

UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación



Impacto psicológico del confinamiento por el COVID-19 en niños y progenitores que conviven con personas expuestas al COVID-19 por trabajo

ALUMNO/A: Javier Oreja Llavador

TUTOR/A: Luis Joaquín García López

FECHA: Febrero

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. La epidemia causada por la enfermedad del COVID-19.....	5
1.2. COVID-19 en niños y adolescentes.....	6
1.3. Efectos psicológicos de la exposición de las personas ante eventos negativos en situaciones de emergencias.....	7
1.4. Costes psicológicos en niños asociados a los progenitores durante la pandemia..	10
1.5. Costes psicológicos de la pandemia en personas expuestas al COVID-19 por trabajo.....	12
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	15
3. METODOLOGÍA.....	16
3.1. Diseño.....	16
3.2. Proceso de recogida de datos.....	16
3.3. Participantes.....	17
3.4. Instrumentos.....	23
3.5. Análisis estadísticos.....	25
4. RESULTADOS.....	25
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	33
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
ANEXOS.....	49

RESUMEN

La pandemia generada por el COVID-19 ha supuesto una emergencia sanitaria en todo el mundo. Millones de personas se han contagiado y en muchos países se han tomado medidas de confinamiento. Durante este confinamiento las personas se exponen a diversos factores que pueden afectar a su salud psicológica. Entre estas personas se encuentra la población infantil y juvenil que, aunque no estén tan expuestos a los efectos directos de la enfermedad, no son ajenos a los efectos derivados de la situación creada por la pandemia del COVID-19, como tampoco son sus progenitores ni las personas que por motivo de trabajo están expuestos al COVID-19. El objetivo de este estudio es analizar el efecto de tener un miembro de la familia expuesto al COVID por trabajo en la salud psicológica de los participantes y de sus hijos por lo pretende: a) Conocer la asociación de tener un miembro de la familia expuesto al COVID-19 por trabajo con los miedos y preocupaciones de la población infanto-juvenil; b) Analizar la relación de tener un miembro de la familia expuesto al COVID por trabajo con los síntomas de trastornos de ansiedad de la población infanto-juvenil y con la ansiedad de los progenitores; c) Conocer la relación de tener un miembro de la familia expuesto al COVID por trabajo y la forma de transmitir/modelar información negativa relacionada con el COVID-19; d) explorar esas relaciones con el rol de padre o madre. Participaron 102 personas, que debían ser padres/madres o cuidadores legales de niños cuya edad estuviera comprendida entre los 6 y los 16 años. El periodo de recogida de datos fue de 6 de mayo de 2020 a 23 de junio de 2020. Los resultados analizados mediante ANOVA no mostraron diferencias significativas en las puntuaciones medias de las escalas utilizadas. Habría que recopilar más datos sobre variables que estén afectando a estos resultados.

Palabras clave: COVID-19, cuarentena, impacto psicológico, confinamiento, ansiedad, niños, jóvenes, progenitores.

ABSTRACT

The pandemic generated by the COVID-19 has been a health emergency throughout the world. Millions of people have been infected, due to this containment measures have been taken in many countries. During this confinement, people are exposed to various factors that can affect their psychological health. Among these people is the child and youth population who, although they are not so exposed to the direct effects of the disease, are not oblivious to the effects derived from the situation created by the COVID-19 pandemic, nor are only the young population, parents and people who are exposed to COVID-19 for work reasons it is exposed to this effects too. The objective of this study is to analyze the effect of having a family member exposed to COVID due to work on the psychological health of the participants and their children, therefore it aims to: a) Know the association of having a family member exposed to it. COVID-19 for working with the fears and concerns of the child-youth population; b) Analyze the relationship of having a family member exposed to COVID at work with the symptoms of anxiety disorders in the child-adolescent population and with the anxiety of the parents; c) Know the relationship of having a family member exposed to COVID through work and how to transmit / model negative information related to COVID-19; d) explore these relationships with the parental role. 102 people participated, who had to be parents or legal caregivers of children whose age was between 6 and 16 years. The data collection period was from May 6, 2020 to June 23, 2020. The results analyzed by ANOVA did not show significant differences in the mean scores of the scales used. More data should be collected on variables that are affecting these results.

Keywords: COVID-19, quarantine, psychological impact, confinement, anxiety, children, youth, parents.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 La epidemia causada por la enfermedad del COVID-19

La epidemia causada por la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) está suponiendo un reto trascendental para la salud pública de todo el mundo (Wang, 2020) tanto a nivel físico como psicológico. El foco de este brote comenzó en la ciudad de Wuhan (provincia de Hubei) en China lo que dio lugar a que el 31 de diciembre de 2019 se anunciaran casos de neumonía de etiología desconocida (Hui, 2020). Fue tal su rápida propagación, que el 30 de enero de 2020 el Comité de Emergencias convocado por el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote de COVID-19 como una “Emergencia de salud pública de preocupación internacional” [https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Poco después, en marzo de 2020, fue declarada “pandemia” por esa misma organización. Aunque se están llevando a cabo muchas investigaciones internacionalmente, en la actualidad aún contamos con información limitada y todavía se necesitan muchos datos para conocer sus consecuencias psicológicas y qué estrategias basadas en la evidencia son útiles para desarrollar modos de afrontamiento eficaces y reducir el impacto adverso creado por esta situación de crisis. Hasta ahora hay confirmados más de 112 millones de casos, 63 millones de curados y más de 2,5 millones de fallecidos y 220 países con casos: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. En España esta enfermedad apareció en febrero de 2020 y el 14 de marzo se decretó el estado de alarma tras haberse detectado unos 6.000 infectados y 250 muertos. Hasta ahora España cuenta con un total de 3,17 millones de casos, 2,6 millones curados y aproximadamente 69.000 fallecidos.

En cuanto a las características clínicas, este tipo de infección por coronavirus suele cursar con síntomas respiratorios (tos, dificultad respiratoria, disnea) y febriles. Sin embargo, también puede causar neumonía, síndrome respiratorio severo y la muerte (Wang, 2020; Huan et al., 2020; Li, 2020; Shahid et al., 2020). Durante la etapa de confinamiento se sugiere al público en general, especialmente los grupos de alto riesgo (p. Ej., Personas mayores con enfermedades crónicas y cardíacas subyacentes, enfermedades pulmonares, cáncer, niños y otras personas con inmunodepresión) que permanezcan en el interior de casa durante la cuarentena, ya que se reconoce como la mejor manera de eliminar las posibilidades infectarse. Sin embargo, debido al largo período de aislamiento del mundo exterior, el

impacto de la información negativa a través de múltiples canales y los temores excesivos muchas personas están experimentando miedo, angustia psicológica, soledad y pánico, tal y como muestran Duan y Zhu, 2020; Holmes et al., 2020; Qui et al., 2020; Xiang et al., 2020. De acuerdo con un informe español (https://menteenequilibrio.es/sonae_sierra_menteenequilibrio.pdf) los estresores secundarios derivados de pandemia como la disminución del contacto y apoyo social, la pérdida del trabajo, la imposibilidad de acompañar a los enfermos, la crisis económica, etc., da lugar a malestar psicológico y manifestaciones de estrés, angustia, impotencia, tristeza, apatía, irritabilidad, etc. un estudio español llevado a cabo con más de 400 participantes, señalaron que el COVID-19 era el tema más frecuente de motivo de miedo (50,37%) (Martínez-Muñoz, Rodríguez-Pascual y Velásquez-Crespo, 2020). En ese mismo estudio, un 22,1% de los participantes presentaron un nivel elevado de síntomas de depresión, mientras que la tasa de ansiedad según el GAD-7 (punto de corte ≥ 10) fue del 19,6% y la tasa de personas con un nivel de estrés postraumático elevado fue del 19,7%.

Como se ha mencionado anteriormente, las medidas de aislamiento habituales para evitar la transmisión de este tipo de virus son principalmente a nivel de higiene de manos e higiene respiratorio: distanciamiento entre pacientes, uso de habitación individual, uso de batas impermeables, guantes, gafas protectoras y mascarillas quirúrgicas o tipo FFP2 para el personal sanitario... <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7094554/> .

1.2 COVID-19 en niños y adolescentes

En cuanto a los niños y adolescentes, el 2 de febrero de 2020 el Gobierno Chino (Jiatong, 2020) expuso que era necesario hacer un buen trabajo de prevención y control de estos casos de neumonía entre los niños y las mujeres embarazadas y declaró que incluso los niños más pequeños eran susceptibles de infectarse por el COVID-19 debido a la inmadurez de su sistema inmunológico (Wei et al., 2020). De todos modos, si bien la cantidad de niños con la enfermedad ha aumentado, aún faltan informes relevantes ya que, aunque los niños pueden contraer el coronavirus (COVID-19), estudios demuestran que los niños parecen contraer la enfermedad con menos frecuencia que los adultos (Wang, 2020; Huan et al., 2020; Li, 2020.) y, por lo general, es menos grave. Así pues, un estudio que investigó 8866 casos de COVID-29 (Yang et al., 2020) informó que la mayoría de los pacientes tenía entre 36 y 65 años siendo solo 14 niños menores de 10 años diagnosticados con la enfermedad. En otro estudio con 72.314 casos (Wu et al., 2020) se informó que un 2% del número total de casos

confirmados era menor a 20 años, siendo un 87% de los casos personas con edades comprendidas entre los 30 y los 87 años. En informe publicado por el Centro Chino para el Control y Prevención de Enfermedades en donde se analizaban también más de 70.000 casos (China CDC, 2020), un 89,9% del número total de casos tenía de 30 a 79 años. Por otro lado, otro estudio afirma que durante el brote de contagios por COVID-19 solamente un 0,02% de casos confirmados en todo el mundo fueron niños de 4 meses a 17 años, de los cuales los casos graves fueron aproximadamente el 7,9% (sin confirmarse muertes), además la mayoría de estos niños tenía antecedentes de familiares o habían tenido contacto con adultos expuestos al virus y unos habían viajado a zonas afectadas o se habían expuesto en hospitales (Feng et al., 2020). Otros datos (Cai et al., 2020) muestran que en niños menores o iguales a 18 años la prevalencia de la enfermedad es relativamente baja (2,4% de los casos).

Otros estudios han sugerido que los niños tienen la misma probabilidad que los grupos de mayor edad de infectarse con el coronavirus, pero es mucho menos probable que desarrollen síntomas graves (Viner et al., 2020)

Otro estudio llevado a cabo por UNICEF (<https://www.unicef.org/es/node/44841>) llevado a cabo en 87 países de todo el mundo, sostiene que los niños y adolescente representan un 11% del total de los infectados en esos países, por lo que las repercusiones directas de la enfermedad sobre la salud de esta población podrían ser mayores de las registradas desde el comienzo de la crisis.

En cualquier caso, ya tengan los niños o no la misma probabilidad de infectarse con el coronavirus, parece que hay acuerdo en que son menos vulnerables y que sus síntomas no son, en general, tan graves como puedan ser en los adultos. Es decir, en comparación, la mayoría de los niños diagnosticados con la enfermedad experimentan síntomas leves, una recuperación más rápida, un tiempo de desintoxicación más corto y un buen pronóstico. Por otra parte, los niños demuestran ciertas particularidades y en ocasiones no son capaces de describir adecuadamente su propio estado de salud (psicológica o física) lo que implica un mayor desafío a la hora de proteger, diagnosticar y tratar a esta población.

1.3 Efectos psicológicos de la exposición de las personas antes eventos negativos en situaciones de emergencias

Siguiendo el punto anterior, hay que mencionar que los niños y adolescentes no son indiferentes al dramático impacto de la epidemia de COVID-19 y esto no significa que efectos secundarios derivados la pandemia no les afecten de otro modo, como pueda ser a su salud

psicológica y física aun sin haber contraído la enfermedad. Experimentan miedos, incertidumbres y aislamiento físico y social y pueden faltar a la escuela por un período prolongado. Comprender sus reacciones y emociones es fundamental para abordar adecuadamente sus necesidades (Balaban, 2006; Duan et al., 2020; Spinelli et al., 2020; Crescentini et al., 2020). De hecho, en el informe mencionado antes llevado a cabo por parte de UNICEF, titulado Promoción y datos para el DÍA MUNDIAL DE LOS NIÑOS 2020, se sostiene que “Los niños nunca habían corrido tanto peligro... la recesión económica encadenada por la pandemia y sus efectos..., los peligros para los niños no harán más que aumentar”. De acuerdo con este informe, la salud mental de los adolescentes se ha visto afectada durante la pandemia pues la inquietud acerca del futuro, la pérdida de educación, la preocupación por la salud, etc., ha tenido repercusiones sobre la vida de la población infanto-juvenil.

Existen estudios que han informado acerca del efecto psicológico negativo que tienen las personas ante la exposición a eventos negativos y que hace que sufran psicológicamente en estas situaciones de emergencias. Trastorno Depresivo Mayor (TDM), Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y abuso en el consumo de sustancias son trastornos que pueden llegar a desarrollar las personas que se han visto expuestas a estos eventos (Boscarino 2015; Mazumder, 2004; Hawryluck et al., 2004; Brooks et al., 2020), es más, estos efectos asociados podían durar incluso años después de que ocurriera el acontecimiento (Liu et al., 2012). A estos costes psicológicos se le podría añadir incluso el suicidio (Yip et al., 2010; Barbisch et al., 2015). Por otro lado, en la revisión de Brooks et al. (2020) sobre el impacto psicológico de la cuarentena que se produjo por epidemias anteriores como el Síndrome Respiratorio Agudo (SARS) el Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS), virus de la influenza (H1N1) o el ébola, destacaron que ser mujer, ser joven, el bajo nivel educativo y tener hijos eran predictores del impacto negativo de la cuarentena. También hay que resaltar el estudio de Losada-Baltar et al. (2020) con 1501 participantes (rango de edad de 18 a 88 años) el cual muestra que los efectos del confinamiento, por la pandemia del COVID-19 en este caso, sobre ansiedad, tristeza, soledad y comorbilidad ansioso-depresiva varía en función de la edad y de la autopercepción del envejecimiento, mostrándose más vulnerables a estos síntomas la población más joven.

También existen numerosos estudios que han informado acerca del efecto psicológico debido a la exposición a eventos negativos por parte de los niños. Manifestaciones como depresión, ansiedad, TEPT, miedos excesivos, deterioro de interacción social, desapego,

letargo, y reducción del apetito están asociados a estos eventos. Otras manifestaciones que se dan son a nivel fisiológico que incluyen debilidad en el sistema inmunológico y quejas somáticas (Ej.: Dolor de cabeza o estómago) (Hoven et al., 2005; Laor et al., 1997; Park et al., 2020, Balaban, 2006, Danese et al., 2020). Ya, en 2014, De Bellis y Zisk (2014) demostraron que los eventos negativos como el trauma podía tener efectos a largo plazo en el desarrollo del cerebro y promover alteraciones de los mecanismos neuroendocrinos. Mientras tanto, Copeland et al., (2018) demostraron que los traumas infantiles podían dar lugar a múltiples trastornos mentales tras el evento, incluida la adicción en la edad adulta. Durante el curso de estos eventos adversos, los niños en ocasiones se ven forzados a quedarse en casa durante largos períodos debido al aislamiento obligado y al cierre de la escuela, lo que resulta en una complicada la interacción con los compañeros de clase y da lugar a una actividad física reducida. La literatura también ha demostrado que la falta de reacciones emocionales adecuadas y no poseer de técnicas de afrontamiento efectivas por parte de niños y adolescentes que experimentaron desastres pueden sufrir un mayor trauma y un mayor estrés (Lazarus PJ, 2003; Roussos et al., 2005). De hecho, Sprang y Silman (2013) mostraron en un estudio sobre el “TEPT en padres y jóvenes después de desastres relacionados con la salud” llevado a cabo con 398 padres que los desastres pandémicos y, por tanto, las medidas dirigidas a la contención de enfermedades pueden dar lugar a una condición que puede considerarse traumática por parte de la familia y de los niños. En este estudio un 30% y un 25% de niños y padres aislados respectivamente cumplieron los criterios para el TEPT, de esta forma cuando otros compañeros y personas importantes en sus vidas no pudieron brindarle apoyo emocional debido al confinamiento en el hogar, la suspensión de las clases, su reanudación tardía y los cambios de estilo de vida, afectó negativamente la salud mental de los niños y adolescentes.

Si centramos la atención en la situación creada por el COVID-19, el que los niños sean menos vulnerables a la enfermedad, debido a la menor incidencia de infección y mortalidad que en los adultos, ha hecho que algunos profesionales se centren menos en el estado de su salud mental y de las características clínicas del COVID-19 en esta población (Ma et al., 2020), a pesar de ello se podemos encontrar investigación científica al respecto. Como hemos visto antes, estos niños y adolescentes pueden estar expuestos a factores biopsicosociales estresantes derivados de la pandemia lo que, junto a las medidas de contención de las personas con el objetivo de reducir la propagación del virus, podían verse intensificados por la interrupción de la vida diaria, el aislamiento social o la incapacidad de no comprender las

consecuencias a corto y largo plazo de la pandemia haciéndoles más propensos a sufrir TEPT, depresión, ansiedad, trastornos del comportamiento, etc. (Balaban, 2006; Spinelli et al., 2020; Crescentini et al., 2020). Es más, algunos autores consideran probable que la población juvenil se encuentre entre las más afectada por las consecuencias biopsicosociales de esta emergencia sanitaria (Fegert et al., 2020; Holmes et al., 2020).

Duan et al., (2020) concluyeron que el brote de COVID-19 tuvo un impacto psicosocial significativo en niños y adolescentes al encontrar que los niveles de ansiedad de niños y adolescentes durante la epidemia fueron más altos que antes. Un estudio preliminar realizado con 320 niños y adolescentes de entre 3 a 18 años en la provincia de Shaanxi durante la segunda semana de febrero de 2020, mostró que los problemas psicológicos y de comportamiento más comunes fueron el apego, distracción, irritabilidad y miedo a hacer preguntas sobre la epidemia. El miedo a preguntar sobre las epidemias y la salud de los familiares, la falta de sueño, incluidas las pesadillas, la falta de apetito, el malestar físico, la agitación y falta de atención, el apego y los problemas de separación fueron algunas de las principales condiciones psicológicas investigadas (Jiao et al., 2020). Por otro lado, en otro estudio en china realizado en abril con 1036 niños y adolescentes en cuarentena de 6 a 15 años un 10,78% mostraba depresión, un 19,92% mostraba ansiedad y un 6,56%% mostraba ambos (Chen et al., 2020). Por su parte, Saurabh y Ranjan, (2020), demostraron, en una comparación entre niños en cuarentena debido a la pandemia del COVID-19 frente a otros que no habían sufrido la cuarentena, que los niños en cuarentena mostraban una mayor angustia psicológica que los no puestos en cuarentena, así la preocupación (68,59%), la impotencia (66,11%) y el miedo (61,98%) fueron los sentimientos más comunes experimentados por estos niños.

1.4 Costes psicológicos asociados a los progenitores durante la pandemia

A estos costes psicológicos derivados del cierre de escuelas y ausencia de actividades al aire libre, interrupción de la rutina diaria, aislamiento, el aburrimiento, miedo, ... se le pueden sumar los derivados del cómo esta misma situación afecta a los padres debido al impacto económico, sanitario, social, etc. El que muchos de los padres tengan que reorganizar sus vidas y horarios, tratando de equilibrar de nuevo tanto su vida personal, junto con la organización en el trabajo y el manejo de sus hijos podría amplificar el efecto de estos costes psicológicos. En un informe llevado a cabo en España durante la pandemia (Valiente et al., 2020) mostró que un 40% de los encuestados presentaba síntomas de depresión grave o

moderada, un 30% de estos encuestados informó de haber visto aumentada su ansiedad y haber experimentado nerviosismo, preocupaciones recurrentes, etc., además un 41% de los encuestados informó que dormía menos cantidad de hora durante este periodo de crisis. En este mismo informe 1 de cada 3 personas declaró tener problemas para gestionar su vida laboral y personal y un 16,3% informó que los conflictos familiares habían aumentado durante la pandemia.

Como he mencionado anteriormente, esta situación podría haberle sometido a una gran presión, y los padres más vulnerables y con más dificultades para lidiar con la cuarentena pueden haberse sentido demasiado abrumados para encontrar formas apropiadas de brindar apoyo y abordar los miedos e inseguridades de los niños, lo que aumenta el riesgo de que los niños experimenten problemas de comportamiento y emocionales (Spinelli et al., 2020).

La literatura ha demostrado que tanto el estrés de los padres como la percepción diádica del estrés pueden afectar al bienestar de los niños (Belsky, 1984; Abidin, 1992; Madigan et al., 2018). Analizar cómo las condiciones psicológicas de los padres durante la pandemia del COVID-19 puede afectar a los niños es importante puesto que, según Brooks et al., (2020) indicaron que una gran parte de los estudios realizados durante situaciones similares en el pasado dejaron a un lado los efectos en padres e hijos, con algunas excepciones que veremos a continuación. Ya durante la epidemia de la gripe porcina de 2009, Remmerswaal y Muris (2011) encontraron que el miedo de los padres y los niños (N = 223, con un rango de edad de 7 a 12 años) a ser infectados estaba significativamente correlacionado, y el miedo de los padres estaba asociado con la transmisión de información sobre amenazas en relación a la enfermedad a sus hijos, lo que a su vez estaba relacionado con el miedo de los niños a la enfermedad (la asociación seguía siendo significativa incluso cuando estaba controlaba por otros factores). En otro estudio que investigó las respuestas de las comunidades escolares al cierre de centros de enseñanza durante la pandemia de la gripe porcina de 2009 (influenza H1N1), se encontró que las personas tenían niños pequeños y mujeres embarazadas tendían a estar más preocupadas por infectarse o contagiar el virus (Braunack-Mayer et al., 2013). Resultados similares obtuvo Maunder (2004) en una revisión sobre las consecuencias del brote de SARS en 2003 en Toronto en trabajadores de primera línea de atención médica, mostrando como factores de riesgo para experimentar angustia psicológica el ser miembro del personal de enfermera, estar en contacto con pacientes con SARS y tener hijos) Así, los padres podrían tener una gran influencia en el bienestar de los niños en este período de emergencia. Como vemos, la comunicación de los padres a los hijos

sobre información negativa a la enfermedad también puede afectar a la salud psicológica de los niños en un periodo en que puedan necesitar la tranquilidad y apoyo por parte de los padres, así como información simple y congruente que les permita entender lo que está sucediendo además de ser monitoreados para identificar y prevenir posibles desarrollos trastornos graves que se puedan dar durante y después de esta situación de pandemia creada por el COVID-19.

Ya hemos visto en el estudio de Sprang y Silman (2013) cómo el 28% de los padres puestos en cuarentena informó de síntomas suficientes de posible trastorno de salud mental relacionado con el trauma frente a un 6% de los padres que no lo habían estado. Por otro lado, Crescentini et al., (2020) en una encuesta en línea a 721 padres italianos de por lo menos un niño de entre 6 y 18 años mostraron, además de que la pandemia producida por el COVID-19 tuvo un efecto directo sobre la salud psicológica de padres e hijos, que los comportamientos de los padres durante el confinamiento (Ej., situación laboral y deporte practicado) se relacionaron significativamente con sus propios síntomas de internalización, los cuales tenían un valor predictivo fuerte y positivo sobre los problemas de internalización de los niños. Fegert et al., (2020) que, a pesar de que la situación provocada por la pandemia del COVID-19 pueda traer oportunidades para el crecimiento personal y la cohesión familiar, las desventajas de la crisis y la cuarentena puede superar a los beneficios, por lo que pusieron el foco de atención en la ansiedad, la falta de contacto con los compañeros y la reducción de oportunidades para regular el estrés. Por otro lado, concluyeron que tanto la violencia doméstica como el maltrato infantil también debían ser abordados.

Es por ello por lo que la ansiedad de los padres y la forma en que los miembros de la familia están gestionando el estrés, y la comunicación de información amenazante relacionada con la pandemia provocada por el COVID-19 es un tema que es necesario analizar cuidadosamente, sin olvidar otros costes psicosociales asociados a la situación como puedan ser las crisis económicas, desigualdades sociales... costes que pueden ser devastadores y que es posible que no se detecte el daño hasta años después de haber sufrido la pandemia.

1.5 Costes psicológicos de la pandemia en personas expuestas al COVID-19 por trabajo

Sin embargo, hay otro factor a tener en cuenta es la influencia psicológica de las personas que, por motivos de trabajo, están expuestas al COVID-19 y cómo esta influencia

puede afectar a los niños y jóvenes que conviven con ellos. Estos trabajadores están bajo una gran presión que los pone en riesgo mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos (Wu et al., (2020).

Entre otros estresores por la cuarentena ya mencionados en la revisión realizada por Brooks et al. (2020) también se encuentran otros como la situación financiera y el estigma que se asocia a personas que han tenido contacto con el virus. Estos trabajadores de la salud también eran más propensos a pensar que tenían la infección y por tanto más preocupados por infectar a otros.

De acuerdo con Hawryluck et al., (2004) en un estudio sobre las consecuencias psicológicas de la cuarentena debido al SARS en Toronto (Canadá) en conocimiento o la exposición directa a alguna persona diagnosticada de SARS se asoció con trastornos de ansiedad, TEPT y con síntomas depresivos. En un estudio con 2001 miembros del personal hospitalario (enfermeros, médicos y otros profesionales que trabajan en las distintas áreas de atención al paciente) durante el brote de SARS de 2003 (Nickell et al., (2004), dos tercios de los encuestados informó sobre preocupaciones por su propia salud o la de sus hijos por motivos relacionados con el SARS, un 29% informaron de una posible angustia emocional (45% en caso de personal de enfermería).

Con respecto a la pandemia creada por el COVID-19, varios estudios han informado de prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión, insomnio o problemas psicológicos generales en trabajadores de la salud durante la pandemia del COVID-19. Por ejemplo, Que et al., (2020) en un estudio con 2285 trabajadores de la salud en China informaron que un 46,04% de los trabajadores sanitarios tenían una puntuación ≥ 5 en el GAD-7, siendo un 11,60% ansiedad grave. En ese mismo estudio un 44,47% puntuaron para, al menos, depresión leve y un 28,75% informó de problemas de insomnio. Resultados similares a los de Lai et al., (2020) y Liu et al., (2020), cuyos estudios revelaron un 44,6 % y 44,7%, 50,4% y 50,7%, y 34% y 36,1% en ansiedad, depresión e insomnio respectivamente. Otro estudio (Zhang et al., 2020) que comparó, durante la epidemia del COVID-19, los problemas de salud mental de los trabajadores médicos (n=927) frente a los no médicos (n=1255), mostró que los sanitarios médicos tenían una prevalencia significativamente mayor de ansiedad, insomnio, depresión, somatización y síntomas obsesivo-compulsivos. En otra investigación se encontró una alta prevalencia de ansiedad, depresión y estrés entre los trabajadores de la salud de la ciudad de Medina en Arabia Saudita (Surrati et al., 2020).

En España, un estudio en el que participaron 9148 trabajadores de la salud (Alonso et al., 2020) la prevalencia de trastorno depresivo mayor fue del 28,1%, de trastorno de ansiedad generalizada un 22,5%, de trastorno de pánico un 24% y de TEPT un 22,2%; mostrando un 45,7% algún trastorno mental. Otro estudio realizado en España durante los meses de marzo y abril realizado por Erquicia et al., (2020), mostró que una proporción significativamente alta de los trabajadores sanitarios informaron de síntomas de ansiedad (71,6%) prestando un 31,4% ansiedad moderada o grave (31,4%), y depresión (60,3%) presentando depresión moderada o severa un 12,2%.

Todos estos datos van en la línea de varias revisiones sobre la salud psicológica de trabajadores sanitarios de primera línea durante la pandemia de COVID-19 (Muller et al., 2020; Pappa et al., 2020; Vindegaard y Bernos, 2020) u otras revisiones que además incorporan epidemias pasadas (Xiao et al., 2020)

En la mayoría de estos estudios apuntan que ser mujer es un factor de riesgo para desarrollar síntomas de trastornos mentales (Alonso et al., 2020; Brooks et al., 2020; Erquicia et al., 2020; Surrati et al., 2020; Zhang et al., 2020; Zhu et al., 2020), por lo que también se tomó como una variable de interés para el presente estudio.

Como hemos visto, al analizar la literatura existente acerca del impacto psicológico de la crisis creada por el COVID-19 en personas expuestas o que conviven con personas expuestas al COVID-19 por trabajo (ya sean sanitarios/as, bomberos/as, etc...) y en sus hijos o jóvenes de quienes están al cargo, no se encontraron estudios que vincularan ambas variables, por lo que se planteó como un aspecto importante para tener en cuenta y ver cómo esta situación afecta a estas poblaciones.

Por tanto, debido a la nueva situación provocada por el COVID-19 se ha tomado como objetivo principal de este estudio examinar la relación existente entre ser un progenitor o cuidador expuesto al COVID-19 por trabajo o que convive con alguien expuesto al COVID-19 por trabajo y la salud psicológica de estos participantes, así como su relación con la percepción de la salud psicológica y preocupaciones con respecto a la situación creada por el COVID-19 de sus hijos o jóvenes de quienes están al cargo. Es decir, se pretende averiguar si el tener a un miembro expuesto al COVID-19 en la familia, repercutía sobre la salud mental de los progenitores y de los jóvenes. Por último, también se estudió si había diferencias en la ansiedad de los progenitores durante el periodo de confinamiento debido al COVID-19 y en si había diferencia en la forma de transmitir/modelar información con respecto a la pandemia

provocada por el virus, en la percepción que tenían de las preocupaciones y miedos de los jóvenes con respecto a esta situación y en la percepción de posibles síntomas de trastornos de ansiedad.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1 Objetivo general

El objetivo general de este estudio es analizar el efecto de tener un miembro de la familia expuesto al COVID-19 por trabajo en la salud psicológica de los participantes y sus hijos.

Para alcanzar dicho objetivo se plantearon a su vez los siguientes **objetivos específicos:**

1. Conocer la correlación entre las distintas escalas usadas en el estudio.
2. Conocer el impacto de tener expuesto un miembro de la familia al COVID-19 mediante la asociación con los miedos y preocupaciones de su hijos/as ante la situación creada por el COVID-19.
3. Analizar la relación entre tener expuesto un miembro de la familia al COVID-19 y los síntomas de trastornos ansiedad de los jóvenes y de la ansiedad por parte de los progenitores/cuidadores
4. Conocer la relación entre tener expuesto un miembro de la familia al COVID-19 y la forma de transmitir información negativa relacionada con el COVID-19
5. Explorar relaciones planteadas anteriormente con el rol de padre o madre

Por tanto, y de acuerdo con los objetivos y la revisión de la literatura, se plantean las siguientes **hipótesis:**

1. Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en el nivel de preocupación evidenciado entre el grupo de niños/as con miembros en casa expuestos al COVID-19 en comparación con aquellos hogares que no cuentan con miembros expuestos. Esta preocupación también será distinta para los ítems del cuestionario que mide dicha preocupación (Co-Space)
2. La puntuación en la ansiedad de los adultos con miembros en casa expuestos al COVID-19 será distinta de aquellos que no tienen miembros expuestos.

3. La puntuación global en la transmisión y modelado de información relacionada con el COVID-19 de adultos con miembros en casa expuestos al COVID-19 será distinta de aquellos que no tienen miembros expuestos. Estas puntuaciones también serán distintas para los subfactores “Transmisión” y “Modelado”

4. La ansiedad de los adultos modera el efecto de tener un miembro en casa expuesto al COVID-19 sobre la preocupación y la transmisión/modelado de información relacionada con el COVID-19

5. Las puntuaciones en trastornos de ansiedad de los niños, las puntuaciones de los miedos y preocupaciones de los niños/as por la situación creada por el COVID-19, las puntuaciones globales en transmisión/modelado de información negativa en relación al COVID19, así como la ansiedad de los adultos variarán en función del rol de padre/madre.

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño

Se trata de un diseño de investigación correlacional, con una metodología descriptiva transversal a partir de encuestas ex post-facto y una metodología analítica transversal de las dichas encuestas. Se utilizó esta metodología al considerarse la más recomendada cuando el objetivo del estudio consiste en explorar aquellas relaciones entre variables que no pueden ser manipuladas por el investigador de forma directa.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos recogidos para, posteriormente, realizar un análisis inferencial entre aquellos datos con mayor interés. A partir de noticias televisivas y artículos periodísticos (Ej.; https://www.elplural.com/sociedad/hijos-sanitarios-tiempos-coronavirus-heroes_242799102), además de la vinculación del investigador con el mundo sanitario, se escogió la pregunta de la escala sociodemográfica “QID34: ¿Hay algún miembro de la casa que sean sanitarios o que estén expuestos al CoVid19 por sus trabajos (médicos, enfermeras, policías, bomberos, etc)?” como variable independiente de interés para relacionarla con escalas como el Co_Space, SCARED-R, GAD7 o la escala de Transmisión/Modelado de información relativa a la pandemia causada por el COVID-19.

3.2 Proceso de recogida de datos

Los participantes se reclutaron en el periodo que comprende el 8 de mayo de 2020, 62 días después de declararse el estado de alarma en España (BOE-A-2020-3692) y el 23 de junio de ese mismo año mediante un muestreo no probabilístico de bola de nieve, o *snowball*

sampling, a partir de anuncios en las redes sociales (Facebook, listas de Whatsapp, Instagram, Twitter...); principalmente las redes de RED_PROEM, ProChild COLAB y las del propio investigador del estudio, autor de este TFM. Asimismo, se utilizaron listas de correo electrónicos (emails) para este fin y se pidió a varios organismos oficiales y asociaciones que distribuyeran tanto el anuncio como el enlace a la encuesta. Este tipo de muestreo permite reclutar más individuos a medida que los participantes invitan a sus conocidos a participar en el estudio (Ochoa, 2015), aunque en este caso no se tratase de una población de baja incidencia, sí que era de difícil acceso para el investigador.

En el ANEXO I se recogen tanto la imagen que se anunció como el texto que se utilizaron con el fin de publicitar y dar visibilidad al estudio. La encuesta se completaba a través de la plataforma QUALTRICS (qualtrics.com), donde se recogieron los datos necesarios para la investigación, y se aseguró el anonimato y la confidencialidad de los datos de los participantes, así como el exclusivo uso de estos datos para fines relacionados con la investigación. Estos participantes accedían a la encuesta a través del enlace https://ulfp.qualtrics.com/jfe/form/SV_5dbzBo4qOj4Rxjf en donde eran informados sobre el estudio (ANEXO II), y posteriormente se les presentaba otro texto con los objetivos del proyecto, instrucciones, y donde se daba cuenta del consentimiento informado y la confidencialidad de datos (ANEXO III). Los participantes tenían que aceptar los términos y el consentimiento para comenzar la encuesta teniendo en cuenta las leyes de protección de datos.

3.3 Participantes

3.3.1 Datos sociodemográficos

La muestra estuvo compuesta por 102 personas, todos ellos mayores de 25 años (Figura 1). Dado que el estudio estaba enfocado a niños/as, los criterios de inclusión fueron:

1. Los participantes debían ser padres/madres o cuidadores legales de niños.
2. La edad de los niños/as debía estar comprendida entre los 6 y los 16 años.

En referencia a su relación con el chico/a, el 62,1% eran madres, 34% padres y el 2,9% cuidadores o responsables legales. La distribución geográfica por comunidades autónomas fue como sigue: Extremadura (41,18%), Andalucía (11,86%), Madrid (11,86%); en el resto de España vivía un 33,14% y sólo un 1,96% residía fuera de España. Un 82,35% de las personas que cumplimentaron la encuesta vivía con el otro progenitor del niño/a, el

10,20% vivía con una pareja que no es el padre/madre del niño/a y el 12,75% era un padre/madre viviendo sola/a en casa.

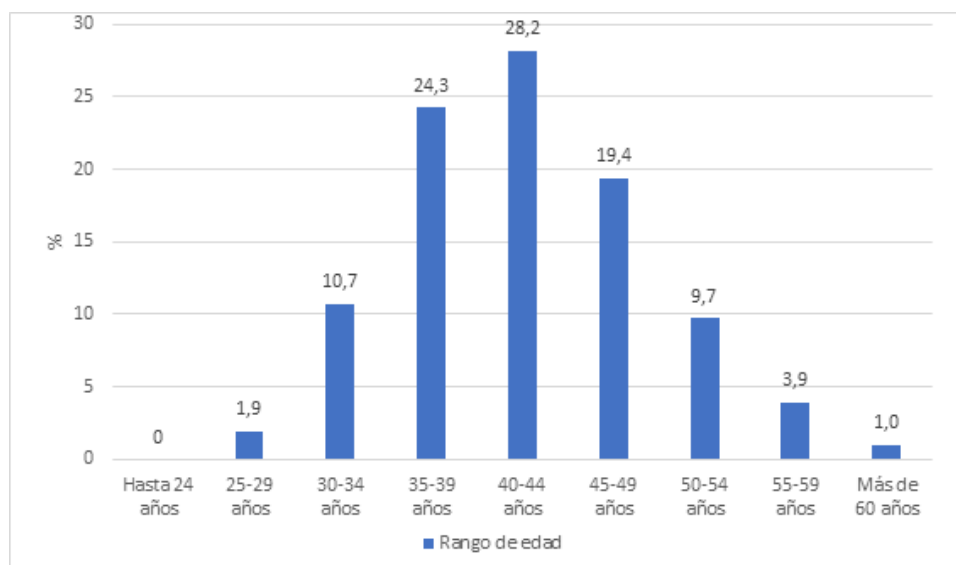


Figura 1. Porcentaje de los rangos de edad; N = 102.

Aunque la muestra esté compuesta por 102 personas, no todas las escalas fueron completadas por ese número de personas ya que había dos protocolos: Un protocolo corto y otro protocolo largo al que se le añadía la encuesta de “Trasmisión y modelado de negativa relacionada con el COVID-19”, la asignación a un protocolo u otro lo realizaba la plataforma de manera aleatoria. Otras respuestas a escalas de la encuesta fueron consideradas no válidas u omitidas por algunos de los participantes.

En la tabla 1 puede verse una descripción de otros datos sociodemográficos recogidos en la encuesta.

Tabla 1.

Datos sociodemográficos de los padres encuestados

Situación Profesional	N	%
Cursando estudios	2	2,0
Trabajo a tiempo parcial	13	12,7
Otra	7	6,9
Parado	7	6,9
Discapacidad	1	1,0
Trabajo a tiempo completo	53	52,0
Padre/madre haciendo las tareas del hogar	7	6,9
En un ERTE	12	11,8
Nivel educativo		
Sin estudios	1	1,0
Primaria	4	3,9
Secundaria	8	7,8
Bachillerato	9	8,8
Grado FP	17	16,7
Universitario	63	61,8

Con respecto a los niños/as a los que hace referencia el estudio, el rango de edad fue de 6 a 16 años ($M= 9,27$; $DT= 4,45$). El 57,85% eran chicos, el 39,2% chicas; y un 2,94% hacía referencia a “otro”. De ellos/as el 93,13% vivía con la persona que contestaba la encuesta y el resto vivía en custodia compartida. En la tabla 2 puede verse más datos en relación con los chicos/as.

Tabla 2

Datos sociodemográficos de los jóvenes

Diagnosticado o tratado por algún problema conductual, emocional o del neurodesarrollo	N	%
No	88	86,3
Si	14	13,7
Con enfermedad de salud grave/crónica		
No	93	91,2
Si	9	8,8

3.3.2 Otros datos sobre la situación relacionada con la pandemia causada por el COVID-19

En el primer cuestionario, además de datos sociodemográficos, se recogieron datos relativos la situación causada por el COVID-19 (Tabla 3).

Ninguno de los niños sobre los que se hizo la encuesta manifestó haber sido infectado por el COVID-19.

Un 55,3% de esta población no tenía ningún miembro trabajando únicamente desde casa (teletrabajo), mientras que un 44,7% tenía al menos a un miembro teletrabajando.

En la figura 2 puede observarse cómo un 55,9% de esta población vio reducidos sus ingresos durante la pandemia.

Tabla 3*Datos relativos a la situación creada por la pandemia del COVID-19*

<i>*Expuestos al COVID-19 por trabajo</i>		
	N	%
Expuestos	68	66,6
No expuestos	34	33,3
<i>Acceso de os niños/as a zona exterior privada</i>		
Si	51	50
No	51	50
<i>Pérdida de contacto con el niño/a al menos durante una semana</i>		
No	88	86,3
Si	14	13,7
<i>Conocimiento del niño de alguien cercano infectado</i>		
No	73	72,3
No se ha hecho las pruebas, pero sospecha que lo ha tenido y se ha recuperado	6	5,9
Sí, confirmado y recuperado	15	14,9
Sí, confirmado y aún positivo	2	2,0
Sí, confirmado y fallecido	5	5,0
Respuestas no válidas	1	1,0

**Variable de interés para el presente estudio*

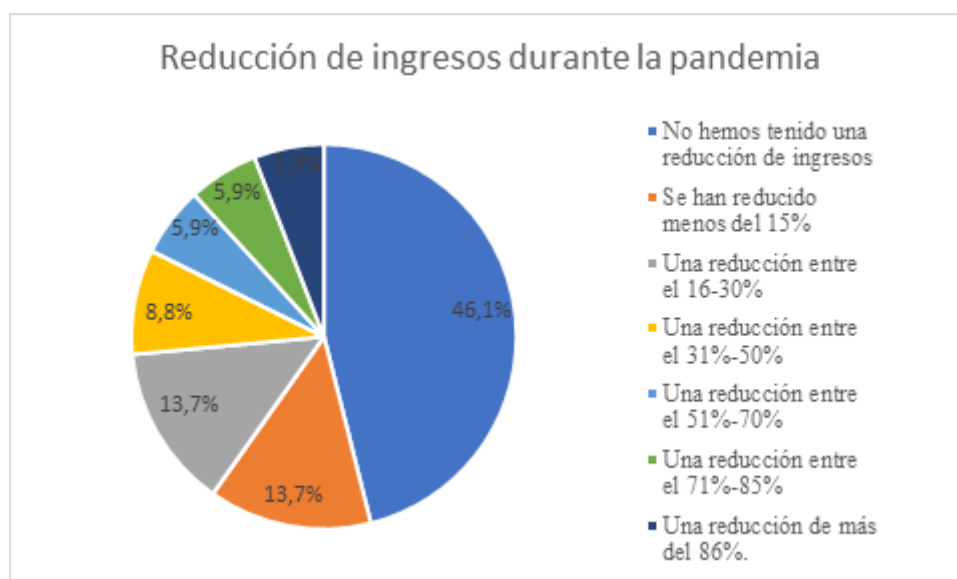


Figura 2. Reducción de ingresos durante la pandemia del COVID-19

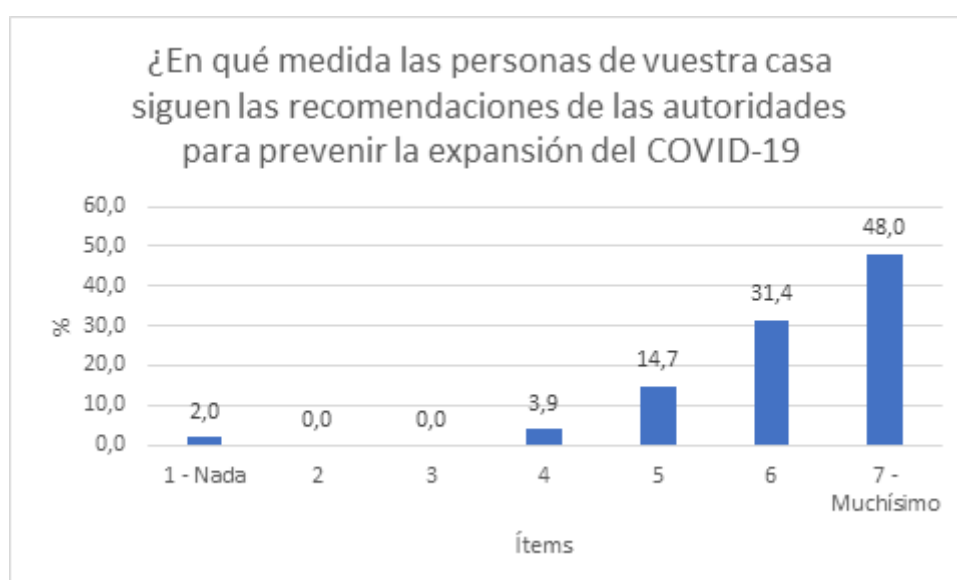


Figura 3. Porcentaje respuestas en los diferentes ítems en relación con el seguimiento de las recomendaciones de las autoridades para prevenir la expansión del COVID-19. N = 102

Como puede observarse en la figura 3, un gran porcentaje de los participantes (79,4%) siguió mucho las recomendaciones de las autoridades para prevenir la expansión del COVID-19.

Se recogieron otros datos que, finalmente, no se han incluido por no considerarse datos relevantes o de interés para el objetivo del estudio en concreto como puedan ser “número de habitaciones” o “tiempo en que el niño/a ha dedicado a tareas escolares”.

3.4 Instrumentos

Los instrumentos de evaluación se seleccionaron teniendo en cuenta los objetivos y la población objetivo del estudio, así como el hecho de que se hayan traducido y validado para los diferentes países. Estos instrumentos se presentan de la siguiente forma:

3.4.1 Evaluación de los datos sociodemográficos.

Cuestionario sociodemográfico y datos sobre la situación actual relacionada con COVID- 19. Se trata de un cuestionario sociodemográfico de 36 ítems, elaborado *ad hoc* debido a la situación excepcional provocada por la pandemia del COVID-19. En este cuestionario se recogen datos relacionados con la persona que rellena el cuestionario y con la situación de la familia y del niño/a al que hace referencia el cuestionario en el contexto de la pandemia producida por el COVID-19. En la parte de *situación profesional* del cuestionario puede observarse cómo se recoge la respuesta “En un ERTE” debido a la situación excepcional producida por la pandemia del COVID-19. En el ANEXO IV se recogen algunas preguntas del cuestionario.

3.4.2 Adaptación del niño/joven

a. Miedo del niño/joven relacionado con COVID-19: Escala desarrollada para el estudio internacional Co-Space (Versión de 10 ítems; Universidad de Oxford, 2020). (Anexo V)

Se trata de un cuestionario en formato Likert de 5 puntos: 1 = “Totalmente en desacuerdo”; 2 = “En desacuerdo”; 3 = “No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo”; 4 = “De acuerdo”; 5 = “Totalmente de acuerdo”, en donde los padres, madres o cuidadores/as señalan los miedos y preocupaciones de sus hijos/as en relación a la situación creada por la pandemia del COVID-19.

b. Ansiedad infantil/juvenil: *Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders-Revised* (SCARED-R; Muris, Merckelbach, Van Brakel y Mayer, 1999). Versión de 66 ítems. Se utilizó la versión padres/madres. (Anexo VI)

El diseño y objetivo de esta escala busca detectar síntomas de trastornos de ansiedad en niños/as y adolescentes. Tal y como sugieren Myers y Winters (2002), el SCARED es uno de los mejores instrumentos de detección del trastorno de ansiedad junto al Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) debido a sus adecuadas propiedades psicométricas iniciales. En un estudio (Hale et al., 2013) se demostró que el

SCARED era capaz de diferenciar entre adolescentes españoles ansiosos y sanos. En otro estudio con de habla castellana (Doval, Martínez y Domenech-Llaberia,) muestran las evidencias de calidad psicométrica de la versión en castellano y lo consideran como “un buen instrumento para la detección temprana de síntomas y trastornos de ansiedad en la población de niños y adolescentes de habla castellana”. En el ANEXO VI pueden verse algunas preguntas del cuestionario.

De acuerdo con los autores originales (Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., & Mayer, B., 1998) el SCARED-R dispone, en total, de 66 ítems relacionados con 9 subsescalas del DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994), véase trastorno del pánico/somático, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación (incluida la fobia escolar), trastorno por fobia social; trastorno por fobias específicas (Incluye tres tipo: Fobia tipo animal, fobia tipo ambiental, fobia tipo sangre/inyecciones/heridas. Además, incluye 13 ítems relativos al trastorno obsesivo compulsivo y al trastorno de estrés postraumático

Se trata de un cuestionario en formato Likert de tres puntos: 0 = “Nunca o casi nunca; 1 = “Algunas veces”; 2 = “A menudo”, en donde los padres, madres o cuidadores/as deben señalar la frecuencia en la que sus hijos/as han sentido distintos síntomas en último mes. La puntuación se calcula sumando las respuestas estando ésta entre 0 y 132

3.4.3. Factores de riesgo específicos para el desarrollo de problemas de ansiedad durante la pandemia: *Tranmisión de información negativa relacionada con el COVID-19 y modelado de la ansiedad en situaciones relacionadas con el COVID-19* (ANEXO VII)

Se trata de una escala compuesta por dos facotres. El primero de ellos hace referencia a la frecuencia en que el padre, la madre o el cuidador/a consideran que han sucedido una serie de situaciones relativas a la transmisión de información negativa relacionada con el COVID-19 hacia el niño/a (Ítems del 1 al 5). El segundo de los factores hace referencia la frecuencia en que el padre, la madre o el cuidador/a consideran que han sucedido una serie de situaciones en las que se ha actuado de una determinada forma en presencia del niño/a. La escala se encuentra en en formato Likert de 10 ítems con 5 categorías: 1 = “Nunca o casi nunca”; 2 = “Pocas veces”; 3 = “Algunas veces”; 4 = “Muchas veces”; 5 = “Siempre o casi siempre”.

3.4.4 Salud mental de los padres/madres/cuidadores

a. Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada-7 (Generalized Anxiety Disorder-7 Scale; GAD-7; Spitzer et al., 2006) (ANEXO VII)

Este instrumento sirve de screening permitiendo identificar casos probables de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en base al DSM-IV. Está compuesto por 7 ítems de respuesta tipo Likert de 0 a 3, oscilando la puntuación entre 0 y 21: 0 = “Ningún día”; 1 = “Varios días”; 2 = “Más de la mitad de los días”; 3 = “Casi todos los días”. En estos ítems se incluyen los síntomas y la discapacidad asociada al trastorno de ansiedad generalizada y de cómo este le ha perturbado en las últimas dos semanas. En la versión original (Spitzer et al., 2006) los autores proponen un punto de corte de mayor o igual a 10. En la versión adaptada al español por García-Campayo et al. (2010) no existen puntos de corte establecidos. Para esta versión española, se obtuvo coeficiente alpha de Cronbach de 0,93. Teniendo en cuenta el corte de 10 puntos, se encontraron valores de sensibilidad de 86,8% y de especificidad de 93,4%.

3.5 Análisis estadísticos

Las variables bajo estudio fueron descritas mediante gráficos y descriptivos. Asimismo, se estudiaron las diferencias en las principales variables objetivo (Preocupación de los niños, ansiedad de los niños, ansiedad de los participantes, transmisión y modelado de información relacionada con la situación provocada por el COVID-19, etc.) y los diferentes grupos (Exposición, Padre/madre, etc.). Para calcular estas diferencias se usaron pruebas estadísticas para contrastar medias (t d student y ANOVA) y frecuencias (Chi cuadrado). Se usó el estadístico de correlación de Pearson para ver la asociación entre las variables de interés. Se utilizó el programa estadístico SPSS en su versión 25 para hacer estos cálculos.

4. RESULTADOS

En primer lugar, se analizaron las correlaciones de Pearson entre las puntuaciones de las escalas de interés (Véase tabla 4). Los datos revelaron que la escala que mide los miedos y preocupaciones de los niños con relación al COVID-19 (CoSpace) correlacionó significativamente con la escala de Transmisión/Modelado de información relacionada con el COVID-19 (TrasnMod) ($r = 0.33$ $p = 0.03$) y más concretamente con su subescala

Transmisión (Trans) ($r = 0.42$; $p < 0.01$). La ansiedad de los progenitores/cuidadores (GAD7) se asoció de forma significativa con la puntuación global de SCARED-R de ansiedad para niños ($r = 0.38$; $p < 0.01$). Asimismo, el SCARED-R se asoció de forma significativa con la escala de Transmisión/Modelado ($r = 0.39$; $p = 0.03$), pero esta vez más concretamente con la subescala de Modelado (Mod) ($r = 0.48$; $p < 0.01$). Estas correlaciones fueron significativas y tuvieron un tamaño del efecto medio, puesto que las “r” son iguales o superiores a .3, mientras que las iguales o superiores a .5 implican un tamaño del efecto alto.

Tabla 4

Correlaciones de Pearson de las escalas utilizadas

	CoSpace	SCARED	GAD7	TransMod	Trans	Mod
CoSpace	1					
SCARED	0.10	1				
GAD7	0.05	0.38**	1			
TransMod	0.33*	0.39*	0.25	1		
-Trans	0.42**	0.24	0.18	0.90**	1	
-Mod	0.16	0.48**	0.27	0.89**	0.60**	1

CoSpace: Miedo del niño/joven relacionado con COVID-19; GAD7: Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada; TransMod: Escala de Transmisión/Modelado de información relacionada con el COVID-19; Trans: Subescala de Trasmisión de información; Mod: Subescala de modelado

**Significación al 0,05*

***Significación al 0,01*

Presencia de miembro en casa expuesto al COVID-19 por trabajo/ no expuesto.

Como puede observarse en la figura 4 relativa al segundo objetivo, se realizó una prueba *t* con las puntuaciones del Co-Space con un nivel de significación del 0.05. No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones medias de los miedos y preocupaciones de los niños entre el grupo de miembros en casa expuestos al COVID-19 ($n = 34$; 34,34%) frente al grupo de miembros no expuestos ($n = 65$; 65,66%) ($t(97) = 0.384$, $p > 0.05$). Es decir, no existen diferencias entre los grupos en cuanto a la percepción que tienen de la preocupación y miedos de los niños por la pandemia causada por el COVID-19.

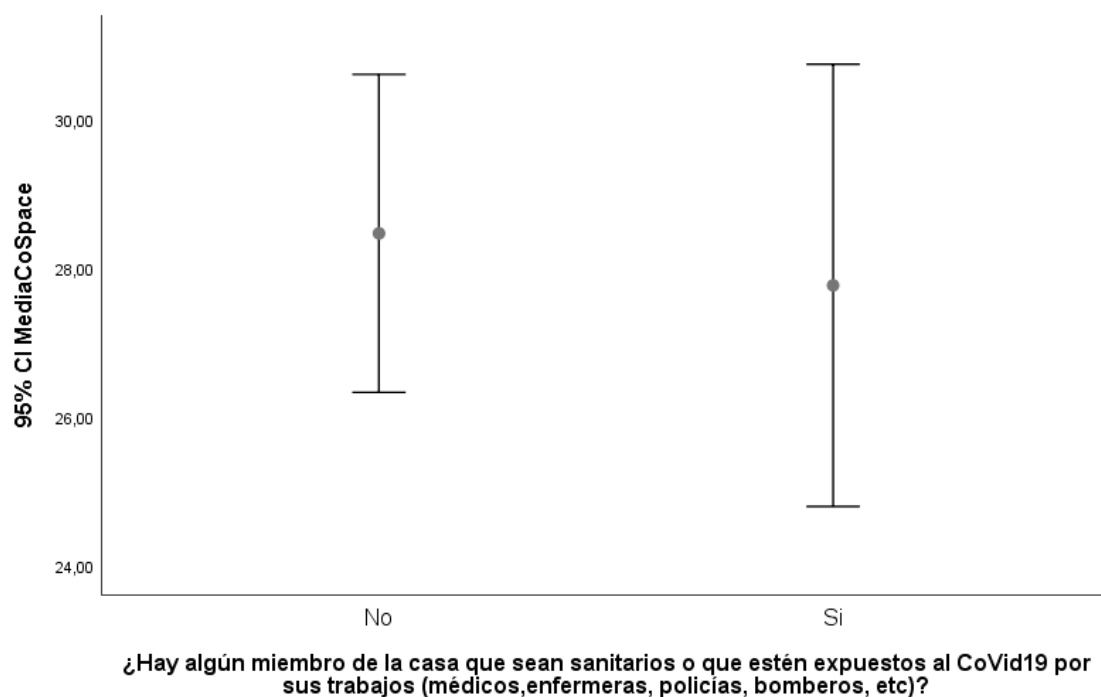


Figura 4. Media en las puntuaciones del Co-Space entre personas con miembros en casa expuestas al COVID-19 por trabajo frente a no expuestas.

En cuanto al segundo objetivo, en la tabla 5 también puede observarse como no hubo diferencias significativas en ninguna de las puntuaciones medias en los ítems del Co-Space entre aquellas personas con miembros en casa expuestos al Covid-19 por motivos del trabajo frente a los no expuestos.

Tabla 5

T de Student de las medias de Co-Space entre personas con miembros expuestos y no expuestos al COVID-19

Variable/Ítem	Exposición	$\bar{X}$	DT	T	P
Co-Space	No	28.46	8.60	0.38	0.70
	Si	27.76	8.50		
Co-Space 1	No	3.97	1.10	0.98	0.33
	Si	3.74	1.16		
Co-Space 2	No	3.40	1.20	0.19	0.85
	Si	3.35	1.17		
Co-Space 3	No	3.54	1.15	0.79	0.43
	Si	3.35	1.01		
Co-Space 4	No	2.65	1.19	-0.12	0.91
	Si	2.68	1.27		
Co-Space 5	No	2.80	1.35	0.44	0.66

Co-Space 6	Si	2.68	1.30	-0.85	0.39
	No	2.06	1.17		
Co-Space 7	Si	2.26	1.02	-0.77	0.44
	No	2.52	1.26		
Co-Space 8	Si	2.74	1.35	0.86	0.39
	No	2.20	1.15		
Co-Space 9	Si	2.00	1.07	0.30	0.77
	No	2.63	1.11		
Co-Space 10	Si	2.56	1.19	1.02	0.31
	No	2.69	1.32		
	Si	2.41	1.23		

(gl. = 97)

También se analizaron las diferencias entre estos dos grupos utilizando la prueba *t* de Student en las escalas ansiedad de los niños (SCARED-R), ansiedad de los progenitores o cuidadores (GAD7) y transmisión/modelado de información relacionada con el COVID-19. La tabla 6 muestra los estadísticos descriptivos (tanto media como desviación típica) que presenta cada grupo y los resultados de comparación de las medias dichas escalas. Si vemos las diferencias entre ambos grupos puede verse cómo no se encontraron diferencias significativas en la ansiedad de los niños ni en la ansiedad de los encuestados ($N = 86$) entre personas con miembros en casa expuestos al COVID-19 por trabajo ($n = 31$; 36,1%) y las no expuestas ($n = 55$; 63,9%), estos resultados mostraron ausencias de diferencias significativas. Igualmente, se encontraron ausencia de diferencias significativas en las medias de las puntuaciones globales de la escala de Transmisión/Modelado de información relacionada con el COVID-19 ($N = 42$) entre las personas con miembros expuestos al COVID-19 ($n = 13$; 31%) y los no expuestos ($n = 29$; 69%), así como en ambos subfactores (Transmisión, Modelado).

Tabla 6

T de Student de las medias en las escalas entre personas con miembros expuestos y no expuestos al COVID-19

Variable/Ítem	Exposición	$\bar{X}$	DT	T	P
GAD7	No	8.40	4.71	0.39	0.70
	Si	8.00	4.36		
SCARED-R	No	25	17.83	-0.34	0.73
	Si	26.64	19.39		
Transmisión + Modelado	No	19.24	7.60	-0.61	0.54
	Si	20.77	7.06		

Transmisión	No	8.34	4.47	-0.62	0.54
	Si	9.23	3.87		
Modelado	No	10.9	3.98	-0.64	0.64
	Si	11.54	4.16		

De acuerdo con los autores del GAD7, se tomó como 10 el punto de corte de esta escala y se dicotomizó la variable en ansiosos/no ansiosos. Y se hizo la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para las frecuencias mostrándose que $\chi^2(1, N = 86) = 0.189, p > 0.05$; por lo que la frecuencia de participantes con ansiedad no difería en función de tener a algún miembro de la familia en casa expuesto al COVID-19. En la tabla 7 puede verse esta distribución de frecuencias. Cabe destacarse que más del 30% de los participantes del estudio superó el punto de corte, lo que sugiere la presencia de sintomatología ansiosa en un tercio de los casos.

Tabla 7

Tabla de contingencia de las variables “Miembro expuesto en casa” y “Ansiedad”

		Ansiedad		Total
		No	Si	
¿Hay algún miembro de la casa que sean sanitarios o que estén expuestos al CoVid19 por sus trabajos (médicos, enfermeras, policías, bomberos, etc)?	No	38	17	55
	Si	20	11	31
Total		58	28	86

A partir de esos cuatro grupos, véanse No Expuestos-No Ansiosos (NENA), No Expuestos-Ansiosos (NEA), Expuestos-No Ansiosos (ENA), Expuestos-Ansiosos (EA), se hizo un Análisis de la Varianza (ANOVA), para comprobar si existían diferencias significativas tanto en las medias de las puntuaciones de los miedos y preocupaciones de los

niños, como de las medias globales de la transmisión/modelado de información, así como en dichos factores por separado.

Para el Co-Space (miedos y preocupaciones de los niños) los análisis mostraron $F(0, 37) = 0.59$, $p > 0.05$; por lo que no podemos asumir que el nivel de miedo/preocupación de los niños sea distinto entre esos cuatro grupos. En cuanto al SCARED-R, los análisis mostraron $F(2,518) = 0.067$, $p > 0.05$; por lo que tampoco podemos asumir que mayores síntomas de trastornos de ansiedad entre los cuatro grupos. En las puntuaciones globales Transmisión/Modelado de información relacionada con el COVID-19 y sus subfactores, tampoco se encontraron diferencias significativas en función de esos grupos. El Trans/Mod pertenece al protocolo 2 (protocolo largo) de los cuestionarios administrados, por lo que el número de respuestas es menor al de otras escalas (Tabla 8).

Tabla 8

Frecuencias de Expuestos/No Expuestos y Ansiosos/No Ansiosos de la escala Transmisión/Modelado

NENA	19 (45,2%)
NEA	10 (23,8%)
ENA	8 (19%)
EA	5(12%)
Total	42

NENA: No Expuestos No Ansiosos; NEA: No Expuestos Ansiosos; ENA: Expuestos No Ansiosos; EA: EXpuestos Ansiosos

Tabla 9.

ANOVA Exposición/Ansiedad para la Escala Trans/Mod

Variable/Ítem	Exposición/Ansiedad	$\bar{X}$	DT	F	P
Transmisión + Modelado	NENA	18.42	8.27	0.34	0.80
	NEA	20.80	6.25		
	ENA	20.87	6.28		
	EA	20.60	8.96		
Transmisión	NENA	8.10	8.27	0.18	0.91
	NEA	8.80	6.25		
	ENA	9.37	6.28		

Modelado	EA	9.00	8.96	0.45	0.72
	NENA	10.31	4.00		
	NEA	12.00	3.91		
	ENA	11,50	3,74		
	EA	11,60	5,22		

F (3,34) = 0.40, $p > 0.05$; Transmisión: $F (3, 38) = 0.18, p > 0.05$; Modelado: $F (3, 38) = 0.45, p > 0.05$.

Rol del progenitor

Se eliminó la variable “Cuidador o responsable” legal al considerarse un número pequeño de sujetos ($n = 3$), por tanto: $N = 99$; Madres = 66 (64,6%); Padres = 35 (35,4%).

Como puede observarse en la figura 5 relativa al tercer objetivo con relación al rol parental, no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones medias de los miedos y preocupaciones de los niños entre el grupo de madres ($n = 61$; 63,5%) frente al grupo padres ($n = 35$; 36,5%) ($t (94) = 0.384, p > 0.05$). Es decir, no existen diferencias entre madres y padres en cuanto a la percepción que tienen de la preocupación de sus hijos por la pandemia causada por el COVID-19.

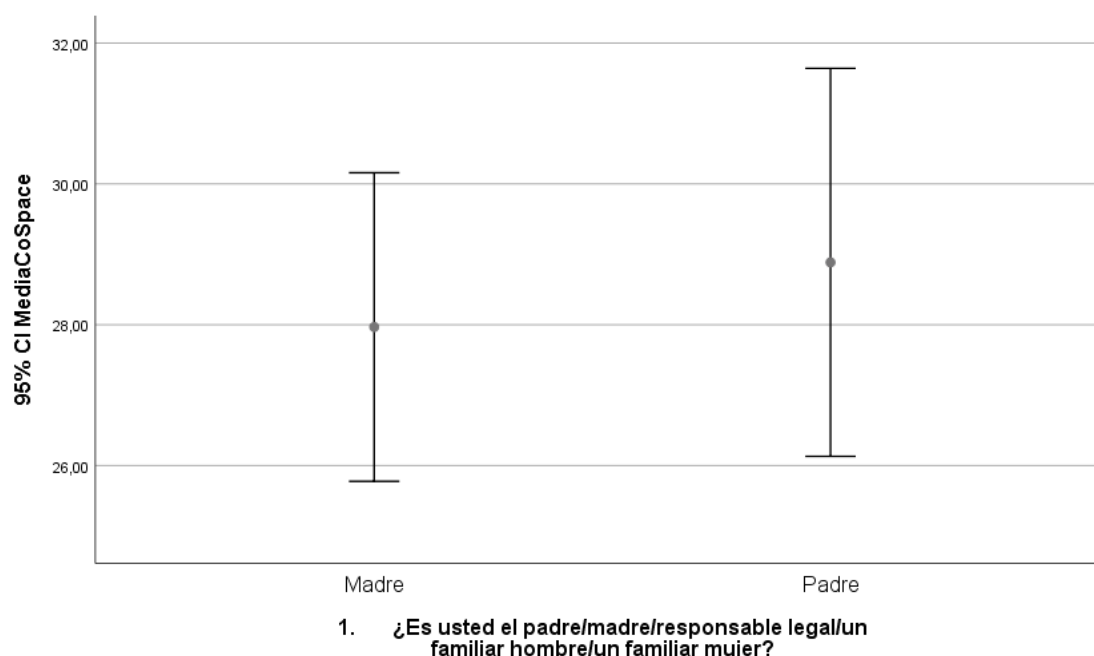


Figura 5. t de Student en las medias de la escala Co-SPcae para el rol parental

En cuanto a la segunda parte de la primera hipótesis, en la tabla 10 también puede observarse como no hubo diferencias significativas en ninguna de las puntuaciones medias en los ítems del Co-Space entre el grupo de madres y el grupo de padres.

Tabla 10*T de Student para las medias en la escala Co-Space según el rol parental*

Variable/Ítem	Rol	$\bar{x}$	DT	T	P
Co-Space	Madre	27.97	8.56	-0.52	0.61
	Padre	28.89	8.02		
Co-Space 1	Madre	3.97	1.06	0.48	0.53
	Padre	3.86	1.11		
Co-Space 2	Madre	3.34	1.23	-0.68	0.5
	Padre	3.51	1.06		
Co-Space 3	Madre	3.41	1.05	-1.37	0.17
	Padre	3.71	1.04		
Co-Space 4	Madre	2.62	1.24	-0.46	0.64
	Padre	2.74	1.17		
Co-Space 5	Madre	2.69	1.33	-0.71	0.48
	Padre	2.89	1.27		
Co-Space 6	Madre	2.13	1.11	-0.05	0.96
	Padre	2.14	1.11		
Co-Space 7	Madre	2.49	1.16	-0.82	0.41
	Padre	2.71	1.44		
Co-Space 8	Madre	2.10	1.15	-0.31	0.76
	Padre	2.17	1.07		
Co-Space 9	Madre	2.64	1.11	0.41	0.68
	Padre	2.54	1.12		
Co-Space 10	Madre	2.57	1.23	-0.1	0.92
	Padre	2.60	1.39		

Prueba t de Student para muestras independientes de las diferencias en las medias de las puntuaciones en del Co-Space y de los ítems de la escala Co-Space el grupo de madres y el grupo de padres (gl = 94)

También se analizaron las diferencias entre estos dos grupos utilizando la prueba *t* de Student en las escalas ansiedad de los niños (SCARED-R), ansiedad de los progenitores o cuidadores (GAD7) y transmisión/modelado de información relacionada con el COVID-19. La tabla 11 muestra los estadísticos descriptivos (tanto media como desviación típica) que presenta cada grupo y los resultados de comparación de las medias dichas escalas. Si vemos las diferencias entre ambos grupos puede verse cómo no se encontraron diferencias significativas la ansiedad de los niños ni en la ansiedad de los encuestados ($N = 83$) entre el grupo de madres ($n = 55$; 66,2%) y el grupo de padres ($n = 28$; 33,8%). Igualmente, los análisis revelaron la ausencia de diferencias significativas en las medias de las puntuaciones globales de la escala de Transmisión/Modelado de información relacionada con el COVID-19

($N = 40$) entre el grupo de madres ($n = 29$; 72,5%) el grupo de padres ($n = 11$; 27,5%), así como en ambos subfactores (Transmisión, Modelado).

Tabla 11

T de Student para las medias en las escalas según el rol parental

Variable/Ítem	Rol	$\bar{x}$	DT	T	P
GAD7	Madre	8.47	4.09	1.43	0.16
	Padre	7.03	4.78		
SCARED-R	Madre	23.57	14.13	-0.80	0.43
	Padre	27.23	22.86		
Transmisión + Modelado	Madre	19.24	8.02	-0.08	0.94
	Padre	19.45	5.43		
Transmisión	Madre	8.65	4.75	0.25	0.77
	Padre	8.27	3.20		
Modelado	Madre	10.59	4.06	0.44	0.66
	Padre	11.18	2.99		

Pruebas t de Student para muestras independientes de las diferencias en las medias de las puntuaciones del GAD7, Escala de transmisión y modelado de información relacionada con el COVID-19, Transmisión de información, y modelado.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En general, los resultados parecen indicar que tanto las personas expuestas al COVID-19 o que conviven con personas expuestas por trabajo tanto como sus hijos o jóvenes a quienes cuidan no muestran mayores niveles de ansiedad, preocupación por la situación creada por el COVID-19 ni diferencias en la transmisión/modelado de información con respecto a la pandemia creada por el COVID-19.

En concreto, y siguiendo el orden de objetivos planteados, en primer lugar, se analizó la asociación entre los diferentes instrumentos de medida utilizados en el estudio y se observó que existe una asociación entre la escala de miedos y preocupaciones de los niños con respecto al COVID-19 (Co_Space) y la escala de Transmisión/Modelado de información negativa relacionada con el COVID-19 (TransMod), especialmente con la subescala “Transmisión de información”. Los datos encontrados rechazaron la hipótesis planteada y ponen de manifiesto la necesidad de enseñar a transmitir, de una forma efectiva, información negativa (relacionada con el COVID-19 en este caso) a nuestros jóvenes sin que ello suponga un aumento de sus miedos y preocupaciones. En cuanto a la ansiedad infantil (SCARED-R), se asoció significativamente con la ansiedad de los progenitores o cuidadores (GAD-7). El SCARED-R a su vez se asocia con la escala de miedos y preocupaciones de los niños,

especialmente en su subescala “Modelado”. Estos datos concuerdan con otros estudios en los que se examina el comportamiento de los padres ansiosos y se examinan los mecanismos de transmisión de la ansiedad de padres a hijos (Woodruff-Borden, Morrow, Bourland y Cambron2002), además de otros estudios que relacionan la ansiedad parental con la de los hijos (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; Moore, Whaley, & Sigman, 2004; Van der Bruggen et al., 2008).

En segundo lugar, se estudió la relación entre tener expuesto un miembro de la familia al COVID-19 por trabajo y los miedos y preocupaciones de su hijos/as ante la situación creada por el COVID-19. A diferencia de la hipótesis planteada, los datos arrojaron la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de los miedos y preocupaciones de los niños (medido a partir del Co_Space) entre el grupo de tener expuesto un miembro de la familia al COVID-19 frente al grupo de no expuestos al virus por trabajo. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las puntuaciones de cada uno de los ítems de la escala Co_Space con respecto a los mismos grupos. Es posible que el miedo a enfermedades y contagios por el virus y el transcurso del tiempo sean factores que afecten a estos resultados (Gomez-Becerra et al., 2020) diluyendo el efecto de tener a un miembro de la familia expuesto al COVID. De cara a estudios posteriores habría que ver también si y el uso de medidas de seguridad en relación a la enfermedad están influyendo en estos resultados (Erades y Sabuco, 2020), aunque en este mismo estudio la percepción de gravedad y controlabilidad percibida de la enfermedad por COVID-19 por parte de los padres no se relacionaron con las reacciones negativas de los niños lo que puede explicar también que no se encontraran diferencias significativas entre el modo de transmitir información negativa/modelado de información negativa en relación al COVID-19 y tener a un miembro expuesto de la familia en casa (véase en la siguiente página)

En tercer lugar, se analizó la relación entre tener expuesto un miembro de la familia al COVID-19 y la percepción de síntomas de trastornos de ansiedad por parte de los progenitores/cuidadores de los jóvenes (SCARED-R) y de la ansiedad de estos progenitores/cuidadores (GAD-7). Con respecto a los síntomas de trastornos de ansiedad de los jóvenes, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo que tiene a un miembro expuesto al COVID-19 frente al que no lo tiene. Una posible explicación podría ser que entre los factores protectores de la salud mental de los jóvenes se encuentre la ausencia de presión académica tal y como sugieren Quintanilla y Giménez-Dasi en “Seis semanas de confinamiento: Efectos psicológicos en una muestra de niños de infantil y primaria” los

cuales reportaron una disminución significativa de los niveles de estrés en niños de entre 8 y 10 años:

<https://www.lavanguardia.com/vivo/psicologia/20200704/482061482884/confinamiento-redujo-ansiedad-infantil.html>. Sin embargo, existen otros estudios que demuestran que la salud mental de los niños y adolescentes, incluyendo ansiedad, se vio afectada negativamente durante el brote del COVID-19 (Duan et al., 2020). Otra posible explicación, de por qué no se aprecian diferencias significativas en los resultados obtenidos entre tener a un miembro expuesto en la familia al COVID-19 por trabajo y la percepción de ansiedad y preocupación de los jóvenes también puede deberse al volumen de la muestra, la poca heterogeneidad de esta, y a que en las zonas de donde procede mayormente la muestra (Extremadura y Andalucía) hubo menos restricciones durante ese periodo, así como son zonas menos conglomeradas. De cara al futuro, sería interesante acceder a un mayor tamaño muestral y ampliar las regiones de cara a que se alcance mayor representatividad en ese sentido. Con respecto a la ansiedad de los progenitores/cuidadores, tampoco se han encontrado diferencias significativas en la ansiedad de los progenitores entre el grupo de tener a miembros de la casa expuestos frente al grupo de no tener miembros expuestos no expuestos al COVID 19 por trabajo. Otra posible explicación puede ser debido a que gran parte de la muestra de lugares en que, en las fechas en que se recogieron los datos, hubo menos aumento de contagios (https://www.abc.es/sociedad/abci-cuatro-semanas-despues-empezar-desescalada-dicen-datos-impacto-medidas-alivio-202005292250_noticia.html) o fueron regiones que, en su mayoría, pasó a niveles más bajos de confinamiento al considerarse zonas de menos riesgo (https://www.ondacero.es/noticias/sociedad/lista-provincias-cambian-fase-proximo-lunes_202005225ec7c8c674fa7b000136d8df.html), estos datos van acorde con los hallados por Liang et al., 2020, si bien es cierto que los datos de este estudio proceden una muestra de padres, madres e hijos en Italia.

En cuarto lugar, tampoco se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre tener a un miembro expuesto al COVID-19 y la forma de transmitir/modelar información relacionada con la pandemia creada por COVID-19. Esto podría explicarse por la concienciación de la población acerca de la crisis creada el COVID-19, por lo que podría ser una línea de investigación interesante de cara al futuro. En relación con el segundo punto, habría que ver si las personas con miembros en casa expuestos al COVID-19 por trabajo tienen distinta gravedad y controlabilidad percibida de la enfermedad (Erades y Sabuco, 2020) que los que no tienen a miembros expuestos, si en función de ello siguen en mayor medida las

medidas de seguridad (modelado) y si ello influye en la transmisión de información en relación a la situación creada por la pandemia del COVID-19 y, a su vez, en las preocupaciones los jóvenes de quienes están al cargo.

Por último, para ver si había diferencias entre las personas a su vez expuestas y, a su vez, ansiosas, se dicotomizó la variable ansiedad (GAD-7). Una vez dicotomizada la variable ansiedad en ansiosos/no ansiosos, tampoco se encontraron diferencias significativas entre los grupos No Expuestos-No Ansiosos, No Expuestos-Ansiosos, Expuestos-No ansiosos, y Expuestos Ansiosos en las puntuaciones medias de los miedos y preocupaciones de los niños con respecto a la situación creada por el COVID-19, así como en las puntuaciones de la escala de modelado/transmisión de información. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre esos grupos en la escala de ansiedad infantil. A pesar de ello puede observarse como, en general, el grupo de No Expuestos-No Ansiosos da puntuaciones más bajas en los cuestionarios que el resto de los grupos. En este sentido, habría que ver si los factores mencionados en los anteriores puntos (transcurso del tiempo, percepción de controlabilidad y gravedad de la enfermedad, uso de medidas de seguridad, miedo al contagio...) están influyendo en estos resultados. Habría que ver hasta qué punto, el tener a cargo a hijos, el tener empleo, contar con una buena situación económica, haber experimentado en grado elevado nuevas experiencias positivas (aprender a valorar más las actividades al aire libre, interesarse más por otras personas, etc.) y/o tener jardín privado en la vivienda ejercen de efectos protectores (Sandín, Valiente, García-Escalera, i Chorot, 2020) (http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8833#:~:text=El%2030%25%20afirma%20haber%20tenido,y%20controlan%20mejor%20sus%20emociones) (Ej.: El 64,7% de la muestra tiene empleo a tiempo completo o parcial).

Si atendemos al rol del progenitor:

No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones medias de las preocupaciones de los jóvenes ante la situación creada por el COVID-19 (Co_Space), ni en la percepción de síntomas de trastornos de ansiedad de los jóvenes. Por tanto, no parece que el rol de padre o madre afecte a los miedos, preocupaciones y la ansiedad de los jóvenes. De nuevo, remito a los factores mencionados anteriormente como una posible explicación a estos resultados.

Así mismo, tampoco se encontraron diferencias significativas en la ansiedad entre el grupo de padres y el grupo de madres. A la hora de dicotomizar la variable ansiedad, tampoco

se observó diferencias en el Co_Space, el SCARED-R y la escala de Transmisión/Modelado de la información entre los grupos Padre-No Ansioso, Padre-Ansioso, Madre-No ansiosa y Madre Ansiosa. Aunque puede observarse puntuaciones más altas en padres que en madres en el CoSpace y el SCARED-R y puntuaciones más altas en el GAD-7 en madres, estas diferencias no son significativas.

Atendiendo a la literatura existente, este último dato va acorde con diversos estudios. Por ejemplo, y a nivel sanitario un estudio demostró que, durante las etapas iniciales del brote del COVID-19, las trabajadoras sanitarias (18,4%) tenían una mayor proporción de ansiedad que los hombres (10,8%) (Ning, et. al., 2020), se da la circunstancia de que Duan, Wang, Huang, Miao, Yang, Zhu, (2020) encontraron que la presencia de síntomas clínicos depresivos, residente en regiones urbanas, implementación de las medidas de precaución y control, ser mujer, tener un familiar o amigo infectado por coronavirus se asociaron con mayores niveles de ansiedad. Esto también concuerda con otros estudios en cuya población objetivo era el personal sanitario de primera línea en la lucha con el COVID-19 (Badahdah et al., 2020; Dosil Santamaria et al., 2020; Zhu et al., 2020) y en donde también han asociado el ser mujer con niveles altos de estrés y la ansiedad. Por otro lado, y siguiendo la misma dirección, Zhu et al., (2020) encontraron que el género femenino se asociaba con mayores niveles de depresión. Wang et al. (2020) hicieron un estudio acerca de las respuestas psicológicas inmediatas y factores asociados durante la etapa inicial de la epidemia de enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) entre la población general de China y encontraron que el sexo femenino, el estado de estudiante, los síntomas físicos específicos (p. Ej., Mialgia, mareos, coriza) y un estado de salud autoevaluado deficiente se asociaron significativamente con un mayor impacto psicológico del brote y niveles más altos de estrés, ansiedad y depresión. Muller et al. (2020) en su estudio sobre el impacto en la salud mental de la pandemia del covid-19 en los trabajadores de la salud encontraron que la exposición al covid-19 fue el correlato más común de problemas de salud mental, seguido del género femenino, y la preocupación por la infección o por infectar a otros. El apoyo social se correlacionó con menos problemas de salud mental. Los trabajadores sanitarios informaron sobre ansiedad, depresión, problemas para dormir y angustia durante la pandemia del covid-19. Hay que tener en cuenta que estos estudios se hicieron mayoritariamente en China.

En cuanto a las limitaciones, este estudio presenta las que se indican a continuación. Por ejemplo, el tipo de muestreo por bola de nieve hace que la selección por conveniencia afecte a la representatividad de la muestra al no ejercer de un control exhausto con respecto a

las características de los participantes. Todo ello, unido al formato online y que sea difundido a través de redes sociales puede significar que los datos obtenidos no sean generalizables. El tipo de cuestionario también podría haber afectado a los datos, ya que había participantes que sostenían que era larga y con muchas preguntas, “aburrida”, “parecía que no iba a terminar”, etc. lo cual podría haber hecho que algunas personas respondieran a preguntas se contestaran de manera sistemática y aleatoriamente.

Otra limitación a tener en cuenta es que los datos obtenidos de los jóvenes acerca de sus preocupaciones sobre la pandemia creada por el COVID-19 así como la presencia de síntomas de trastornos de ansiedad proviene de los mismos progenitores o de las personas de quien están al cargo, es decir, se trata de un formato heteroaplicado que podría afectar a la fiabilidad de los datos. Sería interesante, de cara al futuro, que estos datos sean obtenidos de los propios jóvenes. Otra limitación que se ha mencionado en el texto tiene que ver con el tamaño muestral, pues este no resulta lo suficientemente amplio, de ahí que sea necesario aumentar este para conseguir mayor representatividad y heterogeneidad.

Cabe mencionar también que, a pesar de lo repentino de la crisis, hubiera sido interesante haber obtenido medidas Pre-Post de estas variables, y en el mejor de los casos medidas repetidas para observar su cambio a lo largo del tiempo.

De cara al futuro y a una posible replicación, sería interesante atender a este tipo de limitaciones para mejorar la calidad del estudio y la fiabilidad de los datos obtenidos. Así como estudiar otras variables que pudieran estar influyendo en los datos obtenidos.

6. REFERENCIAS

- Abidin, R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of clinical child psychology*, 21(4), 407-412.
- Alonso, J., Vilagut, G., Mortier, P., Ferrer, M., Alayo, I., Aragón-Peña, A., ... & Espuga, M. (2020). Mental Health Impact of the First Wave of COVID-19 Pandemic on Spanish Healthcare Workers: a Large Cross-sectional Survey. *medRxiv*.
- American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.*, 4th edn., Washington, DC: American Psychiatric Association. APA
- Aymerich, Marta, Berra, Silvina, Guillamón, Imma, Herdman, Michael, Alonso, Jordi, Ravens-Sieberer, Ulrike, & Rajmil, Luis. (2005). Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN: un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 93-102
- Badahdah A., Khamis F., Mahyijari Al, N. Al Balushi, M. Al Hatmi, H. Al Salmi, I. Albulushi, Noomani Al. (2020). The mental health of health care workers in Oman during the COVID-19 pandemic. *Int J Soc Psychiatry*.
- Balaban V. (2006). Psychological assessment of children in disasters and emergencies. *Disasters* 30 178–198.
- Barbisch, D., Koenig, K. L., & Shih, F. Y. (2015). Is there a case for quarantine? Perspectives from SARS to Ebola. *Disaster medicine and public health preparedness*, 9(5), 547-553.
- Becerra, I. G., Contreras, J. M. F., Romero, M. P. A., López, P. S., & Torres, M. F. (2020). Evolución del estado psicológico y el miedo en la infancia y adolescencia durante el confinamiento por la COVID-19. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 11-18.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child development*, 83-96
- Bögels, Susan & Brechman-Toussaint, Margaret. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical psychology review*. 26. 834-56. 10.1016/j.cpr.2005.08.001.
- Boscarino, J. A. (2015). Community disasters, psychological trauma, and crisis intervention. *International Journal of Emergency Mental Health*, 17(1), 369–371.

- Braunack-Mayer, A., Tooher, R., Collins, J. E., Street, J. M., & Marshall, H. (2013). Understanding the school community's response to school closures during the H1N1 2009 influenza pandemic. *BMC public health*, 13(1), 344.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*.
- Cabello NR, Echavez JF, Serrano-Ripoll MJ et al. (2020) Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review. medRxiv. 2020.
- Cai JH, Wang XS, Ge YL, et al. Novel coronavirus infections: case report first case of 2019 novel coronavirus infection in children in Shanghai. (2020). *Chin J Pediatr*. 2020;58(02):86-87. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0578-1310.2020.02.002>
- Castellví, P., Forero, C. G., Codony, M., Vilagut, G., Brugulat, P., Medina, A., ... & Ferrer, M. (2014). The Spanish version of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) is valid for use in the general population. *Quality of Life Research*, 23(3), 857-868.
- Chen, F., Zheng, D., Liu, J., Gong, Y., Guan, Z., & Lou, D. (2020). Depression and anxiety among adolescents during COVID-19: A cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity*.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Hinesley, J., Chan, R. F., Aberg, K. A., Fairbank, J. A., ... & Costello, E. J. (2018). Association of childhood trauma exposure with adult psychiatric disorders and functional outcomes. *JAMA network open*, 1(7), e184493-e184493.
- Crescentini, C., Feruglio, S., Matiz, A., Paschetto, A., Vidal, E., Cogo, P., & Fabbro, F. (2020). Stuck outside and inside: an exploratory study on the effects of the COVID-19 outbreak on Italian parents and children's internalizing symptoms. *Frontiers in Psychology*, 11.
- Danese A., Smith P., Chitsabesan P., Dubicka B. (2020). Child and adolescent mental health amidst emergencies and disasters. *Br. J. Psychiatry* 216 159–162.
- De Bellis, M. D., & Zisk, A. (2014). The biological effects of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(2), 185-222.

- Dosil Santamaria M., Ozamiz-Etxebarria N., Redondo Rodriguez I., Jaureguizar Alboniga-Mayor J., Picaza Gorrotxategi M. (2020). Psychological impact of COVID-19 on a sample of Spanish health professionals. Impacto Psicologico de la COVID-19 en una Muestra De Profesionales Sanitarios Espanoles. 2020
- Doval, E., Martínez, M., & Doménech-Llaberia, E. (2011). Evidencias de calidad psicométrica de la versión en castellano del Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (scared) de 41 items. *Ansiedad y estrés*, 17.
- Duan, Li & Shao, Xiaojun & Wang, Yuan & Huang, Yinglin & Miao, Junxiao & Yang, Xueping & Zhu, Gang. (2020). An investigation of mental health status of children and adolescents in China during the outbreak of COVID-19. *Journal of Affective Disorders*. 275. 10.1016/j.jad.2020.06.029.
- Duan, L., Shao, X., Wang, Y., Huang, Y., Miao, J., Yang, X., et al. (2020). An investigation of mental health status of children and adolescents in China during the outbreak of COVID-19. *Journal of Affective Disorders*, 275, 112–118.
- Duan, L, Zhu, G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7 (2020), pp. 300-302
- Erades, N., & Sabuco, A. M. (2020). Impacto psicológico del confinamiento por la COVID-19 en niños españoles: un estudio transversal. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 27-34.
- Erhart, M., Ottova, V., Gaspar, T. *et al.* (2009). Measuring mental health and well-being of school-children in 15 European countries using the KIDSCREEN-10 Index. *Int J Public Health* 54, 160–166 (2009). <https://doi.org/10.1007/s00038-009-5407-7>
- Fegert, J. M., Vitiello, B., Plener, P. L., & Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 14, 1-11.
- Feng K, Yun YX, Wang XF, et al. (2020). First case of severe childhood novel coronavirus pneumonia in China. *Chin J Pediatr*. 2020;58(3):179-183.
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., ... & Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 8.

- Hale WW, Raaijmakers QA, García-López LJ, Espinosa-Fernández L, Muela JA, Díaz-Castela Mdel M (2013). Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders for socially anxious and healthy Spanish adolescents. *Spanish Journal of Psychology*. 2013;16:E25. doi:10.1017/sjp.2013.36
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging infectious diseases*, 10(7), 1206
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., ... & Ford, T. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*.
- Hoven C.W., Duarte C.S., Lucas C.P., Wu P., Mandell D.J., Goodwin R.D. (2005). Psychopathology among New York City public school children 6 months after September 11. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:545–552
- Huang C., Wang Y., Li X., Ren L., Zhao J., Hu Y. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*.
- Hui, D. S., Azhar, E. I., Madani, T. A., Ntoumi, F., Kock, R., Dar, O., ... & Zumla, A. (2020). The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health—The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. *International Journal of Infectious Diseases*, 91, 264-266.
- Jiatong, S., & Wenjun, L. (2020). Epidemiological characteristics and prevention and control measures of Corona Virus Disease 2019 in children. *J Trop Med*, 20(2), 153-156.
- Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Fang, S. F., Jiao, F. Y., Pettoello-Mantovani, M., & Somekh, E. (2020). Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 epidemic. *The journal of Pediatrics*, 221, 264.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... & Tan, H. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976-e203976.
- Laor N., Wolmer L., Mayes L.C., Gershon A., Weizman R., Cohen D.J. (1997). Israeli preschool children under Scuds: a 30-month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 36:349–356

- Li Q., Guan X., Wu P., Wang X., Zhou L., Tong Y. (2020). Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med*.
- Liu, J. J., Bao, Y., Huang, X., Shi, J., and Lu, L. (2020). Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *Lancet Child Adolesc. Health* 4:347–349. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30096-1
- Liang, Z., Delvecchio, E., Buratta, L., & Mazzeschi, C. (2020). “Ripple effect”: Psychological responses and coping strategies of Italian children in different COVID-19 severity areas. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 49-58.
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y. T., Liu, Z., Hu, S., & Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e17-e18.
- Losada-Baltar, A., Márquez-González, M., Jiménez-Gonzalo, L., del Sequeros Pedroso-Chaparro, M., Gallego-Alberto, L., & Fernandes-Pires, J. (2020). Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19. *Revista española de geriatría y gerontología*, 55(5), 272-278.
- Ma, H., Hu, J., Tian, J., Zhou, X., Li, H., Laws, M. T., ... & Xia, J. (2020). A single-center, retrospective study of COVID-19 features in children: a descriptive investigation. *BMC medicine*, 18, 1-11.
- Madigan, S., Oatley, H., Racine, N., Fearon, R. P., Schumacher, L., Akbari, E., ... & Tarabulsky, G. M. (2018). A meta-analysis of maternal prenatal depression and anxiety on child socioemotional development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(9), 645-657.
- Martínez-Muñoz, M., Rodríguez-Pascual, I. y Velásquez-Crespo, G. (2020). Infancia confinada. ¿Cómo viven la situación de confinamiento niñas, niños y adolescentes? Madrid. *Infancia Confinada y Enclave de Evaluación*.
- Maunder R. (2004). The experience of the 2003 SARS outbreak as a traumatic stress among frontline healthcare workers in Toronto: lessons learned. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. Jul 29;359(1447):1117-25

- Mazumder, A. H. (2015). Disaster mental health and crisis interventions. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 17(1), 368–368.
- Muller, R. A. E., Stensland, R. S. Ø., & van de Velde, R. S. (2020). The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: a rapid systematic review. *Psychiatry research*, 113441.
- Moore, Phoebe & Whaley, Shannon & Sigman, Marian. (2004). Interactions Between Mothers and Children: Impacts of Maternal and Child Anxiety.. *Journal of abnormal psychology*. 113. 471-6. 10.1037/0021-843X.113.3.471.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., & Mayer, B. (1998). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Factor structure in normal children. *Personality and Individual Differences*, 26(1), 99-112.
- Muris, P., Merckelbach, H., Van Brakel, A., & Mayer, A. B. (1999). The revised version of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED-R): further evidence for its reliability and validity. *Anxiety, Stress & Coping*, 12(4), 411-425.
- Myers K., & Winters N. C. (2002). Ten-year review of rating scales. II: Scales for internalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 634–659. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200206000-00004>
- Nickell, L. A., Crighton, E. J., Tracy, C. S., Al-Enazy, H., Bolaji, Y., Hanjrah, S., ... & Upshur, R. E. (2004). Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *Cmaj*, 170(5), 793-798.
- Ning X, Yu F, Huang Q, Li X, Luo Y, Huang Q, Chen C. (2020). The mental health of neurological doctors and nurses in Hunan Province, China during the initial stages of the COVID-19 outbreak. *BMC Psychiatry*. Sep 5;20(1):436. doi: 10.1186/s12888-020-02838-z. PMID: 32891124; PMCID: PMC7474327.
- Ochoa, C. (2015). Muestreo no probabilístico: muestreo por bola de nieve. *Recuperado de <https://www.netquest.com/blog/es/blog/es/muestreo-bola-nieve>*.
- O, Bruggen & Stams, Geert & Bögels, Susan. (2007). The relation between child and parent anxiety and parental control: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 49.
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*.

- Park, I., Oh, SM, Lee, KH, Kim, S., Jeon, JE, Lee, HY, ... y Lee, YJ (2020). El efecto moderador de la alteración del sueño sobre la asociación del estrés con la impulsividad y el estado de ánimo deprimido. *Investigación de psiquiatría* , 17 (3), 243.
- Que, J., Shi, L., Deng, J., Liu, J., Zhang, L., Wu, S., Gong, Y., Huang, W., Yuan, K., Yan, W., Sun, Y., Ran, M., Bao, Y., & Lu, L. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *General psychiatry*, 33(3), e100259.
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*, 33(2).
- Sandin, Bonifacio & Valiente, Rosa & Garcia-Escalera, Julia & Chorot, Paloma. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 25. 1. 10.5944/rppc.27569.
- Saurabh, K., & Ranjan, S. (2020). Compliance and Psychological Impact of Quarantine in Children and Adolescents due to Covid-19 Pandemic. *Indian Journal of Pediatrics*, 1.
- Shahid, Z., Kalayanamitra, R., McClafferty, B., Kepko, D., Ramgobin, D., Patel, R., ... & Jones, K. (2020). COVID-19 and older adults: what we know. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(5), 926-929.
- Spinelli M., Lionetti F., Pastore M., Fasolo M. (2020). Parents' stress and children's psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy. *Front. Psychol.* 11:1713. 10.3389/fpsyg.2020.01713
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097.
- Sprang, G., & Silman, M. (2013). Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster medicine and public health preparedness*, 7(1), 105-110.

- Surrati, A. M. Q., Mansuri, F. M. A., & Alihabib, A. A. A. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers. *Journal of Taibah University Medical Sciences*.
- Surveillances, Vital. (2020). "The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19)—China, 2020." *China CDC Weekly*, 2.8, 113-122.
- Remmerswaal, D., & Muris, P. (2011). Children's fear reactions to the 2009 Swine Flu pandemic: The role of threat information as provided by parents. *Journal of anxiety disorders*, 25(3), 444-449.
- Valiente, C., Vázquez, C., Peinado, V., Contreras, A., Trucharte, A., Bentall, R., y Martínez, A. (2020). Estudio nacional representativo de las respuestas de los ciudadanos de España ante la crisis de Covid-19: respuestas psicológicas: prevalencia y predictores. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid (Informe Técnico), 2020. Disponible en: <https://www.ucm.es/inventap/file/vida-covid19--informe-ejecutivomalestar3520-final-1>
- Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*.
- Viner, R. M., Mytton, O. T., Bonell, C., Melendez-Torres, G. J., Ward, J., Hudson, L., ... & Koirala, A. (2020). Susceptibility to SARS-CoV-2 infection among children and adolescents compared with adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA pediatrics*.
- Wang, C.; Pan, R.; Wan, X.; Tan, Y.; Xu, L.; Ho, C.S.; Ho, R.C. (2020). 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*.
- Wang D., Hu B., Hu C., Zhu F., Liu X., Zhang J. (2020). Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *J Am Med Assoc*.
- Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*, 395(10223), 470-473.

- Wei M, Yuan J, Liu Y, et al. Novel coronavirus infection in hospitalized infants under 1 year of age in China. JAMA. (2020). <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2131>, <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2761659> [published online ahead of print February 14, 2020].
- Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S., & Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(3), 364-374
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., ... & Hoven, C. W. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 302-311.
- Wu Z, McGoogan JM. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (covid-19) outbreak in china. Summary of a report of 72314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648> [published online ahead of print February 24, 2020].
- Xiao, J., Fang, M., Chen, Q., & He, B. (2020). SARS, MERS and COVID-19 among Healthcare Workers: A Narrative Review. *Journal of Infection and Public Health*.
- Y.-T. Xiang, Y. Yang, W. Li, L. Zhang, Q. Zhang, T. Cheung, C.H. Ng. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7, pp. 228-229
- Yang Y, Lu Q, Liu M, et al. (2020). Epidemiological and clinical features of the 2019 novel coronavirus outbreak in China. *Med Rxiv* (PrePrint).
- Yip, Paul SF, et al. (2010) "The impact of epidemic outbreak: the case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong." *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 31.2 (2010): 86.
- Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., ... & Chang, H. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and psychosomatics*, 89(4), 242-250.

- Zhu J., Sun L., Zhang L., Wang H., Fan A., Yang B., Li W., Xiao S. (2020). Prevalence and influencing factors of anxiety and depression symptoms in the first-line medical staff fighting against COVID-19 in Gansu. *Front. Psychiatry*.
- Zhu Z., Xu S., Wang H., Liu Z., Wu J., Li G., Miao J., Zhang C., Yang Y., Sun W., Zhu S., Fan Y., Chen Y., Hu J., Liu J., Wang W. (2020). COVID-19 in Wuhan: Sociodemographic characteristics and hospital support measures associated with the immediate psychological impact on healthcare workers. *EClin. Med*.
- Zhu, Z., Xu, S., Wang, H., Liu, Z., Wu, J., Li, G., ... & Zhu, S. (2020). COVID-19 in Wuhan: Immediate Psychological Impact on 5062 Health Workers. *MedRxiv*.

ANEXO I

IMAGEN Y TEXTO USADOS PARA EL RECLUTAMIENTO DE LOS DATOS

COVID-19 | Estudio Psicológico

“Crianza y adaptación de los niños durante la pandemia del COVID-19: un estudio transnacional con países europeos”

 El estudio tiene como objetivo conocer cómo los niños y sus cuidadores están afrontando este periodo de distanciamiento social provocado por la pandemia del COVID-19.

 Si tienes hijos/as entre los 6 y 16 años, puedes participar en este estudio en el colaboran países como España, Portugal, Holanda, Reino Unido y Rumanía.

 Tras finalizar la encuesta online podrás recibir asesoramiento gratuitamente para ayudar a mantener el bienestar emocional, social y físico de tus hijos/as y jóvenes de tu entorno.

Pincha en la descripción y participa en:
https://ulfp.qualtrics.com/jfe/form/SV_5dbzBo4qOj4Rxjf
o
<https://bit.ly/2zj4rRR>



"Desde la Facultad de Psicología estamos colaborando en un estudio cuyo objetivo es conocer cómo los niños/as y sus padres, madres o cuidadores/as están afrontando este periodo de distanciamiento social. Se trata de un proyecto transnacional en el que participan países europeos como Portugal, Reino Unido, Países Bajos o Rumanía.

Este estudio se está realizando a través de una única encuesta online y anónima, y se invita a padres, madres y/o responsables legales que conviven con niños/as de 6 a 16 años a colaborar en esta importante investigación.

Participa en el siguiente enlace:

https://ulfp.qualtrics.com/jfe/form/SV_5dbzBo4qOj4Rxjf

Si no tiene las condiciones para participar en el estudio, le pedimos que lo divulgue y lo comparta entre sus conocidos o en las redes sociales.

Agradecemos de antemano su atención y colaboración.”

ANEXO II

TEXTO INFORMATIVO

Estimados Padres y Madres:

Estamos realizando un estudio transnacional que tiene como objeto evaluar **cómo los niños y sus cuidadores están afrontando este periodo de distanciamiento social como consecuencia de la pandemia del CoVid19**. Este estudio implica a investigadores de diferentes instituciones y países, incluyendo Portugal, Holanda, Rumanía, Reino Unido y España.

Se invita a padres, **madres y/o responsables legales que conviven con niños de 6 a 16 años** a que puedan completar una encuesta online una única vez y que dura aproximadamente 30 minutos.

Las preguntas se centran en la adaptación de tu hijo/a, su salud y bienestar mental, sus prácticas de educación y las diferentes formas en las que está intentando llevar la vida familiar y cómo se encuentra su hijo/a durante la pandemia. Si tiene más de un hijo/a, por favor, **elija uno de ellos y conteste todas las preguntas pensando en el/ella**. La participación es voluntaria y todos los datos son anónimos. Después de que realice la encuesta, encontrará una serie de recursos para que le ayude a afrontar la situación y que esperamos que le resulte útil. Si está interesado/a en participar en el estudio, por favor, pinche en la opción de CONTINUAR y haga clic en la flecha.

CONTINUAR

ANEXO III

OBJETIVOS DEL PROYECTO, INSTRUCCIONES, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS

Te invitamos que participes a un estudio titulado “**Adaptación de padres y hijos durante la Pandemia CoVid19: Un estudio transnacional en países Europeos**”. Por favor, lea la siguiente información y si quieres participar, elige la opción ACEPTAR al final de la página.

¿Cuáles son los objetivos del estudio?

Este estudio tiene por objeto comprender cómo los niños y sus cuidadores (padres, madres o responsables legales) están afrontando el distanciamiento social y otros retos impuestos por la Pandemia CoVid19.

¿Quién es la persona responsable del estudio?

El equipo incluye a investigadores de distintos países cuyos responsables son: Ana Isabel Pereira y Luisa Barros (ProChild CoLAB; Universidad de Lisboa, Portugal), Marlene Sousa (ProChild CoLAB), Peter Muris (Universidad de Maastricht, Holanda), Ellin Simon (Open University, Holanda), Paul Stallard (Universidad de Bath, UK), y Luis Joaquín García López (Universidad de Jaén, España).

¿Quién puede participar en el estudio?

Cualquier cuidador (padre, madre o responsable legal) que convive con un niño/a de entre 6 y 16 años.

¿Qué se me va a preguntar o cuánto tiempo me llevará?

Las preguntas se centran en la adaptación de tu hijo, su salud y bienestar mental, tus prácticas de educación y las diferentes formas en las que está intentando llevar la vida familiar y cómo se encuentra su hijo/a durante la pandemia. La encuesta dura aproximadamente 30 minutos.

¿Hay algún beneficio o riesgo por participar en este estudio?

No hay un beneficio directo por participar en el estudio, aunque podrá encontrar una serie de recursos que pueden ayudar a las familias a manejar la Pandemia al final de la encuesta. Además, esperamos que su participación pueda permitir un mayor conocimiento de cómo

ayudar a los niños y sus familias durante la situación de la pandemia. Creemos que hay riesgos mínimos asociados con participar en este estudio. La participación es voluntaria y puede abandonar la encuesta en cualquier momento.

¿Puedo conocer mis respuestas?

No. Todos los datos recogidos son anónimos.

¿Puedo tener acceso a los resultados globales del estudio?

Después de que se concluya el estudio, se podrá conocer los resultados en <http://prochildcolab.pt/>

¿A quién puedo preguntar si tengo alguna duda?

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio, puede contactar a los investigadores (Profesor Luis Joaquín García López: ljgarcia@ujaen.es).

Si acepta participar en el estudio, elija la opción de ACEPTO.

ANEXO IV

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y DATOS SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL RELACIONADA CON COVID- 19

Responda las siguientes PREGUNTAS SOBRE USTED:

¿Qué edad tiene?

Hasta 20 años
De 20 – 24 años
De 25 – 29 años
De 30 – 34 años
De 35 – 39 años
De 40 – 44 años
De 45 – 49 años
De 50 – 54 años
De 55 – 59 años
Más de 60 años

1. ¿Es usted el padre/madre/responsable legal/un familiar hombre/un familiar mujer?

- ☐ Madre
- ☐ Padre
- ☐ Otro cuidador

¿En qué país vive?

¿En qué región vive?

¿Cuál es su nivel educativo?

Sin estudios
Primaria
Secundaria
Bachillerato
Grado FP
Universitario
s

¿Cuál es su situación profesional?

Cursando estudios
Cursando estudios universitarios
Trabajando a tiempo parcial
Trabajando a tiempo completo
Discapacidad
Padre/madre haciendo tareas del hogar
Parado
Jubilado
En un ERTE
Otra

Identifique su situación en el hogar:

- ☐ Viviendo con el padre/madre del hijo/a
- ☐ Viviendo con una pareja que no es el padre/madre del hijo/a
- ☐ padre/madre soltera viviendo solo/a en casa
- ☐

Estas PREGUNTAS SON SOBRE SU HIJO/A:

¿Cuál es el sexo de su hijo/a?

- ☐ chico
- ☐ chica
- ☐ Otro

¿Cuál es la edad de su hijo/a

6 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 12 – 13 – 14 – 15 – 16

¿Ha sido su hijo/a diagnosticado o tratado por algún problema conductual, emocional o del neurodesarrollo

- ☐ No
- ☐ Si. Por favor, especificar:

¿Tiene su hijo/a una enfermedad de salud grave o crónica?

- ☐ No
- ☐ Si. Por favor, especificar:

Estas **PREGUNTAS SON SOBRE SU FAMILIA:**

¿Cuántos niños de entre 0-17 años viven con usted en su vivienda (incluyendo el hijo/a sobre el que está contestando la encuesta)?

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - >10

¿Cuántos adultos (más de 18 años) viven con usted en su vivienda?

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 o más

¿Hay algún miembro de la casa que sean sanitarios o que estén expuestos al CoVid19 por sus trabajos (médicos, enfermeras, policías, bomberos, etc.)?

- ☐ No
- ☐ Si

Estas PREGUNTAS SON SOBRE EL IMPACTO DEL COVID-19 EN EL ÁMBITO DEL TRABAJO, SALUD, OCIO Y EDUCACIÓN:

1. En cuanto a los adultos que viven con su hijo/a:

a) ¿Cuántos adultos en casa trabajan únicamente desde casa (teletrabajo)?

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 o más

¿Cuántos adultos en casa trabajan fuera de casa pero sólo algunos días de la semana?

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 o más

¿Cuántos adultos en casa tienen trabajos que se realizan únicamente fuera de su vivienda?

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 o más

¿Tiene acceso a una zona exterior privada donde su hijo/a puede jugar o salir?

- ☐ No

- ☐ Si

¿Ha afectado la situación de la Pandemia a los ingresos de su familia?

No hemos tenido una reducción de ingresos
Se han reducido menos del 15%
Una reducción de entre el 16-30%
Una reducción de entre el 31-50%
Una reducción de entre el 51-70%
Una reducción de entre el 71-85%
Una reducción de más del 86%

¿Ha tenido su hijo/a el CoVid19?

No lo ha tenido
No se ha hecho pruebas pero se sospecha que lo ha tenido y se ha recuperado
No se ha hecho pruebas pero se encuentra enfermo
Confirmado y recuperado
Si, confirmado y aún positivo

¿Sabe si alguien que su hijo/a conocía ha sido infectado con CoVid19 (si conoce a más de una persona, refiérase a la persona que lo haya pasado peor)?

No
No se ha hecho las pruebas pero se sospecha que lo ha tenido y se ha recuperado
No se ha hecho las pruebas pero se encuentra enfermo
Si, confirmado y recuperado
Si, confirmado y aún positivo
Si, confirmado y fallecido

¿Cuál ha sido la situación de confinamiento en su hogar? Puede elegir más de una opción

- ☐ Estamos viviendo una vida normal
- ☐ No estamos confinados, pero hemos reducido nuestras actividades normales
- ☐ Estamos en confinamiento porque tenemos una persona de alto riesgo en la vivienda
- ☐ Estamos en confinamiento para cumplir las medidas del gobierno

- ☐ Estamos en confinamiento porque sospechamos que alguien en casa está contagiado
- ☐ Estamos en confinamiento porque nos preocupa que alguien se infecte.
- ☐ Estamos en confinamiento por otros motivos. Cuales:

¿Cuánto tiempo lleva su hijo/a sin ir físicamente al centro escolar?

1 semana o menos
Entre 1-2 semanas
Entre 3-4 semanas
Entre 5-6 semanas
Entre 7-8 semanas
Entre 9-10 semanas
Entre 11-12 semanas
Entre 13-14 semanas
Entre 15-16 semanas
Más de 17 semanas
Mi hijo va al colegio

Durante la semana pasada, en general, ¿cuánto tiempo al día ha dedicado su hijo/a a las tareas del colegio?

Nada
Menos de una hora al día
1 horas al día
2 horas al día
3 horas al día
4 horas al día
5 horas al día
6 horas al día
7 horas al día
8 horas al día
9 horas al día
10 horas al día
Más de 10 horas al día

Durante la semana pasada, en general, ¿cuánto tiempo al día ha estado su hijo/a delante de la pantalla del ordenador o de la televisión?

Nada
Menos de una hora al día
1 horas al día
2 horas al día
3 horas al día
4 horas al día
5 horas al día
6 horas al día
7 horas al día
8 horas al día
9 horas al día
10 horas al día
Más de 10 horas al día

Durante la semana pasada, en general, ¿cuántas veces ha estado su hijo/a haciendo ejercicio físico durante al menos 10 minutos?

- ☐ Todos los días o casi todos los días
- ☐ 4 o 5 veces a la semana
- ☐ 2 o 3 veces a la semana
- ☐ 1 vez a la semana
- ☐ Ninguna

¿Con cuánta frecuencia ha salido su hijo/a de casa durante las últimas 2 semanas (ir al pasear al perro, ir al supermercado, etc.)

- ☐ Todos los días o casi todos los días
- ☐ 4 o 5 veces a la semana
- ☐ 2 o 3 veces a la semana
- ☐ 1 vez a la semana
- ☐ Ninguna

¿Con cuánta frecuencia su hijo/a ha hablado cara a cara u online (móvil, tablet, teléfono, redes sociales) durante la última semana?

- ☐ Todos los días o casi todos los días
- ☐ 4 o 5 veces a la semana
- ☐ 2 o 3 veces a la semana
- ☐ 1 vez a la semana
- ☐ Ninguna

¿Con qué frecuencia ha interactuado su hijo/ con otros familiares que no viven en vuestra casa (móvil, tablet, teléfono, redes sociales) durante la última semana?

- ☐ Todos los días o casi todos los días
- ☐ 4 o 5 veces a la semana
- ☐ 2 o 3 veces a la semana
- ☐ 1 vez a la semana
- ☐ Ninguna

¿Está realizando su hijo/a actividades escolares mediante medios telemáticos (ordenador, tablet, móvil, televisión)?

- ☐ No
- ☐ Si

¿En qué medida las personas de vuestra casa siguen las recomendaciones de las autoridades para prevenir la expansión del CoVid19

- | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 - Para
nada | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 -
Muchísimas |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

ANEXO V
CO-SPACE STUDY

Las siguientes preguntas son sobre cómo se siente **SU HIJO/A DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19**.

Por favor, conteste hasta qué punto está de acuerdo con cada una de estas frases, usando 5 posibilidades:

Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo; Totalmente de acuerdo

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Mi hijo/a piensa que el COVID-19 es una enfermedad muy grave	☐	☐	☐	☐	☐
Mi hijo/a está preocupado/a por si coge el COVID-19	☐	☐	☐	☐	☐
Mi hijo/a se preocupa por si sus amigos/as y la familia coge el COVID-19	☐	☐	☐	☐	☐
Mi hijo/a tiene miedo de salir de casa	☐	☐	☐	☐	☐
Mi hijo/a tiene miedo que pudiera contagiar a alguien	☐	☐	☐	☐	☐
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Mi hijo/a está preocupado/a por si no habrá suficiente comida, agua o alimentos básicos durante la pandemia.

☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Mi hijo/a está preocupado/a de que va a retrasarse en sus estudios

☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Mi hijo/a está preocupado/a porque hayamos reducido nuestros ingresos económicos.

☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Mi hijo/a está preocupado/a sobre el impacto a largo plazo que esto tendrá

☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Mi hijo/a está preocupado/a sobre el impacto que tendrá en el trabajo de sus padres.

☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

ANEXO VI

SCARED-R

Por favor, responda las siguientes **PREGUNTAS CON RESPECTO A SU HIJO / SU HIJA**.

Abajo aparecen frases que se refieren a algunas situaciones que pueden poner nervioso a tu hijo/a. Lee cada una y señala **con qué frecuencia a tu hijo/a le pasan esas cosas en lo último mes**: nunca o casi nunca; algunas veces; o a menudo.

No hay preguntas correctas o incorrectas. No se salte ninguna frase, por favor.

Click to write the question text

	Nunca o casi nunca	Algunas veces	A menudo
Cuando mi hijo/a se siento asustado/a, le cuesta trabajo respirar	☐	☐	☐
Mi hijo/a tiene miedo a las alturas	☐	☐	☐
Mi hijo/a tiene dolores de cabeza o de estómago cuando está en el centro escolar	☐	☐	☐
A mi hijo/a no le gusta estar con gente poco conocida	☐	☐	☐
Cuando mi hijo/a ve sangre, se marea	☐	☐	☐
Mi hijo/a quiere que las cosas se hagan de una manera determinada	☐	☐	☐
A mi hijo/a le da miedo cuando duerme fuera de casa	☐	☐	☐
A Mi hijo/a le preocupa no caerle bien a otras personas	☐	☐	☐
Cuando mi hijo/a se asusta, siente como	☐	☐	☐

si se fuera a
desmayar

Nunca o casi nunca

Algunas veces

A menudo

Mi hijo/a piensa que
se contaminará con
una enfermedad
grave

☐☐☐

Mi hijo/a es
nervioso/a

☐☐☐

Mi hijo/a tiene
algunos
pensamientos raros
que le asustan

☐☐☐

Mi hijo/a me sigue a
donde vaya

☐☐☐

La gente me dice
que mi hijo/a parece
nervioso/a

☐☐☐

Mi hijo/a se siente
nervioso/a cuando
está con gente que
no conoce bien

☐☐☐

Mi hijo/a tiene
miedo de ir al
médico

☐☐☐

A mi hijo/a no le
gusta ir al centro
escolar

☐☐☐

Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-Revised

Muris et al., 1999;

ANEXO VII

Tranmisión de información negativa relacionada con el COVID-19 y modelado de la ansiedad en situaciones relacionadas con el COVID-19

Transmisión de información negativa relacionada con el COVID-19

1. Yo (o el otro progenitor) habla con mi hijo/a sobre lo peligroso que es el COVID-19.
2. Otros familiares hablan con mi hijo/a sobre lo peligroso que es el COVID-19.
3. Mi hijo/a habla con sus amigos sobre lo peligroso que es el COVID-19.
4. Mi hijo/a ve las noticias donde se informa sobre el número de contagiados y fallecidos por el COVID-19.
5. Mi hijo/a oye las noticias sobre las consecuencias negativas del COVID-19 (p. ej, paro, desempleo, crisis económica, etc.).

Modelado de la ansiedad en situaciones relacionadas con la ansiedad en situaciones relacionadas con el COVID-19

6. Mi hijo/a me ve preocupado/a por lo peligroso que es el COVID-19
7. Comparto mis preocupaciones con otras personas sobre las consecuencias negativas del COVID-10 cuando mi hijo/a está presente
8. Mi hijo/a me ve nervioso/a cuando escucho noticias sobre el COVID-19
9. Mi hijo/a me ve que me pongo nervioso/a cuando hablo sobre el COVID-19
10. Mi hijo/a me nota que tengo miedo a contagiarme cuando salgo de casa o cuando vuelvo a casa

ANEXO VII

Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada-7 (Generalized Anxiety Disorder-7 Scale;
GAD-7; Spitzer et al., 2006)

Responda las siguientes preguntas con respecto a **USTED MISMO**

GAD -7

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

0- Ningún día 1- Varios días 2- Más de la mitad de los días, 3-Casi todos los días

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	☐	☐	☐	☐
No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	☐	☐	☐	☐
Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	☐	☐	☐	☐
Ha tenido dificultad para relajarse	☐	☐	☐	☐
Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	☐	☐	☐	☐
Se ha molestado o irritado fácilmente	☐	☐	☐	☐
Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	☐	☐	☐	☐

General Anxiety Disorder -7

