



Universidad de Oviedo

**Universidad de Oviedo**

**Trabajo Fin de Grado**

**Grado de Enfermería**

**“Impacto psicológico de la COVID-19 en el personal de  
enfermería de las unidades de Urgencias y Cuidados Críticos en  
el Hospital Universitario Central de Asturias”**

**Autor/a: Jorge Núñez Suárez**

**Fecha: 27 de abril del 2021**

**Trabajo Fin de Grado**





Universidad de Oviedo

**Universidad de Oviedo**

**Trabajo Fin de Grado**

**Grado de Enfermería**

**“Impacto psicológico de la COVID-19 en el personal de  
enfermería de las unidades de Urgencias y Cuidados Críticos en  
el Hospital Universitario Central de Asturias”**

**Trabajo Fin de Grado**

**Nombre del Autor/a**

Jorge Núñez Suárez

**Nombre Tutor/a**

Carmen Ana Valdés Sánchez



Universidad de Oviedo

**CARMEN ANA VALDÉS SÁNCHEZ**, Doctora en Psicología por la Universidad de Oviedo, adscrita al Área de Enfermería, Dpto. de Medicina.

CERTIFICA:

Que el Trabajo Fin de Grado presentado por **D. JORGE NÚÑEZ SUÁREZ**, titulado **“IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA COVID-19 EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LAS UNIDADES DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS”**, realizado bajo mi dirección, reúne a mi juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Grado de Enfermería

Y para que así conste dónde convenga, firma la presente certificación en Oviedo a 26 de abril de 2021.

Vº Bº

Fdo. Carmen Ana Valdés Sánchez  
Tutor del Proyecto

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
1.1. Epidemiología.....	8
1.2. Impacto psicológico en la salud mental por epidemias previas .....	8
<b>2. ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....</b>	<b>11</b>
2.1. Afectación psicológica de la COVID-19 en la población general .....	11
2.2. Afectación psicológica de la COVID-19 en los profesionales de la salud .....	12
2.3. Afectación psicológica de la COVID-19 en los profesionales de enfermería ..	16
<b>3. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>19</b>
<b>4. OBJETIVOS .....</b>	<b>21</b>
<b>5. METODOLOGÍA .....</b>	<b>22</b>
5.1. Tipo de estudio.....	22
5.2. Contexto en el cuál se desarrolla el estudio.....	22
5.3. Población a estudio .....	25
5.4. Instrumentos de medida .....	26
5.5. Variables a estudio .....	27
5.6. Procedimiento .....	29
5.7. Análisis estadístico .....	31
<b>6. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES .....</b>	<b>33</b>
<b>7. RECURSOS EMPLEADOS.....</b>	<b>34</b>
<b>8. CRONOGRAMA .....</b>	<b>35</b>
<b>9. LIMITACIONES Y SESGOS DEL ESTUDIO .....</b>	<b>36</b>
<b>10. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>37</b>
<b>11. ANEXOS.....</b>	<b>44</b>
11.1. Consentimiento informado para participar en el estudio .....	44
11.2. Preámbulo explicativo del estudio. ¿En qué consiste? .....	45
11.3. ANEXO 1: Cuestionario sociodemográfico y de opinión.....	46
11.4. ANEXO 2: Cuestionario DASS-21 .....	47
11.5. ANEXO 3: Escala Atenas de Insomnio (EAI) .....	48
11.6. ANEXO 4: Escala de miedo al coronavirus COVID-19 (FCV-19S) .....	49



## 1. INTRODUCCIÓN

La COVID-19 hace alusión a la nueva enfermedad por coronavirus causante de neumonía, localizada en origen en un mercado de productos animales en la ciudad de Wuhan, datándose los primeros síntomas el 8 de diciembre del 2019, como consecuencia del patógeno de la familia Coronaviridae al que se ha denominado SARS-COV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome type 2) [1-2].

Según el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España [2], se inicia la alerta sanitaria desde la República Popular China en la provincia de Hubei, donde se encuentra la ciudad de Wuhan, el 31 de diciembre de 2019, ante el aumento de casos de neumonía de etiología desconocida. Este aviso es enviado a las agencias sanitarias internacionales por la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan, identificando el patógeno causante de la enfermedad el 7 de enero del 2020 y siendo su secuencia genética compartida a nivel internacional el 12 de enero del mismo año.

El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005), declara el brote por SARS-COV-2 como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), siendo esta reunión la segunda de la historia del RSI y que deja de manifiesto la magnitud que esta enfermedad estaba adquiriendo [3].

Semanas después, el 11 de marzo de 2020, la OMS declara esta enfermedad como pandemia por sus características de diseminación global [4], tal fue dicha magnitud, que el 14 de marzo de 2020 el Gobierno de España amparado por el artículo 116 de la Constitución [5] resuelve mediante el Real Decreto 463/2020 el Estado de Alarma con sus correspondientes medidas restrictivas, junto con el confinamiento para frenar la expansión de la enfermedad en todo el territorio nacional [6].

Tal gravedad adquirió la nueva infección, que el 11 de mayo de 2020 la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) [4], pone de manifiesto el riesgo y las complicaciones

potenciales de neumonía en las personas con enfermedades cardiovasculares, respiratorias y diabéticas, mostrando en sus datos un notable aumento de las defunciones en dichos grupos.

### **1.1. Epidemiología<sup>1</sup>**

Datos obtenidos según la OMS [7] a finales de abril de 2021, datan a nivel mundial, una incidencia de 147.377.159 casos totales y 3.112.041 defunciones, dejando una tasa de letalidad mundial del 2,11%, siendo Estados Unidos el país con mayor incidencia a nivel mundial hasta el momento con 31.742.914 casos confirmados y 566.842 fallecidos, dejando una tasa de letalidad del 1.78%. La incidencia en Europa data de 50.849.952 casos confirmados con 1.063.374 fallecidos, dejando una tasa de letalidad en el continente del 2,09% siendo Francia el país mas afectado de Europa con 5.413.036 casos confirmados hasta la fecha.

En España, según el CCAES [8], en el mismo periodo de tiempo, se observan 3.488.469 casos totales, 77.738 fallecidos, una incidencia acumulada por cada 100.000 habitantes de 235,59<sup>2</sup> y una tasa de letalidad del 2,22%; convirtiéndose nuestro país en el sexto europeo con mayores casos confirmados después de Francia, Rusia, Turquía, Reino Unido e Italia.

En Asturias, lugar donde se realizará el estudio, tal como muestra el CCAES [8], se han contabilizado, siguiendo similar franja de tiempo que en los anteriores casos, 50.342 casos totales y 1.942 fallecidos, con una tasa de letalidad en la región del 3,85%. Estos datos pueden ser explicados por el alto índice de envejecimiento de la población asturiana, donde la edad media es de 48,54 años, siendo Asturias la provincia española más envejecida del país [9].

### **1.2. Impacto psicológico en la salud mental por epidemias previas**

Se ha señalado que durante la pandemia por la COVID-19, los efectos estresores son parecidos a los observados durante catástrofes naturales, como los terremotos o los tsunamis; los cuales se han asociado con graves consecuencias emocionales y sociales en las personas; no obstante, es necesario señalar, que las catástrofes ocurren en un área local determinada, al

---

<sup>1</sup> Los datos ofrecidos pueden variar por los mostrados por otras o idénticas instituciones a las citadas, dependiendo del día de actualización de las anteriores, ya que las cifras manejadas están en constante actualización.

<sup>2</sup> Con respecto a los 14 días previos a la fecha en la cual se publica el estudio consultado.

contrario de lo que sucede durante las epidemias, que afectan negativamente a un grupo masivo de personas. También se ha comparado la COVID-19 con las guerras o conflictos masivos, pero mientras que en estas el enemigo se puede identificar, en una pandemia, el patógeno puede estar en el cualquier lugar y cualquiera puede transmitir el virus, siendo un estresor permanente [10].

En lo que se refiere a los efectos observados en enfermedades infecciosas similares, como el SARS en 2004 o el MERS en 2012, las afectaciones emocionales, aquejan a una gran cantidad de personas, de manera continuada, impulsando la aparición de sintomatología diversa como ansiedad, estrés, depresión, insomnio y burnout; además de comorbilidades psíquico-físicas, provocando un aumento de la gravedad de estas si se prolongan en el tiempo [11].

Parece que, durante estas situaciones de emergencia sanitaria por enfermedades infecciosas de transmisión de humano a humano, el riesgo percibido por las personas aumenta por miedo al contagio [12] y los sistemas sanitarios tienden a centrarse más en el tratamiento y el control epidemiológico de la enfermedad, dejando en un segundo plano las intervenciones sobre la salud mental [13].

Durante la epidemia por SARS, se señaló que el 89% de los sanitarios sufría sintomatología de estrés [14] y entre el 29-35% altos niveles de estrés emocional [15], incluso tres años después del brote por SARS, el 23% de los sanitarios encuestados seguían arrastrando sintomatología grave de depresión [16]. Tal impacto ocasionó la epidemia por SARS que las autoridades Chinas crearon números de teléfono para realizar atenciones psicológicas y diversas intervenciones para los ciudadanos y el personal sanitario, con buenos resultados, actuaciones que también se han llevado a cabo en países como Estados Unidos y Reino Unido durante la pandemia actual por el SARS-COV-2, aún así, la planificación y la organización sigue siendo escasa e incorrecta, sin protocolos de actuación rápida, falta de cooperación entre instituciones y escasez de profesionales que durante estos momentos de emergencia sanitaria se ha hecho

notoria, evidenciándose la escasez de intervenciones y recursos ya existentes, sobre todo en el ámbito de la salud mental [17]

## **2. ESTADO ACTUAL DEL TEMA**

### **2.1. Afectación psicológica de la COVID-19 en la población general**

La COVID-19 ha producido bruscamente un cambio en el estilo de vida en la población general de todo el mundo, afectando, entre otros factores, a la salud mental de las personas. Además, por las medidas sanitarias llevadas a cabo para controlar la expansión de la enfermedad, como el periodo de confinamiento, la distancia social o las cuarentenas preventivas, ha aumentado el riesgo de aparición de desórdenes mentales o emocionales, incrementando el sentimiento de soledad y aumentando los síntomas de depresión, ansiedad y miedo, que a largo plazo pueden desembocar en ataques de pánico, eventos obsesivo-compulsivos y estrés postraumático [10].

Una investigación realizada en China, con una muestra de 1210 personas de 194 ciudades del país, durante el periodo de máxima incidencia por la COVID-19 entre los meses de enero y febrero, encontró que el 29% sufrían de ansiedad y el 17% depresión [18], de manera similar, otro estudio realizado en ese mismo país con una muestra más representativa, llevado a cabo en 56.679 personas, señaló que el 31,6% padecía ansiedad, el 29,2% insomnio, el 27,9% depresión y el 24,5% estrés, concluyendo que la ansiedad, el insomnio y la depresión, fueron los síntomas más prevalentes en la sociedad China durante la incidencia de esta enfermedad [19].

A nivel nacional, en nuestro país, sobre finales del mes de marzo cuando España era uno de los países más afectados por la pandemia, se llevó a cabo una investigación en 3055 participantes para conocer el impacto psicológico producido por la COVID-19, los resultados mostraron estrés en un 36,6% de los casos, siendo las conductas de evitación las acciones que más se repetían entre los individuos, observándose que el impacto psicológico fue consistentemente mayor en las mujeres y en los jóvenes [20]. Otro estudio realizado, entre el 19 y el 26 de marzo, cinco días después de la declaración oficial del Estado de Alarma y la orden de cierre, con una muestra más representativa de 21.207 personas y diferenciando 3 grupos muestrales (personas sin trastorno mental, trastorno mental en un pasado y actualmente con

un trastorno mental), señaló que la depresión era la variable más prevalente en todos los grupos estudiados, seguida de los comportamientos de evitación y el estrés, señalando como factor de riesgo de dicha sintomatología haber tenido un desorden mental en el pasado o en la actualidad, además de ser mujer. Como factores de protección se observó tener una menor edad y capacidad de disfrute del tiempo libre [16].

Si se comparan los resultados anteriores, entre China y España durante los periodos de mayor incidencia en la primera ola en cada país, la salud mental en ambas poblaciones está muy afectada, no obstante, mientras que en España se ha señalado la depresión y las conductas de evitación como las variables más prevalentes [16,20], en China se observó una mayor incidencia de la ansiedad e insomnio [18-19]. Estas diferencias se pueden atribuir a la cultura y al estilo de vida de cada país, donde en España, la cultura mediterránea hace vida social en las calles, lo que difiere bastante de la cultura oriental, donde son más introvertidos y hacen vida social en sus casas [16].

Se ha señalado que casi un año después de la pandemia, en España se siguen arrastrando sintomatologías emocionalmente negativas. El Centro de Investigación Sociológica (CIS) [21], en el estudio llevado a cabo entre el 19 al 25 de febrero de 2021 en 3083 entrevistas, en su nota de prensa, muestra como durante esta enfermedad, el 23,4% de los españoles han sentido miedo a morir por la COVID-19, mostrándose más incidencia en las mujeres, un 35,1% ha llorado por las circunstancias que ha ocasionado la pandemia, siendo los jóvenes y las mujeres los que reconocen que más han llorado y un 41,9% tiene problemas para poder dormir, así mismo, el 61,2% de los españoles percibe más preocupación sobre su salud que antes. Además, esta investigación analizó la salud mental de los más pequeños, observándose alteraciones en sus comportamientos tanto en el humor, en los hábitos del día a día y del sueño.

## **2.2. Afectación psicológica de la COVID-19 en los profesionales de la salud**

Uno de los colectivos más afectados por el trabajo que desempeñan de manera directa o indirecta es el personal sanitario al estar de manera continuada expuestos al virus [10]. En una

revisión sistemática realizada en mayo del 2020, sobre los efectos producidos por la COVID-19 en la salud mental de los profesionales sanitarios, se observó que aquellos que están en primera línea de actuación contra esta enfermedad son más susceptibles a desarrollar ansiedad, depresión, estrés e insomnio, respecto a la población general; observándose durante los picos epidemiológicos un aumento mayor de la prevalencia de esta sintomatología, sobre todo de la ansiedad y depresión. Se concluyó que sin las intervenciones psicológicas pertinentes los profesionales sanitarios pueden llegar a desarrollar síntomas similares a los que se observan en el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), debido a las conductas fomentadas durante la pandemia e incluso podría aparecer trastornos por estrés postraumático [22].

Un estudio realizado en China en 2019, cuyo objetivo era investigar el impacto psicológico en trabajadores médicos de segunda línea, mostró sintomatología ansiosa y depresiva en una cuarta parte del personal encuestado, relacionándose dicho impacto con la preocupación por su salud física y el hecho de la aparición de la COVID-19 en familiares o contactos estrechos [23]. Sin embargo, otra investigación posterior, realizada con trabajadores de salud que trataban directamente a pacientes con COVID-19, concluyó prevalencias más elevadas, señalando la presencia de angustia psicológica en el 71,5%, depresión en el 50,4%, ansiedad en el 44,6% e insomnio en el 34%. Las fuentes de angustia se relacionaron con sentimientos de vulnerabilidad o pérdida de control, preocupaciones sobre la salud de uno mismo y de la familia, la propagación del virus y estar aislados [14]. Ambos estudios coinciden en que la incidencia de las diferentes variables estudiadas es más grave en los profesionales sanitarios que en la población general [14,23].

En Italia, en la primera investigación realizada sobre la salud mental de los trabajadores sanitarios durante el momento de mayor incidencia de la COVID-19 en este país, relató que el 49,38% mostraban estrés postraumático, el 24,73% depresión, 19,80% ansiedad y el 8,27% insomnio; siendo la zona norte del país la que mayores niveles sintomatológicos presentaba, relacionados con la alta prevalencia de la enfermedad en esas regiones [24]. Otro análisis llevado

a cabo por el Istituto Auxológico Italiano con objetivos similares, obtuvo resultados aún más elevados señalando ansiedad en el 32,3% de los profesionales y depresión en el 26,8%, observando también la existencia de agotamiento emocional y despersonalización [25].

En España, es un hecho que la salud mental de los trabajadores no era óptima antes de la pandemia, los niveles de burnout eran ya bastante elevados [26], siendo estos un factor de vulnerabilidad emocional, ocasionando agotamiento y ansiedad que puede desembocar en síntomas depresivos; a los que hay que añadir que, con el inicio de la pandemia, los profesionales sanitarios están expuestos al sufrimiento y a la muerte de manera diaria [27].

Un estudio realizado en España durante los momentos de mayor incidencia epidemiológica de la enfermedad en el país, entre el 6 y el 19 de abril, señaló que los médicos y los profesionales de enfermería han sido los colectivos más afectados por este síndrome, al estar más implicados en la detección y tratamiento de la enfermedad. De esta misma manera, también se señaló que la despersonalización era uno de los aspectos con más afectación como consecuencia de la falta de medios de protección individual y el peligro al contagio y que el agotamiento emocional era una consecuencia de su activa exposición al virus durante sus labores asistenciales [27].

En otra investigación realizada para conocer el impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles, determinó que el 46,7% padecían estrés, el 37% ansiedad, 27,4% depresión, 28,9% insomnio y 44% miedo a la enfermedad [28]; resultados similares han sido señalados en otro estudio con el mismo objetivo, identificándose la ansiedad, el estrés, la depresión y el insomnio como la sintomatología más prevalente [29].

Al estudiar la diferencia entre el impacto psicológico debido a la COVID-19, entre las unidades de hospitalización y atención primaria se observó que los profesionales de la salud de los servicios de hospitalización se percibían emocionalmente peor que sus compañeros de ambulatorio, encontrándose una correlación inversa donde a peor estado emocional más

probabilidad en el desarrollo de conductas y pensamientos incoherentes, afectando negativamente a las actividades laborales y asistenciales [30].

También, se han datado una serie de variables que influyen en el impacto emocional de la pandemia por la COVID-19, observándose que los trabajadores de primera línea son los que presentan mayor índice de estrés y ansiedad [22,31]; por otro lado, también se han constatado niveles más altos de ansiedad y estrés en las mujeres y los profesionales de edad avanzada [28]. Por categoría profesional, uno de los colectivos más afectados son los profesionales de enfermería, el 50% de los mismos perciben que su salud emocional es baja, es decir, 1 de cada 2 enfermeros/as considera que no tienen una salud mental óptima para desempeñar sus labores profesionales [31].

Además, se ha visto que las relaciones interpersonales negativas con familiares o amigos están estrechamente asociadas con un aumento de la ansiedad y depresión [15], donde la aparición del estigma social por el miedo al contagio puede acentuar la aparición de dicha sintomatología [28], lo que unido a la sobrecarga de trabajo puede condicionar, además, el desarrollo de estrés, insomnio y burnout, reduciendo la resiliencia y la capacidad de los equipos de salud para ofrecer una atención sanitaria adecuada ante el aumento de la demanda de atención [32].

En los últimos estudios se ha empezado a reflejar que tener un colega hospitalizado, en cuarentena o fallecido, aumenta la percepción de peligro vital ante la enfermedad, fomentándose la aparición de estrés postraumático [24]. Además, se encontró que aquellos trabajadores de la salud que pensaban de manera reiterada en necesitar ayuda de un profesional de la salud mental eran los que mayores niveles de estrés presentaban [33]. Estas circunstancias, a largo plazo, favorecen el desarrollo y dependencia en el de abuso de sustancias como ansiolíticos o alcohol, para afrontar los eventos que se están viviendo, para minimizar las sintomatologías mencionadas a lo largo de este proyecto [11].

Todas las investigaciones revisadas [12-14,20,24,29,31,34] señalan la importancia de prestar atención psicológica y emocional a estos profesionales y reforzar los servicios de salud mental, para que mediante intervenciones específicas se pueda mejorar su bienestar emocional. Sin embargo, no solo es necesario reforzar con intervenciones psicológicas la salud mental de los trabajadores, sino garantizar sus labores asistenciales de la manera más segura posible. El 9 de mayo de 2020 la Asociación de Médicos Unidos por sus Derechos presenta un documento titulado “*Condiciones de los médicos españoles en la práctica clínica*” donde se pone de manifiesto las pésimas condiciones de protección con la que los facultativos desempeñan sus labores sanitarias durante la pandemia, donde casi 9 de cada 10 médicos se consideró vector de transmisión de la enfermedad, lo que eso conlleva, un aumento del riesgo de sufrir alteraciones emocionales en los profesionales sanitarios [27].

### **2.3. Afectación psicológica de la COVID-19 en los profesionales de enfermería**

Durante las epidemias previas como el SARS o el MERS, ya se comprobó cómo los/as enfermeros/as estaban psicológicamente muy afectados/as, incluso mucho más que otros colectivos sanitarios. Un estudio transversal sobre la salud mental de los/as enfermeros/as durante el brote por la COVID-19, llevado a cabo en Portugal, ha evidenciado la influencia de la relación entre la protección ante la COVID-19 y el miedo percibido; aquellos profesionales de enfermería que se percibían más protegidos con los correspondientes equipos de protección individual presentaban menos sintomatología emocional debido a la disminución del miedo al contagio [35].

En Estados Unidos, la American Nurses Association (ANA) [36], una de las asociaciones enfermeras con más prestigio a nivel internacional, realizó un análisis en 32 mil enfermeras/os, en el cual el 74% de los encuestados percibieron ausencia de seguridad en los equipos de protección individual, un 64% manifestaron preocupación por sus familias y el 85% no querían ir a trabajar por miedo al contagio. Otra investigación, de carácter cualitativo, elaborada en Michigan [34], en la que se realizó el análisis de contenidos de las respuestas de 695

enfermeros/as sobre las situaciones más estresantes que habían experimentado durante la pandemia, con relación a 6 temas básicos; constató que el 40% de las respuestas se codificaron dentro del grupo enfermedad/muerte, el cual se refería al contacto estrecho con la infección, la enfermedad, deterioro y muerte de pacientes e incluso de compañeros de trabajo o seres queridos, así como al estrés relacionado con mantener a los pacientes enfermos aislados de los miembros de la familia y de sus seres queridos.

Estudios realizados en China con personal de enfermería en primera línea, señalan que el 41,5% estaban emocionalmente agotados, un 27,6% presentaron síntomas de despersonalización y el 94,8% lesiones considerables en la piel por los EPI (Equipos de Protección Individual) [37]. También se señaló en otra investigación la aparición de ideas suicidas en un 6,5% de profesionales y de sintomatología somática en un 42,7% [38], donde los/as enfermeros/as de primera línea mostraron en un 1/3 ansiedad y depresión y 1/5 estrés postraumático [39] considerándose a los profesionales de enfermería el colectivo más afectado [15]. Se ha señalado la importancia de la percepción individual del personal de enfermería sobre su salud mental, ya que los mismos, pueden no estar expuestos al patógeno continuamente y dadas las circunstancias sociales que ha ocasionado la pandemia, llegar a estar emocionalmente deteriorado. Además, no tener la oportunidad de mostrar y/o expresar los sentimientos, se asoció a un aumento de los niveles de ansiedad [38].

A nivel nacional, un estudio llevado a cabo en Andalucía, previo a la pandemia, evaluó el nivel de burnout, el estrés percibido y la satisfacción personal de los profesionales de enfermería en los departamentos de urgencias, los datos mostraron que el 26% de estos profesionales sufrían burnout, observándose en el 21,05% altos niveles de agotamiento emocional, así como altos niveles de despersonalización en el 43,27% [26].

Con posterioridad, se ha realizado un estudio en relación con la incidencia del burnout durante la COVID-19, el cual mostró también valores muy altos en la dimensión despersonalización que casi duplican al resto de dimensiones. También, constataron que los

profesionales de enfermería presentaban un riesgo 3,78 veces mayor de sufrir agotamiento emocional al pasar más tiempo con los pacientes [27]. Este agotamiento emocional hace que el personal sanitario se enfrente a estas circunstancias de una manera muy vulnerable, observándose percepciones de mala salud [31].

En relación, a las variables que influyen en el impacto emocional, como ya se ha comentado anteriormente los profesionales de enfermería son los más afectados en relación con otros colectivos [15,31]. También se han encontrado diferencias en función del sexo, las mujeres tanto a nivel general en la población como dentro del colectivo de los profesionales sanitarios sufren más vulnerabilidad a la hora de desarrollar afectaciones emocionales en comparación con los varones [14,20,28,31]; posiblemente ocasionado por el cuidado de los niños, la falta de conciliación familiar, el aumento de las horas de trabajo y la carga laboral; además, la sensación de vulnerabilidad durante la cuarentena, agravó los síntomas de depresión y ansiedad aún más [22,40].

### **3. JUSTIFICACIÓN**

Tras la revisión bibliográfica se ha visto como todos los estudios muestran comorbilidades mentales tanto en la población general como en los propios sanitarios, sobre todo en aquellos sanitarios que se encuentran en primera línea contra la COVID-19, destacando el personal de enfermería, como uno de los colectivos más vulnerables. Dicha vulnerabilidad parece asociada a la alta carga asistencial, la inseguridad, la falta de medios de protección al inicio de la pandemia, el impacto emocional de sufrir diariamente el deterioro, la muerte de pacientes e incluso de compañeros de trabajo o seres queridos, la incertidumbre y el miedo al contagio propio o de familiares y amigos.

La duración de la pandemia ha generado una alta demanda asistencial y ha aumentado de forma considerable el nivel de fatiga y desgaste profesional en el personal de enfermería, provocando un incremento del burnout y un deterioro de la salud en el plano físico y emocional, observándose un aumento de la ansiedad, estrés, insomnio, miedo, conductas obsesivo-compulsivas y de evitación, entre otras ya mencionadas. Además, se ha constatado la necesidad de estudiar el impacto emocional en los profesionales de enfermería como consecuencia de la COVID-19, con el fin de poder prestar una adecuada atención psicológica y emocional a estos profesionales.

Sin embargo, los estudios sobre el tema, a nivel nacional, en relación a la salud mental de los profesionales de enfermería, como consecuencia de la COVID-19, no han sido abundantes y se han centrado en la mayoría de los casos en el colectivo de profesionales sanitarios a nivel general, tampoco hemos encontrado estudios realizados de forma específica con este colectivo en el Principado de Asturias, por ello consideramos importante realizar una investigación sobre el impacto psicológico de esta pandemia en los profesionales de enfermería de los servicios de Urgencias y Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), que están, en su mayoría, en primera línea contra el virus, estudiando las variables de prevalencia

más relevantes con el objetivo de detectar necesidades para poder realizar posteriormente las intervenciones necesarias para mejorar la salud mental de estos profesionales.

#### 4. OBJETIVOS

**Objetivo principal:** medir el impacto psicológico de la COVID-19 en el personal de enfermería de los servicios de Urgencias y Cuidados Intensivos en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

**Objetivos secundarios:**

- Estudiar la asociación entre las variables sociodemográficas y el nivel de estrés, ansiedad, depresión, insomnio y miedo a la COVID-19.
- Determinar el nivel percibido de apoyo social y de discriminación de los profesionales de enfermería durante la pandemia.
- Conocer si existen diferencias en función de la categoría profesional (auxiliares de enfermería y enfermeros/as) y el servicio dónde se trabaja (Urgencias y UCI) con el nivel de estrés, ansiedad, depresión, insomnio y miedo a la COVID-19.

## 5. METODOLOGÍA

### 5.1. Tipo de estudio

El diseño de proyecto que se lleva a cabo es un estudio observacional, de carácter descriptivo-transversal.

### 5.2. Contexto en el cuál se desarrolla el estudio

La investigación se llevará a cabo en los servicios de Urgencias y Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Central de Asturias<sup>3</sup> (HUCA), ubicado en la Avenida Roma (Finca la Cadellada) en Oviedo, que junto al Hospital Monte Naranco son los hospitales de referencia del área sanitaria IV del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) [41].

El HUCA es el hospital principal y de referencia de todo el Principado, además, a nivel nacional e internacional es referente por las enfermedades profesionales del sistema cardiorrespiratorio, donde se encuentra el Instituto Nacional de Silicosis (INS) [42-43]; también es referente por su pionera modernización con respecto a los demás hospitales de la provincia con la creación de un centro de investigación en biomedicina [42].

Este hospital cuenta con 10 destacadas áreas: **el área de hospitalización** que cuenta con 1039 camas y con una orientación al sur para facilitar el confort de los pacientes durante su estancia; **el área ambulatoria** con consultas, salas de técnicas, cirugía ambulatoria y el hospital de día para los tratamientos oncológicos, entre otros servicios; **el área técnica** con salas de radiodiagnóstico, unidades de cuidados intensivos y quirófanos; **el área de urgencias** cercana al anterior área con una disponibilidad comunicativa interna entre servicios y externa por carretera y aire (helipuerto) rápida y sencilla; **el área de rehabilitación** que cuenta con gimnasio, piscina y sala de fisioterapia; **el área de Gobierno**; **el área del INS** que consta de las especialidades de neumología ocupacional, el departamento técnico, la zona de fisiología respiratoria, neumología

---

<sup>3</sup> Excluyéndose las unidades de reanimación y la UCI pediátrica y añadiendo las Unidades de Críticos creadas exclusivamente durante la pandemia por la alta carga asistencial por la COVID-19 (UCI 8 y 9); siempre y cuando estén abiertas por que las circunstancias asistenciales lo requieran. Con respecto a Urgencias se excluye la planta 2<sup>º</sup>B adaptada durante la pandemia como unidad de Urgencias de observación de larga estancia, Urgencias tocoginecológicas y Urgencias pediátricas.

y cirugía torácica, **el área de investigación; el área universitaria y el área docente** que constan de 6 aulas y 11 seminarios para los alumnos de las carreras dentro de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud [42].

El área de Urgencias se encuentra en la zona este del edificio Z del HUCA en la planta 0, consta de 3 posibles entradas desde la calle, la primera corresponde a las ambulancias, la segunda para los ciudadanos adultos y la tercera exclusivamente para los pacientes pediátricos. Esta unidad consta de 14 servicios, donde según la gravedad se ofrecen diversas atenciones, en estas unidades encontramos [44]:

- **Área de atención urgente A:** 16 boxes.
- **Área atención urgente B:** 7 boxes, 2 de ellos para consultas médicas y 16 sillones.
- **Área de atención urgente C:** 13 boxes.
- **Área de custodia:** 2 boxes con aseo, 1 antesala y una sala de vigilancia policial.
- **Área polivalente:** 11 sillones distribuidos en dos salas y aseo para pacientes.
- **Área de traumatología y cirugía menor:** 2 salas de traumatología, 2 salas de cirugía menor y 4 boxes.
- **Sala de Críticos:** 2 salas con 2 boxes cada una, adaptadas para las urgencias de carácter vital.
- **Consultas:** 7 consultas médicas (la número 4 adaptada a pacientes psiquiátricos), 1 sala de técnicas, 1 gabinete de otorrinolaringología y 1 gabinete de oftalmología
- **Triaje:** 3 consultas para clasificación según gravedad.
- **Unidad de observación A:** 15 boxes
- **Unidad de observación B:** 10 boxes
- **Urgencias pediátricas:** 4 boxes, 3 camillas y 1 box de urgencia vital.
- **Urgencias tocoginecológicas:** 4 boxes y 3 consultas de exploración
- **Área de aislamiento:** 1 box (adaptado con aseo, exclusiva de entrada y varias de salida, duchas y cambiador) y 1 control de enfermería específico para esta área.

Además de contar los anteriores servicios con un gran espacio asistencial con sus respectivos controles de enfermería, aseos y almacenes, el servicio de urgencias consta de un área administrativa donde encontramos: los despachos del servicio (médicos, supervisor y coordinadores), el Servicio de Atención al Usuario (SAU), sala de espera, 2 salas de trabajo, sala de estar del personal, sala de reuniones, almacenes generales, sala de técnicas, aseos para el personal y el público y el vestuario de los trabajadores [44].

Las Unidades de Cuidados Intensivos a estudio son: la UCI cardíaca (UCI 1 y 2); la UCI polivalente (UCI 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9), con las UCI creadas en diversas ubicaciones del hospital durante la pandemia para asistir la alta demanda de cuidados intensivos por la enfermedad producida por el SARS-COV-2 (UCI 8 y 9).

La UCI cardíaca, unidades 1 y 2 de los Cuidados Intensivos esta ubicada en la zona oeste del edificio Z del HUCA en la planta +1. Cada una de estas unidades consta de 10 boxes, 1 control de enfermería en la zona central de la unidad, una farmacia, un control limpio y otro control sucio [45].

La UCI polivalente, unidades 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9, de los Cuidados Intensivos esta ubicada en la zona este del edificio Z del HUCA en la planta +1. Las unidades 3, 4, 5 y 6 constan cada una de ellas de 10 boxes, 1 control de enfermería en la zona central de la unidad, una farmacia, un control para el limpio y otro control para el sucio. La UCI 7, en condiciones normales permanece cerrada y se abre en caso de que las circunstancias asistenciales lo requieran, como ha sucedido durante la pandemia por la COVID-19, esta unidad consta con características similares a las anteriores UCI, salvo que esta unidad tan solo posee 4 boxes. Las UCI 8 y 9, dependen administrativa y asistencialmente de la UCI Polivalente, creadas por la alta demanda de cuidados intensivos durante la pandemia. La UCI 8 se encuentra en la zona este del edificio Z del HUCA, en la planta +1, donde antes se encontraba el vestuario de los alumnos de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, esta unidad consta de 14 camas. La UCI 9 se encuentra en la zona sur del edificio C del HUCA, en la planta -1, donde antes se localizaba el gimnasio del

hospital, esta unidad tras su reacondicionamiento consta de 18 camas. Ambas unidades están equipadas con los correspondientes controles y estancias similares a las anteriores UCI.

### 5.3. Población a estudio

La población a estudio será elegida por muestreo no probabilístico por conveniencia. La población diana está constituida por 542 sujetos, el total del personal de enfermería que trabaja en los servicios de Urgencias y Cuidados Intensivos del HUCA<sup>4</sup>, (ver Tablas 1 y 2).

Tabla 1: Profesionales de enfermería de Urgencias y Cuidados Intensivos del HUCA

	ENFERMERÍA	TCAE <sup>5</sup>	TOTAL
URGENCIAS	73	56 <sup>6</sup>	129
UCI	255	158	413
TOTAL	328	214	542

Tabla 2: Profesionales de enfermería desglosados según UCI

	ENFERMERÍA	TCAE	TOTAL
UCI CARDÍACA <sup>7</sup>	55	33	88
UCI POLIVALENTE <sup>8</sup>	200	125	325
TOTAL	255	158	413

La muestra final estará formada por todos los profesionales que estén trabajando, actualmente en dichos servicios (n=542) y que cumplan todos los criterios de inclusión requeridos. Para que la muestra sea representativa, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, se precisarán como mínimo 226 sujetos.

<sup>4</sup> Se reflejan en las consiguientes tablas 1 y 2 los aumentos de plantilla por la elevada carga asistencial que las supervisoras de los diferentes servicios nos remiten.

<sup>5</sup> Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

<sup>6</sup> Se han excluido los 10 TCAE del SAU (Servicio de Atención al Usuario), ya que su función es administrativa y no asistencial.

<sup>7</sup> Unidades 1 y 2.

<sup>8</sup> Unidades 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9.

#### Criterios de inclusión:

- Trabajar como enfermero/a o auxiliar de enfermería en la UCI o Urgencias en el HUCA. en el momento en que se realiza el estudio.
- Desarrollar funciones laborales en el plano asistencial.

#### Criterios de exclusión:

- Ser estudiante o personal en formación de enfermería o de TCAE.
- No haber completado cada uno de los cuestionarios o escalas al 80%.

#### **5.4. Instrumentos de medida**

**Cuestionario sociodemográfico y de opinión** (anexo 1): cuestionario diseñado por los autores del proyecto, constituido por 15 ítems, agrupados en 3 categorías: factores sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, hijos y convivencia), factores profesionales (categoría profesional, servicio asistencial y tiempo trabajado) y valoración personal (apoyo social y discriminación). Los factores sociodemográficos y profesionales se recogerán mediante sencillas respuestas escritas o marcando la opción deseada. La categoría de opinión se valorará mediante escalas tipo Likert de 0 a 10 (siendo 0=Nada de acuerdo y 10=Totalmente de acuerdo).

**Cuestionario DASS-21** (anexo2): cuestionario elaborado por Antony et al [46], traducida y validada al español por Bados et al [47] y utilizado en estudios similares por Dosil Santamaría et al [28] y García-Álvarez et al [16]. Está constituida por 21 ítems con 4 posibles respuestas en una escala tipo Likert: (0= No me ha ocurrido; 1= Me ha ocurrido un poco; 2= Me ha ocurrido bastante o durante una buena parte del tiempo; 3= Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo). Dichos ítems hacen referencia a 3 dimensiones, los ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21 evalúan la depresión; los ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20 se asocian a la ansiedad y los ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18 al estrés, durante la semana previa a la realización del cuestionario. Para la evaluación se usarán de similar proceder los criterios de corte mostrados en el estudio de García-Álvarez et al [16] ya que como indica en su análisis, *“la validación del cuestionario no muestra puntos de corte para la población española y la representatividad de la muestra es dudosa”*. Para

adaptar la puntuación a nuestro cuestionario, se multiplicará por tres las puntuaciones usadas por García-Álvarez et al [16], ya que en su estudio las puntuaciones usadas abarcan de 0 a 1 y en nuestro proyecto, conservamos la puntuación de la escala Likert de 0 a 3 que originalmente posee el cuestionario, siendo 0 la puntuación mínima y 21 la puntuación máxima para cada una de las 3 subescalas, siendo los puntos de corte: (0-3=No respuesta desadaptativa; 4-9=Dudoso; 10-12=Leve; 13-15=Moderado ;16-18=Grave y 19-21=Extremadamente grave).

**Escala Atenas de Insomnio (EAI)** (anexo 3): esta escala también usada por Dosil Santamaría et al [28], originalmente elaborada por Soldatos et al [48] y traducida y adaptada al español por Portocarrero et al [49]. Escala que consta de 8 ítems con 4 posibles respuestas en escala tipo Likert puntuando cada pregunta de 0 a 3 puntos. Los ítems 1, 2, 3 y 4 evalúan cuantitativamente el dormir, el ítem 5 la calidad del sueño y los ítems 6, 7 y 8 el impacto durante el día del sueño, durante el mes anterior a la realización de la escala. La puntuación abarca desde los 0 puntos (puntuación mínima), hasta los 24 puntos (puntuación máxima), cuánto más se puntúe, más grave es el insomnio percibido por el encuestado [49].

**Escala de miedo al coronavirus COVID-19 (FCV-19S)** (anexo 4): esta escala ha sido desarrollada por Ahorsu et al [50], traducida al español por Huarcaya et al [51] y validada en España por Martínez-Lorca et al [52]. Esta escala que consta de 7 ítems con 5 alternativas de respuesta en una escala tipo Likert cuyos significados son: (1=Totalmente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=Ni de acuerdo, ni en desacuerdo; 4=De acuerdo; 5= Totalmente de acuerdo). Las puntuaciones para la correcta valoración van desde los 7 puntos (puntuación mínima) hasta los 35 puntos (puntuación máxima); cuanto más se puntúe, más riesgo de miedo frente a la COVID-19 padece el encuestado [51].

## 5.5. Variables a estudio

- **Edad:** tiempo transcurrido de una persona desde el nacimiento hasta el momento en el cual se realice el estudio. Variable cuantitativa discreta.

- **Sexo**: características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Variable cualitativa, nominal, politómica. Valores: 1=Hombre; 2=Mujer; 3=Prefiero no contestar.
- **Estado civil**: condición de las personas establecido por su estado marital o relacional con otros individuos. Variable cualitativa, nominal, politómica. Valores: 1=Soltero/a; 2=Casado/a; 3=Separado/a; 4=Viudo/a.
- **Hijos**: personas con relación sentimental de unión con respecto a sus progenitores. Variable cualitativa, nominal y dicotómica. Valores: 1=Sí; 2=No.
- **Convivencia**: acción de vivir con otras personas en el hogar sean familia, pareja, hijos o allegados. Variable cualitativa, nominal, dicotómica. Valores: 1=Sí; 2=No.
- **Categoría profesional**: conjunto de profesionales sanitarios encargados del cuidado de las personas y enfermos. Variable cualitativa, nominal, politómica. Valores: 1=Enfermería; 2=Auxiliares de enfermería; 3=Estudiante o personal en formación.
- **Servicio/Unidad**: conjunto de infraestructuras en las cuales se desempeñan intervenciones sanitarias. Variable cualitativa, nominal, dicotómica. Valores: 1= Urgencias; 2= Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- **Tiempo trabajado**: periodo de tiempo de prestación laboral en el servicio. Variable cuantitativa discreta. Valores 1=Menos de 3 meses; 2=Entre 3-6 meses; 3=Más de 6 meses.
- **Discriminación**: trato desigual hacia el personal sanitario por estar en contacto directo con la COVID-19, con pretensión de excluir del entorno a dicho grupo. Variable cuantitativa discreta. Valores: desde 0 a 10 puntos.
- **Apoyo social**: sentimiento de soporte y estima percibido por el individuo aportado por su entorno familiar, personal o laboral durante la pandemia por la COVID-19. Variable cuantitativa, discreta. Valores: desde 0 a 10 puntos.

- **Miedo a la COVID-19**: respuesta emocional ante un peligro real o amenaza específica que se desencadena ante esta enfermedad. Variable cuantitativa discreta. Valores: desde 7 a 35 puntos.
- **Estrés**: proceso en el que las demandas ambientales comprometen o superan la capacidad adaptativa de un organismo, dando lugar a cambios biológicos y psicológicos que pueden situar a la persona en riesgo de enfermedad. Variable cuantitativa discreta. Valores: desde 0 hasta 21 puntos.
- **Ansiedad**: sensación difusa de inquietud, malestar, desasosiego que no está unida a una causa concreta que la provoque. Variable cuantitativa discreta. Valores: desde 0 hasta 21 puntos.
- **Depresión**: trastorno del estado de ánimo donde permanecen actitudes de tristeza profunda durante un tiempo prolongado. Variable cuantitativa discreta. Valores: desde 0 hasta 21.
- **Insomnio**: alteración en el sueño, durante el mismo o para conciliarlo de manera extensa en el tiempo, dificultando el descanso. Variable cuantitativa discreta. Valores: desde 0 hasta 24 puntos.

## 5.6. Procedimiento

Tras la obtención de los permisos del Comité de Ética, se comunicará dicha autorización a la Dirección de Enfermería y a las Supervisoras de las diferentes unidades. Con el fin de realizar la entrega de cuestionarios de la forma más adecuada, hemos hablado previamente con la Unidad Docente del HUCA y las Supervisoras de las unidades correspondientes.

La entrega y recogida de cuestionarios está prevista en los meses de mayo y junio. Diez días antes del inicio del estudio, el investigador principal del proyecto enviará un correo electrónico a las cuentas profesionales del SESPA de las Supervisoras de dichas unidades y a la Dirección de Enfermería del HUCA para informar del inicio de la recogida de datos y de los objetivos de la investigación, los movimientos que se van a realizar en sus respectivas unidades

y cómo se va a realizar la administración de cuestionarios, acorde con las circunstancias sanitarias actuales. La dirección de correo electrónico se nos proporcionó por las propias Supervisoras y la Unidad Docente del propio hospital al ponernos en contacto con Docencia y Supervisoras de las unidades.

Se prepararán dos carpetas para cada servicio, de colores llamativos para que sea fácil la identificación para los profesionales, la primera estará rotulada con el siguiente epígrafe: *“TFG: CUESTIONARIOS IMPACTO PSICOLÓGICO COVID-19 ENFERMERÍA Y TCAE (añadiendo el nombre del servicio correspondiente)”* y la segunda con el epígrafe *“TFG: ENTREGA CUESTIONARIOS IMPACTO PSICOLÓGICO COVID-19 ENFERMERÍA Y TCAE (añadiendo el nombre del servicio correspondiente)”* cada carpeta contendrá tantos sobres como personal en la unidad, junto con los cuestionarios a cumplimentar, el consentimiento informado y una hoja explicativa del estudio y sus objetivos, los datos sobre los investigadores y un correo electrónico de contacto. Las carpetas y sobres serán llevados a cada unidad por el investigador principal cumpliendo las normas sanitarias vigentes.

En el servicio de Urgencias se dejarán las carpetas con los sobres correspondientes, en la sala de estar del personal, por protocolo pautado desde la Supervisión de dicha unidad. Para movilizar la muestra para participar en el estudio, se avisará de su realización a los profesionales de la unidad que se encuentren en el mismo momento en el que se lleven los cuestionarios. Posteriormente, se pasará de manera presencial a los 15 días, solicitando nuevamente la participación de los profesionales (avisando 10 días antes a la misma Supervisión del proceder). En la UCI los cuestionarios se localizarán en los respectivos controles de cada servicio, como se nos indicó desde la Supervisión de las UCI, no considerándose desde la visión de los investigadores medidas alternativas para movilizar la participación del estudio. Una vez rellenados los cuestionarios, los participantes de ambas unidades, tendrán que depositar dentro del sobre las escalas y cuestionarios cumplimentados, guardándolos en la carpeta de entrega de cuestionarios.

El tiempo máximo para la cumplimentación de los cuestionarios serán 30 días dentro de los meses de mayo y junio, antes de su recogida se informará a los Supervisores de las unidades con 10 días de antelación de su recogida cumpliendo las normas vigentes. Los sobres con los cuestionarios serán sometidos a un periodo de cuarentena antes de su análisis. Todo el material (cuestionarios, sobres y carpetas) serán manipulados con guantes durante todo el proceso por parte de los investigadores.

En el caso de que las condiciones sanitarias no permitan la administración presencial de los cuestionarios, esta se realizará de forma online a través de Microsoft Forms. Para acceder al formulario por parte de los profesionales de enfermería, se dejará una hoja en cada Servicio respetando las normas sanitarias vigentes, avisando a la Unidad Docente del HUCA y Supervisoras de las unidades con anterioridad mediante correo electrónico oficial del SESPA con los objetivos del estudio y la solicitud del mismo al personal, para poder enviar y cumplimentar los cuestionarios.

#### **5.7. Análisis estadístico**

Una vez recogidos todos los datos se procederá a realizar el análisis estadístico y descriptivo de los mismos mediante la última versión del programa informático IBM SPSS. Para el estudio descriptivo de las variables cuantitativas se calculará la media aritmética, máximos y mínimos, desviación estándar (DE) y los intervalos de confianza al 95% (IC 95%). En el caso de las variables cualitativas se utilizarán frecuencias y porcentajes (%).

A través de la prueba de Kolmogórov-Smirnov, se comprobará si la distribución de las puntuaciones es normal. En el caso de precisar pruebas estadísticas paramétricas se usarán: la prueba T-Student para estudiar el nivel de asociación existente entre las variables cuantitativas y cualitativas dicotómicas y el estadístico ANOVA para establecer la relación entre las variables cuantitativas y cualitativas politómicas. En el caso de necesitar estadísticos no paramétricos usaremos la asociación entre variables cuantitativas y cualitativas dicotómicas la prueba U de

Mann-Whitney y para comparar las variables cuantitativas y cualitativas politómicas la prueba de Kruskal-Wallis.

También se utilizará la prueba Chi-cuadrado de Pearson, para observar la asociación entre las variables cualitativas. Para estudiar la relación entre las variables cuantitativas se utilizarán el coeficiente de correlación de Pearson, Spearman u otra prueba según proceda cuando se analicen los datos. Se establecerá como nivel de significación un valor de  $p < 0'05$ .

## **6. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES**

La participación en este estudio estará de acuerdo con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki. El tratamiento de los datos obtenidos en el mismo se hará con estricta confidencialidad y conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y el Real Decreto 1720/2007, del 21 de diciembre. Además, se procederá según lo establecido tras la obtención de la documentación necesaria facilitada por el Comité de Ética del Hospital Universitario Central de Asturias.

Este trabajo no supone ningún riesgo para los participantes, la participación es totalmente voluntaria y los participantes tendrán la posibilidad de abandonar libremente la investigación, en el momento que lo deseen.

## 7. RECURSOS EMPLEADOS

En este estudio no se contempla la remuneración a los investigadores ni a los profesionales involucrados en la recogida de datos. La financiación de aspectos relacionados con la elaboración y desarrollo, análisis de datos y estadística, publicación y otros aspectos se harán inicialmente con fondos que puedan obtener para la investigación los propios investigadores. También señalar, que para la realización de este se dispone previamente de recursos informáticos tanto de ordenador, como del programa SPSS y el paquete informático Microsoft Office 365.

Tabla 3: Recursos usados

	RECURSOS	PRECIO (€)
<b>GASTOS DE PERSONAL</b>		**
<b>GASTOS DE EJECUCIÓN</b>	Carpetas	16,60€
	Bolígrafos y lápices	
	Libreta	
	Sobres	14,52€
	Fotocopias (cuestionario)	185€
	Grapas y Grapadora	7,12€
<b>TOTAL</b>		<b>223,24€</b>

\*\* Este proyecto no supone gastos de personal pues no se precisará de ayuda externa

## 8. CRONOGRAMA

Tabla 4: Cronograma

		Noviembre-2020	Diciembre-2020	Enero-2021	Febreo-2021	Marzo-2021	Abril-2021	Mayo-2021	Junio-2021	Julio-2021	Agosto- 2021	Septiembre-2021
ELABORACIÓN DEL ESTUDIO	Búsqueda bibliográfica	■	■	■								
	Búsqueda de instrumentos de medición				■							
	Elaboración de la metodología				■	■						
PETICIÓN DE PERMISOS	Petición de permisos						■	■				
	Contacto con Supervisoras y dirección de Enfermería							■				
RECOGIDA DE DATOS Y OBTENCIÓN DE RESULTADOS	Entrega y recogida de escalas, cuestionarios y consentimiento informado							■	■			
	Análisis estadístico de los datos									■	■	
	Redacción/interpretación de resultados y conclusiones del estudio										■	■

## **9. LIMITACIONES Y SESGOS DEL ESTUDIO**

Al ser una población a estudio fluctuante e indeterminada por las circunstancias sociales en las cuáles se desenvuelve el estudio, nos podemos encontrar una limitación en la muestra, si no se consigue llegar a todos los profesionales que trabajan en dichas unidades, por la gran movilidad de trabajadores que existen en estos momentos y también por la dificultad de acceder de forma directa a las Unidades de Cuidados Intensivos. Además, se ha intentado eludir el sesgo de medición seleccionando cuestionarios con validez y fiabilidad probada y que sean lo más breves y claros posibles. Por último, señalar que los resultados de esta investigación no son generalizables.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization [Internet]. Ginebra: World Health Organization [acceso 24 marzo 2021]. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it. Disponible en: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)
2. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad del Gobierno de España; 2020 [acceso 8 octubre 2020]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Informacion\\_inicial\\_alerta.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Informacion_inicial_alerta.pdf)
3. 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) [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad del Gobierno de España; 2020. [acceso 29 diciembre 2020]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Valoracion\\_declaracion\\_emergencia\\_OMS\\_2019\\_nCoV.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Valoracion_declaracion_emergencia_OMS_2019_nCoV.pdf)
4. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Análisis de los casos de COVID-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España [Internet]. España: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica; 2020 [acceso 8 diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20n%C2%BA%2033.%20An%C3%A1lisis%20de%20los%20casos%20de%20COVID-19/Informe%20n%C2%BA%2033.%20An%C3%A1lisis%20de%20los%20casos%20de%20COVID-19%20hasta%20el%2010%20de%20mayo%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2029%20de%20mayo%20de%202020.pdf>

5. La Moncloa [Internet]. Madrid: Gobierno de España; 2020 [actualizado 14 marzo 2020; acceso 10 enero 2021]. El Gobierno decreta el estado de alarma para hacer frente a la expansión de coronavirus COVID-19. Disponible en: [https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/resumenes/Paginas/2020/14032020\\_alarma.aspx](https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/resumenes/Paginas/2020/14032020_alarma.aspx)
6. 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. Boletín Oficial del Estado, nº 3692, (14-04-2020).
7. World Health Organization [Internet]. Ginebra: World Health Organization [actualizado 27 abril 2021; acceso 27 abril 2021]. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Disponible en: <https://covid19.who.int/>
8. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Actualización nº 361. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19) 26-04-2021 [Internet]. España: Ministerio de Sanidad del Gobierno de España; 2021. [acceso 27 abril 2021]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion\\_361\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_361_COVID-19.pdf)
9. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. España: Instituto Nacional de Estadística [acceso 20 enero 2020]. Edad media de la población por comunidad autónoma, según sexo. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=3198#!tabs-grafico>
10. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *Eur Psychiatry*. 2020;63(1).
11. Braquehais MD, Vargas-Cáceres S, Gómez-Durán E, Nieva G, Valero S, Casas M, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *QJM An Int J Med*. 2020;113(9):613–7.

12. Neto MLR, Almeida HG, Esmeraldo JD, Nobre CB, Pinheiro WR, de Oliveira CRT, et al. When health professionals look death in the eye: the mental health of professionals who deal daily with the 2019 coronavirus outbreak. *Psychiatry Res.* 2020; 288:112972.
13. Cullen W, Gulati G, Kelly BD. Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM An Int J Med.* 2020;113(5):311–2.
14. 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;3(3):e203976.
15. Que J, Shi L, Deng J, Liu J, Zhang L, Wu S, et al. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *Gen Psychiatry.* 2020 Jun 14;33(3):e100259.
16. García-Álvarez L, de la Fuente-Tomás L, García-Portilla MP, Sáiz PA, Lacasa CM, Dal Santo F, et al. Early psychological impact of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) pandemic and lockdown in a large Spanish sample. *J Glob Health.* 2020;10(2).
17. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry.* 2020;7(4):300–2.
18. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(5):1729.
19. Shi L, Lu Z-A, Que J-Y, Huang X-L, Liu L, Ran M-S, et al. Prevalence of and Risk Factors Associated With Mental Health Symptoms Among the General Population in China During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Netw Open.* 2020;3(7):e2014053.
20. Rodríguez-Rey R, Garrido-Hernansaiz H, Collado S. Psychological impact of COVID-19 in Spain: Early data report. *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy.* 2020;12(5):550–2.

- 21.** Centro de Investigaciones Sociológicas [Internet]. Madrid: Gobierno de España; 2021 (actualizado 4 marzo 2021, acceso 4 abril 2021). Nota informativa sobre el avance de resultados del “Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la COVID-19”. Disponible en: [http://www.cis.es/cis/opencms/ES/9\\_Prensa/Noticias/2021/prensa0494NI.html](http://www.cis.es/cis/opencms/ES/9_Prensa/Noticias/2021/prensa0494NI.html)
- 22.** da Silva Neto RM, Benjamim CJR, de Medeiros Carvalho PM, Neto MLR. Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: A systematic review with meta-analysis. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*. 2021;104:110062.
- 23.** Dong Z-Q, Ma J, Hao Y-N, Shen X-L, Liu F, Gao Y, et al. The social psychological impact of the COVID-19 pandemic on medical staff in China: A cross-sectional study. *Eur Psychiatry*. 2020;63(1):e65.
- 24.** Rossi R, Socci V, Pacitti F, Di Lorenzo G, Di Marco A, Siracusano A, et al. Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Netw Open*. 2020;3(5):e2010185.
- 25.** Giusti EM, Pedroli E, D’Aniello GE, Stramba Badiale C, Pietrabissa G, Manna C, et al. The Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Health Professionals: A Cross-Sectional Study. *Front Psychol*. 2020;11.
- 26.** Portero de la Cruz S, Cebrino J, Herruzo J, Vaquero-Abellán M. A Multicenter Study into Burnout, Perceived Stress, Job Satisfaction, Coping Strategies, and General Health among Emergency Department Nursing Staff. *J Clin Med*. 2020;9(4):1007.
- 27.** Martínez-López JÁ, Lázaro-Pérez C, Gómez-Galán J, Fernández-Martínez M del M. Psychological Impact of COVID-19 Emergency on Health Professionals: Burnout Incidence at the Most Critical Period in Spain. *J Clin Med*. 2020;9(9):3029.
- 28.** Dosil Santamaría M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo Rodríguez I, Jaureguizar Alboniga-Mayor J, Picaza Gorrotxategi M. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020.

29. Batalla-Martín D, Campoverde Espinosa K, Broncano-Bolzoni M. El impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios durante la COVID-19. *Rev Enfermería y Salud Ment.* 2020;(16):17–25.
30. Gómez-Salgado J, Domínguez-Salas S, Romero-Martín M, Ortega-Moreno M, García-Iglesias JJ, Ruiz-Frutos C. Sense of Coherence and Psychological Distress Among Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic in Spain. *Sustainability.* 2020;12(17):6855.
31. Becerra-Canales B, Ybaseta-Medina J. Salud autopercebida en trabajadores de enfermería del primer nivel de atención, durante la pandemia de COVID-19. *Rev Médica Panacea.* 2020;9(2):113–7.
32. Di Monte C, Monaco S, Mariani R, Di Trani M. From Resilience to Burnout: Psychological Features of Italian General Practitioners During COVID-19 Emergency. *Front Psychol.* 2020;11.
33. Romero CS, Delgado C, Catalá J, Ferrer C, Errando C, Iftimi A, et al. COVID-19 psychological impact in 3109 healthcare workers in Spain: The PSIMCOV group. *Psychol Med.* 2020;1–7.
34. Arnetz JE, Goetz CM, Arnetz BB, Arble E. Nurse Reports of Stressful Situations during the COVID-19 Pandemic: Qualitative Analysis of Survey Responses. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(21):8126.
35. Sampaio F, Sequeira C, Teixeira L. Nurses' Mental Health During the Covid-19 Outbreak. *J Occup Environ Med.* 2020;62(10):783–7.
36. American Nurses Association [Internet]. Estados Unidos: American Nurses Association; 2020 [actualizado 24 abril 2020, acceso 21 diciembre 2020]. More than 32K nurses share experience from the front lines. Disponible en: <https://anamichigan.nursingnetwork.com/nursing-news/179188-more-than-32k-nurses-share-experience-from-the-front-lines>

37. Hu D, Kong Y, Li W, Han Q, Zhang X, Zhu LX, et al. Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine*. 2020;24:100424.
38. Hong S, Ai M, Xu X, Wang W, Chen J, Zhang Q, et al. Immediate psychological impact on nurses working at 42 government-designated hospitals during COVID-19 outbreak in China: A cross-sectional study. *Nurs Outlook*. 2021;69(1):6–12.
39. Cai Z, Cui Q, Liu Z, Li J, Gong X, Liu J, et al. Nurses endured high risks of psychological problems under the epidemic of COVID-19 in a longitudinal study in Wuhan China. *J Psychiatr Res*. 2020;131:132–7.
40. Ausín B, González-Sanguino C, Castellanos MÁ, Muñoz M. Gender-related differences in the psychological impact of confinement as a consequence of COVID-19 in Spain. *J Gend Stud*. 2021;30(1):29–38.
41. Hospital Universitario Central de Asturias [Internet]. Asturias: Servicio de Salud del Principado de Asturias [acceso 20 febrero 2021]. Historia. Disponible en: [http://www.hca.es/huca/web/main.asp?id\\_pagina=2](http://www.hca.es/huca/web/main.asp?id_pagina=2)
42. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Gobierno del Principado de Asturias. Nuevo Hospital Universitario Central de Asturias. [Internet]. Asturias: Gobierno del Principado de Asturias; 2017 [acceso 20 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/36144/Las+claves+del+nuevo+Hospital+Universitario+Central+de+Asturias.pdf/7df02706-7d4d-72b9-c601-cfa87cce83f3>
43. Astursalud [Internet]. Asturias: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2017 [actualizado 26 marzo 2021, acceso 20 abril 2021]. Radiografía del nuevo Hospital Universitario Central de Asturias. Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/radiografia-del-nuevo-hospital-universitario-central-de-asturias>
44. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Norma funcional del servicio de urgencias generales [Internet]. Asturias: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2016. [acceso 20

- febrero 2021]. Disponible en:  
[http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f\\_archivos/NORMA%20FUNCIONAL%20URGENCIAS.pdf](http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/NORMA%20FUNCIONAL%20URGENCIAS.pdf)
- 45.** Servicio de Salud del Principado de Asturias. Norma funcional UCI 1 y 2 [Internet]. Asturias: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2015. [actualizado mayo 2015; citado 20 febrero 2021]. Disponible en:  
[http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f\\_archivos/NORMA%20FUNCIONAL%20UCI%201%20y%202\(1\).pdf](http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/NORMA%20FUNCIONAL%20UCI%201%20y%202(1).pdf)
- 46.** Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychol Assess.* 1998;10(2):176–81.
- 47.** Bados A, Solanas A, Andrés R. Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema.* 2005;17(4):679–83.
- 48.** Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J Psychosom Res.* 2000;48(6):555–60.
- 49.** Portocarrero AN, Jiménez-Genchi A. Estudio de validación de la traducción al español de la Escala Atenas de Insomnio. *Salud Ment.* 2005;28:34-9.
- 50.** Ahorsu DK, Lin C-Y, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *Int J Ment Health Addict.* 2020.
- 51.** Huarcaya-Victoria J, Villarreal-Zegarra D, Podestà A, Luna-Cuadros MA. Psychometric Properties of a Spanish Version of the Fear of COVID-19 Scale in General Population of Lima, Peru. *Int J Ment Health Addict.* 2020.
- 52.** Martínez-Lorca M, Martínez-Lorca A, Criado-Álvarez JJ, Armesilla MDC, Latorre JM. The fear of COVID-19 scale: Validation in Spanish university students. *Psychiatry Res.* 2020;293:113350.

## 11. ANEXOS

### 11.1. Consentimiento informado para participar en el estudio

**Título:** *Impacto psicológico de la COVID-19 en el personal de enfermería de las unidades de Urgencias y Cuidados Críticos en el Hospital Universitario Central de Asturias*

**Investigador principal:** *Jorge Núñez Suárez*

**Organismo:** *Universidad de Oviedo*

**Lugar de realización:** *Urgencias y Cuidados Intensivos del HUCA*

Este estudio tiene como objetivo **medir el impacto psicológico de la COVID-19 en el personal de enfermería de los servicios de Urgencias y Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)**

La participación en el mismo es completamente anónima, confidencial, libre y voluntaria y no tendrá ninguna repercusión negativa para usted y podrá retirarse del mismo cuando lo desee. El tratamiento de datos se hará conforme a lo dispuesto por la **Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre**, de protección de datos de carácter personal y el **Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre**. Para participar en el mismo solo tendrá que cubrir un **cuestionario sociodemográfico y de opinión y 3 cuestionarios** muy breves, que se presentan a continuación, la duración estimada es de unos **10 minutos**.

La información obtenida será conservada con estricta confidencialidad y los resultados obtenidos podrán ser remitidos a congresos o publicaciones científicas para su difusión, no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

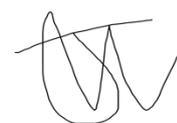
Una vez leídas las consideraciones anteriores acepto participar en el estudio:

Oviedo ..... de ..... del **2021**

\_\_\_\_\_  
Nombre o DNI del participante

\_\_\_\_\_  
Firma

**JORGE NÚÑEZ SUÁREZ**



\_\_\_\_\_  
Nombre o DNI del investigador principal

\_\_\_\_\_  
Firma

### **11.2. Preámbulo explicativo del estudio. ¿En qué consiste?**

Este estudio consta de dos partes: la primera es un cuestionario sociodemográfico y de opinión para conocer las características individuales y personales de cada encuestado como de su opinión ante las afirmaciones que se le presentan a continuación. La segunda parte consta de 3 cuestionarios y escalas, empezando por el cuestionario DASS-21 que medirá los niveles de ansiedad, estrés y depresión durante la semana previa; seguida de la Escala Atenas de Insomnio (EAI) que medirá la percepción del encuestado sobre el sueño; para finalizar se analizará mediante la Escala de Miedo al Coronavirus el miedo percibido producido por la COVID-19.

Para contestar, señale con una cruz "X" la opción deseada, si se equivocara de opción durante el proceso, tache la cruz ("~~X~~") y vuelva a señalar con "X" la nueva opción. Usted tras cumplimentar el consentimiento informado, acede de manera voluntaria y anónima a participar en este estudio.

En el caso de que tenga alguna duda sobre el cuestionario o quiera ponerse en contacto con los investigadores, puede hacerlo en el siguiente email: [UO264234@uniovi.es](mailto:UO264234@uniovi.es).

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLOBARACIÓN.**

### 11.3. ANEXO 1: Cuestionario sociodemográfico y de opinión

#### CATEGORÍA SOCIODEMOGRÁFICA

SEXO:  Hombre  Mujer  Prefiero no contestar

EDAD:

ESTADO CIVIL  Soltero/a  Casado/a  Separado/a  Viudo/a

¿TIENE HIJOS?  Sí  No

¿CONVIVE SOLO/A?  Sí  No

En caso negativo, ¿convive con personas con patologías crónicas?

Sí  No

En caso negativo, ¿se ha planteado irse de casa durante la pandemia?

Sí  No

En caso negativo ¿convive con personas mayores de 65 años?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿convive solo a causa de la pandemia?

Sí  No

#### FACTORES PROFESIONALES

CATEGORÍA PROFESIONAL  Enfermero/a  TCAE  Personal en formación

SERVICIO  Urgencias  UCI

TIEMPO TRABAJADO DE MANERA CONTINUADA EN EL SERVICIO  Menos de 3 meses  De 3 a 6 meses

Más de 6 meses

¿HA ESTADO DESARROLLANDO SU ACTIVIDAD ASISTENCIAL CON PACIENTES COVID-19 POSITIVOS?  Sí  No

#### VALORACIÓN PERSONAL

Conteste a las siguientes cuestiones según como de acuerdo este usted con ellas, siendo 0=Nada de acuerdo y 10=Totalmente de acuerdo

1. Me he sentido apoyado/a por mi entorno social, familiar y/o laboral

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Me he sentido discriminado/a o víctima de conductas vejatorias por ser profesional sanitario por mi entorno social, familiar y/o laboral

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

#### 11.4. ANEXO 2: Cuestionario DASS-21

Indique con una "X", según le haya pasado durante la semana pasada, sabiendo que: 0: "No me ha ocurrido"; 1: "Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo"; 2: "Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo"; 3: "Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo".

1	Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8	Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10	Sentí que no tenía nada por qué vivir	0	1	2	3
11	Noté que me agitaba	0	1	2	3
12	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16	No me puede entusiasmar por nada	0	1	2	3
17	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18	Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

### 11.5. ANEXO 3: Escala Atenas de Insomnio (EAI)

Seleccione con una "X" la respuesta con la cual se siente más de acuerdo, respecto a las siguientes afirmaciones, durante el pasado mes.

<b>1) Inducción del dormir (tiempo en que le toma quedarse dormido una vez acostado)</b>							
0	Ningún problema	1	Ligeramente retrasado	2	Marcadamente retrasado	3	Muy retrasado o no durmió en absoluto
<b>2) Despertares durante la noche</b>							
0	Ningún problema	1	Problema menor	2	Problema considerable	3	Problema serio o no durmió en absoluto
<b>3) Despertar final más temprano de lo deseado</b>							
0	No más temprano	1	Un poco más temprano	2	Marcadamente más temprano	3	Mucho más temprano o no durmió en absoluto
<b>4) Duración total del dormir</b>							
0	Suficiente	1	Ligeramente insuficiente	2	Marcadamente insuficiente	3	Muy insuficiente o no durmió en absoluto
<b>5) Calidad general del dormir (no importa cuánto tiempo durmió usted)</b>							
0	Satisfactoria	1	Ligeramente insatisfactoria	2	Marcadamente insatisfactoria	3	Muy insatisfactoria o no durmió en absoluto
<b>6) Sensación de bienestar durante el día</b>							
0	Normal	1	Ligeramente disminuida	2	Marcadamente disminuida	3	Muy disminuida
<b>7) Funcionamiento (físico y mental) durante el día</b>							
0	Normal	1	Ligeramente disminuido	2	Marcadamente disminuido	3	Muy disminuido
<b>8) Somnolencia durante el día</b>							
0	Ninguna	1	Leve	2	Considerable	3	Intensa

**11.6. ANEXO 4: Escala de miedo al coronavirus COVID-19 (FCV-19S)**

Señale con una "X" la respuesta que más le represente, sabiendo que: 1: "Totalmente en desacuerdo"; 2: "En desacuerdo"; 3: "Ni de acuerdo ni en desacuerdo"; 4: "De acuerdo"; 5: "Totalmente de acuerdo"

1- Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
2- Me pone incómodo/a pensar en el coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
3- Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
4- Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
5- Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales me pongo nervioso/a o ansioso/a	1	2	3	4	5
6- No puedo dormir por que estoy preocupado/a de contagiarme del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
7- Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5