lo hago a través de artículos científicos.

-

No estoy de acuerdo

Estoy de acuerdo

28. ¿Qué cambios en tus relaciones sociales consideras que ha provocado la pandemia en tu vida?

29. ¿Qué cambios positivos consideras que ha traído la pandemia en tu vida?

30. ¿Qué cambios negativos consideras que ha provocado la pandemia en tu vida?
