



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

El estado emocional de la población de
Fuerteventura en tiempos de pandemia

Trabajo fin de estudio presentado por:	Sergio González Franco
Línea de investigación:	Evaluación y diagnóstico en psicología general sanitaria
Director/a:	Dra. Andrea Pérez Rodríguez
Fecha:	Puerto del Rosario, 13 de enero 2022

Índice de contenidos

Resumen.....	7
Abstract	8
1. Marco teórico	9
1.1. Antecedentes del SARS-CoV-2.....	9
1.1.1. Concepto de coronavirus	9
1.1.2. Incidencia SARS-CoV-2 durante la primera ola en Canarias	9
1.2. El SARS-CoV-2 año y medio después del inicio del primer estado de alarma	11
1.2.1. Incidencia del SARS-CoV-2 en Canarias	11
1.2.2. Incidencia del SARS-CoV-2 en la isla de Fuerteventura	12
1.3. Impacto psicológico del SARS-CoV-2	14
1.3.1. En la población general	14
1.3.2. En la población sanitaria	16
1.4. Las estrategias de afrontamiento al estrés	17
1.4.1. El estrés	17
1.4.2. El afrontamiento.....	19
1.4.3. Estilos y estrategias de afrontamiento al estrés	19
1.4.4. Instrumentos para la evaluación de estrategias de afrontamiento	21
1.5. El apoyo social	23
1.5.1. Concepto de apoyo social	23
1.5.2. Componentes y funcionalidad del apoyo social.....	24
1.5.3. Apoyo social percibido y estrés	25
1.6. Relación del impacto emocional con las variables psicológicas analizadas	27
2. Justificación	28
3. Objetivos	30

4. Hipótesis.....	31
5. Marco metodológico.....	32
5.1. Participantes.....	32
5.2. Instrumentos	37
5.2.1. Encuesta sociodemográfica.....	37
5.2.2. Escala abreviada DASS-21	38
5.2.3. Cuestionario de habilidades de afrontamiento al estrés.....	39
5.2.4. Cuestionario ad hoc del apoyo social percibido.....	40
5.3. Procedimiento	40
5.4. Análisis de datos	41
6. Resultados	43
6.1. Prueba de la normalidad	43
6.2. Análisis descriptivo de las variables de estudio	44
6.2.1. Análisis descriptivo del estado emocional en las poblaciones de estudio...	44
6.2.2. Análisis descriptivo del resto de variables sometidas a estudio	46
6.3. Análisis de diferencias de medias para muestras independientes	47
6.3.1. Comparación de medias del estado emocional entre población sanitaria y no sanitaria.....	47
6.3.2. Comparación de medias del estado emocional entre sanitarios de primera línea, otros sanitarios y no sanitarios.....	48
6.4. Análisis de correlaciones	49
7. Discusión	51
7.1. Limitaciones.....	54
7.2. Prospectiva	55
Referencias bibliográficas	56

Anexo A. Autorización del centro	62
Anexo B. Consentimiento informado.....	63
Anexo C. Compromiso de confidencialidad	66
Anexo D. Informe de valoración del comité ético	67
Anexo E. Formulario online	68

Índice de figuras

Figura 1. Casos y fallecidos por SARS-CoV-2 en España el 14 de marzo de 2020	10
Figura 2. Evolución SARS-CoV-2 en Fuerteventura a 28 septiembre 2021.....	13
Figura 3. Positivos por grupos de edad en Fuerteventura a 28 septiembre 2021	14
Figura 4. Fallecidos por grupos de edad en Fuerteventura a 28 de septiembre 2021.....	14
Figura 5. Apoyo percibido por la población sanitaria	46
Figura 6. Apoyo percibido por la población no sanitaria	47

Índice de tablas

Tabla 1. Incidencia del SARS-CoV-2 en Canarias el 14 de marzo de 2020	10
Tabla 2. Incidencia del SARS-CoV-2 en Canarias durante la primera ola.....	11
Tabla 3. Incidencia del SARS-CoV-2 en Canarias el 28 de septiembre de 2021	12
Tabla 4. Características sociodemográficas de la muestra general.....	34
Tabla 5. Características sociodemográficas por grupo sanitario y no sanitario.....	35
Tabla 6. Distribución por población, grupo profesional y servicios sanitarios	36
Tabla 7. Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov.....	43
Tabla 8. Medias y desviaciones típicas obtenidas en el DASS-21 en la muestra general.....	44
Tabla 9. Frecuencias y porcentajes por factores y categorías de la muestra general.....	44
Tabla 10. Medias y desviaciones típicas obtenidas en el DASS-21 según el tipo de población	45
Tabla 11. Frecuencias y porcentajes por factores y categorías en profesionales sanitarios y no sanitarios	45
Tabla 12. Análisis descriptivo de la puntuación obtenida en habilidades de afrontamiento al estrés.....	46
Tabla 13. Comparación del impacto emocional entre sanitarios y no sanitarios	47
Tabla 14. Comparación del impacto emocional entre sanitarios de primera línea, otros sanitarios y no sanitarios.....	48
Tabla 15. Comparación del impacto emocional entre sanitarios de primera línea	49
Tabla 16. Correlación entre el estado emocional con habilidades de afrontamiento al estrés, apoyo percibido y ser perfil de riesgo ante el Covid-19 en la población general	50
Tabla 17. Correlación entre el estado emocional y la antigüedad como sanitario.....	50

Resumen

El objetivo de este trabajo ha sido conocer el impacto emocional en la población mayorera año y medio después del comienzo de la pandemia, determinando si ha sido mayor en la población sanitaria con respecto a la población no sanitaria. Asimismo, se ha averiguado si dicho impacto ha estado determinado por la presencia de habilidades de afrontamiento al estrés y por el grado de apoyo percibido.

Se reclutó una muestra de 200 personas, dividida en tres grupos (no sanitarios, sanitarios de primera línea y otros sanitarios) quienes cumplimentaron voluntariamente un formulario online sobre datos sociodemográficos, depresión, ansiedad y estrés, habilidades de afrontamiento y evaluación del apoyo percibido.

Los resultados mostraron un relevante impacto emocional en la población mayorera sin diferencias significativas entre sanitarios y no sanitarios, existiendo una correlación negativa entre dicho impacto y la presencia de habilidades de afrontamiento al estrés y apoyo percibido.

Palabras clave: Covid-19, depresión, ansiedad, estrés, DASS-21,

Abstract

The objective of this work has been to know the emotional impact on the majorera population a year and a half after the beginning of the pandemic, determining if it has been greater in the health population with respect to the non-health population. It has also been investigated whether this impact has been determined by the presence of stress coping skills and by the degree of perceived support.

A sample of 200 people was recruited, divided into three groups (non-health, frontline health and other health workers) who voluntarily completed an online form on sociodemographic data, depression, anxiety and stress, coping skills and assessment of perceived support.

The results showed a relevant emotional impact in the majorera population without significant differences between health and non-health care workers, there being a negative correlation between this impact and the presence of coping skills to stress and perceived support.

Keywords: Covid-19, depression, anxiety, stress, DASS-21.

1. Marco teórico

1.1. Antecedentes del SARS-CoV-2.

1.1.1. Concepto de Coronavirus

La palabra Coronavirus hace referencia a una familia de virus causante del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS), término acuñado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y que puede consistir en un simple catarro común o problemas respiratorios más graves.

Dentro de esta familia de virus se encuentra el SARS-CoV-2, tipo de coronavirus que hizo acto de presencia por primera vez en Wuhan, China, en diciembre del 2019 (Li et al., 2020) y que es causante de la enfermedad COVID-19 la cual fue considerada como pandemia mundial el 11 de marzo del 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) tras conocerse el aumento de número de casos detectados a nivel mundial. Es considerada como la primera pandemia causada por un coronavirus (Organización Mundial de la Salud, 2020).

1.1.2. Incidencia SARS-CoV-2 durante la primera ola en Canarias.

La incidencia del SARS-CoV-2 el 14 de marzo de 2020, día que se decretó el primer estado de alarma sanitaria en el territorio español (BOE - [Real Decreto 463/2020](#)), no fue igual para todas las comunidades españolas, tal y como se puede apreciar en la Figura 1. Entre las comunidades menos afectadas se encontraban Melilla (3 casos), seguida de Baleares (28 casos), Cantabria (31 casos), Murcia (47 casos), Extremadura (66 casos), Aragón (80 casos) y Canarias (90 casos).

Dicha incidencia entre las islas del Archipiélago canario fue muy distinta, como se muestra en la Tabla 1 y Tabla 2. En dichas tablas se observa que la incidencia de casos de Covid-19 durante la primera ola fue inferior en las islas menores como El Hierro, La Gomera y Fuerteventura, en donde no se produjo ningún fallecimiento. En esta última, además de ser la isla con menor número de casos Covid de la provincia de Las Palmas, el número de ingresos en UCI fue de 1 ([Covid-19 Canarias](#) del Gobierno de Canarias, 2021).

Figura 1. Casos y fallecidos por SARS-CoV-2 en España el 14 de marzo de 2020



Fuente: Departamento de Seguridad Nacional (DSN), 2020.

Tabla 1. Incidencia del SARS-CoV-2 en Canarias el 14 marzo 2020.

	Casos totales	Fallecimientos
Tenerife	62	0
Gran Canaria	19	0
Lanzarote	3	0
Fuerteventura	1	0
La Palma	3	0
El Hierro	0	0
La Gomera	2	0

Fuente: Servicio Canario de Salud (Gobierno de Canarias), 2020.

Tabla 2. Incidencia del SARS-CoV-2 en Canarias durante la primera ola.

		Casos totales	Fallecimientos	Casos de alta
Incidencia por islas	Tenerife	1525	111	1401
	Gran Canaria	2422	162	2195
	Lanzarote	82	6	74
	Fuerteventura	71	0	46
	La Palma	106	6	92
	El Hierro	3	0	3
31/01/2020 al 21/06/2020	La Gomera	8	0	8

Fuente: Servicio Canario de Salud (Gobierno de Canarias), 2020.

La causa principal de este bajo nivel de incidencia fue la declaración del estado de alarma en el territorio español y el confinamiento de la población, lo que implicó el cierre de todos los aeropuertos canarios, limitando así la movilidad de personas en las islas, y con ello la transmisión del virus.

1.2. El SARS-CoV-2 año y medio después del inicio del primer estado de alarma

1.2.1. Incidencia del SARS-CoV-2 en Canarias.

A fecha de 28 de septiembre de 2021, según la página web del [Ministerio de Sanidad](#), el número de casos Covid notificados en España era de 4.951.640 y 86.298 fallecidos. El número de contagios disminuyó en todos los grupos de edad, encontrándose la mayor incidencia entre los niños menores de 11 años por estar fuera de la campaña de vacunación. La ocupación de las UCI por coronavirus se situó en nivel bajo al igual que la presión hospitalaria. El 76,6% de la población española contaba con la pauta completa, y el 79,2% de la población con al menos una dosis.

En cuanto al número de contagios notificados en el archipiélago canario, según la página [Covid-19 Canarias](#) del Gobierno de Canarias, fue de 94.801, suponiendo el 1,91% de los afectados por Covid-19 en España y el 4,357% de la población canaria (2.175.952 habitantes). Como se puede observar en la Tabla 3, el número total de fallecidos fue de 983. Asimismo, en dicha fecha había 1840 casos activos distribuidos entre las siete islas, de los cuales 1608 casos se encontraban en su domicilio, 40 casos hospitalizados en UCI y 192 hospitalizados en planta.

Tabla 3. Incidencia del SARS-CoV-2 en Canarias el 28 de septiembre de 2021.

	Casos totales	Fallecimientos	Casos de alta	Casos activos
Tenerife	45.367	563	43.782	1022
Gran Canaria	36.225	332	35.339	554
Lanzarote	6.830	50	6.687	93
Fuerteventura	4.420	17	4.248	155
La Palma	1099	16	1.073	10
El Hierro	458	4	448	6
La Gomera	402	1	401	0
Total	94.801	983	91.978	1840

Fuente: Servicio Canario de Salud (Gobierno de Canarias), 2021.

1.2.2. Incidencia del SARS-CoV-2 en la isla de Fuerteventura.

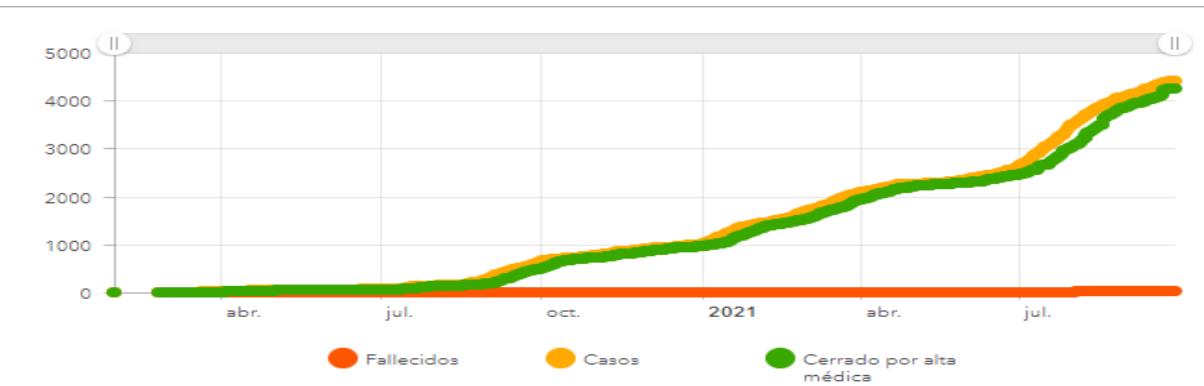
La isla de Fuerteventura es una de las tres islas que componen la Provincia de Las Palmas, junto con Gran Canaria y Lanzarote. Es una isla considerada menor, no por su extensión de 1.659,74 km², sino por su población de 119.732 habitantes (BOE – [Real Decreto 1147/2020](#)).

En la tabla 3 se puede ver que la incidencia del Covid-19 en la isla majorera fue menor que en el resto de islas de la Provincia de Las Palmas. Con 4.420 casos notificados, lo que suponía el 0,089% de los afectados por Covid-19 en España, el 4,66% de los afectados en el archipiélago canario y el 3,69% de la población majorera. En cuanto al número de fallecidos en Fuerteventura fue de 17 personas, es decir, el 0,019% con respecto al número de fallecidos en España por la pandemia y el 1,72% con respecto a la comunidad canaria.

A fecha de 28 de septiembre de 2021, de los 155 casos activos de la isla, 154 casos se recuperaban en sus domicilios y el número de casos ingresados en la UCI del Hospital General de Fuerteventura fue de 1 ([Covid-19 Canarias](#) del Gobierno de Canarias, 2021).

Dentro de la isla, donde mayor número de casos Covid-19 se registró, según la página [Covid-19 Canarias](#) del Gobierno de Canarias, fue en la capital majorera, Puerto del Rosario, con un total de 2.445 casos, seguido de La Oliva con 940 casos, Pájara con 446 casos, Tuineje con 401 casos, Antigua con 16 casos y Betancuria con ningún caso. De los 4.420 casos totales de Covid-19 de la isla, el 52,26% (2.310 casos) fueron hombres y el 47,73% (2110 casos) mujeres.

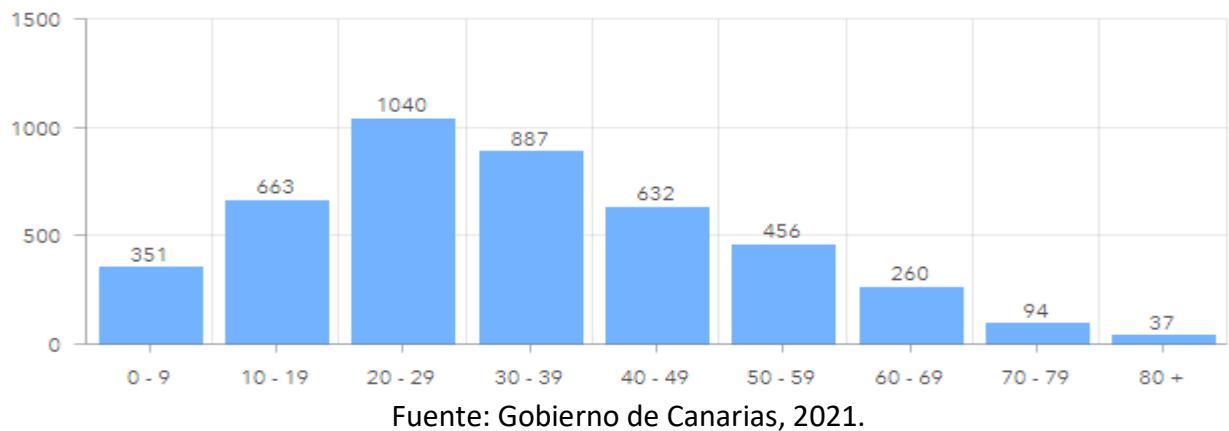
Figura 2. Evolución SARS-CoV-2 en Fuerteventura a 28 septiembre 2021.



Fuente: Gobierno de Canarias, 2021.

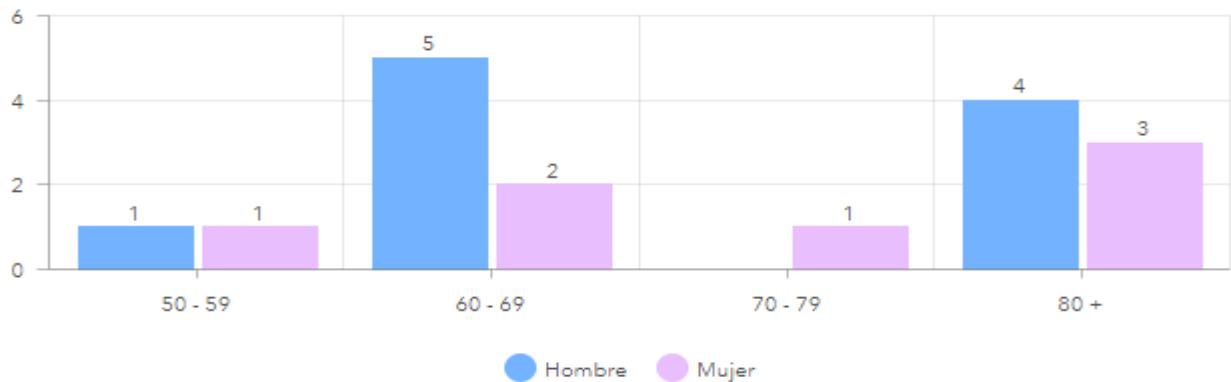
En la figura 3 se pone de manifiesto que el grupo de edad más afectado por la pandemia fue el de 20-29 años con un 23,52%, seguido del grupo de edad de 30-39 años con un 20% y el grupo de 10-19 años con un 15%. A medida que se avanzaba en los grupos de edad la incidencia de casos era mucho menor.

Figura 3. Positivos por grupo de edad en Fuerteventura a 28 septiembre 2021



Fuente: Gobierno de Canarias, 2021.

Figura 4. Fallecidos por grupo de edad en Fuerteventura a 28 septiembre 2021



Fuente: Gobierno de Canarias, 2021.

Por último, en la figura 4 se puede observar que la incidencia de fallecidos se produjo a partir de mediana edad, siendo mayor entre las personas de 60-69 años y mayores de 80 años. El 58,82% de los fallecidos fueron hombres y el 41,18% mujeres.

1.3. Impacto psicológico del SARS-COV-2

1.3.1. En la población general

Es indudable que el SARS-CoV-2 está causando un gran impacto psicológico en un porcentaje significativo de la población mundial. Las consecuencias derivadas de la pandemia como el aislamiento social, la pérdida de nuestros seres queridos y la aparición de problemas económicos y laborales han provocado un fuerte impacto emocional negativo acompañado

de síntomas de depresión, ansiedad y estrés (Inchausti y Prado-Abril, 2020). El hecho de ser mujer, ser estudiante y con un estado de salud autopercebido como deficiente se asocia a mayores niveles de dichos síntomas (Wang et al., 2019). Además, el miedo a ser contagiado, la desinformación o incluso el exceso de información sumado a las pérdidas económicas pueden dar lugar a confusión, preocupación y frustración (Caballero y Campo, 2020). Por el contrario, tener una mayor información actualizada y precisa de la pandemia y tomar medidas de precaución particulares se asocia a un menor impacto emocional (Wang et al., 2019).

Como era de esperar, España no estaba exenta de dicho impacto psicológico. Las medidas restrictivas que implicó el estado de alarma, entre las que se incluía el confinamiento domiciliario de la población, consiguió que el número de contagios disminuyera progresivamente a la vez que aumentaba el impacto psicológico negativo que la pandemia estaba causando sobre una importante parte de la población española. Un estudio llevado a cabo por Ozamiz-Etxebarria et al. (2020) puso de manifiesto que a pesar de que los niveles de sintomatología de depresión, ansiedad y estrés fueron bajos al comienzo del estado de alarma, estos se fueron intensificando a medida que iba transcurriendo el confinamiento, siendo mayor en la población joven y con enfermedades crónicas.

La presencia de estos síntomas de depresión, ansiedad y estrés están asociados a los miedos más comunes relacionados con el coronavirus: contagio/enfermedad/muerte, aislamiento social y problemas laborales (Sandín et al., 2020).

Brooks et al. (2020) identificaron como factores predictores de impacto psicológico previos a la cuarentena ser más joven de 25 años, bajo nivel formativo, ser mujer y tener hijos.

Asimismo, en dicho estudio se consideró como factores estresantes durante una cuarentena:

- La duración de la cuarentena. Periodos de aislamiento más prolongados se asocian a una peor salud mental. Así lo demuestra el estudio de Ozamiz-Etxebarria et al. (2020).
- Temor a contagiarse del virus o contagiar a la familia, así como experimentar algún síntoma físico relacionado con la infección (Sandín et al., 2020).
- Frustración y aburrimiento como consecuencia del aislamiento social y de la pérdida de rutina habitual (Brooks et al., 2020).

- La falta de suministros durante la cuarentena (Brooks et al., 2020).
- Información inadecuada por parte de autoridades de salud pública (Wang et al., 2019).

Una vez finalizada la cuarentena el factor estresor más predominante fue tener bajos recursos económicos, asociándose a síntomas de ansiedad (Brooks et al., 2020).

1.3.2. En la población sanitaria

Si el impacto emocional que la pandemia ha causado en gran parte de la población general ha sido importante, lo ha sido aún más en la población sanitaria, y en especial en aquellos sanitarios que luchan en primera línea contra esta nueva enfermedad infecciosa (Danet, 2021). Estos profesionales de la salud han manifestado síntomas de depresión o bajo estado de ánimo, ansiedad, insomnio, negación, ira y miedo, tanto a nivel mundial (Kang et al., 2020), como a nivel nacional (Dosil et al., 2020; Esquicia et al., 2020). En algunos casos, e incluso, los profesionales sanitarios han sido estigmatizados y discriminados por la población por el hecho de ser sanitario y poder estar en contacto con pacientes enfermos de Covid-19 (Montes y Campo, 2020).

Este impacto psicológico ante enfermedades infecciosas se viene documentando desde hace casi dos décadas, cuando apareció el SARS-CoV-1. Un estudio realizado por Mauder et al. (2006) pone de manifiesto que todos aquellos profesionales de la salud que trabajan en primera línea ante brotes infecciosos presentan mayor riesgo de experimentar, ya sea a corto o largo plazo, problemas de salud mental debido a un estrés psicológico agudo. Este tipo de estrés intenso conlleva una serie de cambios negativos a nivel cognitivo, emocional y conductual que afecta a la salud de los profesionales sanitarios así como a la práctica sanitaria (Montes y Campo, 2020).

Según la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP, 2020) los retos a los que se enfrenta el personal sanitario durante esta pandemia son los siguientes:

- “Saturación de demanda sanitaria”. Durante la pandemia muchos profesionales se han contagiado debiendo guardar cuarentena mientras muchas personas reclaman atención sanitaria (p.1).

- Continuo “riesgo de infección” que puede ser transmitido a familiares, amigos y compañeros de trabajo (p.1).
- “Recursos insuficientes y escasos equipos de protección” (p.1).
- “Exposición a la angustia de familiares” que no pueden acompañar y apoyar a sus seres queridos, llegando en muchos casos, a morir solos (p.1).
- “Dilemas éticos y morales”. La escasez de recursos, la sobrecarga de trabajo y la incertidumbre sobre la evolución de los pacientes hace que el profesional de la salud deba tomar decisiones difíciles de manera inmediata como decidir quién ha de vivir y quién ha de morir (p.1).

Todos estos retos a los que el personal sanitario se sigue enfrentando diariamente, junto a otros factores estresores comunes a la población general, como son el confinamiento domiciliario, el aislamiento social y las pérdidas afectivas, han generado y siguen generando un fuerte impacto emocional en dicho colectivo (Caballero y Campo, 2020).

De todo lo expuesto, surge la necesidad imperiosa de crear políticas activas de salud que analicen los mecanismos psicológicos que juegan un papel importante en el afrontamiento de estas situaciones de pandemia y así poder garantizar la salud física y emocional de la población en general y de los profesionales de la salud en particular.

1.4. Las estrategias de afrontamiento al estrés.

1.4.1. El estrés

Ante una respuesta de estrés se ponen en marcha una serie de manifestaciones fisiológicas (aumento de la tasa cardíaca y presión sanguínea, hiperventilación, sensación de sequedad bucal, manos y pies fríos, erección de pelos y excesiva sudoración...), emocionales (tensión, ansiedad, irritabilidad, miedo o depresión) y motoras (temblores, tics, tartamudeo, hiperactividad y desorganización motora general).

En base a estas manifestaciones son numerosas las definiciones que han surgido en relación al constructo de estrés.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) define el estrés como un conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción.

Por su parte, Selye (1936) lo define “como un patrón inespecífico de activación fisiológica que presenta el organismo ante cualquier demanda del entorno”. Este patrón se conoce como Síndrome General de Adaptación (SGA) y se compone de tres fases: una fase de alarma, otra fase de resistencia y una última fase de agotamiento (citado en Fierro, 1992, pp.179-180).

Bruce McEwen (2000) considera el estrés como una amenaza a la integridad física o psicológica de una persona dando lugar a una respuesta fisiológica y/o conductual. Esta amenaza puede ser real o supuesta.

Por otra parte, González (2006) concibe el estrés como una reacción fisiológica y psicológica ante determinadas situaciones que no pueden ser controladas por las personas y que son concebidas como amenazadoras y en la que juega un papel importante la edad, así como los aspectos sociales y culturales.

En la actualidad, la mayoría de autores coinciden en que el estrés se trata de un constructo complejo que abarca una serie de componentes biológicos, psicológicos y sociales.

Según Fierro (1992), cuando se da una situación de estrés el individuo pone en marcha dos procesos psicológicos de valoración:

- “Valoración primaria: la situación generadora de estrés puede ser valorada por el sujeto como indiferente, beneficiosa o estresante” (p.191).
- “Valoración secundaria: esta valoración tiene lugar una vez que el sujeto ha determinado que tipo de riesgos conlleva la situación y cómo le afecta” (p.193). En esta valoración el individuo valora las diferentes alternativas que cree poseer para enfrentarse a las demandas de la situación así como por las posibles consecuencias derivadas de una u otra acción.

Una vez valorada la situación de estrés como amenazante, la presencia o ausencia de síntomas de estrés vendrá condicionada por la eficacia de las actuaciones que el sujeto ha puesto en marcha para enfrentarse a tal amenaza. “Estas actuaciones son las que se conocen como estrategias de afrontamiento o coping” (Fierro, 1992, p.200).

1.4.2. El afrontamiento

Es indudable que la pandemia del Covid-19 es un evento mundial, hasta hace poco desconocido, que ha generado y sigue generando altos niveles de estrés en la población, ya sea por el miedo a enfermar y/o morir, por el aislamiento social, por las pérdidas afectivas, económicas o laborales o incluso por la sobrecarga del trabajo. Para hacer frente a estos niveles de estrés son necesarios “una serie de esfuerzos cognitivos y conductuales que permitan manejar dichas demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”, esto lo que Lazarus y Folkman (1986, p.164) definen como “coping” o afrontamiento.

Por tanto, según dicha definición, el afrontamiento o “coping” se entiende como aquel “proceso a través del cual las personas intentan “manejar”, sin que implique una solución al problema, la discrepancia entre las demandas que percibe en la situación y los recursos de los que dispone o cree disponer para hacerla frente” (Ramos, 1999, p 60).

Cada individuo tiene una forma distinta de hacer frente a una situación estresante. Esto “dependerá del estilo habitual para afrontar problemas, de la personalidad y de las experiencias vitales pasadas, teniendo amplias implicaciones para el bienestar mental y físico de la persona” (Ramos, 1999, p.23).

1.4.3. Estilos y estrategias de afrontamiento.

En primer lugar, es importante distinguir entre estilos de afrontamiento, estrategias de afrontamiento y recursos. Los primeros son más generales y hacen referencia a la forma que cada persona tiene de hacer frente a una situación estresante. Las estrategias, por su parte, son más específicas y consisten en las acciones que una persona realiza para hacer frente a la situación y cambiar así las condiciones estresantes. Un ejemplo de estrategia sería la negación, la confrontación, búsqueda de apoyo emocional, etc. Por último, los recursos hacen referencia a los aspectos personales y sociales que cada sujeto tiene para enfrentarse a la situación de estrés como puede ser la autoestima, el optimismo, sentimiento de control personal, etc. (Sandín y Chorot, 2003).

Según Lazarus y Folkman (1986, p.164) existen dos tipos de estilos de afrontamiento:

- “El estilo de afrontamiento dirigido a regular las emociones”: hace referencia a una serie de mecanismos psicológicos que ponemos en marcha para reducir el impacto emocional que genera el estímulo estresor y conservar así la esperanza y optimismo, incluyéndose estrategias como la minimización de la situación de estrés, su evitación y distanciamiento, búsqueda de apoyo moral de los demás, el autocontrol, así como buscar el lado positivo de los acontecimientos negativos.
- “El estilo de afrontamiento dirigido al problema sería aquel cuyo objetivo es modificar directamente el estímulo estresor”. Este estilo de afrontamiento implicaría una serie de acciones dirigidas directamente al problema por parte del sujeto con el propósito de solucionarlo. Aquí se incluirían estrategias como la confrontación y búsqueda de soluciones, que analizan la situación y buscan alternativas para su solución, valorando los costes y beneficios y afectando tanto al entorno como al propio sujeto.

En esta misma línea, Carver (1997) añade un estilo de afrontamiento más a los propuestos por Lazarus y Folkman (1986). Los tres estilos que propone este autor, los cuales conllevan catorce estrategias de afrontamiento, son:

- El estilo de afrontamiento centrado en el problema el cual implica, por una parte el afrontamiento activo, es decir, actuar enfrentándose directamente a la situación estresante; por otra parte la planificación que conlleva saber cómo se va a actuar frente a la situación; y por último el apoyo instrumental, es decir, acudir a personas amigas que pudieran ayudar (Carver, 1997).
- El estilo de afrontamiento centrado en la emoción, el cual incluye estrategias como la reinterpretación positiva, búsqueda de apoyo emocional, desahogarse expresando los sentimientos generados por la situación estresora, la aceptación del problema y la religión (Carver, 1997).
- Estilo de afrontamiento menos funcional y más centrado en la evitación del problema. Este estilo implica estrategias como la negación del suceso estresante, el humor, el consumo de sustancias, culparse por la situación sucedida, concentrarse en otras cosas para no centrarse en el estímulo estresor (auto-distracción) y renunciar al esfuerzo para enfrentarse a la situación generadora de estrés (desconexión) (Carver, 1997).

Otra clasificación es la propuesta por Sandín y Chorot (2003) en el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) que ellos mismos crearon. Este instrumento de evaluación se trata de un autoinforme constituido por 42 ítems creado con el objetivo de evaluar los siguientes estilos de afrontamiento:

- Centrado en la solución del problema.
- Auto inculpación o autofocalización negativa.
- Reevaluación positiva del evento estresante focalizándose en los aspectos positivos.
- Desahogo, expresando sus emociones abiertamente.
- Evitar pensar en el problema.
- Búsqueda de apoyo social.
- Religión.

Todos estos estilos pueden estar presentes en un mismo sujeto, sin embargo, el que se usen unos estilos y no otros dependerá de la situación y de las características personales de cada uno (rasgos de personalidad, creencias, etc.) (Sandín y Chorot, 2003). “Ningún estilo es bueno o malo, sino eficaz o ineficaz en función de si consigue mejorar o no la relación individuo o ambiente” (Lazarus y Folkman, 1986, p.164).

En un estudio llevado a cabo por Mella et al. (2020) se pone de manifiesto que durante la pandemia del Covid-19 los estilos de afrontamiento más utilizados por la población fueron el concentrarse en realizar otras actividades para no tener que pensar en la pandemia (auto-distracción), el afrontamiento activo, el apoyo emocional de los familiares y en algunos casos las creencias religiosas. Sin embargo, las estrategias de afrontamiento activas (o centradas en el problema) correlacionan de manera positiva y directa con la resiliencia, mientras que las estrategias de afrontamiento evitativas (o centradas en la regulación emocional) correlacionan de manera inversa y negativa con la resiliencia (Thompson et al., 2017).

1.4.4. Instrumentos para la evaluación de estrategias de afrontamiento.

Son diversos los instrumentos existentes destinados a la evaluación de las estrategias de afrontamiento al estrés. Muchos de estas pruebas han surgido a partir de las ideas de Lazarus y Folkman (1986). Entre los instrumentos más nombrados se encuentran los siguientes cuestionarios:

- Ways of Coping Instrument (WCI) de Lazarus y Folkman (1984). Este instrumento constituido por 67 ítems tipo Likert fue diseñado para evaluar los diferentes modos de afrontamiento dirigidos a la emoción y a la resolución del problema.
- El Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE) de Carver, Scheier y Weintraub (1989) constituido por 60 ítems tipo Likert y 13 subescalas, así como su versión abreviada de 28 ítems y 14 subescalas denominado Brief COPE (Carver, 1997). Estos cuestionarios permiten evaluar cada uno de los estilos de afrontamiento propuestos por Carver et al. (1989) y sus respectivas estrategias de afrontamiento.
- El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), como ya se ha comentado anteriormente, se trata de un autoinforme constituido por 42 ítems tipo Likert que evalúa 7 estilos básicos de afrontamiento (Sandín y Chorot, 2003).
- Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) elaborado por Tobin et al. (1989). Este instrumento se encuentra constituido por 1 ítem en el que los participantes deben describir una situación muy estresante que les ocurrió en el último mes y a continuación responder a 40 ítems tipo Likerts en relación a dicha situación. Este inventario multidimensional permite evaluar además varios estilos de afrontamiento como son la resolución de problemas, la autocritica, el apoyo social, la expresión emocional, el pensamiento desiderativo, la restructuración cognitiva, la evitación de problemas y la retirada social.

En este Trabajo Fin de Máster con el objeto de evaluar las habilidades de afrontamiento al estrés en la población mayorera, tanto sanitaria como no sanitaria, se ha utilizado el Cuestionario de Habilidades de Afrontamiento al Estrés de Beech, Burns y Sheffield (1986). Este cuestionario es una versión más actualizada del Inventario de Vulnerabilidad al Estrés de Beech et al. (1982). A diferencia de los instrumentos de evaluación explicados anteriormente, este cuestionario no hace una clasificación multidimensional de los estilos y estrategias de afrontamiento. No obstante, partiendo de las diferentes clasificaciones comentadas y teniendo en cuenta la descripción de los ítems que constituyen dicho cuestionario se puede establecer una clasificación basada en un estilo de afrontamiento activo y planificación centrada en el problema (Carver 1997) a través de estrategias de restructuración cognitiva (Tobin et al. 1989), el autocontrol y la asertividad.

1.5. El apoyo social.

1.5.1. Concepto de apoyo social

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) define la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En esta definición se pone de manifiesto el importante papel que juega el apoyo social en la salud y en el bienestar de las personas, reconociendo el carácter multidimensional de la salud y abogando por la necesidad de ir más allá del clásico paradigma biomédico con el objeto de trabajar desde una perspectiva más social (Mejía, 2013).

El interés del término “apoyo social” como un aspecto fundamental en la salud y bienestar viene desarrollándose desde los años 70, especialmente para el afrontamiento al estrés en situaciones de emergencias o crisis (Vega y González, 2009). Son muy diversas las definiciones que se han dado sobre el concepto de apoyo social. Por una parte, Beigel, Naparstek y Khan (1980) consideran que las personas son parte de una red social, la cual se vuelve importante cuando proporciona el apoyo necesario en situaciones de crisis (citado en Vega & González, 2009).

Saranson (1983) se refiere al concepto de apoyo social como a la disposición de personas en las que confiar en momentos de necesidad, quienes dotan al individuo de preocupación, valor personal y amor. Otros autores como Alvarado (1985) lo conceptualiza como aquel apoyo procedente de otras personas o instituciones con las que las personas se relacionan y que se renueva ante situaciones de crisis producidas por estresores psicosociales (citado en Vega & González, 2009).

Para Lin et al. (1986) existen dos tipos de apoyo social, por una parte estaría el apoyo social conseguido que hace referencia a un apoyo objetivo constituido por los recursos físicos y tangibles que tiene una persona a la hora de necesitarlo, y por otra parte estaría el apoyo social experimentado o percibido. Este último tiene un carácter subjetivo y hace referencia al apoyo social con el que la persona cree contar. Ambos tipos de apoyo son necesarios para el individuo y juegan un papel importante en su bienestar. Asimismo, establecen tres niveles en los que tiene lugar el apoyo social: por una parte está el macrónivel, en donde existe un apoyo más comunitario y el sujeto se siente integrado y perteneciente a la sociedad; luego

está el mesonivel, más acotado que el anterior nivel, aquí se incluye un sistema o red social con un vínculo más personal hacia los demás; y por último estaría el micronivel, en donde se crea un vínculo más íntimo basado en el compromiso y la confianza, aquí el apoyo y la ayuda que se recibe tiene un carácter recíproco y la persona se siente responsable del bienestar de los demás (citado en Vega & González, 2009).

1.5.2. Componentes y funcionalidad del apoyo social

Vega & González (2009) establecen tres componentes dentro del apoyo social: la red social, el apoyo social percibido y el apoyo social efectivo. El primer componente representa a las relaciones que las personas tienen con los demás en su entorno social y comunitario. En cuanto al apoyo social percibido hace referencia a la percepción o valoración que las personas tienen sobre los recursos de apoyo disponibles en aquellas situaciones que lo requieran, generando de esta manera seguridad y confianza ante situaciones de estrés o de crisis. Por último, el apoyo social efectivo simboliza al apoyo objetivo, es decir, a la ayuda que una persona recibe por parte de los demás cuando se necesita.

Según Vega & González (2009) este apoyo social cumple cuatro tipos de funciones:

- Emocional: dota a la persona de sentimientos de seguridad, confianza y afectividad.
- Valorativo: proporciona al individuo la percepción de poder contar con otras personas cuando lo necesite.
- Informativo: ayuda a la persona a enfrentarse a una situación problemática con el consejo, orientación o punto de vista de su red social.
- Instrumental: simboliza la ayuda material, directa y tangible en forma de recursos y servicios a la hora de resolver una situación problemática.

Cada tipo de función es importante para el bienestar de una persona, sin embargo la función emocional es considerada de las más relevantes (Barra, 2004).

En la actualidad, el apoyo social y su importancia como mediador de la salud está plenamente aceptado y se ha demostrado reiteradamente su relación con el bienestar físico y psicológico. “El apoyo social, tanto estructural como funcional, proporciona a la persona el medio para expresar sus sentimientos, contrastar su situación con la de otras personas,

encontrar ayuda, ya sea moral o material, buscar información y desarrollar objetivos realistas" (Ramos, 1999, p. 62).

Autores como Barra (2004) indican que el apoyo social ejerce una gran influencia en diferentes aspectos que tienen que ver con la salud, como por ejemplo en el afrontamiento al estrés, en el desarrollo de la enfermedad, en el período de convalecencia tras una patología o intervención quirúrgica, así como en el comportamiento a la hora de prevenir enfermedades. En esta misma línea, diversos autores consideran la carencia de apoyo social como un factor de riesgo de cara a la morbilidad y mortalidad, equiparándolo a factores como el tabaquismo, obesidad, hipertensión y sedentarismo (Keicolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002).

1.5.3. El apoyo social percibido y estrés

El apoyo social puede ser evaluado desde un enfoque cuantitativo y desde un enfoque cualitativo. El primero haría referencia a la cantidad de amigos o vínculos que se tenga dentro del sistema social del individuo, mientras que el enfoque cualitativo simboliza a la calidad de dichos vínculos y a la evaluación que el sujeto hace del apoyo disponible (Barra, 2004). Esta diferenciación se corresponde con la distinción realizada por Lin et al. (1986) (citado en Vega & González, 2009) entre el apoyo social recibido y el apoyo social percibido. Desde la psicología existe un mayor interés en investigar el apoyo percibido de la persona ya que es considerado como un buen predictor de efectos significativos en el bienestar y la salud (Barra, 2004).

Un buen apoyo social percibido en la población puede facilitar un adecuado bienestar en aquellas personas que estén pasando por un momento de crisis o situaciones vitales estresantes. Así lo demuestra un estudio llevado a cabo por Hernández, Pozo y Alonso (2004) quienes ponen de manifiesto que cuanto mayor es la satisfacción con el apoyo percibido de una persona, mayor será su bienestar subjetivo. La ausencia de este apoyo social percibido podría tener efectos negativos sobre la salud, tanto física como mental.

Barra (2004) propone dos modelos de funcionamiento del apoyo social percibido con el estrés:

- **Modelo de amortiguación.** Aquí el apoyo social funciona como un amortiguador o protector de los efectos negativos del estrés. Las personas que cuenten con mayor apoyo social percibido van a considerar el estresor como menos peligroso y así enfrentarse mejor a él. No obstante, aquellas personas que se encuentren en una situación de estrés y perciban bajo apoyo social sufrirán consecuencias negativas en su salud.
- **Modelo de efectos principales.** Este modelo destaca la importancia del apoyo social percibido independientemente de la situación del estrés. El apoyo social va a proporcionar beneficios a la persona aunque ésta no esté expuesta a una situación de estrés.

Por tanto, si una persona dispone de una adecuada red social tendrá un mayor bienestar, independientemente del estrés, mientras que una adecuada percepción del apoyo social disponible será importante para reducir los efectos nocivos de éste (Barra, 2004). Existe una relación directa entre la carencia o ausencia de apoyo social percibido con la presencia de patologías mentales como la depresión y ansiedad. Personas que sufren este tipo de dificultades emocionales poseen una red social muy pequeña sin relaciones recíprocas (Vega & González, 2009).

En este Trabajo Fin de Máster se ha pretendido conocer la percepción que la población mayorera tiene sobre el apoyo recibido durante la pandemia y correlacionarlo con su estado emocional. Para ello se ha evaluado el apoyo percibido a través de dos ítems, por un lado la percepción de apoyo recibido por parte de la sociedad o lo que Lin et al. (1986) denominan Macro-nivel, especialmente en los sanitarios; y por otro lado la percepción de apoyo recibido por el círculo más íntimo o también denominado micronivel (citado en Vega & González, 2009).

1.6. Relación del impacto emocional con las variables psicológicas analizadas.

El impacto emocional provocado por la pandemia puede estar determinado por ciertas características personales, entre las que destacan la tolerancia a la incertidumbre, la autopercepción de una salud deficitaria, la vulnerabilidad al estrés y ansiedad, así como por el apoyo social percibido y las habilidades de afrontamiento que cada persona tenga para hacer frente a una situación estresante (Bonnano et al., 2010).

Según Ribot et al. (2020) la ausencia de habilidades de afrontamiento para hacer frente a una situación de estrés como es el Covid-19 puede provocar una serie de dificultades emocionales que dependerá de la magnitud de la epidemia y del grado de vulnerabilidad de la población. Poseer estas habilidades de afrontamiento será clave para reducir el impacto emocional provocado por la pandemia. Junto a estas habilidades de afrontamiento al estrés, a la hora de reducir el impacto psicológico en una persona, también juega un papel muy importante el apoyo recibido por su entorno más cercano (Valero et al., 2020), existiendo una correlación significativa entre el aislamiento social y la presencia de síntomas depresivos y estrés psicológico (González et al., 2020). En esta misma línea, un estudio de Brooks et al. (2018) pone de manifiesto que durante períodos de enfermedades infecciosas el apoyo de los compañeros protege la salud mental del personal sanitario en general. Por ello, es importante que los profesionales sanitarios se sientan apoyados por sus compañeros inmediatos (Brooks et al., 2020).

Por tanto, teniendo todo esto en cuenta, se prevé que en este estudio de investigación el impacto emocional causado por la pandemia en la población mayorera no sanitaria, así como en los profesionales sanitarios de Fuerteventura, se verá determinado por las siguientes variables psicológicas: las habilidades de afrontamiento al estrés y el apoyo percibido.

En este impacto emocional también jugará un papel muy importante el conocimiento y/o desconocimiento que se tenga sobre la pandemia (Wang et al., 2019) ya que el nivel de ambigüedad y novedad de una situación como ha sido el Covid-19 puede generar una mayor o menor sensación de falta de control sobre la situación, asociada a la dificultad para predecir y anticipar el desarrollo de los acontecimientos en tales circunstancias, aumentando o disminuyendo en consecuencia el potencial amenazante de la situación (Fierro, 1992, p.206).

2. Justificación

Este trabajo pretende analizar el estado emocional que presenta actualmente la población mayorera no sanitaria, así como la población sanitaria de la isla, entre los que se incluyen los profesionales sanitarios de primera línea: UCI, medicina interna, quirófano y urgencias, que trabajan en el Hospital General de Fuerteventura, año y medio después de la pandemia, una vez que ya se ha aprendido a vivir con ella.

Son numerosos los estudios que ponen de manifiesto el impacto psicológico que la pandemia Covid-19 ha generado en la población general (Inchausti y Prado-Abril, 2020; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Wang et al., 2019), así como entre los profesionales sanitarios (Dosil et al., 2020; Esquicia et al., 2020; Kang et al., 2020), sobre todo al comienzo de la crisis sanitaria.

Este impacto psicológico se produjo, entre otros motivos, debido a las consecuencias derivadas de la gran incidencia que dicha pandemia tuvo a nivel mundial, incluido España. Sin embargo, dicha incidencia no fue la misma en todos los lugares del territorio español.

Cuando se decretó el estado de alarma en España, (BOE - [Real Decreto 463/2020](#)), de 14 de marzo de 2020, el número de casos reconocidos en la isla de Fuerteventura fue de uno. Al finalizar la primera ola de la pandemia, el 21 de junio de 2020, el número de casos diagnosticados en la isla mayorera fue de 71 y 0 fallecimientos, con un caso en la UCI, según la página [Covid-19 Canarias](#) del Gobierno de Canarias. Lo que indica que la incidencia y la carga de hospitalización al comienzo de la pandemia fue menor en dicha isla debido al confinamiento y cierre de su aeropuerto insular.

A fecha de 28 de septiembre de 2021, en plena quinta ola, Fuerteventura fue la isla con menor incidencia de la Provincia de Las Palmas, con tan solo el 0,089% de los afectados por Covid-19 en España, y el 3,69% de la población mayorera. El porcentaje de fallecidos por Covid-19 con respecto al resto de España fue del 0,019%. El número total de personas ingresadas por Covid- 19 en el Hospital General de Fuerteventura desde que comenzó la pandemia fue de 164, de los cuales, 41 fueron ingresos en la UCI y 123 fueron ingresos de tipo hospitalización convencional en agudos (Servicio Canario de Salud, 2021).

En la isla majorera ha habido períodos de mayor incidencia, en especial durante el período comprendido desde el 7 de diciembre de 2020 hasta el 20 de junio 2021. Sin embargo, para entonces, tanto la población majorera como los profesionales sanitarios ya disponían de suficiente información sobre el COVID-19 y las medidas de seguridad para prevenirlo: dotación de mascarillas, distancia de seguridad y uso de gel hidroalcohólico. Además, los profesionales sanitarios ya habían recibido la pauta completa de vacunación y gran parte de la población majorera ya estaba vacunada o estaba recibiendo su primera dosis.

Por tanto, considerando la baja incidencia que ha supuesto la pandemia en Fuerteventura con respecto al resto de islas de la Provincia de Las Palmas (Gran Canaria y Lanzarote) y provincias españolas, y teniendo en cuenta la disponibilidad de información actualizada y precisa sobre la misma que permite disminuir su nivel de ambigüedad (Wang et al., 2019) e incrementar la sensación de control sobre la situación (Fierro, 1992), a través del presente estudio se quiere conocer el impacto emocional actual que la pandemia ha causado en la población majorera no sanitaria, una vez que ya se ha aprendido a vivir con ella, frente al impacto emocional de la población sanitaria de la isla, entre los que se incluyen los profesionales sanitarios de primera línea del Hospital General de Fuerteventura, el cual es el único hospital público existente en la isla y cuyos recursos hospitalarios principales son de 135 camas distribuidas en: 48 camas para medicina interna, 41 camas para quirófano, 10 camas para UCI, 18 camas para pediatría y 18 camas para obstetricia. Asimismo, se quiere conocer la correlación de este impacto emocional con las habilidades de afrontamiento al estrés y el apoyo social percibido ya que ambas variables juegan un papel fundamental a la hora de reducir dicho impacto provocado por la pandemia (Valero et al., 2020), existiendo una correlación significativa entre la ausencia de habilidades de afrontamiento ante una situación de estrés y el aislamiento social con la presencia de síntomas depresivos y de estrés psicológico (González et al., 20220 y Ribot et al, 2020).

3. Objetivos

El objetivo general de este estudio es determinar el estado emocional de la población de la isla de Fuerteventura en el momento actual de la pandemia.

Concretamente, se establecen los siguientes objetivos específicos:

1. Estudiar si existen diferencias significativas entre el estado emocional de la población sanitaria y no sanitaria de Fuerteventura en el momento actual de la pandemia.
2. Determinar si existen diferencias significativas entre la población sanitaria de primera línea del Hospital General de Fuerteventura, el resto de profesionales sanitarios y la población no sanitaria de la isla, en cuanto al estado emocional en el momento actual de la pandemia.
3. Analizar si existen diferencias significativas en el estado emocional entre los profesionales sanitarios de los distintos servicios de primera línea del Hospital General de Fuerteventura (UCI, Urgencias, Medicina Interna y Quirófano).
4. Analizar la correlación existente entre el estado emocional de la población mayorera con la presencia de habilidades de afrontamiento al estrés.
5. Analizar la correlación existente entre el estado emocional de la población mayorera y el apoyo percibido.
6. Estudiar la correlación que existe entre el estado emocional de la población sanitaria en la isla mayorera y su antigüedad profesional en el servicio.

4. Hipótesis

En base a los objetivos establecidos se plantean las siguientes hipótesis:

1. No se espera encontrar un impacto emocional relevante en la población mayorera.
2. Se espera encontrar diferencias estadísticamente significativas en el estado emocional medido con el DASS-21 entre la población sanitaria y la población no sanitaria de Fuerteventura, siendo mayor en la población sanitaria.
3. Se espera encontrar diferencias estadísticamente significativas en el estado emocional medido con el DASS-21 en función de si se es profesional sanitario de primera línea en el Hospital General de Fuerteventura u otro profesional sanitario de la isla, siendo mayor entre los profesionales sanitarios de primera línea.
4. Se espera encontrar diferencias estadísticamente significativas en el estado emocional medido con el DASS-21 en función del servicio de primera línea en el que se trabaje, siendo mayor en los profesionales sanitarios de la UCI, seguido de urgencias, medicina interna y por último quirófano.
5. Se espera encontrar una correlación negativa estadísticamente significativa entre el estado emocional medido con el DASS-21 y las habilidades de afrontamiento al estrés.
6. Se espera encontrar una correlación negativa estadísticamente significativa entre el estado emocional medido con el DASS-21 y el apoyo percibido.
7. Se espera encontrar una correlación significativamente entre el estado emocional medido con el DASS-21 por la población sanitaria y el tiempo de antigüedad en el servicio.

5. Marco metodológico

5.1. Participantes

Para la recogida de información de este estudio de investigación se ha contado con una muestra de 200 participantes, todos ellos llevan residiendo en la isla de Fuerteventura por un período mínimo de 18 meses.

Dentro de esta muestra se puede distinguir tres grupos de interés:

1. Grupo formado por población sanitaria de primera línea del Hospital General de Fuerteventura y constituido por 57 participantes, médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de enfermería de los siguientes servicios:
 - Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Servicio centrado en la atención de aquellos pacientes que se encuentren en estado crítico o necesiten una atención muy específica. Este servicio ha sido el encargado de atender de manera directa a todos aquellos pacientes enfermos de Covid-19 que se encontraban en estado grave o muy grave (Servicio Canario de Salud, 2021).
 - Medicina Interna. Servicio que atiende al paciente enfermo durante todo el proceso asistencial integrando los aspectos influyentes en la enfermedad y en la salud. Su función durante la pandemia es de suma importancia ya que dicho servicio es el encargado del seguimiento de todas las personas contagiadas por el Covid-19 (Servicio Canario de Salud, 2021).
 - Quirófano. Su función es la atención global e individualizada al paciente quirúrgico por un equipo interdisciplinar (cirujanos, anestesistas, traumatólogos...). Este servicio está en contacto directo con aquellos pacientes enfermos de Covid-19 que necesitan una intervención quirúrgica. Además de formar parte del plan de contingencia de apoyo a UCI durante la pandemia (Servicio Canario de Salud, 2021).
 - Urgencias. Servicio encargado de atender a todos aquellos pacientes que necesiten de una atención inmediata y urgente. Juega un papel muy importante en la detección de casos Covid-19 ya que es a donde acuden todos aquellos pacientes con sospecha de contagio por SARS-CoV-2 (Servicio Canario de Salud, 2021).

Los criterios de inclusión para este grupo fueron, además de ser profesional sanitario de primera línea perteneciente a los servicios mencionados, tener un mínimo de estabilidad contractual en dichos servicios de 6 meses y aceptar voluntariamente las condiciones del estudio y querer participar. Sin embargo, todos los profesionales sanitarios que cumplimentaron el cuestionario comunicaron tener una antigüedad profesional en el servicio mínima de 18 meses. Los criterios de exclusión fueron ser estudiante de las profesiones sanitarias anteriormente indicadas, profesional sanitario de otro servicio o centro diferente a los antes mencionados, así como no ser profesional sanitario y rechazar formar parte del estudio.

2. Grupo de “No sanitarios”. Este grupo está compuesto por todos aquellos participantes mayores de 18 años que no trabajen como profesionales sanitarios. El número de participantes en dicho grupo es de 113 y el período mínimo de residencia en la isla es de 24 meses. Todos ellos aceptaron voluntariamente las condiciones del estudio.
3. Grupo formado por “otros profesionales sanitarios”. Aquí se incluyen todos aquellos sujetos de la muestra que siendo profesionales sanitarios del hospital no trabajan dentro de los servicios de primera línea mencionados anteriormente, o bien trabajan en otros centros diferentes al Hospital General de Fuerteventura (centros de salud, clínicas privadas, etc.). Debido a que podrían sesgar los resultados si se incluían dentro de la población general por su condición de sanitario, se consideró la posibilidad de incluirlos dentro de este grupo y estudiar así si existen diferencias en el impacto emocional entre dichos grupos. Este grupo está constituido por 30 sujetos.

A continuación, en las Tablas 4 y 5 se detallan respectivamente las características de la muestra general, así como el desglose de la muestra de población no sanitaria y población sanitaria recogida para este Trabajo Fin de Máster.

Tabla 4. Características socio-demográficas de la muestra general.

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujer	162	81
	Hombre	38	19
Edad	18-29	23	11,5
	30-39	56	28
	40-49	79	39,5
	50-59	31	15,5
	60-70	11	5,5
Municipio Residencia	Puerto Rosario	131	65,5
	La Oliva	24	12
	Antigua	18	9
	Tuineje	22	11
	Pájara	5	2,5
Nivel Formativo	Primaria	11	5,5
	ESO/Bachiller/CFGM	37	18,5
	Universitarios/CFGs	152	76
Estado Civil	Sin Pareja	38	19
	Con Pareja	68	34
	Casado/Pareja de Hecho	77	38,5
	Separado/Divorciado/Viudo	17	8,5
Ocupación	Estudiante	4	2
	Empleado/Autónomo	174	87
	Desempleado	22	11
Persona de Riesgo	Sí	37	18,5
	No	163	81,5
Dificultad emocional	Si	33	16,5
Pre-Covid	No	167	83,5
Cargas familiares	Sí	89	44,5
	NO	111	55,5

		Frecuencia	Porcentaje
Afectación	Sí	57	28,5
Económica	NO	143	71,5
Medidas seguridad	Sí	197	98,5
	No	3	1,5
Total		200	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. Características sociodemográficas por grupo sanitario y no sanitario.

	Población	No sanitarios		Sanitarios	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujer	86	76,1	76	87,4
	Hombre	27	23,9	11	12,6
Edad	18-29	10	8,8	13	14,9
	30-39	20	17,7	36	41,4
Municipio	40-49	53	46,9	26	29,9
	50-59	19	16,8	12	13,8
Residencia	60-70	11	9,8	0	0
	Puerto Rosario	72	63,7	59	67,8
Nivel Formativo	La Oliva	15	13,3	9	10,3
	Antigua	11	9,7	7	8
Estado Civil	Tuineje	10	8,8	12	13,8
	Pájara	5	4,5	0	0
Residencia	Primaria	11	9,7	0	0
	ESO/Bachiller/FP1	19	16,8	18	20,7
	Universitarios/FP2	83	73,5	69	79,3
Estado Civil	Sin Pareja	20	17,7	18	20,7
	Con Pareja	32	28,3	36	41,4
	Casado/Pareja de Hecho	52	46	25	28,7
	Separado/Divorciado/Viudo	9	8	8	9,2

		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ocupación	Estudiante	4	3,5	0	0
	Empleado/Autónomo	87	77	87	100
	Desempleado	22	19,5	0	0
Persona Riesgo	Sí	23	20,4	14	16,1
	No	90	79,6	73	83,9
Dific. emocional	Si	16	14,2	17	19,5
Pre-Covid	No	97	85,8	70	80,5
Cargas familiares	Sí	46	40,7	43	49,4
	No	67	59,3	44	50,6
Afectación	Sí	41	36,3	16	18,4
Económica	No	72	63,7	71	81,6
Medidas	Sí	112	99,1	85	97,7
seguridad	No	1	0,9	2	2,3
Total		113	100	87	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. Distribución por población, grupo profesional y servicios sanitarios.

		N=200	Años de antigüedad sanitaria (meses)				
		Frecuencia	Porcentaje	Mín.	Max.	Media	DT
Población	Población Sanitaria	87	43,5	18	360	89,80	84,11
	Población no sanitaria	113	56,5				
Grupo Profesional	Sanitarios 1ª línea	57	28,5	18	360	92,63	81,90
	Otros sanitarios	30	15	18	360	84,43	89,35
	No sanitarios	113	56,5				

		Frecuencia	Porcentaje	Mín.	Max.	Media	DT
Servicios Sanitarios	UCI	18	20,7	18	264	96,06	79,83
	Medicina Interna	10	11,5	18	240	61,90	70,13
	Quirófano	21	24,1	20	360	115,24	92,64
	Urgencias	8	9,2	18	180	64	59,08
	Otro servicio	30	34,5	18	360	84,43	83,35

DT: desviación típica

Fuente: Elaboración propia

5.2. Instrumentos

5.2.1. Encuesta socio-demográfica

Se elaboró un cuestionario de indicadores socio-demográficos con el objetivo de recoger información sobre las siguientes variables: sexo, edad, municipio de residencia, años de residencia en la isla, nivel de estudios, estado civil, personas convivientes, cargas familiares, presencia de dificultades emocionales antes del Covid-19, persona de riesgo ante el Covid-19, afectación de la pandemia en el nivel de ingresos, ocupación, nivel socio-económico y cumplimiento de las medidas de seguridad. Además, se incluyeron una serie de ítems relacionados con la ocupación desempeñada por el participante con el objetivo de poder llevar a cabo la contrastación de hipótesis:

- Puesto desempeñado como profesional sanitario en el Hospital General de Fuerteventura. Este ítem con seis opciones de respuesta: (médico/a - enfermero/a - auxiliar de enfermería - otro profesional sanitario diferente a los anteriores - profesional sanitario en otro centro distinto - no soy profesional sanitario), permitió discriminar a la población sanitaria de la población no sanitaria, así como aquellos sanitarios que trabajan en el Hospital General de Fuerteventura o en otros centros distintos.
- Servicio al que pertenece dentro del Hospital. Ítem constituido con seis opciones de respuesta: (UCI - medicina interna – quirófano – urgencias – otro servicio – no soy profesional sanitario). Permitió discriminar aquellos sanitarios de primera línea de

aquellos sanitarios que no lo son, además de filtrar a la población sanitaria de la no sanitaria.

- Años de antigüedad en el servicio. Ítem abierto en el que los participantes debían indicar el tiempo que llevaban trabajando como sanitarios. Este ítem permitió seleccionar aquellos profesionales sanitarios, ya sean de primera línea o no, que llevaban trabajando en dicha profesión al menos 6 meses. Todos aquellos sanitarios con una antigüedad menor de 6 meses fueron desechados de la muestra.

5.2.2. Escala abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés – 21 (Depression, Anxiety y Stress Scale -21) (DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995)

La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) fue elaborada por Lovibond & Lovibond en 1995 con el propósito de evaluar la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa durante la última semana. Incluye aquellos indicadores propios de cada trastorno y excluyen aquellos síntomas presentes en ambos, como por ejemplo trastorno del sueño, pérdida del peso o del apetito. El factor del estrés apareció tras la realización de varios análisis factoriales de la escala, e incluye síntomas como problemas para relajarse, irritación y agitación (Roman et al., 2016).

La versión abreviada de este instrumento es la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés -21 (DASS-21). Está constituido por 21 ítems con cuatro opciones de respuesta tipo Likert (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 y 3= me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo). Posee tres subescalas con 7 ítems cada una: Depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), Ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y Estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Con el objeto de obtener una puntuación directa en cada una de las subescalas por separado se han de sumar las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada una. Dicha puntuación para cada uno de los factores oscila entre 0 y 21. También permite obtener un indicador general de síntomas emocionales sumando las puntuaciones de todos los ítems, la cual oscila entre 0 y 63. A mayor puntuación general, mayor sintomatología (Antony et al., 1998).

En este trabajo de investigación se ha tenido en cuenta tanto la lectura multidimensional como unidimensional de la escala. Se han establecido varios puntos de corte para cada subescala, utilizados comúnmente (Antony et al., 1998):

- Depresión: 5-6 depresión leve; 7-10 depresión moderada; 11-13 depresión severa y 14 o más, depresión extremadamente severa.
- Ansiedad: 4 ansiedad leve; 5-7 ansiedad moderada; 8-9 ansiedad severa y 10 o más, ansiedad extremadamente severa
- Estrés: 8-9 estrés leve; 10-12 estrés moderado; 13-16 estrés severo y 17 o más, estrés extremadamente severo.

Esta versión abreviada se trata de un instrumento de autoaplicación, breve y de fácil cumplimentación, mostrando además adecuadas propiedades psicométricas de validación y fiabilidad en la población adulta y en la población clínica. (Daza et al., 2002 y Roman et al., 2016). La escala de depresión tiene una correlación de $r= 0,70$ con el Inventory de Depresión de Beck (BDI) y cuenta con un $\alpha= 0,85$. En lo que se refiere a la escala de ansiedad del DASS-21 su correlación con el Inventory de Ansiedad de Beck (BAI) es de $r=0,78$ y su $\alpha=0,83$. Por último, la escala de estrés del DASS-21 tiene una correlación de $r=0,71$ y $r=0,70$ con el BAI y BDI respectivamente, y un $\alpha= 0,73$. En lo que se refiere a la escala DASS-21 en su conjunto, los ítems presentan un $\alpha= 0,91$ (Antunez et al., 2011).

5.2.3. Cuestionario de habilidades de afrontamiento al estrés (Beech, Burns y Sheffield, 1986)

Este instrumento se trata de una versión más actualizada del Inventory de Vulnerabilidad al Estrés de Beech et al. (1982) constituido por 22 ítems con dos opciones de respuesta (Si/No) que se centra en evaluar de manera cuantitativa y unidimensional la mayor o menor presencia de habilidades de afrontamiento del estrés en el individuo (Beech et al. 1986). Para ello el sujeto debe leer atentamente 22 situaciones diferentes y responder “Sí” cuando considere que la situación leída se corresponde con su modo habitual de comportarse en situaciones similares, o responder “No” si la situación descrita no se corresponde con su manera de enfrentarse habitualmente a dicha situación. Para obtener una puntuación directa de dicho cuestionario se deberá contabilizar el número de respuestas afirmativas dadas por el sujeto. El rango de puntuación oscila entre 0-22. A mayor puntuación, mayor número de habilidades de afrontamiento al estrés presenta el sujeto (Ramos, 1999, p.113).

A diferencia del resto de instrumentos existentes para medir las estrategias de afrontamiento al estrés este cuestionario no hace una clasificación multidimensional de los

estilos y estrategias de afrontamiento. No obstante, las habilidades aquí evaluadas se centran en un afrontamiento activo centrado en el problema a través de estrategias de restructuración cognitiva (Tobin et al. 1989), autocontrol y asertividad (Beech et al. 1986). Se trata de un instrumento fiable para cuantificar las habilidades de afrontamiento al estrés que una persona posee ya que cuenta con un $\alpha= 0,87$ (Santos-Ruiz et al., 2021).

5.2.4. Cuestionario ad hoc del apoyo social percibido.

Con el propósito de no sobrecargar a los participantes de la muestra con un número excesivo de ítems se decidió crear un breve cuestionario ad hoc que permitiese evaluar el apoyo percibido, tanto por parte de la población sanitaria como de la población no sanitaria. Dicho cuestionario consiste en dos ítems con cinco opciones de respuesta tipo Likert: (1= no me he sentido apoyado, 2= me he sentido ligeramente apoyado, 3= me he sentido apoyado, 4= me he sentido bastante apoyado y 5= me he sentido fuertemente apoyado), a través del cual el participante aporta información sobre en qué medida percibe sentirse apoyado, tanto por la sociedad (ítem más bien dirigido a la población sanitaria) como por su círculo más cercano en tiempos de pandemia. La puntuación total oscila entre 2 y 10. Para la elaboración de estos ítems se tuvo en cuenta los estudios llevados a cabo por Brooks et al. (2018) y Valero et al. (2020) en donde se pone de manifiesto que el apoyo social percibido, así como el apoyo del círculo más cercano correlaciona significativamente con la presencia o ausencia de síntomas depresivos y de estrés psicológico (citado en González et al., 2020).

5.3. Procedimiento

La realización de este Trabajo Fin de Máster (TFM) se ha llevado a cabo entre los meses de junio de 2021 y enero de 2022.

Una vez aprobada la propuesta de este TFM y con la Dra. Andrea Pérez Rodríguez como directora del mismo, se procedió a preparar y presentar a la Comisión de Investigación del TFM la documentación necesaria para poder continuar con dicho trabajo de investigación. Esta documentación consistió en el formulario de memoria de Trabajo Fin de Estudios, la autorización firmada por el gerente del Hospital General de Fuerteventura para recoger

datos de la muestra sanitaria de primera línea (Anexo A), el compromiso de confidencialidad de datos firmado (Anexo B) y el modelo de consentimiento informado (Anexo C).

Cuando se obtuvo el informe favorable de la Comisión de Revisión de Propuestas de Trabajo Fin de Estudios (TFE) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Unir (Anexo D), la cual vela por el cumplimiento de los aspectos éticos y legales y garantiza la adecuación de la propuesta del TFE a la normativa de este ámbito, se procedió a la recogida de datos de manera telemática mediante un cuestionario online a través de Google Forms, cumpliendo así con las medidas de seguridad establecidas contra el Covid-19. Dicha recogida se realizó del 8 de octubre al 22 de octubre.

En la elaboración de dicho cuestionario online (Anexo E) se seleccionó una serie de instrumentos dirigidos a medir las diferentes variables de estudio (ver epígrafe 5.2).

Para la recogida de los datos de la población sanitaria se recibió ayuda de cada uno de los supervisores/as responsables de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), Medicina Interna, Urgencias y Quirófano del Hospital General de Fuerteventura, quienes hicieron llegar a los participantes de la muestra a través de correo electrónico el enlace para poder acceder al cuestionario online.

En el caso de la recogida de datos de la población general de Fuerteventura el acceso a la muestra se realizó a través de la técnica de la bola de nieve, mediante el uso de diversas plataformas web y/o Whats app. Para ello se mandó un mensaje de texto con el enlace para poder acceder a dicho cuestionario online y una breve información del estudio a realizar. Los propios participantes colaboraron con la difusión del cuestionario.

5.4. Análisis de datos

Este trabajo de investigación se trata de un estudio de diseño descriptivo e inferencial, con una metodología de carácter cuantitativo en el que se han medido y analizado una serie de variables en el momento actual y con una población concreta con el objetivo de contrastar las hipótesis planteadas.

El análisis de los datos ha sido realizado a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics (versión 28), estableciéndose un nivel de confianza del 95%, considerando significativos todos aquellos valores cuya p fueran igual o menor a 0,05.

Para llevar a cabo dicho análisis se realizaron las pruebas que a continuación se detallan:

- El primer paso fue comprobar la distribución de las variables cuantitativas con respecto a la curva de la normalidad. Como la muestra era de $N=200$ se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov.
- A continuación, se realizó el análisis descriptivo de la muestra calculando las frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas (véase apartado 5.1) y de las variables de tipo ordinal (apoyo social percibido y apoyo cercano percibido). También se calculó la media, desviación típica y valores mínimo - máximos de las variables cuantitativas de interés (puntuación total obtenida en DASS_21, así como en cada uno de sus factores, puntuación obtenida en el cuestionario de habilidades de afrontamiento al estrés).
- Con el objetivo de analizar las diferencias de medias entre muestras independientes y así conocer en qué población (sanitaria o no sanitaria) fue mayor el impacto emocional por el Covid-19, se procedió a realizar las pruebas no paramétricas U de Mann Whitney y H de Kruskal Wallis, esta última para conocer las diferencias del impacto emocional entre sanitarios de primera línea- otros sanitarios y no sanitarios, así como las diferencias de dicho impacto entre los distintos servicios de primera línea.
- Por último, con el objetivo de analizar la posible correlación existente entre las variables de estudio se llevó a cabo la prueba de correlación Rho de Spearman.

6. Resultados

6.1. Prueba de la normalidad

El primer paso que se llevó a cabo, antes de proceder con el análisis inferencial de los datos, fue confirmar que la distribución de las variables cuantitativas estudiadas en esta investigación (puntuación factor depresión, puntuación factor ansiedad, puntuación factor estrés, puntuación total DASS-21 y puntuación total obtenida en el cuestionario de afrontamiento al estrés) se ajustaban con respecto a la curva de la normalidad. Para ello se procedió a realizar la prueba Kolmogorov-Smirnov ya que el tamaño de la muestra fue de N=200. Los datos obtenidos en dicha prueba se muestran en la Tabla 7.

Tabla 7. Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov.

Variables	N	Sig.
Puntuación factor depresión	200	0,000*
Puntuación factor ansiedad	200	0,000*
Puntuación factor estrés	200	0,000*
Puntuación total DASS-21	200	0,000*
Puntuación total de habilidades de afrontamiento al estrés	200	0,001*
Años de antigüedad sanitaria	200	0,000*

Nota. *: Valores significativo ($p \leq 0,05$)

Fuente: Elaboración propia

Como se puede apreciar en la Tabla 7 en ninguna de las variables cuantitativas la distribución de sus puntuaciones se ajusta a la curva de la normalidad por ello utilizaremos pruebas no paramétricas para poder llevar a cabo la contrastación de hipótesis.

6.2. Análisis descriptivo de las variables de estudio

6.2.1. Análisis descriptivo del estado emocional en las poblaciones sometidas a estudio

El objetivo general de este trabajo de investigación es determinar el estado emocional (síntomas de depresión, ansiedad y estrés) de la población mayorera año y medio después del comienzo de la pandemia. En la Tabla 8 y 9 se recoge la información referente a las puntuaciones obtenidas por los participantes de la muestra general en cada una de las variables cuantitativas de estudio (puntuación en el DASS-21 y su distribución por factores).

Tabla 8. Medias y Desviaciones Típicas (DT) obtenidas en el DASS-21 en la muestra general.

Variables	N	Min.	Max.	Media	DT
Depresión	200	0	21	5,39 ₁	4,92
Ansiedad	200	0	21	3,92 ₂	4,30
Estrés	200	0	21	7,19 ₂	5,37
DASS-21	200	0	63	16,50 ₂	13,69

₁: media correspondiente a depresión leve. ₂: media correspondiente a ausencia de síntomas

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9. Frecuencias y porcentajes por factores y categorías de la muestra general.

Variables	N	Depresión		Ansiedad		Estrés	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
Leve	200	31	15,5%	15	7,5%	16	8%
Moderada	200	32	16%	24	12%	24	12%
Severa	200	17	8,5%	12	6%	23	11,5%
Muy severa	200	14	7%	26	13%	14	7%
Total		94	47%	77	38,5%	77	38,5%

Fuente: Elaboración propia

A continuación, en la Tabla 10 y 11 se recoge la información de las puntuaciones obtenidas en cada una de las variables cuantitativas de estudio en función de ser sanitario o no sanitario (puntuación en el DASS-21 y su distribución por factores).

Tabla 10. *Medias y desviaciones típicas (DT) obtenidas en DASS-21 según tipo de población.*

Variables	Población sanitaria					Población No sanitaria				
	N	Min.	Max.	Media	DT	N	Min.	MAX.	Media	DT
Depresión	87	0	21	5,69 ₁	4,58	113	0	21	5,16 ₁	5,17
Ansiedad	87	0	17	4,26 ₁	4,39	113	0	21	3,65 ₂	4,24
Estrés	87	0	21	8,07 ₁	5,29	113	0	21	6,50 ₂	5,36
DASS-21	87	0	59	18,02 ₁	13,22	113	0	21	15,31 ₂	13,99

₁: media correspondiente a nivel leve ₂: media correspondiente a ausencia de síntomas

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11. *Frecuencias y porcentajes por factores y categorías en sanitarios y no sanitarios.*

Variables	Población sanitaria						Población no sanitaria							
	N	Depresión	Ansiedad	Estrés	N	Depresión	Ansiedad	Estrés	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Leve	87	17	19,5%	6	6,9%	6	6,9%	113	14	12,4%	9	8%	10	8,8%
Moderada	87	16	18,4%	16	18,4%	11	12,6%	113	16	14,2%	8	7,1%	13	11,5%
Severa	87	8	9,2%	6	6,9%	15	17,2%	113	9	8%	6	5,3%	8	7,1%
Muy severa	87	6	6,9%	12	13,8%	6	6,9%	113	8	7,1%	14	12,4%	8	7,1%
Total		47	54%	40	46%	38	43,6%		47	41,7%	37	32,8%	39	34,5%

Fuente: Elaboración propia.

6.2.2. Análisis descriptivo del resto de variables sometidas a estudio

En la Tabla 12 se muestra la información descriptiva en relación a la variable “habilidades de afrontamiento al estrés” de interés para la realización de este estudio de investigación.

Tabla 12. Análisis descriptivo de la puntuación en habilidades de afrontamiento al estrés.

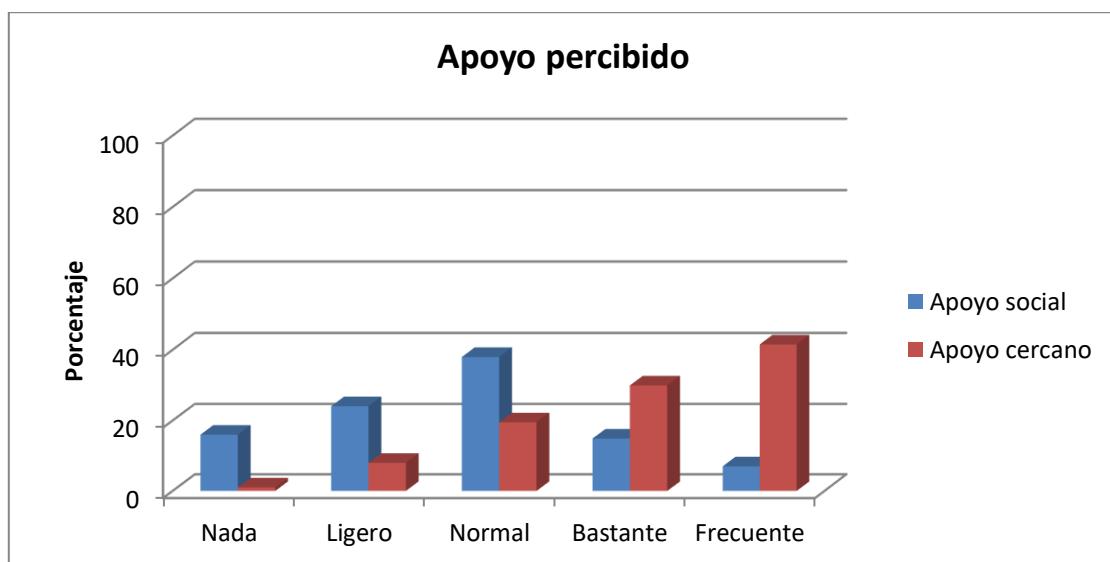
	Variables	N	Min.	Max.	Media	DT
Sanitarios	Habilidades de afrontamiento	87	3	22	14,48	4,59
No sanitarios	Habilidades de afrontamiento	113	0	22	14,30	5,29
Muestra General	Habilidades de afrontamiento	200	0	22	14,38	4,98

DT: desviación típica

Fuente: Elaboración propia.

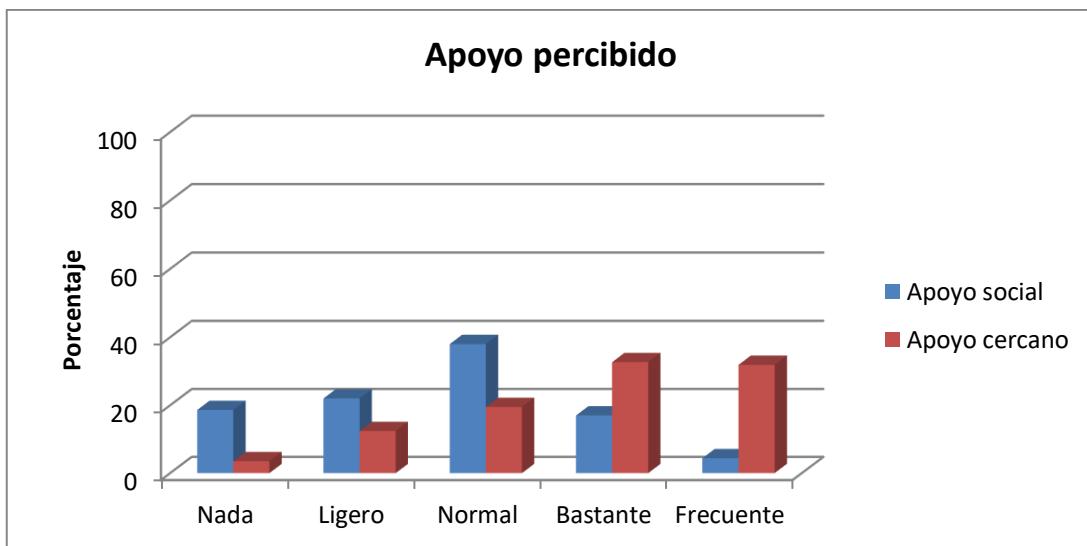
Asimismo, en las figuras 5 y 6 se muestra gráficamente que, para ambas poblaciones, el apoyo cercano percibido es mayor que el apoyo social percibido.

Figura 5. Apoyo percibido por la población sanitaria.



Fuente: Elaboración propia

Figura 6. Apoyo percibido por la población no sanitaria.



Fuente: Elaboración propia

6.3. Análisis de diferencias de medias para muestras independientes.

6.3.1. Comparación de medias del estado emocional entre población sanitaria y no sanitaria

Uno de los objetivos específicos establecidos en este Trabajo Fin de Máster es analizar las diferencias significativas entre el estado emocional de la población sanitaria y no sanitaria de Fuerteventura. Para ello se procedió a realizar la prueba no paramétrica U de Mann Whitney cuyos resultados quedan plasmados en la Tabla 13.

Tabla 13. Comparación del impacto emocional entre sanitarios y no sanitarios.

Población sanitaria Vs población no sanitaria		
Variables	Sig.(p)	U de Mann-Whitney
Depresión	0,170	4361
Ansiedad	0,352	4541,5
Estrés	0,025*	4009,5
DASS-21	0,080	4205
Habilidades afrontamiento	0,910	4869,5

Nota. *Valores significativo ($p \leq 0,05$). Elaboración propia.

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 13 no existen diferencias significativas entre ambos grupos en lo que respecta a la puntuación total del DASS-21, así como en los factores de depresión y ansiedad. Sin embargo, sí que se han encontrado diferencias significativas en el factor de estrés siendo mayor la media en la población sanitaria con respecto a la población no sanitaria. En lo que a habilidades de afrontamiento al estrés se refiere tampoco existen diferencias significativas entre ambos grupos.

6.3.2. Comparación de medias del estado emocional entre sanitarios de primera línea, otros sanitarios y no sanitarios.

Otro de los objetivos establecidos en esta investigación es analizar si existen diferencias entre los profesionales sanitarios de primera línea con respecto al resto de profesionales sanitarios y la población no sanitaria de la isla. Así como entre los distintos servicios sanitarios de primera línea. Para ello, en ambos casos se procedió a realizar la prueba no paramétrica H de Kruskal-Wallis.

Tabla 14. Comparación del impacto emocional entre grupos.

Sanitarios de 1^a línea – Otros sanitarios – No sanitarios		
Variables	Sig.(p)	H de Kruskal - Wallis
Depresión	0,384	1,913
Ansiedad	0,623	0,946
Estrés	0,070	5,331
DASS-21	0,208	3,136
Habilidades afrontamiento	0,946	0,111

Nota. *Valores significativo (p≤0,05)

Elaboración propia.

En la Tabla 14 se observa que no existen diferencias significativas entre los tres grupos en lo que respecta a la puntuación total del DASS-21, así como en los factores de depresión, ansiedad y estrés. En lo que a habilidades de afrontamiento al estrés se refiere tampoco existen diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla 15. Comparación del impacto emocional entre sanitarios de primera línea.

Sanitarios de 1^a línea: UCI /Medicina Interna /Urgencias /Quirófano		
Variables	Sig.(p)	H de Kruskal - Wallis
Depresión	0,779	1,091
Ansiedad	0,444	2,678
Estrés	0,433	2,741
DASS-21	0,443	2,683
Habilidades afrontamiento	0,261	4,008

Nota. *Valores significativo ($p \leq 0,05$)

Elaboración propia.

6.4. Análisis de correlación

Por último, para finalizar el análisis de datos, se trató de conocer la correlación existente entre el estado emocional de los sujetos de la muestra y sus habilidades de afrontamiento al estrés, apoyo percibido y ser considerado perfil de riesgo ante el Covid-19. También se analizó la correlación entre el estado emocional de los profesionales sanitarios y los años de experiencia. Para ello se realizó la prueba no paramétrica Rho de Spearman. En el primer caso los resultados obtenidos manifestaron la existencia de una correlación significativamente negativa entre el estado emocional (en todas sus dimensiones) y las habilidades de afrontamiento y apoyo percibido, esto significa que a menor impacto emocional mejores habilidades de afrontamiento al estrés y mayor apoyo percibido (tanto social como cercano) por parte del sujeto; salvo en la dimensión de ansiedad en donde se observa que no existe correlación entre dicha dimensión y el apoyo percibido tal y como muestra la Tabla 16. Asimismo existe una correlación significativamente positiva entre el impacto emocional y ser persona de riesgo Covid-19. Por otra parte, en la Tabla 17 se puede ver que no existe correlación entre el estado emocional y el tiempo de antigüedad profesional en la población sanitaria.

Tabla 16. Correlación entre el estado emocional con habilidades de afrontamiento al estrés, apoyo percibido y ser perfil de riesgo ante el Covid-19 en la población general.

		Habilidades afrontamiento	Apoyo social	Apoyo cercano	Perfil Riesgo
Depresión	Coeficiente correlación	-0,525	-0,147	-0,170	0,149
	Sig. (bilateral)	0,000**	0,038*	0,016*	0,036*
Ansiedad	Coeficiente correlación	-0,449	-0,131	-0,097	0,258
	Sig. (bilateral)	0,000**	0,065	0,174	0,000**
Rho de Spearman	Coeficiente correlación	-0,550	-0,149	-0,175	0,184
	Sig. (bilateral)	0,000**	0,035*	0,013*	0,009**
Estrés	Coeficiente correlación	-0,563	-0,142	-0,160	0,204
	Sig. (bilateral)	0,000**	0,045*	0,024*	0,004**
		N	200	200	200

Nota. La correlación es significativa en $p \leq 0,05^*$, $p \leq 0,01^{**}$ (bilateral)

Elaboración propia

Tabla 17. Correlación entre estado emocional y la antigüedad como sanitario.

		Primera Línea	Otros sanitarios	Sanitarios general
Depresión	Rho	0,065	0,201	0,114
	Sig. (bilateral)	0,631	0,287	0,293
Ansiedad	Rho	0,015	-0,001	0,007
	Sig. (bilateral)	0,912	0,996	0,946
Rho de Spearman	Rho	0,071	0,134	0,092
	Sig. (bilateral)	0,599	0,480	0,397
		Rho	0,055	0,179
		Sig. (bilateral)	0,686	0,344
		N	57	30
				87

Nota. La correlación es significativa en $p \leq 0,01^{**}$ (bilateral). Elaboración propia.

7. Discusión

En primer lugar, en la Tabla 9 se puede observar una prevalencia de síntomas depresivos en la población mayorera del 47% , así como un 38,5% de prevalencia para la sintomatología de ansiedad y estrés, existiendo una correlación estadísticamente significativa entre el impacto emocional y tener un perfil de riesgo ante el Covid-19 (Tabla 16). Dentro de esos porcentajes, el 16,5% (n=33) de los encuestados presentaron dificultades emocionales previas al Covid-19. Tras estos resultados, la primera hipótesis planteada en este trabajo de investigación se ha visto descartada al encontrar un importante impacto emocional en la población mayorera, en especial si se tiene en cuenta que antes de la pandemia la prevalencia de la ansiedad y depresión en la población española era del 6,7%, el mismo porcentaje para ambas patologías (Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social, 2018).

Por otra parte, en la Tabla 11 se puede observar que dicha prevalencia en la población no sanitaria es del 41,7% para la sintomatología depresiva, del 32,8% para la sintomatología ansiosa y del 34,5% para la sintomatología de estrés. Si se tienen en cuenta los resultados obtenidos en el estudio llevado a cabo por Ozamiz-Etxebarria et al. (2020) con una muestra de población no sanitaria recogida en la Comunidad Vasca durante el comienzo del estado de alarma (entre el 11 y 15 de marzo del 2020) en donde el 38,3% de la muestra mostró sintomatología depresiva, el 39,8% sintomatología ansiosa y el 40,1% sintomatología de estrés, se puede observar que el impacto emocional (ansiedad y estrés) en la población no sanitaria de Fuerteventura tras un año y medio de pandemia es inferior a los porcentajes obtenidos en la comunidad vasca al comienzo de la misma, salvo en la sintomatología depresiva, en donde se presenta niveles leves (Tabla 10). Asimismo dicho impacto ha sido muy inferior al obtenido en el estudio realizado por Wang et al. (2019) en la población de China en los inicios del brote del Covid-19.

Por otra parte la población sanitaria mayorera presenta niveles leves de depresión, ansiedad y estrés con una prevalencia más alta que en la población no sanitaria, siendo del 54%, 46% y 43,6% respectivamente. En un estudio llevado a cabo por Dosil et al. (2020) en abril del 2020 con una muestra de profesionales sanitarios de la comunidad vasca, se obtuvo que la prevalencia fue del 27,4% para la sintomatología depresiva, del 37% para los síntomas de ansiedad y del 46,7% para los de estrés. Aunque los datos obtenidos en el presente estudio,

a primera vista, son más altos que los obtenidos en el estudio de Dosil et al. (2020), llama la atención que este último fue realizado cuando apenas había comenzado la primera ola. Si se tiene en cuenta, como dice el Dr. Mancebo, director del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, que por cada ola, el peso de la pandemia es mayor, en especial entre los profesionales sanitarios, es de esperar que el impacto emocional sobre las muestras de los estudios anteriormente mencionados sea mayor en la actualidad (con niveles medios o moderados) y por tanto mayor que el obtenido en este Trabajo Fin de Máster. Sin embargo, no se dispone de estudios para poder compararlo.

En cuanto a la segunda hipótesis planteada también se ha visto refutada ya que apenas existen diferencias estadísticamente significativas entre el impacto emocional de la población sanitaria y la población no sanitaria de Fuerteventura, a excepción del factor de estrés en donde se ha observado una diferencia significativamente mayor en la población sanitaria (Tabla 13).

De forma similar, ocurre lo mismo con la tercera y cuarta hipótesis. Los datos de la Tabla 14 y 15 ponen de manifiesto que en ambas hipótesis se acepta la hipótesis nula ya que “no existen diferencias estadísticamente significativas entre el estado emocional experimentado por los profesionales de primera línea del Hospital General de Fuerteventura, los profesionales sanitarios de otros servicios y la población no sanitaria” y por lo tanto “tampoco existen diferencias en el estado emocional experimentado entre los profesionales de los distintos servicios de primera línea” (Unidad de Cuidados Intensivos, medicina interna, quirófano y urgencias). Todos estos datos distan mucho de los obtenidos en un estudio llevado a cabo por Ruíz-Frutos & Gómez-Salgado (2021) sobre los efectos de la pandemia por Covid-19 en la salud mental de la población trabajadora de distintos países, incluido España, en el que se concluye que el 65,1% de los trabajadores no sanitarios presentaban estrés psicológico frente al 80,6% de los profesionales sanitarios, siendo los niveles de estrés más elevados en los sanitarios de atención especializada (82,2%).

Los resultados obtenidos en este Trabajo Fin de Máster no contradicen los numerosos estudios que ponen de manifiesto el impacto psicológico ocasionado en la población general por la pandemia, y en especial en los profesionales sanitarios (Dosil et al., 2020; Esquicia et al., 2020; Kang et al., 2020) ya que es indudable que dicho impacto psicológico existe. Sin embargo, si se tiene en cuenta que el impacto emocional de la población en tiempos de

pandemia está determinada por la magnitud de la misma (Ribot et al., 2020) y que en la isla de Fuerteventura la incidencia del SARS-CoV-2, desde que comenzó el primer estado de alarma hasta la actualidad, ha sido muy inferior al del resto de lugares del territorio español, suponiendo el 0,089% de los afectados por Covid-19 en España (Servicio Canario de Salud, 2021), es de esperar que dicho impacto en la isla majorera, aunque relevante, suponga una prevalencia inferior a la que cabría esperar a las puertas de una sexta ola en la población sanitaria de primera línea, aun existiendo un único Hospital público en la isla. A ello hay que añadir que los períodos de mayor incidencia tuvieron lugar entre diciembre de 2020 y junio de 2021, momento en el que la población disponía de información específica y precisa sobre el Covid-19 (Wang et al., 2019), así como las medidas de seguridad pertinentes para prevenirla. Esto ha permitido generar mayor sensación de control sobre la situación, disminuyendo así su potencial estresor (Fierro, 1992).

Como ya se ha comentado a lo largo de este trabajo de investigación, dicho impacto emocional está condicionado por determinadas características personales como por ejemplo la vulnerabilidad al estrés (Caballero y Campo, 2020), así como por el apoyo percibido y las habilidades de afrontamiento que cada persona tenga para hacer frente a una situación estresante (Bonnano et al., 2010). A la hora de estudiar la correlación entre el estado emocional de la población majorera en todas sus dimensiones y sus habilidades de afrontamiento al estrés se concluye que existe una correlación negativa estadísticamente significativa entre dichas variables. Es decir, a menor impacto emocional mejores habilidades de afrontamiento al estrés, lo que significa que en la quinta hipótesis se acepta la hipótesis alternativa. Por tanto, estos resultados confirman que el hecho de poseer habilidades de afrontamiento a una situación estresante, como puede ser la pandemia, es clave para que el impacto emocional sea menor (Ribot et al., 2020). Sin embargo, aunque estas habilidades de afrontamiento están protegiendo frente a la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés, los resultados indican que no es suficiente, en especial en la población sanitaria, ya que presenta mayor nivel de ansiedad y estrés frente a la población no sanitaria, existiendo además en ambas poblaciones niveles leves de depresión. Esto quizás se deba a otros factores como la carga de trabajo, la exposición prolongada al virus, etc.

Los mismos resultados se obtienen al analizar la correlación existente entre el impacto emocional y el apoyo percibido, siendo mayor esta correlación con el apoyo percibido del

entorno más cercano (familia, amigos, compañeros de trabajo) (tabla 16), excepto en la dimensión de ansiedad en donde se observa que no existe correlación entre dichas variables. No obstante, estos resultados sustentan el estudio llevado a cabo por Valero et al. (2020) quienes concluyen que el apoyo recibido por el círculo más cercano, o lo que Lin et al. (1986) denominan micronivel, es crucial a la hora de reducir el impacto psicológico en una persona. Si se observa las figuras 5 y 6 se puede concluir que, tanto para la población sanitaria como no sanitaria, el apoyo percibido del círculo más cercano (micronivel) ha sido bastante mayor que el apoyo percibido de la sociedad (macronivel). Es probable que esto sea otra de las causas que expliquen el impacto emocional que la pandemia ha causado en el personal sanitario mayorero si se tiene en cuenta el estudio de Brooks et al. (2018) en el que se concluye que durante periodos de enfermedades infecciosas el apoyo de los compañeros protege la salud mental del personal sanitario en general. Sin embargo este apoyo percibido no es suficiente ya que está siendo menos protector que las habilidades de afrontamiento.

Por último, los resultados plasmados en la Tabla 17 ponen de manifiesto que el impacto emocional de la población sanitaria mayorera no está correlacionado con los años de antigüedad en el servicio, por lo que se rechaza la hipótesis alternativa planteada.

7.1. Limitaciones

Este Trabajo Fin de Máster supone para su autor la primera aproximación a un trabajo de investigación, lo que puede implicar la existencia de algunas posibles limitaciones metodológicas en su elaboración. La primera limitación que se puede encontrar es que los diferentes grupos de la muestra no tienen un tamaño homogéneo, por lo que los datos obtenidos pueden no ser generalizables.

La segunda limitación haría referencia a la validez del cuestionario ad hoc elaborado y utilizado para la evaluación del apoyo percibido de los participantes. Este cuestionario, constituido por dos ítems, puede presentar una validez limitada al no haberse desarrollado previamente un trabajo de validación.

La tercera limitación a tener en cuenta es la posibilidad de que exista sesgo en las respuestas de los encuestados debido a la deseabilidad social a pesar de hacerse hincapié el carácter anónimo y confidencial de la encuesta en el consentimiento informado.

La cuarta limitación es que no existen estudios previos que permitan conocer el estado emocional de la población majorera antes del Covid-19 para poder determinar con exactitud el impacto emocional experimentado durante la pandemia.

Por último, señalar que entre los criterios de inclusión a la muestra se estableció residir en la isla de Fuerteventura durante un periodo mínimo de 6 meses por parte de la población general, así como tener un compromiso contractual estable de al menos 6 meses en el servicio por parte del profesional sanitario. Este criterio de inclusión podría haber sesgado los resultados obtenidos, en especial en la población sanitaria, ya que lo peor del Covid-19 ya habría pasado. Sin embargo, todos los profesionales sanitarios que participan en la muestra tienen una antigüedad mínima de 18 meses, es decir, desde abril del 2020, lo que hace que los resultados obtenidos sean más significativos.

7.2. Prospectiva

Como se ha puesto de manifiesto en este trabajo el impacto emocional que la pandemia ha provocado en la población majorera es bastante relevante. No obstante, apenas existen investigaciones acerca del estado emocional de la población canaria en general y majorera en particular. Es por ello que sería de interés dar continuidad a este estudio aumentando el tamaño de la muestra e incorporando en la misma un mayor número de participantes masculinos. Asimismo, como se ha demostrado a lo largo del presente estudio, la presencia de habilidades de afrontamiento al estrés y el apoyo percibido, en especial por el círculo más cercano, juegan un papel muy importante a la hora de minimizar el impacto emocional provocado por una situación estresante como puede ser la pandemia, pero no es suficiente, en especial en la población sanitaria, por lo que quizás sería necesario trabajar más las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y/o el apoyo percibido (social y cercano), así como la inteligencia emocional, técnicas de relajación y la capacidad de resiliencia, esta última abordando las emociones y la importancia del autocuidado. Este tipo de estudios son de utilidad para conocer los posibles factores de riesgo y poder realizar así futuras intervenciones de prevención y/o mejoría, mitigando las consecuencias emocionales y fomentando la adquisición de habilidades de afrontamiento al estrés y de un círculo social adecuado. Hoy, más que nunca, es fundamental cuidar de quienes nos cuidan.

Referencias bibliográficas

- Antony, M.M., Bieling, P.J., Cox, B.J., Enns, M.W., & Swinson, R.P. (1998). Psychometric properties of the 42 items and 21 items versions of the Depression, Anxiety y Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community simple. *Psychological Assessment*, 10, 176-181. [Doi: 10.1037/1040-3590.10.2.176](https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176).
- Antunez, Z., & Vinet, E.V. (2011). Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Validation of the Abbreviated Version in Chilean University Students. *Terapia Psicológica*. 30(3) 49-55. Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n3/art05.pdf>
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*. 14(2), 237-243 https://www.researchgate.net/publication/235746796_Social_support_stress_and_health_Apoyo_social_estres_y_salud
- Beech, H.R., Burns, L.E., y Sheffield, B.E. (1986). Tratamiento del estrés: un enfoque comportamental. Madrid: Alambra.
- BOE - [Real Decreto 463/2020](#), de 14 de marzo, por el que se declaró el estado de alarma para la gestión de la situación de cirsis sanitaria ocasionada por el COVID-19.
- BOE – [Real Decreto 1147/2020](#), de 15 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2020.
- Bonanno, G.A., Brewin, C.R., Kaniasty, K. & La Greca, A.M. (2010). Weighing the costs of disaster: consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities. *Psychological Science in the Public Interest, Suppement*, 11(1), 1-49. <https://doi.org/10.1177/1529100610387086>
- Brooks, S.K., Dunn, R., Amiôt, R., Rubin, G.J. & Greenberg, N. (2018). Una revisión temática sistemática de los factores sociales y ocupacionales asociados con los resultados psicológicos en los empleados de la salud durante un brote de una enfermedad infecciosa. *J Occup Environ Med*. 60: 248-257. [Doi:10.1097/JOM.0000000000001235](https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001235).
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Grennberg, N. & Rubin, G.J. (2020). El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirlo: revisión rápida de la evidencia. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Caballero, C.C. & Campo, A. (2020). Problemas de salud mental en la sociedad: un acercamiento desde el impacto del Covid-19 y de la cuarentena. *Duazary* 17(3), 1-3.
<https://doi.org/10.21676/2389783X.3467>

Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989). Evaluación de estrategias de afrontamiento: un enfoque basado en la teoría. *Revista de personalidad y psicología social*. 56(2): 267-86 [DOI: 10.1037 // 0022-3514.56.2.267](https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.2.267)

Carver, C.S. (1997). Quiere medir el afrontamiento, pero su protocolo es demasiado largo: considere el breve COPE. *Revista Internacional de Medicina del Comportamiento*, 4 (1), 92-100. [Doi: 10.1207 / s15327558ijbm0401_6](https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6)

Covid-19 Canarias del Gobierno de Canarias. 2021.
<https://grafcan1.maps.arcgis.com/apps/dashboards/156eddd4d6fa4ff1987468d1fd70efb6>

Danet, A. (2021). Impacto psicológico de la Covid-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Medicina Clínica*. 156(9) 449-458. [Doi: 10.1016/j.medcli.2020.11.009.](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009)

Daza, P., Novy, D.M., Stanley, M.A., & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: traducción al español y validación con una muestra hispana. *Revista de psicopatología y evaluación del comportamiento* 24, 195-205.
<https://doi.org/10.1023/A:1016014818163>

Dosil, M., Ozamiz-Etxebarría, N., Redondo, I., Jaureguizar, J. & Picaza-Gorrotxategi, M. (2020). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 14 (2) 106-112. [Doi: 10.1016 / j.rpsm.2020.05.004](https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004)

Erquicia, J., Valls, L., Barja, A., Gil, S., Miquel, J., Leal-Blanquet, J., Schmidt, C., Checa, J. & Vega, D. (2020). Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa. *Medicina Clínica* 155(10) 434-440. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.07.006>

Fierro A. (1992). *Manual de Psicología de la Personalidad*. Editorial Paidós.

González, D., Mercado, E., Corchado, A.I. & De la Paz, P. (2020). Covid-19 y su asociación con síntomas depresivos en población española. *Rev. Haban. Cienc. Méd.* 19(5):e3631.http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X202000600017

González M. (2006). *Manejo de estrés*. Ed. Innovación y cualificación S.L.

Hernández, S., Pozo, C. & Alonso, E. (2004). Apoyo social y bienestar en un colectivo de inmigrantes. *Boletín de psicología*. 80:79-96. Disponible en <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N80-4.pdf>

Inchausti, F., & Prado-Abril, J. (2020). La psicología Clínica ante la Pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud* 31(2), 105-107. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a11>

Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B.X., Wang, Y., Hu J., Lai J., Ma X., Chen J., Guan L., Wang G., Ma G. & Liu Z. (2020) La salud mental de los trabajadores médicos en Wuhan, China, que se enfrentan al nuevo coronavirus de 2019. *Psiquiatría Lancet.*; 7(3):e14. [doi: 10.1016 / S2215-0366 \(20\) 30047-X](https://doi: 10.1016 / S2215-0366 (20) 30047-X).

Kiecolt-Glaser, J., McGuire, L., Robles, T. y Glaser, R. (2002). Emociones, morbilidad y mortalidad: nuevas perspectivas desde la psiconeuroinmunología. *Revisión anual de psicología*. 53: 83-107. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135217>

Lazarus R.S., y Folkman S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, y. & Feng, Z. (2020). Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel Coronavirus-infected pneumonia. *New England Journal of Medicine*. <https://doi: 10.1056 / NEJMoa2001316>.

Mauder, R.G., Lancee, W.J., Balderson, K.E., Bennett, J.P., Borgundvaag, B., Evans, S. & Wasylewski D.A. (2006). Efectos psicológicos y ocupacionales a largo plazo de brindar atención médica hospitalaria durante el brote de SARS. *Enfermedades infecciosas emergentes*, 12(12): 1924-1932. doi: 10.3201 / eid1212.060584.

McEwen, Bruce S.T. (2000). The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Research* 886 (1-2), 172-189 [https://doi.org/10.1016/S0006-8993\(00\)02950-4](https://doi.org/10.1016/S0006-8993(00)02950-4).

Mejia, L. (2013). Los determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública.

Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 31(1), 28-36.

http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/4504/1/MejiaLuz_2013_DeterminantesSocialesSalud.pdf

Mella, J., López, Y., Sáez, Y. & Del Valle, M. (2020). Estrategias de afrontamiento en apoderados durante el confinamiento por la Covid-19. *Revista CienciAmérica* 9(2) 1-12. <http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i2.324>

Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social (2018). Encuesta Nacional de Salud. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf

Montes, P.S. & Campo, A. (2020). Los médicos generales y la salud mental en la pandemia por Covid-19. *Duazary* 17(3), 4-6. <https://doi.org/10.21676/2389783X.3468>

Organización Mundial de la Salud. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the---media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaría, M., Picaza-Gorrochategui, M., y Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4) [doi: 10.1590/0102-311x00054020](https://doi.org/10.1590/0102-311x00054020)

Ramos F. (1999). *El síndrome de Burnout*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Ribot, V., Chang, N., González, A., (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19, 1-15. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000400008#B18

Roman, F., Sántibañez, P. & Vinet E.V. (2016). Uso de las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) como instrumento de tamizaje en jóvenes con problemas clínicos. *Psychological Research Records*. 6 (1): 2325-2336 DOI: [10.1016/S2007-4719\(16\)30053-9](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30053-9)

Ruiz-Frutos, C., & Gómez Salgado, J. (2021). Efectos de la pandemia por Covid-19 en la salud mental de la población trabajadora. *Archivos de Riesgos Laborales*, 24(1), 6-11.
<https://dx.doi.org/10.12961/aprl.2021.24.01.01>

Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54.
<http://e-spatio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2003-7B4EAB10-5627-6E72-1C0D-C1BC36CC98B4/PDF>

Sandín, B., Valiente, R.M., García, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: efectos negativos y positivos en población española asociados al período de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1-22. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>.

Santos-Ruiz, A. Montero-López, E., Ortego-Centeno, N., & Peralta-Ramírez, M.I., (2021). Efecto del confinamiento de Covid-19 sobre el estado mental de pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Medicina Clínica*. 156 (8), 379-385
[doi:10.1016/j.medcli.2020.12.004](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.12.004)

Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias (2021).
<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=295854dd-e1bc-11df-bebe-cb4e35e0558b&id Carpeta=617a83a2-541c-11de-9665-998e1388f7ed>

Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) (2020). Cuidando la salud mental del personal sanitario. Disponible en http://www.sepsiq.org/informacion_salud_mental

Thompson, N., Fiorillo, D., Rothbaum, B., Ressler, K., Michopoulos, V. (2017). Coping Strategies as Mediators in Relation to Resilience and Posttraumatic Stress Disorder. *J Affect Disord* 225: 153-159. [doi: 10.1016/j.jad.2017.08.049](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.049)

Tobin, D., Holroyd, K.K., Reynolds, R. & Wigal, J.K. (1989). La estructura jerárquica del inventario de estrategias de afrontamiento. *Investigación y terapia cognitiva*. 13(4):343-361 [DOI: 10.1007 / BF01173478](https://doi.org/10.1007/BF01173478).

Valero, N., Vélez, M., Duran, A., & Torres, M., (2020). Afrontamiento del Covid-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Revista enfermería investiga*. 5(3) 1-8
doi: [http://dx.doi.org/10.31243/ei.uta.v5i3.913.2020](https://dx.doi.org/10.31243/ei.uta.v5i3.913.2020)

Vega, O.M., & González, D.S., (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, (16).

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S. & Ho, R.C. (2019) 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*, 17(5):1729. [doi: 10.3390/ijerph17051729](https://doi.org/10.3390/ijerph17051729)

Anexo B. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE ADULTO

Título del Programa:

“El estado emocional de la población de Fuerteventura en tiempos de pandemia”

Estudiante TFM:

Sergio González Franco

Lugar de realización:

Hospital General de Fuerteventura y población mayorera en general.

Introducción:

A través de este documento se le invita a participar voluntariamente en un estudio de investigación clínica. Tiene como objetivo conocer el estado emocional de la población mayorera (población sanitaria de primera línea del Hospital General de Fuerteventura y población general residente en la isla) en el momento actual de la pandemia del Covid-19, año y medio después de su aparición en España.

Antes de que usted acepte participar en este estudio, se le presenta este documento de nombre “Consentimiento informado”, que tiene como objetivo comunicarle de los posibles riesgos y beneficios para que pueda tomar una decisión informada.

El consentimiento informado le proporciona información sobre el estudio al que se le está invitando a participar, por ello es de suma importancia que lo lea cuidadosamente antes de tomar alguna decisión y si usted lo desea, puede comentarlo con quien considere oportuno (un amigo, un familiar de confianza, etc.).

Una vez que haya leído este consentimiento informado, si sigue interesado en participar en el estudio, marque la casilla “presto libremente mi conformidad” y automáticamente le aparecerá el cuestionario a cumplimentar de manera online. Su decisión de participar es voluntaria, lo que significa que usted es totalmente libre de responder al cuestionario de este estudio. Si decide no participar marque la casilla “No presto libremente mi conformidad”.

Esta hoja de consentimiento informado puede contener información que usted no comprenda en su totalidad, por lo que no dude en solicitar cualquier duda que se le plantea al respecto a través del siguiente correo electrónico: sgonfra@gmail.com

Propósito del estudio:

El objetivo de este estudio de investigación es conocer el estado emocional actual de los profesionales sanitarios de primera línea en la asistencia a pacientes con SARS-COV-2 del Hospital General de Fuerteventura y compararlo con el estado emocional de la población mayorera, año y medio después de su aparición en España, una vez que hemos aprendido a vivir con ella. También se pretende conocer la correlación de dicho estado emocional con diversas variables socio demográficas (sexo, edad, nivel educativo y profesión, entre otras) y psicológicas (el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento al estrés). Esto permitirá realizar futuras intervenciones masivas en la población con el objetivo de actuar de manera eficaz para su mejoría.

Para ello, usted deberá cumplimentar, en el caso de que desee participar, el cuestionario que se le muestra a continuación, una vez acepte participar en el estudio.

Procedimientos/explícacion del estudio:

Con este objetivo, se solicita la colaboración tanto de la población sanitaria de primera línea del Hospital General de Fuerteventura: aquellos profesionales (no estudiantes) sanitarios (médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de clínica) de la UCI, Quirófano, Medicina Interna y Urgencias que lleven trabajando en dichas unidades al menos 6 meses, de manera continuada y no esporádica, y acepten de manera voluntaria las condiciones de dicho estudio y quieran participar.

Como la colaboración de la población general de la isla de Fuerteventura mayor de 18 años que lleve residiendo en la isla al menos 6 meses y no esté incluida en la muestra anterior.

Para ello, usted deberá cumplimentar, en el caso de que desee participar, el cuestionario online que a continuación se le muestra.

Riesgos/beneficios:

Los participantes no se beneficiarán directamente de este estudio, salvo la oportunidad de poder contribuir al avance científico que puede beneficiar en el futuro a todas aquellas personas más vulnerables a los efectos psicológicos que está causando la pandemia del COVID-19.

No existe riesgo alguno derivado de la participación en este estudio salvo la molestia ocasionada por el cansancio derivado de la administración de esta prueba, la cual puede durar unos 15 minutos aproximadamente.

Confidencialidad

Este estudio, completamente anónimo, requiere la recogida de ciertos datos personales. Algunos de estos datos son de carácter general (como, por ejemplo, su fecha de nacimiento, sexo, profesión...) y otros están relacionados con la salud mental (síntomas depresivos y síntomas de ansiedad), así como con las habilidades de afrontamiento al estrés y el apoyo social recibido a lo largo de la pandemia.

La recogida y tratamiento de dichos datos se llevará a cabo de acuerdo con la legislación aplicable en materia de privacidad. Se adoptarán las medidas oportunas para garantizar la debida protección de los datos en todo momento, sin violación alguna de la confidencialidad.

Estos datos se procesarán electrónicamente de manera anónima.

Según lo establecido por el Reglamento General de Protección de Datos vigente desde mayo de 2018, todos los datos que se recogen en este estudio son estrictamente confidenciales y únicamente serán utilizados para los fines específicos del mismo.

Usted tiene derecho a pedir que le sean desvelados aquellos datos personales mantenidos de forma identificable, así como a solicitar la rectificación de cualquier dato incorrecto o incompleto. La información recogida no incluirá su nombre ni su dirección, ni ningún otro dato que permita su identificación. Todos los registros se mantendrán en la más estricta confidencialidad. Sólo se recogerán datos anónimos y se procesarán electrónicamente.

Coste/compensación:

No existe ningún coste por participar en este estudio. Todas las entrevistas y pruebas que se realicen no supondrán coste alguno. Tampoco recibirán compensación económica por participar en el estudio.

Alternativas a la participación:

Su participación es completamente voluntaria y anónima.

Participación voluntaria / Derecho a retirarse del estudio

Usted, de acuerdo con el RGPD mayo 2018 y la ley Orgánica 3/2018, tiene derecho de oposición y cancelación, así como de solicitar la limitación, portabilidad, reclamación y de retirada del consentimiento sobre el uso de sus datos en el momento que así lo decida. Asimismo, usted tiene derecho a retirarse del estudio cuando lo desee y sin tener que dar explicaciones.

Si no quiere participar, esto no le afectará absolutamente en nada.

Si ha leído y comprendido este consentimiento informado, a continuación marque la casilla que considere oportuna.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

No presto mi conformidad para participar en el estudio.

Anexo D. Informe de valoración del comité ético

INFORME DE VALORACIÓN DE TRABAJO FIN DE MÁSTER

La Comisión de investigación de TFM de la Universidad Internacional de la Rioja, y los miembros que lo conforman exponen que:

El proyecto de TFM titulado **El estado emocional de la población de Fuerteventura en tiempos de pandemia** presentado por D/Dña. **Sergio González Franco** en el que consta como autor/a, ha sido valorado en Madrid a fecha del dia 28 de septiembre de 2021.

Entendiendo que este estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en esta institución, el proyecto presentado es valorado como **FAVORABLE**.

Firmado. Comisión TFM.
Facultad Ciencias de la Salud.



Madrid, a 28 de septiembre de 2021.

Anexo E. Formulario online

Enlace de anexo al cuestionario online: <https://forms.gle/cU5TqcBA5FDGeXr96>

El estado emocional de la población de Fuerteventura en tiempos de pandemia

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARTICIPANTE ADULTO

Título del Estudio: El estado emocional de la población de Fuerteventura en tiempos de pandemia.

Estudiante TFM: Sergio González Franco, estudiante del Máster de Psicología General Sanitaria de la UNIR.

Introducción:

Antes de dar consentimiento para participar en este estudio, es importante leer y entender la siguiente explicación.

A través de este documento se le invita a participar voluntariamente en un estudio de investigación clínica. Tiene como objetivo conocer el estado emocional de la población mayorera en el momento actual de la pandemia del Covid-19, año y medio después de su aparición en España.

El consentimiento informado le proporciona información sobre el estudio al que se le está invitando a participar, por ello es necesario que lo lea detenidamente antes de continuar.

Una vez que haya leído este consentimiento informado, si sigue interesado en participar en el estudio, marque la casilla "he leído y comprendido este consentimiento y presto libremente mi conformidad" y automáticamente le aparecerá el cuestionario a cumplimentar de manera online. Su decisión de participar es voluntaria, lo que significa que usted es totalmente libre de responder al cuestionario de este estudio.

Esta hoja de consentimiento informado puede contener información que usted no comprenda en su totalidad, por lo que no dude en solicitar cualquier duda que se le plantee al respecto a través del siguiente correo electrónico: sgonfra@gmail.com.

Propósito del estudio:

Conocer el estado emocional actual de los profesionales sanitarios de primera línea en la asistencia a pacientes con SARS-COV-2 del Hospital General de Fuerteventura y compararlo con el estado emocional de la población mayorera, año y medio después de su aparición en España, una vez que hemos aprendido a vivir con ella.

También se pretende conocer la correlación de dicho estado emocional con diversas variables socio demográficas (sexo, edad, nivel educativo y profesión, entre otras) y psicológicas (el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento al estrés). Esto permitirá realizar futuras intervenciones masivas en la población con el objetivo de actuar de manera eficaz para su mejoría.

Para ello, usted deberá cumplimentar, en el caso de que desee participar, el cuestionario

que se le muestra a continuación, una vez acepte participar en el estudio.

Procedimientos/explicación del estudio:

Con este objetivo, se solicita la colaboración tanto de la población sanitaria de primera línea del Hospital General de Fuerteventura: aquellos profesionales (no estudiantes) sanitarios (médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de clínica) de la UCI, Quirófano, Medicina Interna y Urgencias que lleven trabajando en dichas unidades al menos 6 meses, de manera continuada y no esporádica.

Así como la colaboración de la población general de la isla de Fuerteventura mayor de 18 años que lleve residiendo en la isla al menos 6 meses y no esté incluida en la muestra anterior.

Para ello, usted deberá cumplimentar, en el caso de que desee participar, el cuestionario online que a continuación se le muestra.

Riesgos/beneficios:

Los participantes no se beneficiarán directamente de este estudio, salvo la oportunidad de poder contribuir al avance científico que puede beneficiar en el futuro a todas aquellas personas más vulnerables a los efectos psicológicos que está causando la pandemia del COVID-19. No existe riesgo alguno derivado de la participación en este estudio salvo la molestia ocasionada por el cansancio derivado de la administración de esta prueba, la cual puede durar unos 10-15 minutos aproximadamente.

Confidencialidad:

Este estudio, completamente anónimo, requiere la recogida de ciertos datos personales. Algunos de estos datos son de carácter general (como, por ejemplo, su fecha de nacimiento, sexo, profesión...) y otros están relacionados con la salud mental (síntomas depresivos y síntomas de ansiedad), así como con las habilidades de afrontamiento al estrés y el apoyo social recibido a lo largo de la pandemia. La recogida y tratamiento de dichos datos se llevará a cabo de acuerdo con la legislación aplicable en materia de privacidad. Se adoptarán las medidas oportunas para garantizar la debida protección de los datos en todo momento, sin violación alguna de la confidencialidad. Estos datos se procesarán electrónicamente de manera anónima.

Según lo establecido por el Reglamento General de Protección de Datos vigente desde mayo de 2018, todos los datos que se recogen en este estudio son estrictamente confidenciales y únicamente serán utilizados para los fines específicos del mismo.

Usted tiene derecho a pedir que le sean desvelados aquellos datos personales mantenidos de forma identificable, así como a solicitar la rectificación de cualquier dato incorrecto o incompleto. La información recogida no incluirá su nombre ni su dirección, ni ningún otro dato que permita su identificación. Todos los registros se mantendrán en la más estricta confidencialidad. Sólo se recogerán datos anónimos y se procesarán electrónicamente.

Coste/compensación:

No existe ningún coste por participar en este estudio. Tampoco recibirán compensación económica por participar en el estudio. Su participación es completamente voluntaria.

Derecho a retirarse del estudio:

Usted, de acuerdo con el RGPD mayo 2018 y la ley Orgánica 3/2018, tiene derecho de oposición y cancelación, así como de solicitar la limitación, portabilidad, reclamación y de retirada del consentimiento sobre el uso de sus datos en el momento que así lo decida. Asimismo, usted tiene derecho a retirarse del estudio cuando lo desee y sin tener que dar explicaciones. Si no quiere participar, esto no le afectará absolutamente en nada.

Al marcar la siguiente casilla, usted acepta que:

- Ha leído y comprendido este consentimiento informado.
- Presta su conformidad libremente para participar en el estudio.
- El uso y tratamiento de sus respuestas para los fines descritos previamente.

***Obligatorio**

1. *

Selecciona todos los que correspondan.

- He leído y comprendido este consentimiento informado, por lo que presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y acepto el uso y tratamiento de mis respuestas para los fines descritos previamente.

Datos sociodemográficos

Recuerde: antes de continuar con este cuestionario debe ser mayor de edad y estar residendo en la Isla de Fuerteventura por un periodo de 6 meses o más.

2. Su edad actual es *

Indique su edad en años. Si es menor de 18 años no continúe cumplimentando el cuestionario.

3. Municipio de la isla de Fuerteventura en el que reside *

Marca solo un óvalo.

- Puerto del Rosario
 La Oliva
 Antigua
 Betancuria
 Tuineje
 Pájara

4. Indique cuánto tiempo lleva (en años) residiendo en la isla de Fuerteventura *

Si lleva menos de 6 meses residendo en la isla no continúe contestando al cuestionario

5. Con qué género se identifica *

Marca solo un óvalo.

- Femenino
 Masculino
 No binario

6. Nivel de estudios que tiene *

Marca solo un óvalo.

- Sin estudios
 Primaria / EGB
 ESO / Bachillerato / FP1 / Ciclo Formativo Grado Medio
 Estudios Universitarios / FP2/ Ciclo Formativo de Grado Superior

7. Estado Civil *

Marca solo un óvalo.

- Sin pareja
 Con pareja
 Casado / Pareja de hecho
 Separado / Divorciado / viudo

8. Número de personas convivientes *

Contándose a usted mismo

Marca solo un óvalo.

- 1
 2
 3
 4
 5
 Más de 5

9. Personas dependientes a su cargo *

Se considera como persona dependiente a personas que, por razones derivadas de la edad, enfermedad o discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Marca solo un óvalo.

- Sí, menores de edad
 Sí, tercera edad
 Sí, personas con patologías
 Sí, otro
 No

10. Presencia de dificultades emocionales previas al Covid-19 *

Se considera dificultades emocionales previas al Covid-19 a condiciones caracterizadas por la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y/o estrés con efecto sobre el bienestar psicológico o la conducta del individuo que no se explican solamente por las circunstancias del entorno que lo rodean.

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

11. ¿Es considerada usted una persona de riesgo de Covid-19? *

Se considera persona de riesgo a aquellas personas que sean mayores de 65 años, que sufran enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, diabetes, enfermedades obstructiva crónica, cáncer, inmunodepresión, embarazo, otras enfermedades crónicas y/o personas fumadoras o con obesidad.

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

12. Estado ocupacional en la actualidad *

Marca solo un óvalo.

- Estudiante
 Empleado / Autónomo
 Desempleado

13. ¿La pandemia ha afectado a su nivel de ingresos? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

14. ¿Cómo considera que es actualmente su nivel socioeconómico? *

Marca solo un óvalo.

- Bajo
- Medio
- Alto
- Muy alto

18. Cumplio con las medidas de seguridad para la prevención del Covid-19: vacuna, uso de mascarillas, gel hidroalcohólico y distancia de seguridad *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

15. Es usted profesional sanitario del Hospital General de Fuerteventura *

Marca solo un óvalo.

- Sí, soy médico/a
- Sí, soy enfermero/a
- Sí, soy auxiliar de enfermería
- Sí, soy otro profesional distinto a los anteriores
- Soy profesional sanitario en otro centro distinto
- No soy profesional sanitario

Por favor lea las siguientes frases y seleccione en qué grado le ha ocurrido a usted dichas afirmaciones durante los últimos 7 días. No hay respuestas correctas ni incorrectas. No emplee mucho tiempo en cada frase.

La escala de valoración es la siguiente:

- 0= No me ha ocurrido
1= Me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo
2= Me ha ocurrido bastante o durante buen parte del tiempo
3= Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo

19. Me ha costado mucho descargar la tensión *

- 0= No me ha ocurrido 1= Me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo 2= Me ha ocurrido bastante o durante buen parte del tiempo 3= Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

16. En el caso de ser profesional sanitario indique en qué servicio *

Nada Mucho

Marca solo un óvalo.

- UCI
- Medicina Interna
- Quirófano
- Urgencias
- Otro servicio
- No soy profesional sanitario

20. He notado la boca seca *

- 0= No me ha ocurrido 1= Me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo 2= Me ha ocurrido bastante o durante buen parte del tiempo 3= Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nada Mucho

17. Antigüedad profesional en el servicio (en meses) *

En caso de no ser profesional sanitario conteste 'no soy sanitario'

21. No he podido sentir ninguna emoción positiva *

0= No me ha ocurrido 1= Me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo 2= Me ha ocurrido bastante o durante buena parte del tiempo 3= Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3		
<hr style="border: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>					
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho

24. He tendido a reaccionar exageradamente ante las situaciones *

0= No me ha ocurrido 1= Me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo 2= Me ha ocurrido bastante o durante buena parte del tiempo 3= Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3		
<hr style="border: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>					
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho

22. He tenido dificultades para respirar (p.j. respiración excesivamente rápida, falta de aliento sin haber hecho esfuerzo físico) *

0= No me ha ocurrido 1= Me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo 2= Me ha ocurrido bastante o durante buena parte del tiempo 3= Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3		
<hr style="border: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>					
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho

25. He tenido temblores (p.j. en las manos) *

0= No me ha ocurrido 1= Me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo 2= Me ha ocurrido bastante o durante buena parte del tiempo 3= Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3		
<hr style="border: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>					
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho

23. Me ha resultado difícil tener iniciativa para hacer cosas *

0= No me ha ocurrido 1= Me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo 2= Me ha ocurrido bastante o durante buena parte del tiempo 3= Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3		
<hr style="border: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>					
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho

26. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía *

0= No me ha ocurrido 1= Me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo 2= Me ha ocurrido bastante o durante buena parte del tiempo 3= Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3		
<hr style="border: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>					
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho

27. He estado preocupado/a por situaciones en las que pudiera ser presa del pánico y hacer el ridículo *

0= No me ha ocurrido 1= Me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo 2= Me ha ocurrido bastante o durante buena parte del tiempo 3= Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo

Marca solo un óvalo.

0	1	2	3		
<hr style="border: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>					
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho

28. He sentido que no había nada que me ilusionara *

0= No me ha ocurrido 1= Me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo 2= Me ha ocurrido bastante o durante buena parte del tiempo 3= Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nada Mucho

32. No he tolerado nada que me impidiera seguir con lo que estaba haciendo *

0= No me ha ocurrido 1= Me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo 2= Me ha ocurrido bastante o durante buena parte del tiempo 3= Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nada Mucho

29. Me he sentido agitado/a *

0= No me ha ocurrido 1= Me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo 2= Me ha ocurrido bastante o durante buena parte del tiempo 3= Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nada Mucho

33. He sentido que estaba al borde del pánico *

0= No me ha ocurrido 1= Me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo 2= Me ha ocurrido bastante o durante buena parte del tiempo 3= Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nada Mucho

30. Me ha resultado difícil relajarme *

0= No me ha ocurrido 1= Me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo 2= Me ha ocurrido bastante o durante buena parte del tiempo 3= Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nada Mucho

34. He sido incapaz de entusiasmarme por nada *

0= No me ha ocurrido 1= Me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo 2= Me ha ocurrido bastante o durante buena parte del tiempo 3= Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nada Mucho

31. Me he sentido desanimado/a y triste *

0= No me ha ocurrido 1= Me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo 2= Me ha ocurrido bastante o durante buena parte del tiempo 3= Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nada Mucho

35. He sentido que no valía mucho como persona *

0= No me ha ocurrido 1= Me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo 2= Me ha ocurrido bastante o durante buena parte del tiempo 3= Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nada Mucho

36. He tendido a sentirme enfadado/a con facilidad *

0= No me ha ocurrido 1= Me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo 2= Me ha ocurrido bastante o durante buen parte del tiempo 3= Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nada Mucho

A continuación se describen formas de reaccionar ante situaciones diversas. Léelas atentamente y señale la opción SI cuando considere que la descripción se corresponde con su modo habitual de comportarse en situaciones similares, y señale NO en caso de que la descripción no se corresponda con su manera habitual de hacer frente a las situaciones que se considera.

40. Puedo trabajar rápido cuando es necesario, pero también, tomarme mi tiempo cuando no hace falta correr *

Marca solo un óvalo.

Sí
 No

37. He notado mi corazón sin hacer esfuerzo físico (p.j. aumento del ritmo cardiaco, ausencia de algún latido) *

0= No me ha ocurrido 1= Me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo 2= Me ha ocurrido bastante o durante buen parte del tiempo 3= Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nada Mucho

41. Nunca me siento culpable cuando tomo tiempo libre *

Marca solo un óvalo.

Sí
 No

38. Me he sentido asustado/a sin una razón de peso *

0= No me ha ocurrido 1= Me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo 2= Me ha ocurrido bastante o durante buen parte del tiempo 3= Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nada Mucho

42. Puedo controlar mi mal genio; cuando pierdo la calma, sigo teniendo el control y nunca rebaso el límite de lo que intento decir o hacer *

Marca solo un óvalo.

Sí
 No

39. He sentido que la vida no tenía ningún sentido *

0= No me ha ocurrido 1= Me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo 2= Me ha ocurrido bastante o durante buen parte del tiempo 3= Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nada Mucho

43. Puedo dejar mi trabajo y relajarme *

Marca solo un óvalo.

Sí
 No

44. Soy capaz de observar la gran cantidad de cosas que debo realizar sin que ello me tiente a hacerlo y sin sentimiento de pánico, ante la presunción de que nunca lograré acabarlo *

Marca solo un óvalo.

Sí
 No

48. Puedo revisar el trabajo que debe realizarse sin que, antes de haber meditado convenientemente las cosas, sienta urgencia de pasar a la acción de forma inmediata *

Marca solo un óvalo.

Sí
 No

45. Si algo no sucede como yo esperaba, puedo ocuparme en algo distinto y olvidar lo acontecido *

Marca solo un óvalo.

Sí
 No

49. En periodo de vacaciones, puedo olvidarme con rapidez de los problemas laborales y comenzar a disfrutar desde el primer momento *

Marca solo un óvalo.

Sí
 No

46. Puedo concentrarme en una cosa a la vez y eliminar de mi mente otras que también debo afrontar *

Marca solo un óvalo.

Sí
 No

50. Puedo superar las decepciones y contratiempos sin disgustarme demasiado; reconozco que no me puede salir todo tal y como deseo *

Marca solo un óvalo.

Sí
 No

47. Normalmente, suelo lograr que otras personas aprecien todos los lados de un problema *

Marca solo un óvalo.

Sí
 No

51. Puedo olvidar mis errores sin demasiada dificultad y reconocer que no todo puede marchar como uno quiere *

Marca solo un óvalo.

Sí
 No

52. Puedo relajarme y disfrutar de mi tiempo *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

56. No me resulta demasiado difícil decir "no" a las personas a mi cargo *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

53. Puedo dirigir mi mente de un problema a otro sin que el primero interfiera con el segundo *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

57. Normalmente, puedo tratar con eficacia a las personas agresivas, logrando controlar la tensión de la situación *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

54. No permito que las dificultades escapen a mi control; mis preocupaciones son constructivas y dirigidas a la solución del problema y no continuas repeticiones negativas de la dificultad *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

58. Soy capaz de ofrecer mi punto de vista sin ser excesivamente asertivo, en la mayoría de las situaciones *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

55. Normalmente puedo lograr un buen equilibrio entre lo que quiero y lo que otros esperan de mí *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

59. Soy capaz de decirles a otras personas lo que quiero y pienso; no me quemo o exploto por dentro por querer decir algo y no hacerlo *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

60. Puedo delegar responsabilidades en otras personas *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

61. Cuando alguien de mi entorno me pide algo poco razonable puedo decirle NO, sin necesidad de llegar a un conflicto con él *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

Para finalizar, lea las dos frases siguientes y seleccione en qué grado le ocurre a usted dichas afirmaciones. No hay respuestas correctas ni incorrectas. No emplee mucho tiempo en cada frase.

La escala de valoración es la siguiente:

- 1= No me he sentido apoyado
2= Me he sentido ligeramente apoyado
3= Me he sentido apoyado
4= Me he sentido bastante apoyado
5= Me he sentido fuertemente apoyado

62. ¿Cómo de apoyado te sientes por la sociedad durante la pandemia? (por ejemplo: comportamiento solidario de los demás, aplausos a las 20:00 horas, medios de comunicación, cartas anónimas....) *

1= No me he sentido apoyado 2= Me he sentido ligeramente apoyado 3= Me he sentido apoyado 4= Me he sentido bastante apoyado 5= Me he sentido fuertemente apoyado

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nada Mucho

63. ¿Cómo de apoyado te sientes por tu entorno más cercano durante la pandemia (amigos, familiares, compañeros...) *

1= No me he sentido apoyado 2= Me he sentido ligeramente apoyado 3= Me he sentido apoyado 4= Me he sentido bastante apoyado 5= Me he sentido fuertemente apoyado

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nada Mucho