

VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Facultat de Medicina i Odontologia
Departament de Pediatria, Obstetrícia i Ginecologia



Tesis Doctoral

**Impacto psicosocial de la pandemia
COVID-19 en la población infanto-juvenil
de Valencia y su Área metropolitana**

Programa de Doctorado 3139. Medicina.
Línea de investigación en Pediatría.

Presentada por:

D.^a Cristina Barbas Rebollo

Dirigida por:

Prof. Dr. D. Miguel Tortajada Girbés

Valencia, 2023

TESIS DOCTORAL

Impacto psicosocial de la pandemia COVID-19 en la población
infanto-juvenil de Valencia y su Área metropolitana.

Memoria presentada para optar al Grado de Doctor por D^a. Cristina
Barbas Rebollo, licenciada en Medicina y Cirugía con DNI 29214066H.

Fdo: Cristina Barbas Rebollo

Director: Prof. Dr. D. Miguel Tortajada Girbés

Valencia, 2023

CERTIFICACIÓN

D. Miguel Tortajada Girbés, Doctor en Medicina y Profesor Asociado Del Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología de la Facultat de Medicina i Odontologia de la Universitat de València,

CERTIFICA:

Que la presente tesis doctoral titulada *impacto psicosocial de la pandemia COVID-19 en la población infanto-juvenil de Valencia y su Área metropolitana*, ha sido realizada por D.^a Cristina Barbas Rebollo, en el Programa de Doctorado 03139 *Programa de Doctorado en Medicina*, línea de investigación en *Pediatría*, para la obtención del título de Doctor por la Universitat de València.

Para que así conste a los efectos oportunos y en cumplimiento de la legislación vigente, se presenta esta tesis doctoral y se extiende la presente certificación en Valencia, a diez de mayo de dos mil veintitrés.

Fdo: Miguel Tortajada Girbés

FINANCIACIÓN

Esta tesis ha sido posible gracias a la beca concedida por la Fundación Valenciana de Pediatría con la colaboración de la Fundación Hortensia Herrero.

“Vive como si fueras a morir mañana, aprende como si fueras a vivir para siempre”. Mahatma Gandhi. (1869-1948).

A mi padre.

Por tu apoyo incondicional.

Sin ti no habría llegado tan lejos.

AGRADECIMIENTOS

A Miguel Tortajada, mi director de tesis, por hacerme crecer no sólo a nivel profesional sino, también, a nivel personal. Has sabido ofrecerme la combinación perfecta para disfrutar del camino del doctorando, disfrutar y trabajar duro para que la tesis compagine el rigor científico y la pasión por la Pediatría.

A Pilar, por abrirme las puertas a la investigación. Gracias por haberme apoyado en cada cambio de rumbo y haberme enseñado que con constancia y esfuerzo se puede conseguir lo que uno se proponga.

A Nicolás, por su amabilidad, implicación y ganas de enseñar. Me has hecho más fácil el camino hasta la meta.

A todos los niños, niñas y sus familias que, altruistamente, han decidido dedicar unos minutos de su tiempo para que esta tesis fuera posible.

Al personal de la Universitat de València que tan diligentemente han resuelto todas mis dudas.

A mis compañeros de trabajo, y amigos, que no sólo me han ayudado con la recogida de la muestra, sino que han sido un gran apoyo. Gracias por haberme acompañado durante estos años, por haberos preocupado desinteresadamente y haberme animado para llegar hasta donde he llegado.

A la Fundación Valenciana de Pediatría y a la Fundación Hortensia Herrero por haber considerado mi trabajo merecedor de vuestro reconocimiento.

A mi familia, por ser el pilar fundamental de mi vida. Sin vosotros esta tesis no tendría sentido. A mi hermano, porque a pesar de que somos la noche y el día formamos un equipo increíble y las horas que hemos pasado haciendo “coworking” es uno de los muchos ejemplos de ello. A mis padres, por todos los valores que nos habéis inculcado, el amor incondicional que nos demostráis y la fuerza que nos trasmitís para que lleguemos a lo más alto. A Juan, por tener una paciencia inagotable, por cuidarme y saber reconducirme cuando estoy en mil cosas y ninguna a la vez.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Capítulo 1. Ansiedad	1
1.1. Definición del término ansiedad.....	3
1.2. Evolución histórica del término ansiedad	4
1.2.1. Modificaciones conceptuales.....	4
1.2.2. Teorías explicativas sobre la ansiedad a lo largo de la historia.....	7
1.2.2.1. Enfoque humanístico y psicoanalítico.....	7
1.2.2.2. Enfoque conductual	7
1.2.2.3. Enfoque experimental emocional.....	8
1.2.2.4. Enfoque cognitivo-conductual.....	9
1.2.2.5. Enfoque de la personalidad	10
1.2.2.5.1. Teorías Rasgo-Estado	10
1.2.2.5.2. Teorías Situacionistas	11
1.2.2.5.3. Teorías Interactivas.....	12
1.3. Diferenciación de los conceptos ansiedad, angustia y miedo.....	12
1.3.1. Diferencias conceptuales entre ansiedad y angustia	13
1.3.2. Diferencias conceptuales entre ansiedad y miedo	14
1.3.3. Diferencias conceptuales entre ansiedad y fobia	16
1.4. Doble naturaleza de la ansiedad	16
1.4.1. Ansiedad patológica.....	17
1.5. Etiopatogenia	18
1.6. Epidemiología.....	19
1.6.1. Prevalencia mundial de la ansiedad.....	19
1.6.2. Prevalencia en población infantil.....	20
1.6.3. Prevalencia de la ansiedad en función del sexo	21
1.7. Manifestaciones clínicas.....	21
Capítulo 2. COVID-19.....	23
2.1. Virus SARS-CoV-2	25
2.1.1. Etiología y estructura viral	25
2.1.2. Mecanismo de transmisión	27
2.2. Epidemiología.....	29
2.2.1. Definición del concepto epidemia y pandemia	29
2.2.2. Evolución de la pandemia COVID-19	30
2.3. Medidas de contención implementadas por el Gobierno.....	31
2.3.1. Medidas de contención implementadas a nivel nacional	33
2.3.2. Medidas de contención implementadas a nivel regional.....	36
2.4. Ansiedad en época de pandemia	38
2.4.1. Ansiedad durante otras pandemias o desastres naturales	39

2.4.2.	Ansiedad durante la pandemia COVID-19.....	40
2.4.2.1.	Ansiedad durante la pandemia COVID-19 en población adulta	41
2.4.2.2.	Ansiedad durante la pandemia COVID-19 en población infantil.....	43
Capítulo 3.	Justificación y objetivos	45
3.1.	Motivaciones para realizar el trabajo.....	47
3.2.	Hipótesis.....	48
3.3.	Objetivos.....	48
3.3.1.	Objetivo principal.....	49
3.3.2.	Objetivos secundarios.....	49
Capítulo 4.	Material y métodos	51
4.1.	Diseño del estudio.....	53
4.1.1.	Tipo de estudio	53
4.1.2.	Población de estudio.....	53
4.1.2.1.	Cálculo del tamaño muestral	53
4.1.2.2.	Criterios de selección	54
4.1.2.2.1.	Criterios de inclusión	54
4.1.2.2.2.	Criterios de exclusión	54
4.1.3.	Reclutamiento de la muestra	55
4.1.4.	Variabes a estudiar	55
4.2.	Metodología	57
4.2.1.	Datos sociodemográficos.....	57
4.2.2.	Evaluación de la ansiedad.....	57
4.2.2.1.	Cuestionario STAI-C.....	57
4.2.2.1.1.	Descripción de la escala original.....	57
4.2.2.1.2.	Descripción de la adaptación española.....	58
4.2.2.1.3.	Descripción de la adaptación a la población pediátrica	59
4.3.	Entrada y gestión de los datos	61
4.4.	Análisis estadístico	61
4.5.	Confidencialidad.....	62
4.6.	Consentimiento informado	62
Capítulo 5.	Resultados	65
5.1.	Estudio descriptivo de la muestra	67
5.1.1.	Datos sociodemográficos.....	67
5.1.1.1.	Datos personales.....	67
5.1.1.1.1.	Edad	67
5.1.1.1.2.	Sexo.....	68

5.1.1.2.	Datos del núcleo familiar	68
5.1.1.2.1.	Unidad familiar	68
5.1.1.2.2.	Número de hermanos/as	68
5.1.1.2.3.	Nivel de estudios de la unidad familiar	69
5.1.1.2.4.	Mascotas	69
5.1.2.	Datos relacionados con la vivienda	70
5.1.2.1.	Lugar de residencia	70
5.1.2.2.	Características de la vivienda	70
5.1.3.	Datos en referencia a la situación laboral o escolar durante el año 2020 ...	70
5.1.3.1.	Asistencia a clase	70
5.1.3.2.	Participación en actividades extraescolares.....	71
5.1.3.3.	Situación laboral del/de los tutor/es legales.....	71
5.1.4.	Datos acerca de la enfermedad COVID-19.....	72
5.1.4.1.	COVID-19 en el núcleo familiar	72
5.1.4.1.1.	COVID-19 en abuelos/as	73
5.1.4.1.2.	COVID-19 en padres.....	73
5.1.4.1.3.	COVID-19 en hermanos/as.....	73
5.1.4.2.	COVID-19 en la población infantojuvenil encuestada.....	73
5.1.4.3.	Aislamiento domiciliario de la población infantojuvenil encuestada ...	74
5.1.5.	Valoración de la ansiedad mediante el cuestionario STAI-C.....	75
5.1.5.1.	Valores de ansiedad-estado	75
5.1.5.2.	Valores de ansiedad-rasgo.....	75
5.2.	Estudio comparativo entre el nivel de ansiedad antes de la pandemia y durante la pandemia.....	76
5.3.	Estudio comparativo entre la ansiedad y las características sociodemográficas de la muestra	76
5.3.1.	Ansiedad-estado y edad.....	76
5.3.2.	Ansiedad-estado y sexo	78
5.3.3.	Ansiedad-estado y unidad familiar	80
5.3.4.	Ansiedad-estado y número de hermanos/as	80
5.3.5.	Ansiedad-estado y nivel de estudios del/ de los tutor/es legal/es	82
5.3.6.	Ansiedad-estado y mascota	83
5.3.7.	Ansiedad-estado y lugar de residencia	86
5.3.8.	Ansiedad-estado y características de la vivienda	86
5.3.9.	Ansiedad-estado y asistencia a clase	87
5.3.10.	Ansiedad-estado y participación en actividades extraescolares.....	88
5.3.11.	Ansiedad-estado y situación laboral del/ de los tutor/es legal/es	90
5.3.12.	Ansiedad-estado y COVID-19 en el núcleo familiar	91

5.3.12.1.	Ansiedad-estado y COVID-19 en abuelos/as	93
5.3.12.2.	Ansiedad-estado y COVID-19 en padres.....	94
5.3.12.3.	Ansiedad-estado y COVID-19 en hermanos/as.....	95
5.3.13.	Ansiedad-estado y COVID-19 en niños/as.....	96
5.3.14.	Ansiedad-estado y aislamiento domiciliario	99
5.3.15.	Correlación entre la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo	101
Capítulo 6. Discusión.....		103
6.1.	Análisis de los resultados del objetivo primario	105
6.2.	Análisis de los resultados de los objetivos secundarios	109
6.2.1.	Estudio de la relación entre la ansiedad-estado y la edad	109
6.2.2.	Estudio de la relación entre la ansiedad-estado y el sexo	110
6.2.3.	Estudio de la relación entre la ansiedad-estado y el núcleo familiar .	113
6.2.4.	Estudio de la relación entre la ansiedad-estado y el nivel de estudios del/ de los tutor/es legal/es.....	115
6.2.5.	Estudio de la relación entre la ansiedad-estado y la tenencia de mascotas	116
6.2.6.	Estudio de la relación entre la ansiedad-estado y el lugar de residencia y las características de la vivienda.....	119
6.2.7.	Estudio de la relación entre la ansiedad-estado y la asistencia a clase y realización de actividades extraescolares	121
6.2.8.	Estudio de la relación entre la ansiedad-estado y la situación laboral del/de los tutor/es legal/es.....	124
6.2.9.	Estudio de la relación entre la ansiedad-estado y el diagnóstico de COVID- 19 en el núcleo familiar	127
6.2.10.	Estudio de la relación entre la ansiedad-estado y ser diagnosticado de COVID-19	130
6.2.11.	Estudio de la relación entre la ansiedad-estado y el aislamiento domiciliario por ser contacto estrecho.....	133
6.2.12.	Estudio de la relación entre la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo.....	135
Capítulo 7. Conclusiones		139

ANEXOS	143
Anexo 1. Encuesta sobre características sociodemográficas	145
Anexo 2. Consentimiento informado para tutores legales.....	149
Anexo 3. Consentimiento informado para niños/as mayores de 12 años.....	151
Anexo 4. Hoja informativa para tutores legales.....	153
Anexo 5. Hoja informativa para niños/as mayores de 12 años.....	155
BIBLIOGRAFÍA	157

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Línea temporal sobre la evolución del constructo ansiedad.	6
Figura 2. Manifestaciones clínicas de la ansiedad	22
Figura 3. Estructura molecular del virus SARS-CoV-2.	26
Figura 4. Proceso de reconocimiento y fusión con la membrana celular del huésped del virus SARS-CoV-2.	27
Figura 5. Mecanismos de transmisión del virus SARS-CoV-2.....	28
Figura 6. Fases de la desescalada en España.	35
Figura 7. Tasa de incidencia acumulada en los últimos 14 días por 100.000 habitantes en la Comunidad Valencia.	38
Figura 8. Representación gráfica de la muestra en función de la edad.....	67
Figura 9. Representación gráfica de la muestra en función del número de hermanos/as.	68
Figura 10. Representación gráfica de la muestra en función del nivel de estudios de la unidad familiar.....	69
Figura 11. Representación gráfica de la muestra en función del tipo de mascota.	69
Figura 12. Representación gráfica de la muestra en función de las características de la vivienda.	70
Figura 13. Representación gráfica de la muestra en función de la asistencia a clase.....	71
Figura 14. Representación gráfica de la muestra en función de la participación en actividades extraescolares.	71
Figura 15. Representación gráfica de la muestra en función de la situación laboral del/de los tutor/es legal/es.	72
Figura 16. Representación gráfica de la muestra en función del origen del contacto.	74
Figura 17. Diagrama de cajas y bigotes que muestra la relación entre el valor medio del pAnsiedad-estado y edad.	78
Figura 18. Diagrama de cajas y bigotes que muestra la relación entre el valor medio del pAnsiedad-estado y sexo.	79
Figura 19. Diagrama de cajas y bigotes que muestra la relación entre el valor medio del pAnsiedad-estado y si han estado aislados o no tras el diagnóstico de COVID-19.	99

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diferencias conceptuales entre ansiedad y angustia.	14
Tabla 2. Diferencias conceptuales entre ansiedad y miedo	16
Tabla 3. Diferencias entre ansiedad fisiológica y ansiedad patológica	18
Tabla 4. Manifestaciones clínicas de la ansiedad infantil en función de la edad.....	22
Tabla 5. Cálculo del tamaño muestral.....	54
Tabla 6. Variables a estudio.	56
Tabla 7. Relación entre ansiedad-estado y edad	77
Tabla 8. Relación entre ansiedad-estado y sexo.....	79
Tabla 9. Relación entre ansiedad-estado y unidad familiar	80
Tabla 10. Relación entre ansiedad-estado y hermanos/as.....	81
Tabla 11. Relación entre ansiedad-estado y número de hermanos/as.....	82
Tabla 12. Relación entre ansiedad-estado y nivel de estudios del/ de los tutor/es legal/es.....	83
Tabla 13. Relación entre ansiedad-estado y tenencia de mascota.....	84
Tabla 14. Relación entre ansiedad-estado y tipo de mascota	85
Tabla 15. Relación entre ansiedad-estado y lugar de residencia.....	86
Tabla 16. Relación entre ansiedad-estado y características de la vivienda.	87
Tabla 17. Relación entre ansiedad-estado y asistencia a clase.....	88
Tabla 18. Relación entre ansiedad-estado y participación en actividades extraescolares.	89
Tabla 19. Relación entre ansiedad-estado y motivo por el cual no participaron en actividades extraescolares.....	90
Tabla 20. Relación entre ansiedad-estado y situación laboral del/ de los tutor/es legal/es.....	91
Tabla 21. Relación entre ansiedad-estado y COVID-19 en el núcleo familiar.....	92
Tabla 22. Relación entre ansiedad-estado y gravedad de la COVID-19 en el núcleo familiar.....	93
Tabla 23. Relación entre ansiedad-estado y gravedad de COVID-19 en abuelos/as	94
Tabla 24. Relación entre ansiedad-estado y gravedad de COVID-19 en padres.	95
Tabla 25. Relación entre ansiedad-estado y gravedad de COVID-19 en hermanos/as.	96
Tabla 26. Relación entre ansiedad-estado y COVID-19 en niños/as.	97
Tabla 27. Relación entre ansiedad-estado y gravedad de COVID-19 en niños/as.	98
Tabla 28. Relación entre ansiedad-estado y si han estado aislados o no tras el diagnóstico de COVID-19	98
Tabla 29. Relación entre ansiedad-estado y aislamiento domiciliario.....	100

Tabla 30. Relación entre ansiedad-estado y número de aislamientos.	100
Tabla 31. Relación entre ansiedad-estado y origen del contacto estrecho.....	101
Tabla 32. Relación entre ansiedad-estado y ansiedad-rasgo.....	102

CAPÍTULO 1. ANSIEDAD

1.1. DEFINICIÓN DEL TÉRMINO ANSIEDAD

Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésimo tercera edición), la palabra ansiedad hace referencia a dos acepciones: “estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo” y “angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos” ⁽¹⁾.

Así pues, el hecho de que la ansiedad se haya catalogado como un estado de ánimo ha dado lugar a que, a lo largo de los años, se haya convertido en el objeto de estudio de múltiples disciplinas, tales como el periodismo, la filosofía, la psicología, la sociología o la medicina. En este sentido, cabe resaltar que ha sido abordada desde diferentes perspectivas y, en consecuencia, resulta difícil contradecir lo que otros autores ya postulan, que la ansiedad es un concepto ambiguo, difuso y complejo ^(2, 3).

De esta manera, conviene subrayar que la ansiedad es una vivencia universal ^(4, 5). Asimismo, se podría decir que, de la totalidad de las emociones negativas, ésta es la que los seres vivos experimentan con mayor frecuencia ^(6, 7). A su vez, es considerada por muchos autores como una reacción adaptativa y necesaria para la supervivencia. ^(5, 6, 8, 9, 10, 11) Surge de la necesidad de hacer frente a situaciones que son percibidas como peligrosas o amenazantes para un ser vivo, ya sean reales o imaginarias ^(5, 9, 11, 12, 13, 14). Es por ello, que presenta un alto valor funcional para el ser humano, ya que es considerada como un mecanismo de defensa ^(13, 15, 16).

En paralelo, resulta importante destacar que la ansiedad es una respuesta emocional básica, que se encuentra presente desde la infancia y permanece durante toda la vida ^(13, 14). Por consiguiente, conforme el niño crece y se desarrolla cognitivamente y emocionalmente experimenta de forma habitual emociones como miedo o ansiedad ⁽¹⁷⁾. Se considera un proceso fisiológico y adaptativo, ya que le permitirá, en un futuro, afrontar múltiples situaciones que puedan suponer una amenaza para él o para su entorno ^(9, 18).

Debido a esta peculiaridad, en niños y adolescentes se tiende a estudiar la ansiedad de forma más global y generalizada que en adultos, quienes suelen experimentar ansiedad en situaciones concretas ⁽¹⁹⁾.

1.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL TÉRMINO ANSIEDAD

En lo referente al interés científico y el estudio de la ansiedad es importante reseñar que no es una práctica reciente, sino que se ha realizado a lo largo de la historia de la humanidad. ^(6, 20) En consecuencia, ha ido evolucionando hasta ser conceptualizada como un constructo unitario, es decir, como una explicación total y no como síntoma ⁽²¹⁾.

Tanto es así, que existe un amplio abanico de puntos de vista sobre la ansiedad ⁽⁷⁾. Este hecho pone de manifiesto lo anteriormente mencionado, o sea, su ambigüedad conceptual. A pesar de ello y de las dificultades metodológicas para abordarla, es importante destacar que ha sido objeto de investigación durante siglos, convirtiéndose en una de las áreas más activas en los últimos años en el campo de la Psicología y de la Medicina ⁽⁷⁾.

Durante este apartado se realizará una breve revisión de la evolución del concepto de ansiedad y de las diferentes teorías explicativas que han ido prevaleciendo a lo largo del tiempo. La finalidad de ello es llegar a comprender, a través de su amplia trayectoria histórica, de qué manera ha dejado de ser concebida como un síntoma para ser definida como una respuesta emocional.

1.2.1. Modificaciones conceptuales

En primer lugar, es interesante recalcar, tal y como se ha mencionado con anterioridad, que las conductas catalogadas a día de hoy como trastornos de ansiedad han sido mencionadas en diferentes momentos históricos ^(21, 22).

Con respecto a las primeras referencias en el campo de la Medicina, cabe resaltar que datan de la Edad Antigua, concretamente de la Antigua Grecia. En textos atribuidos al siglo V a.C. se han encontrado alusiones a estados de angustia que se manifestaban conjuntamente con dolencias físicas ⁽²³⁾. De la misma manera, Hipócrates, considerado como el padre de la Medicina por un número nada menospreciable de autores, al describir la histeria hace referencia a crisis de angustia ⁽²⁴⁾.

No obstante, no será hasta siglos más tarde cuando el término ansiedad se incorpore en el lenguaje científico. Asimismo, serán los nosólogos del siglo XVIII quienes emplearán el término *anxietas* para describir los estados paroxísticos de inquietud y desasosiego ^(21, 25). Como muestra de ello, en 1747 en la obra *Exploración*

sobre el origen de los apetitos y afectos humanos, de autor desconocido, se evidencia como el término ansiedad se utiliza como un tecnicismo. En esta obra, el autor plantea que un estado de incertidumbre conduce a un estado de ansiedad ⁽¹²⁾.

A pesar de que, a partir de entonces varios autores, como por ejemplo Battie o Kierkegaard, emplean el término en sus obras, será Freud quien de forma definitiva lo incorpore al ámbito sanitario ^(12, 26, 27). En un primer momento, con la publicación de *Angst* en 1894 introduce el concepto de ansiedad en la literatura científica. ⁽¹²⁾ Posteriormente, con la publicación de *Inhibición, síntoma y angustia* en 1926 afianza, de forma definitiva, dicho concepto en la Psicopatología ^(12, 26, 27). Freud describe la ansiedad como un estado afectivo desagradable, caracterizado por la combinación de sentimientos y pensamientos molestos secundarios a la percepción de una situación amenazante ⁽⁶⁾. A su vez, Freud consiguió unificar el término de ansiedad con el objetivo de que dejara de considerarse un síntoma y fuera catalogado como un constructo unitario ⁽²¹⁾.

Paralelamente, a mediados del siglo XIX los síntomas relacionados con la ansiedad fueron obteniendo protagonismo dentro de las diferentes subespecialidades médicas. Probablemente, se deba al hecho de que durante este periodo se comenzó a discernir entre la ansiedad como fenómeno fisiológico y patológico. Consecuentemente, la doble naturaleza de la ansiedad comenzó a hacerse visible en las publicaciones médicas. Así, el término de ansiedad se empleaba para describir estados mentales no patológicos, pero con la particularidad de que podía llegar ser causa de enfermedad o de insania ⁽²¹⁾.

Resulta necesario mencionar que a pesar de que el concepto de ansiedad se consolidara dentro de la literatura científica en el siglo XVIII, éste ha seguido evolucionando.

En relación con ello, cabe señalar cómo se ha ido definiendo durante el siglo XX. A lo largo de la década de los sesenta, la interpretación sobre la ansiedad comienza a asemejarse a la que permanece vigente en la actualidad. Por aquella época, se cataloga como un patrón de conducta, el cual se manifiesta tanto a nivel cognitivo, al detectar la amenaza, a nivel fisiológico, preparando al organismo para reaccionar frente al estímulo, y a nivel motor, poniendo en marcha los recursos necesarios para afrontar la situación ^(6, 28).

Posteriormente, durante los años setenta, la percepción del constructo cambió. A pesar de que se seguía defendiendo que se trataba de un constructo multidimensional

constituido por un componente motor, cognitivo y fisiológico, se empezó a concebir como una respuesta emocional y no como un patrón de conducta ⁽⁶⁾.

Más adelante, en la década de los ochenta, se describieron las diferentes características de la ansiedad. Se consensuó que se trataba de una sensación desagradable, orientada al futuro, relacionada con un peligro imaginario inminente que provocaba cambios fisiológicos en quien lo experimentara ⁽⁶⁾.

Por último, en la última década del siglo XX, se afianzó la definición del concepto de ansiedad. A lo descrito en años anteriores se le añadió la propiedad de la anticipación. Debido a ello, se le otorgó un alto valor funcional y de utilidad biológica, puesto que pone en alerta al ser vivo y favorece su supervivencia ^(6,29).

Por lo expuesto anteriormente, se puede afirmar que el constructo ansiedad posee una amplia trayectoria histórica. Los cambios que ha sufrido a lo largo del tiempo han repercutido en cómo se define a día de hoy. Es por ello, que se ha considerado importante realizar un recorrido de los hechos más destacados de su evolución (Figura 1).

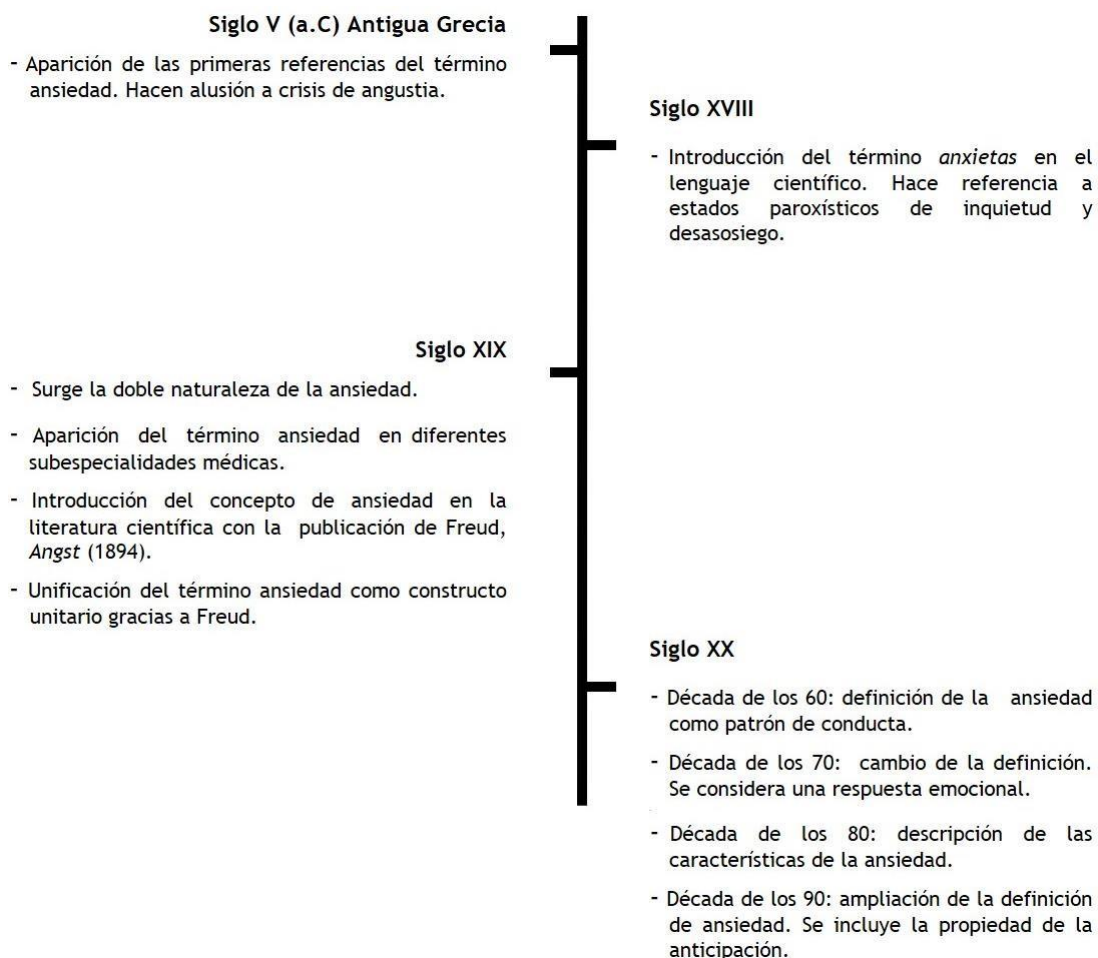


Figura 1. Línea temporal sobre la evolución del constructo ansiedad.

1.2.2. Teorías explicativas sobre la ansiedad a lo largo de la historia

Con anterioridad, se ha constatado la manera en la que el concepto de ansiedad ha evolucionado hasta la actualidad. En paralelo, conforme se iba definiendo y perfilando dicho concepto han ido surgiendo múltiples teorías cuya finalidad era encuadrar al mismo.

A continuación, se realizará un breve recorrido por los modelos teóricos y experimentales que han sido considerados esenciales para la adecuada comprensión del constructo ansiedad.

1.2.2.1. *Enfoque humanístico y psicoanalítico*

Por un lado, es necesario mencionar que la perspectiva adoptada por la escuela Humanística fue más filosófica que científica ^(12,26). Definieron el constructo ansiedad como “el resultado de la percepción de peligro por parte del organismo” ⁽⁶⁾.

Por otro lado, cabe mencionar que dentro del enfoque psicoanalítico destaca la figura de Freud. En una primera aproximación, Freud interpretó la ansiedad como consecuencia de la represión de energía sexual. De esta manera, según él, a partir de un proceso fisiológico, la acumulación de lívido se transformaría en ansiedad ⁽³⁰⁾.

Posteriormente, definiría la ansiedad como un estado emocional desagradable secundario a la percepción de peligro, es decir, los recuerdos y pensamientos reprimidos en la conciencia desde la infancia ^(6, 12, 31). Como consecuencia de ello, el individuo experimentaría tanto pensamientos desagradables como cambios fisiológicos derivados de la activación del sistema nervioso autónomo ⁽⁶⁾.

En relación con las teorías postuladas por Freud, conviene señalar que tuvieron un gran impacto. Tanto es así, que estuvieron vigentes en años posteriores, pero la falta de estudios experimentales capaces de contrastarlas dio paso a nuevas teorías ⁽³²⁾.

1.2.2.2. *Enfoque conductual*

En contraposición a las teorías humanísticas y psicoanalíticas, en el conductismo la ansiedad es estudiada desde una vertiente experimental.

A pesar de que existen varios autores destacados dentro de esta corriente, se ha decidido profundizar en la contribución realizada por Watson y Rayner, puesto que fueron los pioneros dentro de este enfoque ⁽¹⁶⁾. Para ellos, la ansiedad se generaba a partir de modelos de condicionamiento. Basándose en los principios del condicionamiento pauloviano, postularon que un estímulo neutro podía convertirse en un reflejo condicionado cuya finalidad era generar ansiedad en el individuo ^(12, 16).

Por consiguiente, expusieron a un lactante de 8 meses a diferentes estímulos, como animales de pelo, tejidos... Según lo esperado, estos no tuvieron ningún efecto sobre el bebé. No obstante, al asociar un ruido estremecedor, estímulo que sí que provocaba una reacción en el niño, éste comenzaba a llorar. A raíz de ello, expusieron al lactante de forma reiterada a ambos estímulos con la intención de comprobar si se convertía en un estímulo condicionado de ansiedad. Con ello, lograron demostrar la aparición de un reflejo condicionado, ya que cuando al bebé le mostraban uno de los estímulos empleados en ausencia de un ruido estremecedor, éste se ponía a llorar ^(12, 16).

Gracias a los resultados que obtuvieron, fue considerado el primer gran modelo de condicionamiento de la ansiedad ⁽¹⁶⁾. Asimismo, las aportaciones realizadas por esta escuela se mantienen vigentes en la actualidad, sobre todo, en lo referente a la aparición de las fobias.

Actualmente, numerosos autores apoyan esta teoría, debido a que consideran la ansiedad como un estado o respuesta emocional transitoria, la cual se puede evaluar en función de la frecuencia, la duración, sus antecedentes y consecuencias ^(12, 33, 34).

1.2.2.3. Enfoque experimental emocional

Por lo que a este enfoque se refiere, los autores defienden que la ansiedad se origina a partir de la relación existente entre una determinada prueba a realizar y la dificultad que entraña. En otras palabras, se podría equiparar al grado de excitación general del sujeto o del impulso motivacional que genera en él ^(6, 12).

Dentro de esta corriente destacan las figuras de Spence y Hull. Para este último, la ansiedad viene promovida por un impulso motivacional o *drive*, que es responsable de la capacidad que tiene un sujeto para responder ante una estimulación determinada ^(6, 12).

En definitiva, esta teoría defiende que la ansiedad actúa como elemento impulsor de la conducta, variando en función de la dificultad de la tarea a realizar y el grado de ansiedad del sujeto. Así pues, sujetos con un alto nivel de ansiedad mostrarán mejores resultados en la consecución de tareas sencillas mientras sujetos con un bajo nivel de ansiedad serán capaces de realizar tareas complejas más fácilmente.

1.2.2.4. *Enfoque cognitivo-conductual*

Con respecto a esta corriente, es importante destacar que surge de la combinación entre el modelo conductual, anteriormente explicado, y variables cognitivas. De esta manera, los estímulos serían interpretados de forma cognitiva como potencialmente peligrosos. Ello, daría lugar a un aumento de los niveles de ansiedad y la puesta en marcha de mecanismos defensivos para hacerles frente ⁽¹²⁾.

Dentro de esta vertiente sobresale Peter Lang con su teoría tridimensional. En ella, Lang interpreta la ansiedad como un sistema de triple respuesta en el que participan el componente cognitivo, el fisiológico y el motor ^(6, 35).

A continuación, se profundizará en el papel que representan dichos componentes. En primer lugar, se explicará en qué consiste el componente cognitivo. Gracias a él, el individuo será capaz de evaluar la situación con la finalidad de determinar si es amenazante o no. Si considera que se trata de una situación amenazante pondrá en marcha una reacción de ansiedad. A partir de entonces, situaciones similares provocarán reacciones de ansiedad semejantes a la experimentada anteriormente ⁽⁶⁾, es decir, preocupación excesiva, pensamientos de peligro y anticipación de consecuencias negativas percibidas como incontrolables ^(29, 36).

En lo concerniente al componente fisiológico, cabe señalar que está motivado por una disfunción neuroendocrina del sistema nervioso central. En concordancia, se observaría un aumento de la actividad del sistema nervioso central y del sistema nervioso somático. Ello, daría lugar a un aumento de la actividad cardiovascular, de la actividad electrodérmica y del tono muscular, entre otros ⁽²⁹⁾.

En tercer, y último lugar, se encuentra el componente motor. Éste se relaciona con conductas de evitación y respuestas de escape derivadas de una situación que crea ansiedad en el individuo ⁽³⁷⁾. A su vez, está compuesto por las conductas motoras directas e indirectas ⁽³⁶⁾.

Por un lado, las conductas motoras directas hacen alusión a respuestas que reflejan malestar, inquietud motora y descenso en el tiempo de reacción y precisión. Por otro lado, las conductas motoras indirectas hacen referencia a las conductas de evitación que se ponen en marcha tras percibir una situación como amenazante ⁽³⁶⁾.

En relación con la teoría tridimensional de Lang, resulta importante resaltar que tuvo un gran impacto en la comunidad científica. Ello se debe a que propone que la ansiedad sea considerada como un concepto multidimensional. Por consiguiente, Lang sugiere que la concepción de que sea un fenómeno unitario sea relegada a un segundo plano. En este sentido, se convertirá en uno de los paradigmas más utilizados para estudiar las emociones ^(6, 38, 39, 40).

1.2.2.5. *Enfoque de la personalidad*

A pesar de que existen varias líneas de investigación dentro de este enfoque, únicamente se expondrán las aportaciones consideradas más relevantes, es decir, las teorías Rasgo-Estado, las teorías Situacionistas y las teorías Interactivas. Dentro de ellas, se explicará con mayor detalle las teorías Rasgo-Estado, puesto que, como se comprobará más adelante, formarán parte de nuestro estudio.

1.2.2.5.1. *Teorías Rasgo-Estado*

A propósito de esta corriente, cabe indicar que se basa en un enfoque psicométrico-factorial. En otras palabras, trata de establecer relaciones entre la ansiedad y diferentes variables de la personalidad a partir de un modelo teórico de ansiedad y apoyándose en técnicas de análisis factorial ^(12, 27).

Cattell fue el pionero dentro de esta corriente. Fue en 1961 en su obra *El significado y medida del neuroticismo y la ansiedad* donde se explicó por primera vez la diferencia entre ansiedad-estado y ansiedad-rasgo ⁽⁴¹⁾. A través de esta diferenciación, pretendía separar un estado transitorio experimentado ante una determinada situación y la predisposición que tiene cada individuo para reaccionar de forma ansiosa ^(31, 41).

Esta primera aproximación a las dos vertientes de la ansiedad tendría un gran impacto sobre Spielberger, quien se encargaría de asentar los pilares de dicha teoría. Este hecho puede verse reflejado en su obra *Ansiedad y Conducta* ⁽⁴²⁾.

Por un lado, definiría la ansiedad-estado como una fase emocional transitoria y variable, en cuanto a intensidad y duración, que surge tras percibir un individuo una situación como amenazante. En este sentido, los niveles de ansiedad-estado deberían ser mayores en circunstancias percibidas como peligrosas, mientras que deberían ser menores en situaciones donde, a pesar de que existe un peligro o amenaza, éste no sea percibido por el individuo como tal ⁽⁴³⁾.

Dentro de este concepto, se englobarían las vivencias emocionales, como por ejemplo los pensamientos negativos o sentimientos de nerviosismo, y los cambios fisiológicos, tales como el aumento de la frecuencia cardíaca o respiratoria, descritos por otros autores ^(6, 12, 31,42). En otras palabras, se podría decir que la ansiedad-estado a la que Cattell y Spielberger hacen referencia sería lo que autores previos han definido como ansiedad.

Por otro lado, la ansiedad-rasgo constituiría uno de los factores integrantes de la personalidad de un individuo, el cual sería independiente de la situación en la que el individuo se encontrara ^(12, 41). Relacionado con este concepto, es importante incidir en el hecho de que al tratarse de la disposición interna de un individuo para reaccionar frente a situaciones que experimenta como peligrosas o amenazantes existe gran variabilidad interindividual. Dicha variabilidad interindividual se ve influenciada tanto por factores aprendidos como biológicos ^(6, 31).

En definitiva, Spielberger defendería que “la ansiedad es una reacción ante situaciones de estrés” y que “los estados de ansiedad varían en intensidad en función del carácter individual de la percepción del estrés” ⁽⁴⁴⁾.

1.2.2.5.2. *Teorías Situacionistas*

Por lo que se refiere a las teorías situacionistas, conviene señalar que, además de tener en cuenta la personalidad del sujeto, consideran que el entorno desempeña un papel importante en la explicación de la ansiedad.

Por tanto, la conducta de ansiedad se explicaría a partir de las condiciones de la situación en la que ésta tiene lugar, las condiciones que la anteceden y las consecuentes ⁽²⁶⁾.

En esta corriente cabe destacar a Mischel. En su obra *Personalidad y evaluación* puede verse reflejado lo expuesto previamente. Incide en el hecho de que las respuestas de ansiedad se encuentran supeditadas tanto a los rasgos de personalidad

de cada individuo como a las variables situacionales. Con respecto a estas últimas, subraya que tienen mayor influencia que los rasgos de personalidad ⁽⁴⁵⁾.

1.2.2.5.3. *Teorías Interactivas*

Las teorías interactivas se originan a partir de la combinación de las teorías de Rasgo-Estado y las situacionistas. De esta manera, cabría señalar que esta corriente surge de integrar ambos planteamientos, enriqueciéndolos y complementándolos.

De acuerdo con esta teoría, la ansiedad se explicaría considerando no sólo la situación en la que aparece y los rasgos de personalidad del sujeto, sino, considerando también la interacción entre ambos componentes ⁽⁴⁶⁾.

Endler y Hunt defienden esta corriente, puesto que postulan que “ante una situación ansiógena, la interacción de la persona con la situación explica mayor parte de la varianza de la ansiedad total que la situación en sí o las diferencias individuales” ⁽¹²⁾.

Como se ha podido comprobar a lo largo de este apartado, desde que Freud introdujo el término ansiedad en el ámbito de la Psicología, un gran número de escuelas han aportado explicaciones sobre ella basadas en fundamentos tanto teóricos como metodológicos ⁽²¹⁾. Por tanto, se podría afirmar que existen tantas definiciones de ansiedad como modelos teóricos. A pesar de ello, la mayoría de ellas coinciden en que la ansiedad es una respuesta emocional compleja, adaptativa y multidimensional ⁽⁶⁾.

En definitiva, y tras el recorrido realizado a lo largo del tiempo y de las diferentes teorías, se puede afirmar que la ansiedad es uno de los constructos básicos en Psicología ⁽⁷⁾.

1.3. DIFERENCIACIÓN DE LOS CONCEPTOS ANSIEDAD, ANGUSTIA Y MIEDO

Tal y como se ha reflejado en el apartado anterior, el constructo ansiedad se conoce desde tiempos inmemoriales. A causa de ello, han surgido múltiples explicaciones del mismo, razón por la cual resulta difícil adoptar una única definición.

De la misma manera, en la literatura científica se han utilizado términos, como por ejemplo angustia, miedo o fobia, como sinónimos de ansiedad. En este sentido, han contribuido a que la tarea de establecer una definición unánime sea más complicada. Paralelamente, cabe indicar que estos términos se utilizan en la práctica clínica diaria de forma indistinta ⁽²⁶⁾.

A continuación, se ahondará en las diferencias y similitudes de la ansiedad y sus términos afines, concretamente angustia, fobia y miedo, con la intención de evitar confusión y disminuir la ambigüedad terminológica que existe hoy en día.

1.3.1. Diferencias conceptuales entre ansiedad y angustia

El intento de distinguir entre ansiedad y angustia es un ejemplo de la problemática que se ha planteado a lo largo de la historia, con respecto a diferenciar dichos conceptos o utilizarlos indistintamente ^(6, 47).

En primer lugar, resulta interesante hacer referencia a las similitudes entre los dos conceptos. Ambas son experimentadas por el individuo en situaciones percibidas como peligrosas o comprometedoras, razón por la cual se les ha atribuido una función defensiva o protectora. Es por ello, por lo que se les considera una función fisiológica que tiene el objetivo de alertar al individuo sobre posibles amenazas ^(6, 48, 49).

Por otra parte, es necesario puntualizar las diferencias entre ambos términos (Tabla 1). Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésimo tercera edición), la palabra angustia hace referencia a varias acepciones, de las cuales conviene destacar “aflicción, congoja, ansiedad”, “temor opresivo sin causa precisa”, “sofoco, sensación de opresión en la región torácica o abdominal”, “dolor o sufrimiento” y “aprieto, situación apurada”.

De la mayoría de estas acepciones se puede interpretar que la angustia es una sensación displacentera, la cual se acompaña de síntomas físicos, como por ejemplo náuseas, exceso de calor, sensación de ahogo, palidez cutánea, sudoración, temblor... ⁽⁶⁾. En consecuencia, la aparición de esta extensa sintomatología tiene un efecto paralizador sobre el individuo, limitando así su capacidad de actuación y reacción ^(6,50). Además, en sintonía con el efecto paralizador comentado previamente, es importante mencionar que la situación desencadenante se percibe de forma atenuada ⁽⁶⁾.

En cambio, el concepto de ansiedad difiere del de angustia en el hecho de que, por un lado, predominan los síntomas psíquicos y, por otro lado, el suceso

desencadenante se percibe con mayor claridad ^(6, 50). Tanto es así, que genera en el individuo una reacción de sobresalto y el intento de encontrar soluciones rápidas y eficaces con las que hacer frente al peligro ^(6, 50).

Tabla 1. Diferencias conceptuales entre ansiedad y angustia.

ANGUSTIA	ANSIEDAD
Síntomas físicos	Síntomas psíquicos
Percepción atenuada de la situación	Percepción anticipada de la situación
Efecto paralizador en el individuo	Efecto estimulante en el individuo
Limitada capacidad de reacción y actuación por parte de individuo	Capacidad de reaccionar y hacer frente al peligro por parte del individuo

A día de hoy, resulta difícil mantener esta distinción, debido a que dentro del constructo ansiedad se engloban tanto los síntomas psíquicos como físicos ⁽⁶⁾.

En relación con esta afirmación, es importante mencionar que las corrientes humanísticas y psicoanalíticas utilizaban ambos términos como sinónimos, pero preferían utilizar el término angustia al de ansiedad ⁽⁶⁾. A pesar de que con el paso de los años esta tendencia se ha visto modificada tanto por médicos como por psicólogos o filósofos, en la actualidad se utilizan de indistintamente ⁽⁶⁾.

1.3.2. Diferencias conceptuales entre ansiedad y miedo

En contraposición con lo que se ha mencionado en el apartado anterior, un número no menospreciable de autores defienden que existen diferencias entre los constructos ansiedad y miedo ⁽¹⁶⁾.

No obstante, es importante hacer hincapié en las similitudes entre ambos conceptos. Ambos se presentan en respuesta a estímulos percibidos como amenazantes o peligrosos ⁽⁶⁾. A propósito de este hecho, podría considerarse que son un mecanismo biológico adaptativo de protección y supervivencia frente a posibles daños a lo largo de la vida de un individuo ^(6, 51, 52). Así pues, durante la infancia se presentarían de forma transitoria y breve a lo largo de las diferentes etapas del desarrollo ^(6 51).

Antes de profundizar en el significado que la palabra miedo tiene en el campo de la Medicina o Psicología, conviene señalar como la Real Academia Española (vigésimo tercera edición) la define. “Angustia por un riesgo o daño real o imaginario”

o “recelo o aprensión que alguien tiene de que le suceda algo contrario a lo que desea” son las dos acepciones que aparecen.

En contraste con la definición planteada por la Real Academia Española, la comunidad científica incide en el hecho de que el miedo se manifiesta ante estímulos reales ^(6, 53, 54, 55) y no imaginarios. En este último supuesto, estaríamos apelando a reacciones de ansiedad y no de miedo. Tanto es así, que el miedo podría definirse como “la ansiedad ante un estímulo determinado”, mientras que la ansiedad podría explicarse como “el miedo sin objeto” ⁽⁵⁶⁾.

En este sentido, el miedo es una reacción emocional que se experimenta ante un estímulo real e inminente. Por el contrario, la ansiedad es un estado emocional que se caracteriza por presentarse de forma anticipatoria, es decir, frente a un peligro futuro, imaginario e imprevisible ^(16, 29, 53, 54, 55, 57). Debido a ello, podría afirmarse que el miedo favorece la supervivencia, mientras que la ansiedad tendría una función adaptativa ⁽²⁹⁾.

Paralelamente, en el caso del miedo, el sujeto presentaría pensamientos de peligro inmediato y conductas motoras dirigidas a escapar de la situación comprometedora. En relación con la ansiedad, las sensaciones percibidas por un individuo diferirían de las presentes en el miedo dado que la situación amenazante desencadenante no está presente. Por ello, aparecerían pensamientos de peligro futuros y conductas de evitación ^(12, 35).

En definitiva, pese a las diferencias descritas entre los conceptos de ansiedad y miedo (Tabla 2) es necesario resaltar que ambos son el resultado de una percepción y de una respuesta de alarma. La ansiedad se manifestará e intensificará en función de la probabilidad con la que ocurra el peligro, mientras que el miedo se experimentará cuando el peligro sea inminente.

Tabla 2. Diferencias conceptuales entre ansiedad y miedo.

MIEDO	ANSIEDAD
Enfocado al presente	Enfocado al futuro
Desencadenante real	Desencadenante imaginario
Respuesta cognitiva: pensamientos de peligro inminente	Respuesta cognitiva: pensamientos de peligro futuro
Respuesta motora: conductas de escape	Respuesta motora: conductas de evitación
Función de supervivencia	Función adaptativa

1.3.3. Diferencias conceptuales entre ansiedad y fobia

Antes de adentrarnos en el concepto de fobia es importante recalcar la diferencia existente entre ésta y el miedo. Atendiendo a la opinión de algunos autores, la diferencia entre ambas emociones es cuantitativa. Dicho de otra manera, el miedo lo catalogarían como una respuesta lógica y proporcionada frente a una amenaza real, mientras que la fobia sería considerada como la máxima expresión del miedo ^(58, 59).

De la misma manera, la Real Academia Española (vigésimo tercera edición) define la fobia como una “aversión exagerada a alguien o a algo” o como un “temor angustioso e incontrolable ante ciertos actos, ideas, objetos o situaciones, que se sabe absurdo y se aproxima a la obsesión” ⁽¹⁾.

Con respecto a la ansiedad, cabe mencionar que ambos constructos poseen una característica en común. Ésta es el temor. Por un lado, la fobia se fundamenta en un temor desproporcionado e irracional, el cual sobrepasa el control voluntario e interfiere con en la vida del sujeto ^(58, 60, 61). Por otro lado, en la ansiedad el temor se presenta al anticiparse el sujeto a la peor situación posible ⁽⁶¹⁾.

Finalmente, tras lo expuesto en este apartado, podría establecerse una gradación de sentimientos temerosos. En relación con esta afirmación, se partiría del miedo, el cual nos encarrilaría hacia la ansiedad, y ésta culminaría en la fobia.

1.4. DOBLE NATURALEZA DE LA ANSIEDAD

Tal y como se ha referenciado previamente, la ansiedad es una emoción fisiológica que surge tras percibir un estímulo como amenazante o peligroso. Por tanto,

se trata de la reacción básica natural y adaptativa. Es por ello, que se considera necesaria para la supervivencia ^(5, 6, 8, 9, 10, 11).

No obstante, en el caso en el que la intensidad, frecuencia y duración de la ansiedad fuera desproporcionada o se presentara en ausencia de estímulos peligrosos es importante resaltar que nos encontraríamos frente a una reacción desadaptativa ^(6, 9, 13, 31, 36). Por consiguiente, la ansiedad pasaría a convertirse en una condición fisiopatológica ⁽⁸⁾.

1.4.1. Ansiedad patológica

En relación con la ansiedad patológica, conviene señalar que se caracteriza por ser una reacción desadaptativa que interfiere con la vida del sujeto, tanto en el ámbito personal y profesional, como en su capacidad de adaptación al medio ^(13, 14, 36).

Asimismo, tal y como se ha mencionado previamente, la ansiedad patológica se desencadena de manera irracional, pues se presenta ante situaciones de escaso peligro real ^(16, 18). Además, se manifiesta de forma más frecuente, duradera e intensa que la ansiedad fisiológica ^(32, 62). Ello, repercutiría de forma negativa en el sujeto, sobre todo en su autoestima, la consecución de objetivos y las relaciones sociales ^(48, 49, 63).

De la misma manera que la ansiedad fisiológica, esta respuesta desproporcionada en ausencia de una causa justificada daría lugar a la aparición de síntomas neurovegetativos, cognitivos, emocionales y conductuales ^(48, 49, 63). A pesar de esta similitud, es importante destacar que en el caso de la ansiedad patológica los síntomas se perpetuarían en el tiempo dando lugar a la aparición de un trastorno de ansiedad. Es, a partir de entonces, cuando se incluiría dentro de los trastornos mentales ^(32, 64).

En lo referente a la población infantil cabe hacer hincapié en el concepto de la flexibilidad en la adaptación afectiva, puesto que nos permitirá discernir, de una manera sencilla, entre la ansiedad fisiológica y patológica ⁽¹⁸⁾. Este concepto hace referencia a la capacidad que los/as niños/as poseen para recuperarse de la ansiedad una vez que el estímulo desencadenante ha desaparecido. Además, es importante indicar que los problemas que manifiesta esta población en relación con la ansiedad son mayoritariamente físicos ⁽¹⁷⁾.

En definitiva, resulta evidente la distinción entre la ansiedad fisiológica y la patológica, puesto que en la ansiedad patológica no existe una correlación positiva entre el peligro real y la ansiedad (Tabla 3) ^(65, 66). Debido a ello, se debería considerar

una respuesta ineficaz e inadecuada, la cual no favorece la supervivencia ni la evolución ⁽²⁷⁾.

Tabla 3. Diferencias entre ansiedad fisiológica y ansiedad patológica.

ANSIEDAD FISIOLÓGICA	ANSIEDAD PATOLÓGICA
Presencia de estímulo peligroso	Ausencia de estímulo peligroso
Menor duración en el tiempo	Mayor duración en el tiempo
Reacción de menor intensidad	Reacción de mayor intensidad
Menor frecuencia de aparición	Mayor frecuencia de aparición
Función adaptativa	Mal adaptación funcional
Repercusión positiva en el individuo	Repercusión negativa en el individuo

1.5. ETIOPATOGENIA

En lo referente a la etiopatogenia de la ansiedad, cabe analizar lo que postulan numerosos autores, es decir, que su etiología es multifactorial ^(15, 48, 49, 51). En este sentido, es necesario remarcar que tanto factores genéticos como ambientales juegan un importante papel.

A su vez, podría afirmarse que es poco probable que dichos factores predispongan, de forma directa, a la aparición de la ansiedad. No obstante, se considera que juegan un papel fundamental, puesto que serían capaces de moldear los procesos fisiológicos básicos y, en consecuencia, ejercer una influencia en la aparición de la ansiedad ⁽⁵¹⁾.

Por un lado, se ha descrito que los factores ambientales son responsables del 60-70% del cuadro de ansiedad ⁽⁶³⁾. Dentro de esta categoría, encontraríamos acontecimientos vitales estresantes, un ambiente social desfavorable, la presencia de dificultades emocionales en las figuras de referencia, el temperamento de cada individuo y el estilo de crianza elegido por cada familia ^(14, 15, 48, 49, 63). Con respecto a el temperamento de cada individuo, se ha demostrado que aquellas personas que presentan un carácter más retraído durante la primera etapa de su vida tienen más predisposición a padecer un trastorno de ansiedad en la edad adulta ^(49, 63). En cuanto a los estilos de crianza, se ha observado que tanto los estilos educativos de sobreprotección como los punitivos favorecen la aparición de ansiedad ^(14, 51).

Por otro lado, se estima que alrededor de un 40% de la aparición de la ansiedad es debido a factores genéticos y biológicos ⁽¹⁹⁾. Una manifestación de ello, sería la agregación familiar ⁽¹⁴⁾. El hecho de que uno o ambos de los progenitores presenten problemas psicopatológicos implica que los niños tienen mayor riesgo de presentar sintomatología afín. Sin embargo, resulta interesante destacar que no se ha encontrado una asociación entre un gen específico y la ansiedad ⁽¹⁹⁾.

En concordancia con lo expuesto en párrafos anteriores, cabe indicar que la ansiedad podría explicarse siguiendo un modelo causal de vulnerabilidad-estrés ⁽¹⁸⁾. En otras palabras, un individuo presentará ansiedad como resultado de la interacción de factores predisponentes y desencadenantes.

1.6. EPIDEMIOLOGÍA

Durante este apartado se intentará recalcar la importancia que tiene la ansiedad en el ámbito sociosanitario. En un primer momento, se expondrán los datos publicados para la población general. A continuación, se presentarán los valores que corresponden a la población infantojuvenil. Por último, se analizarán las diferencias encontradas en la prevalencia de la ansiedad en función del sexo.

1.6.1. Prevalencia mundial de la ansiedad

Antes de nada, resulta fundamental incidir en el hecho de que la ansiedad se encuentra entre los problemas psicológicos de mayor prevalencia a nivel global ⁽⁶⁷⁾. En concordancia, se ha documentado que los trastornos de ansiedad están entre los más frecuentes en la población general ⁽⁶⁸⁾.

No obstante, cabe señalar que no existe un consenso en la comunidad científica sobre la prevalencia mundial de los trastornos de ansiedad. A propósito de este dato, existen publicaciones donde se estima que es de aproximadamente el 7.3% ⁽⁶⁹⁾, mientras que otras ofrecen un rango más amplio que oscila entre el 4 y 32% ⁽⁵¹⁾.

En paralelo, también se ha considerado importante estudiar el porcentaje de población que en algún momento de su vida presentará problemas psicológicos o sintomatología compatible con ansiedad. En este sentido, en la literatura médica se evidencia que sería de un 33% ⁽⁷⁰⁾ y un 24.9% ⁽⁶⁸⁾, respectivamente.

Por lo que respecta a Europa, conviene señalar un estudio llevado a cabo en 2004, el Proyecto de Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (ESEMeD). Para la realización de este estudio se obtuvo una muestra de 21.425 ciudadanos adultos no institucionalizados procedentes de 6 países europeos, entre los cuales se encuentra España. Los resultados mostraron que un 13.6% de los participantes habían sido diagnosticados de algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida y un 6.4% lo habían padecido en el último año ⁽⁷¹⁾.

1.6.2. Prevalencia en población infantil

En consonancia con lo expuesto en el apartado anterior, en niños/as y adolescentes, también se ha concluido que la ansiedad es uno de los síntomas más frecuentes dentro de la patología psiquiátrica ^(15, 19, 48, 49, 72).

Asimismo, cabe reseñar que la ansiedad es uno de los problemas psicológicos con mayor prevalencia en este grupo etario ^(9, 15, 19, 73). Existen estudios realizados en Estados Unidos y España que ponen de manifiesto esta afirmación. Tanto es así, que posicionan a los trastornos de ansiedad por delante de los trastornos de conducta y la depresión ⁽⁶³⁾. Otros estudios epidemiológicos realizados en nuestro país, exponen que la ansiedad y los trastornos de ansiedad no sólo son los problemas más diagnosticados entre niños/as y adolescentes, sino que, también, son los que presentan mayor demanda asistencial en las Unidades de Salud Mental Infantil ⁽⁷⁴⁾.

A pesar de que los trastornos de ansiedad se consideran los más frecuentes en la población infantojuvenil ^(14, 18), conviene señalar que la mayoría de los casos se diagnostican entre la segunda infancia y la adolescencia ⁽¹⁹⁾. En relación con ello, es importante recalcar que la ansiedad es, en la actualidad, la sexta causa de enfermedad y discapacidad en jóvenes de entre 10 y 14 años y la novena para adolescentes entre 15 y 19 años ⁽⁷⁵⁾. Además, se ha evidenciado que su curso es progresivo, pudiendo llegar a cronificarse y/o acentuarse en la edad adulta ⁽⁶³⁾.

En la relación con la prevalencia de la ansiedad en los niños/as es necesario resaltar que los datos encontrados en la literatura científica son dispares. Se ha observado que varían entre los diferentes estudios realizados. Ello podría ser debido a variaciones en los criterios diagnósticos, los instrumentos de evaluación utilizados, el estudio epidemiológico... ^(19, 48, 63, 75, 76). A propósito de este hecho, a pesar de las diferencias encontradas, algunos estudios han establecido que la prevalencia se halla alrededor de un 15-20% ^(14, 74), mientras que otros amplían más el rango y la establecen

entre un 3-21% (15, 18, 48, 49, 63). Otro dato interesante que se ha encontrado en la literatura es que en las consultas de Atención Primaria entre el 9 y el 15% de los niños entre 7 y 11 años reúnen los criterios para trastornos de ansiedad (72).

En este sentido, resulta interesante destacar que en los últimos años se ha observado un aumento en el número de estudios que abordan esta temática (19, 77). Dicha afirmación no hace más que resaltar la importancia que posee tanto el tratamiento como la prevención de la patología psiquiátrica en el ámbito de la Pediatría, ya que alrededor de la mitad de los niños con problemas de salud mental los desarrolla hasta los 14 años (78).

1.6.3. Prevalencia de la ansiedad en función del sexo

A la hora de hablar sobre la prevalencia de la ansiedad, no sólo es importante diferenciar entre población adulta e infantil, sino que, además, es necesario valorar si existen diferencias de género. Esta diferenciación ha sido ampliamente estudiada en ambas poblaciones y los resultados son similares independientemente del país en el que se ha llevado a cabo el estudio (7, 79).

En este sentido, la mayoría de los estudios muestran que la población femenina presenta niveles de ansiedad superior a la de los hombres (7, 9, 19, 51, 68, 80). Concretamente, en población adulta, se ha demostrado que la probabilidad de que las mujeres presenten ansiedad o un trastorno de ansiedad respecto a los hombres es el doble (14, 70, 71, 79). Por otro lado, en la población infantil, esta diferencia se mantiene hasta la adolescencia, momento en el que se triplica (9).

1.7. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Dado que la ansiedad es una emoción displacentera que aparece tras la percepción de un estímulo como amenazante, la principal conducta que aparece en el individuo es la evitación (6, 19). Ésta se manifiesta, de forma simultánea, a nivel cognitivo, fisiológico y motor, es decir, detectando la amenaza y anticipándose a ella, preparando al organismo para enfrentarse a ella y activando los recursos para afrontarla, respectivamente (28, 38). A través de ellos, el individuo intentará encontrar una solución al peligro o, en su defecto, adaptarse a él (5, 6).

SÍNTOMAS CONDUCTUALES

- Hiperactividad
- Paralización motora
- Torpeza motora
- Dificultades en la expresión verbal

SÍNTOMAS COGNITIVOS

- Preocupación
- Inseguridad
- Aprensión
- Pensamientos negativos
- Dificultades de concentración
- Dificultades en la toma de decisiones
- Sensación de pérdida de control

SÍNTOMAS FISIOLÓGICOS

- Cardiovasculares:
 - palpitaciones
 - aumento de la tensión arterial
- Respiratorios:
 - taquipnea
 - opresión torácica
 - sensación de ahogo
- Gastrointestinales:
 - náuseas - vómitos
 - dolor abdominal
- Genitourinarios:
 - aumento de la frecuencia miccional
 - enuresis
 - disfunción sexual
- Neuromusculares:
 - cefalea
 - parestesias
 - temblor
- Neurovegetativos:
 - sudoración profusa
 - xerostomía

Figura 2. Manifestaciones clínicas de la ansiedad.

A continuación, se expondrá la variedad de síntomas que puede llegar a presentar un individuo (Figura 2) (6, 15, 31, 53, 73).

No obstante, resulta imprescindible resaltar el hecho de que durante la infancia las manifestaciones clínicas varían en función de la etapa del desarrollo en la que se encuentre el niño (Tabla 4) (18, 63). De esta manera, los niños en edad escolar manifestarán, con mayor frecuencia, síntomas físicos derivados de la somatización de la ansiedad, mientras que los adolescentes presentarán alteraciones cognitivas y conductuales (9, 63, 75, 81).

Tabla 4. Manifestaciones clínicas de la ansiedad infantil en función de la edad.

ESCOLAR	ADOLESCENTE
Irritabilidad	Apatía
Alteración del sueño: pesadillas	Alteración del sueño: insomnio
Pérdida de apetito	Pérdida de apetito
Somatización: cefalea dolor abdominal dolor torácico ...	Inatención
	Despersonalización
	Desrealización

CAPÍTULO 2. COVID-19

2.1. VIRUS SARS-COV-2

Antes de abordar la problemática derivada de la pandemia desencadenada por el virus SARS-CoV-2, resulta interesante comentar tanto la estructura viral del mismo como los mecanismos de transmisión involucrados en su propagación.

2.1.1. Etiología y estructura viral

Los coronavirus se encuentran incluidos en la familia Coronaviridae, la cual pertenece, a su vez, al orden Nidovirales ⁽⁸²⁾. Son virus ARN monocatenarios positivos envueltos en una bicapa lipídica ^(75, 82, 83, 84, 85). Están subdivididos en cuatro categorías, concretamente en Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Deltacoronavirus y Gammacoronavirus ^(82, 85).

A pesar de que las diferentes categorías tienen tropismo por diversos organismos, poseen una característica en común. Ésta es una alta tasa de mutación y recombinación, favoreciendo, así, su evolución y la capacidad de infectar a otras especies ^(75, 84).

En paralelo, resulta conveniente diferenciar entre las categorías que tienen capacidad de infectar a los mamíferos y las que no. Por un lado, Alphacoronavirus y Betacoronavirus son los que predominan en mamíferos, y, por ello, en la especie humana. Por otro lado, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus se encuentran, fundamentalmente, en aves ^(82, 83, 85).

Con respecto a las categorías que tienen predisposición por los seres humanos, también conocidas como coronavirus humanos (HCoVs), cabe señalar que, en la mayoría de los casos, dan lugar a un cuadro clínico leve caracterizado por sintomatología respiratoria o gastrointestinal ^(75, 82, 85). No obstante, pueden exacerbar enfermedades crónicas o conducir a infecciones más graves, como neumonía o síndrome de distrés respiratorio agudo, coagulopatías, fallo multiorgánico o incluso, el fallecimiento ^(75, 82).

En referencia a lo mencionado con anterioridad, es importante destacar que durante el siglo XXI se ha cambiado la perspectiva sobre el grado de la peligrosidad de la infección por HCoVs a raíz de dos epidemias ^(75, 85). En el año 2002 tuvo lugar la epidemia del coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV), seguida por la epidemia del coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) en 2012 ^(75, 85). Además, a finales del año 2019 surge un nuevo coronavirus,

SARS-CoV-2, que será responsable de la pandemia COVID-19, la cual presenta una alta tasa de morbimortalidad ⁽⁷⁵⁾.

En relación con la pandemia COVID-19, resulta interesante describir las características de este HCoV de reciente aparición. El virus SARS-CoV-2 es un Betacoronavirus ^(82, 86, 87). Presenta la misma estructura molecular que el resto de los coronavirus ya filiaados, es decir, se encuentra rodeado por una bicapa lipídica. El genoma del virus SARS-CoV-2 codifica 4 proteínas estructurales, la proteína S o *spike protein*, la proteína E o *envelope protein*, la proteína M o *membrane protein* y la proteína N o *nucleocapsid protein* (Figura 3) ⁽⁸⁸⁾.

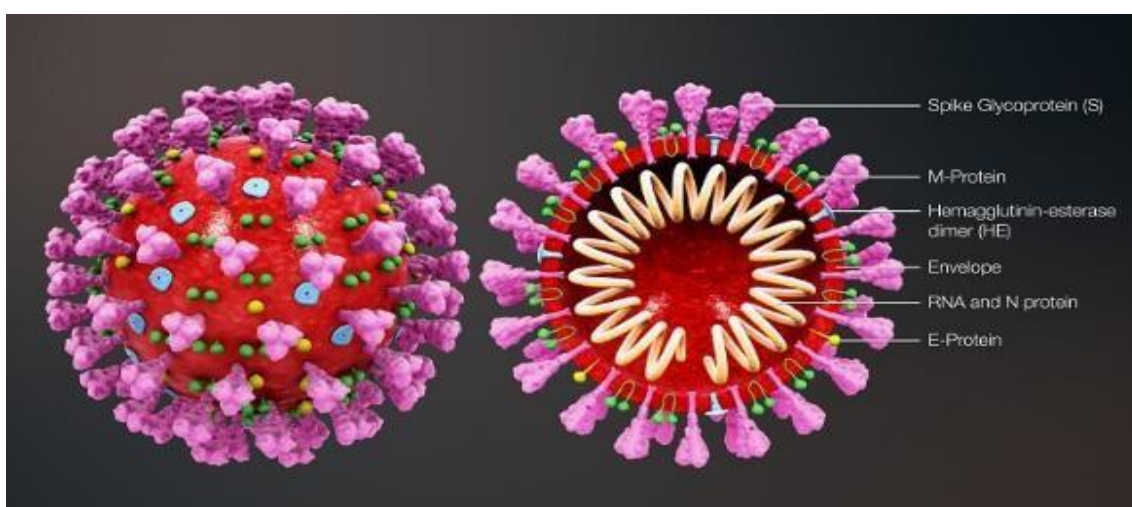


Figura 3. Estructura molecular del virus SARS-CoV-2.

(Imagen obtenida de Calvo Rey C. *Lecciones aprendidas de la COVID-19. En Cursos de formación. Continuum 2021. Disponible en <http://continuum.aeped.es>*)

Dentro de esta estructura, cabe recalcar que la proteína S posee una función primordial, puesto que se encarga del proceso de reconocimiento y fusión con la membrana celular del huésped, gracias a sus dos subunidades, S1 y S2 ⁽⁸⁸⁾. La subunidad S1 es la encargada de unirse al receptor del huésped a partir de un dominio de unión que reconoce y se une a la enzima convertidora de angiotensina 2, mientras que la subunidad S2 es la encargada de fusionar la membrana celular viral con la del huésped, facilitando, así, la entrada del virus a la célula huésped (Figura 4) ⁽⁸⁸⁾.

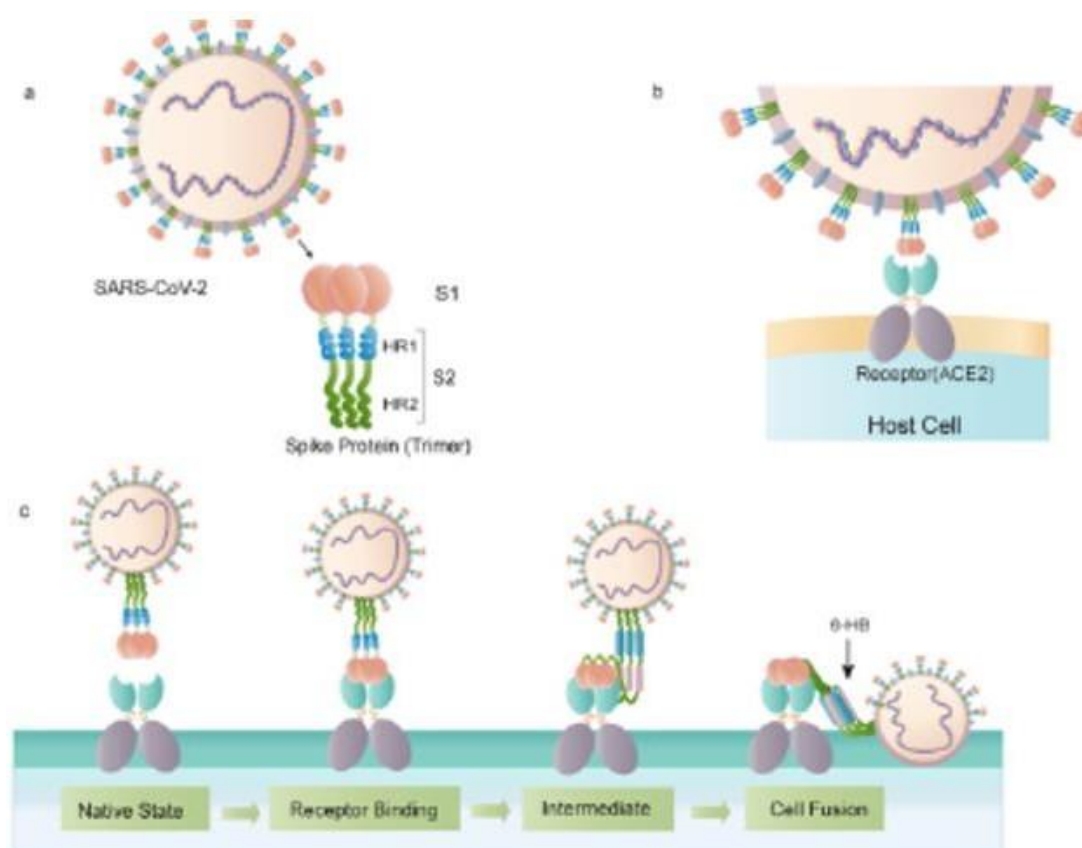


Figura 4. Proceso de reconocimiento y fusión con la membrana celular del huésped del virus SARS-CoV-2.

(Imagen obtenida de Calvo Rey C. *Lecciones aprendidas de la COVID-19. En Cursos de formación. Continuum 2021. Disponible en <http://continuum.aeped.es>*)

Pese a que la etiología del virus SARS-CoV-2 no está claramente definida a día de hoy, en la literatura científica se ha puesto de manifiesto la similitud entre la secuencia genómica de este novel coronavirus y el que se encuentra en los murciélagos de herradura chinos ^(82, 85). A pesar de esta similitud, se postula que la transmisión de este patógeno no ocurrió directamente del murciélago al hombre, sino que sería a partir de otro huésped intermediario, el cual facilitaría la recombinación y mutación del virus con la finalidad de aumentar la diversidad genética del mismo ⁽⁸²⁾.

2.1.2. Mecanismo de transmisión

Tras comentar, de forma breve, la estructura viral y el mecanismo patogénico del virus SARS-CoV-2, es fundamental hacer hincapié en los mecanismos de transmisión (Figura 5). La elevada infectividad que presenta este patógeno se debe a que puede propagarse tanto por contacto directo como indirecto con la persona infectada. En este último supuesto, las secreciones respiratorias de la persona infectada habrían

contaminado tanto superficies como objetos dando lugar a fómites y favoreciendo la propagación del virus al ser manipuladas por personas no infectadas ^(89, 90).

Asimismo, el contagio podría producirse por contacto estrecho con personas infectadas. En este caso, el individuo infectado expulsaría secreciones contaminadas por vía aérea, es decir, al toser, estornudar o hablar ^(86, 89).

Además, el virus SARS-CoV-2 también podría transmitirse durante la realización de técnicas médicas invasivas en la vía aérea en las que se produzcan aerosoles ⁽⁸⁹⁾.



Figura 5. Mecanismos de transmisión del virus SARS-CoV-2.

De izquierda a derecha: transmisión por contacto directo, transmisión por contacto indirecto, transmisión por vía aérea, transmisión durante la realización de técnicas médicas invasivas.

(Imagen obtenida de Dhand, R., Li, J. (2020). Coughs and sneezes: their role in transmission of respiratory viral infections, including SARS-CoV-2. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 202 (5), pp. 651-659)

Durante la pandemia COVID-19, de la cual hablaremos en el próximo apartado, se ha promulgado que el principal impulsor de la enfermedad es el individuo infectado sintomático o asintomático ⁽⁸²⁾. Concretamente, fueron Chan et al los primeros en publicar la transmisión del virus SARS-CoV-2 a través de este mecanismo. Declararon que una familia de origen chino sin antecedente de viaje reciente a Wuhan, zona endémica de infección por SARS-CoV-2 en ese momento, fue diagnosticada de dicha infección tras haber estado en contacto con otra familia que acababa de volver de esa ciudad ⁽⁹¹⁾.

2.2. EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología es una disciplina científica de gran importancia en el ámbito sanitario, sobre todo en lo referente a las enfermedades infecciosas. Por consiguiente, es de vital importancia diferenciar conceptos básicos como epidemia y pandemia. Durante este apartado, por un lado, se abordará la diferencia entre ambos, mientras que, por otro lado, se detallarán los datos epidemiológicos de la pandemia con mayor extensión de nuestra historia reciente, la pandemia COVID-19.

2.2.1. Definición del concepto epidemia y pandemia

En un primer lugar, y antes de profundizar en la pandemia desencadenada por el virus SARS-CoV-2, se ha considerado necesario puntualizar las diferencias entre los conceptos epidemia y pandemia.

La Real Academia Española mediante la vigésimo tercera edición de su diccionario, define el vocablo epidemia como “enfermedad que se propaga durante algún tiempo por un país, acometiendo simultáneamente a gran número de personas” o “mal o daño que se expande de forma intensa e indiscriminada”. En cambio, cuando define el término pandemia hace alusión a una “enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región” ⁽¹⁾.

En relación con la definición de pandemia, es importante reseñar que varias instituciones sanitarias, como por ejemplo la Real Academia Nacional de Medicina, no estarían totalmente de acuerdo con la acepción presente en el diccionario de la Real Academia Española. Ello es debido a que por definición una pandemia hace referencia a la propagación de una enfermedad por varios países. Esta definición también está respaldada por la Organización Panamericana de la Salud, ya que define la pandemia como una “epidemia que se ha extendido por varios países, continentes o todo el mundo, y que, generalmente, afecta a un gran número de personas” ⁽⁹²⁾.

Sin embargo, en lo referente al concepto de epidemia cabe señalar que coincide con la promulgada por la comunidad científica. En otras palabras, una epidemia podría definirse, también, como el “aumento inusual del número de casos de una enfermedad determinada en una población específica, en un periodo determinado” ^(92, 93).

En definitiva, conviene recalcar que la principal diferencia existente entre epidemia y pandemia es la extensión de territorio afectado por una enfermedad. Dicho

de otra manera, una epidemia afecta a un único país mientras que una pandemia afecta a varios países.

2.2.2. Evolución de la pandemia COVID-19

A lo largo de la historia de la humanidad se han sobrevenido múltiples pandemias. Sin embargo, resulta importante destacar que la pandemia COVID-19 es considerada la pandemia con mayor impacto psicosocial en la población pediátrica de nuestra historia reciente ⁽⁹⁴⁾.

El virus SARS-CoV-2, agente causal de esta pandemia, fue identificado por primera vez en diciembre 2019 en la ciudad china de Wuhan, en la provincia de Hubei ^(69, 83, 87, 94, 95, 96, 97, 98). La aparición de un número considerable de neumonías de causa desconocida en diferentes centros sanitarios de la ciudad de Wuhan, motivó la realización de un lavado broncoalveolar a uno de estos pacientes. A raíz de ello, se identificó un novel coronavirus como patógeno involucrado, hecho que fue ratificado por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades chino ^(85, 95).

Asimismo, la COVID-19 no sólo afectó en un corto periodo de tiempo a una gran extensión del territorio chino, sino que en 3 meses llegó a expandirse a otros países. Tanto es así que, durante la primera semana de marzo 2020 se diagnosticaron más de 100,000 casos de COVID-19 a nivel mundial ^(91, 95). Debido a su rápida propagación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) el día 30 de enero de 2020 declaró la situación epidemiológica como emergencia de salud pública internacional y, posteriormente, el 11 de marzo de 2020 como pandemia ^(69, 91, 96, 98, 99, 100).

En este sentido, los primeros países que declararon un aumento desproporcionado de casos COVID-19 fueron Irán, Corea del Sur, Estados Unidos y Europa. ⁽¹⁰⁰⁾ En lo referente a los países europeos, el primer caso notificado se detectó en Múnich, Alemania, el 25 de enero de 2020 ^(87, 95, 100). Posteriormente, los casos fueron aumentando en diferentes países europeos, tales como Francia, Italia y España, llegando a representar un 5% del total de casos a nivel mundial ⁽⁹⁵⁾.

En concreto, conviene señalar que España es uno de los países europeos más afectados por la COVID-19 ^(90, 97, 101). Dado el desconocimiento de esta nueva enfermedad y debido al incremento desmesurado del número de casos se decretó un Estado de Alarma cuatro días más tarde de la declaración de pandemia por parte de la OMS, es decir, el 14 de marzo de 2020 ^(102, 103). El primer caso de infección por SARS-

CoV-2 en adultos fue diagnosticado el 31 de enero de 2020^(102, 103), mientras que durante la primera semana de marzo se diagnosticó el primer caso pediátrico⁽¹⁰⁴⁾.

Paralelamente, cabe señalar que a fecha de 3 de mayo de 2023 en España se han detectado 13.845.825 casos de personas infectadas, contabilizándose 120.964 fallecimientos⁽¹⁰⁵⁾. Sin embargo, conviene señalar que los datos obtenidos son orientativos puesto que, gracias a la vigilancia epidemiológica realizada a nivel mundial, únicamente se pone de manifiesto una proporción de los casos. Ello se debe a que la infección por SARS-CoV-2 presenta un abanico muy amplio de síntomas, desde infección asintomática hasta el fallecimiento⁽⁹⁷⁾. Dicho de otra manera, es muy probable no se haya contemplado a un gran porcentaje de individuos infectados asintomáticos.

En resumen, es importante destacar el hecho de que la pandemia COVID-19 ha sido considerada por muchos autores como la pandemia del siglo XXI, motivo por el cual se ha convertido en un problema de salud intercontinental actual^(83, 102). Por consiguiente, los sistemas de salud de los diferentes países están teniendo que hacer frente a un nuevo reto de salud y bienestar social^(106, 107).

2.3. MEDIDAS DE CONTENCIÓN IMPLEMENTADAS POR EL GOBIERNO

De la misma manera que la aparición de un nuevo agente infeccioso supuso una revolución en el ambiente sanitario, las medidas preventivas llevadas a cabo por la mayoría de los países, cuyo objetivo era disminuir el número de contagios, entrañaron un cambio en el estilo de vida de la población mundial^(94, 101, 108).

En este sentido, cabe señalar que las medidas implementadas, las cuales variaban entre países dependiendo de la incidencia, no tienen precedente en la edad moderna⁽¹⁰⁹⁾. A pesar de ser necesarias en una situación de emergencia sanitaria, como una epidemia o una pandemia, las medidas de distanciamiento social modifican el estilo de vida y los hábitos de la población, pudiendo tener connotaciones negativas, tanto económicas como sociales^(94, 108, 110, 111).

Por lo que se refiere a las medidas de contención de enfermedad implementadas, cabe destacar que la que más impacto tuvo sobre la sociedad fue el confinamiento domiciliario. En relación con esta medida se llevaron a cabo otras, las

cuales perseguían el mismo objetivo, es decir, evitar el contacto fuera del núcleo conviviente. Estas medidas fueron el cierre de la totalidad de los negocios no esenciales, promulgar y favorecer el teletrabajo en aquellas profesiones que lo permitieran, prohibir reuniones en lugares públicos, cierre de colegios y universidades... ^(103, 112).

Concretamente, conviene hacer hincapié en las consecuencias que tuvo el cierre de colegios y universidades. En primer lugar, es importante destacar que, de igual forma que el confinamiento domiciliario, nunca en la historia reciente de la humanidad se había tenido que tomar esta decisión ⁽¹¹³⁾. Asimismo, los primeros cierres escolares se produjeron a mediados de marzo 2020 y, en muchos países, permanecieron cerrados durante la totalidad del curso académico ⁽⁷⁵⁾. En abril de ese mismo año, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) estimó que alrededor de un billón y medio de niños procedentes de 188 países, es decir, aproximadamente un 90% de la población estudiantil mundial, no podía asistir al colegio o universidad debido a las restricciones de movilidad establecidas ^(109, 114, 115, 116). En consecuencia, es importante destacar que la rutina de la población infantojuvenil se vio alterada, puesto que dejaron de disfrutar de la interacción social con sus iguales fuera del ambiente familiar y, un alto porcentaje de ellos, se enfrentó a un sistema de aprendizaje diferente ^(94, 116, 117). En esta línea, cabe reseñar que, en las familias más desfavorecidas, las cuales no tenían acceso a dispositivos electrónicos, los niños/as no tuvieron la oportunidad de seguir las clases online que se ofrecían desde numerosas instituciones, mermando así su educación.

Por último, centrándonos en la población diana de este trabajo, la población infantojuvenil, podemos afirmar que las medidas llevadas a cabo para paliar los efectos de la pandemia han podido tener un impacto psicológico negativo en ellos ^(75, 111). Tal y como se ha comentado en párrafos anteriores, las medidas implementadas han supuesto a un giro radical en sus actividades diarias ⁽¹⁰⁷⁾. Ello supuso que además de no poder asistir a su centro escolar, dejaron de realizar actividades grupales, de acudir a los parques infantiles, de visitar a abuelos/as y amigos/as... A todo esto, es necesario añadir las preocupaciones derivadas de las noticias de la COVID-19 en los medios de comunicación, como, por ejemplo, la gravedad de la enfermedad, la crisis laboral sobrevinida y las altas tasas de fallecimiento a nivel mundial ^(75, 81).

Por consiguiente, no resulta desacertado exponer que tanto niños/as como adolescentes fueron los colectivos que más sufrieron las consecuencias de las restricciones sociales decretadas ^(109, 118). Además, como resultado de la rápida

aparición y progresión de la pandemia, los niños/as no tuvieron la oportunidad de adaptarse de forma progresiva a los cambios y las estrategias dirigidas a prevenir los problemas emocionales se pusieron en marcha de forma tardía ⁽⁹⁰⁾. En concordancia, la exposición a situaciones de estrés y la incapacidad de hacerles frente podría tener un efecto negativo en su desarrollo cognitivo y desencadenar problemas de salud mental a largo plazo ⁽¹¹³⁾.

A lo largo de este apartado se han nombrado las medidas de contención de enfermedad que tuvieron mayor impacto social a nivel mundial. No obstante, se ha considerado necesario detallar las medidas llevadas a cabo tanto a nivel nacional, como regional, concretamente en Valencia, con el objetivo de relacionarlas con el impacto psicosocial que tuvieron en la población infantojuvenil de Valencia y su Área metropolitana.

2.3.1. Medidas de contención implementadas a nivel nacional

Antes de exponer las principales medidas que se pusieron en marcha con el objetivo de disminuir el número de infectados y las consecuencias derivadas de ello, es importante realizar un breve recorrido por los acontecimientos más significativos.

Tal y como se ha comentado al inicio de este apartado, los primeros casos de infección por SARS-CoV-2 empezaron a aparecer en Europa durante el mes de enero. Debido al aumento de la incidencia en España, a finales de febrero el Ministerio de Sanidad anunció que el nivel de riesgo pasaba a ser moderado ⁽¹¹⁹⁾.

Tanto es así, que antes de que la OMS empezara hablar de pandemia y de que se decretara el Estado de Alarma en España, el gobierno empezó a poner en marcha las primeras restricciones. Éstas se llevaron a cabo en el ámbito eclesiástico, educacional y sociocultural. Respectivamente, se eliminó el agua bendita de las benditeras y darse la paz entre feligreses ⁽¹²⁰⁾, se cerraron centros educativos ^(90, 121, 122, 123, 124) y se suspendieron o aplazaron eventos multitudinarios, tales como las Fallas o la Magdalena ^(125, 126, 127, 128).

Como resultado del aumento desmesurado de los contagios, el día 13 de marzo de 2020 el País Vasco aprobó el estado de emergencia sanitaria, capacitando, así, a la autonomía para confinar localidades ⁽¹²⁹⁾. Además, un día más tarde, el 14 de marzo de 2020, el Gobierno de España decretó un Estado de Alarma ^(130, 131). Mediante este

decreto se dio inicio al confinamiento domiciliario, pudiéndose abandonar el domicilio únicamente para realizar compras de primera necesidad o asistir al trabajo, en aquellas profesiones en las que no era factible el teletrabajo. A su vez, se ordenó el cierre de la totalidad de los comercios, empresas no esenciales, parques públicos y playas ^(101, 130, 132, 133).

Tras más de mes y medio de cuarentena, el Gobierno permitió a los menores de catorce años salir a pasear acompañados de un adulto ^(90, 106, 121, 134, 135, 136). En esta línea, a principios de mayo se promulgaron nuevas medidas, cuya finalidad era iniciar el desconfinamiento de la población y, de forma progresiva, retomar la actividad diaria. Asimismo, se determinaron franjas horarias para que la población pudiera practicar deporte y, tanto los/as niños/as como los/as ancianos/as pudieron salir a la calle ⁽¹³⁷⁾.

En función de la evolución de los datos epidemiológicos, se fueron decretando nuevas medidas, menos restrictivas, englobadas dentro de lo que se denominó fases de la desescalada. El programa de desescalada constaba de cuatro fases, fase 0 a fase III, siendo la fase 0 la más restrictiva. Su finalidad era reanudar la actividad normal, minimizando el riesgo para la salud de la población y permitiendo la recuperación paulatina del bienestar social y económico. Las restricciones se llevaron a cabo en diferentes áreas de actividad, tales como el ámbito social y personal, la libertad de circulación, el ocio nocturno y la hostelería, entre otros. Ello permitió que, a finales de mayo, la mayoría de las comunidades se encontraran en fase II de la desescalada, salvo Islas Baleares e Islas Canarias que se encontraban en fase III y Madrid y Barcelona que se encontraban en fase I ^(138, 139, 140).

A principios de junio, en el Boletín Oficial del Estado (BOE) se publicó la sexta y última prórroga del Estado de Alarma ^(141, 142, 143, 144, 145). En este sentido, desde mediados de mes se anunció la reapertura de las fronteras con prácticamente todos los países que componen el espacio Schengen ⁽¹⁴⁶⁾. Por otro lado, el territorio español fue entrando, de forma paulatina y progresiva, a la fase III de desescalada, siendo Madrid, Barcelona, Lleida, Ávila, Salamanca y Segovia las últimas provincias en acceder (Figura 6) ⁽¹⁴⁷⁾. Ello permitió que, el 21 de junio de 2022 el Gobierno de España diera por concluido el último estado de alarma tras 99 días de emergencia nacional ⁽¹⁴⁸⁾.

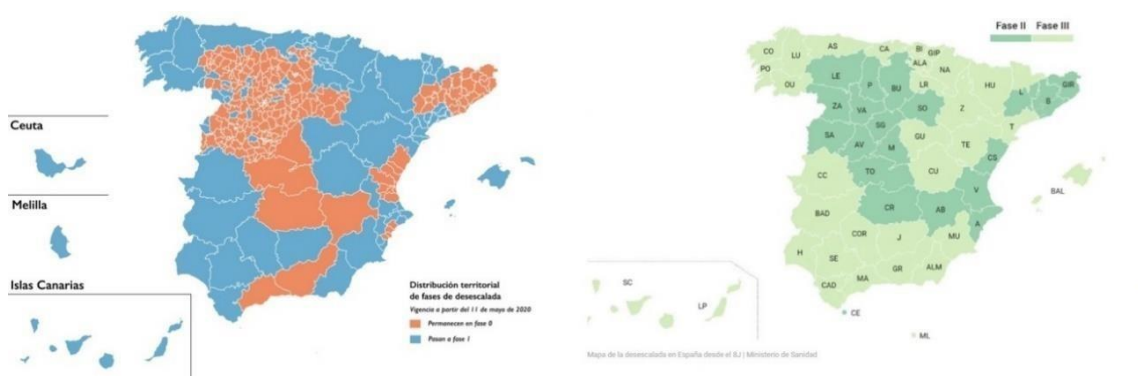


Figura 6. Fases de la desescalada en España.

De izquierda a derecha: fases de la desescalada en el territorio español a partir del 11 de mayo de 2022 (en rojo las regiones que permanecen en fase 0 y en azul las regiones que pasan a fase I), fases de la desescalada en el territorio español a partir del 8 de junio de 2022 (e verde oscuro las regiones que permanecen en fase II y en verde claro las regiones que pasan a fase III).

(Imágenes obtenidas de EFE. (9 de mayo 2020). Así queda el mapa en la desescalada: media España empieza a decir adiós a las restricciones por el coronavirus. *20 minutos*. <https://www.20minutos.es/noticia/4252214/0/mapa-espana-desescalada-coronavirus/> y Saorín, D. (5 junio 2020). Mapa de la desescalada a partir del 8 de junio: a qué fase pasa cada provincia el lunes. https://www.lasexta.com/noticias/nacional/mapa-desescalada-partir-junio-que-fase-pasa-cada-provincia-lunes_202006055eda308a46959a000150d9d4.html)

A pesar de ello, se anunció que se podrían decretar confinamientos puntuales en el supuesto de que aparecieran nuevos brotes ⁽¹⁴⁹⁾. Ejemplo de ello fueron las medidas de aislamiento domiciliario llevadas a cabo en Segrián (Lérida) ⁽¹⁵⁰⁾ y A Mariña (Lugo) ⁽¹⁵¹⁾.

Desafortunadamente, durante los meses siguientes el número de casos COVID-19 detectados en la región peninsular aumentó de forma exponencial hasta alcanzar, durante el mes de agosto, cifras de contagio similares a las del inicio de la pandemia. En consonancia con esto, España volvió a estar dentro de los diez países con más casos registrados de COVID-19 ⁽⁷⁷⁾.

Consecuentemente, con la finalidad de reducir en la medida de lo posible la transmisión de la enfermedad y el número de casos, el Gobierno, tras recomendación del Ministerio de Sanidad, estableció nuevas restricciones. Entre ellas, destacaron el cierre del ocio nocturno, la limitación del horario de apertura de la hostelería y la prohibición de fumar en la vía pública en caso de no poder mantener la distancia de seguridad recomendada ⁽¹⁵²⁾.

Aun así, no fue posible contener el aumento en el número de contagios, resultando, a finales de año, en un endurecimiento de las medidas, pero sin llegar a dictaminarse un confinamiento domiciliario. Pese a ello, la totalidad de las previsiones realizadas por expertos en la materia se cumplieron, y tras el periodo navideño se desencadenó una nueva ola.

2.3.2. Medidas de contención implementadas a nivel regional

Tal y como se ha podido comprobar previamente, la pandemia no se desarrolló por igual a lo largo del territorio español. Debido a ello, y dado que la muestra del estudio proviene de la ciudad de Valencia y su Área metropolitana, resulta interesante exponer los hechos más relevantes acontecidos en la Comunidad Valenciana durante el año 2020.

Previo a la declaración del Estado de Alarma, cabe destacar que ya se habían detectado casos de infección por SARS-CoV-2 en la Comunidad Valenciana. Concretamente, el 26 de febrero se diagnosticó el primer caso de COVID-19 y el 4 de marzo se anunció la primera defunción causada por esta enfermedad ⁽¹⁵³⁾.

Debido al aumento progresivo de casos, se decidieron postponer las fiestas regionales más importantes, como las Fallas, con la finalidad de garantizar la seguridad de la población ⁽¹⁵³⁾.

Tal y como se ha comentado previamente, el 14 de marzo se declaró el Estado de Alarma ^(102, 103). De igual forma que en el resto del territorio español ello supuso la proclamación del confinamiento domiciliario. Una vez controlada la enfermedad, el gobierno procedió a levantar, gradualmente, las restricciones con el objetivo de volver, de forma progresiva, a la normalidad.

Una de las medidas que mayor impacto tuvo sobre la población infantil fue permitir que niños/as, acompañados de un adulto, pudieran salir a la calle durante una hora. Esta medida se llevó a cabo a partir de finales de abril. Para principios de mayo, se autorizó que la totalidad de la población saliera a la calle ⁽¹⁵³⁾.

En paralelo, a mitad del mes de mayo se dieron directrices sobre la actuación a seguir en el ámbito de la educación. En este sentido, se decidió dar por finalizado el curso escolar para las clases de Infantil, mientras que los/as alumnos/as de las clases

de Primaria, Secundaria y Bachiller podían retomar las clases, voluntariamente, hasta que acabara el curso escolar ⁽¹⁵³⁾.

Como se ha mencionado previamente, siguiendo lo dispuesto en el plan de desescalada, las comunidades autónomas fueron recuperando paulatinamente las actividades de la vida diaria en función del número de casos COVID-19 registrados. En el caso de Valencia, se alcanzó la fase I a mediados de mayo, permitiendo así, la apertura del pequeño comercio y de terrazas y las reuniones sociales de hasta 10 individuos ⁽¹⁵³⁾. A principios de junio, Valencia entró en la fase II, lo que conllevó a la apertura de playas y centros comerciales. Todavía no se autorizaba a viajar entre provincias. Unas semanas más tarde, y previo a la proclamación del fin del estado de alarma, se permitió a los/as valencianos/as a viajar entre provincias y se aumentó el aforo en el sector de la hostelería ⁽¹⁵³⁾.

Asimismo, desde el fin del estado de alarma y hasta mediados de agosto las medidas se fueron suavizando, llegándose a reabrir el ocio nocturno ⁽¹⁵³⁾. Con ello, se observó un aumento del número de infecciones por SARS-CoV-2. En consecuencia, el gobierno decidió endurecer las medidas hasta intentar controlar los nuevos rebrotes.

En lo referente a la vuelta al colegio, se establecieron medidas para garantizar un aula segura, tales como medir la temperatura corporal, aplicar gel hidroalcohólico antes de entrar al recinto escolar y al aula, crear un sistema de ventilación adecuado, establecer una distancia de seguridad entre alumnos/as en el aula y en el comedor y utilizar mascarillas ⁽¹⁵³⁾.

A pesar de las recomendaciones de diferentes instituciones sanitarias y el endurecimiento de las medidas, la incidencia acumulada fue aumentando hasta el punto de establecer desde mediados de octubre un toque de queda de doce a seis de la mañana, disminuir el aforo en los comercios y en la hostelería hasta en un 50% y cerrar perimetralmente la Comunidad Valenciana.

No obstante, aún con las restricciones impuestas por el gobierno, no se pudo evitar una nueva ola. Ésta se mantendría hasta principios del año 2021 (Figura 7).

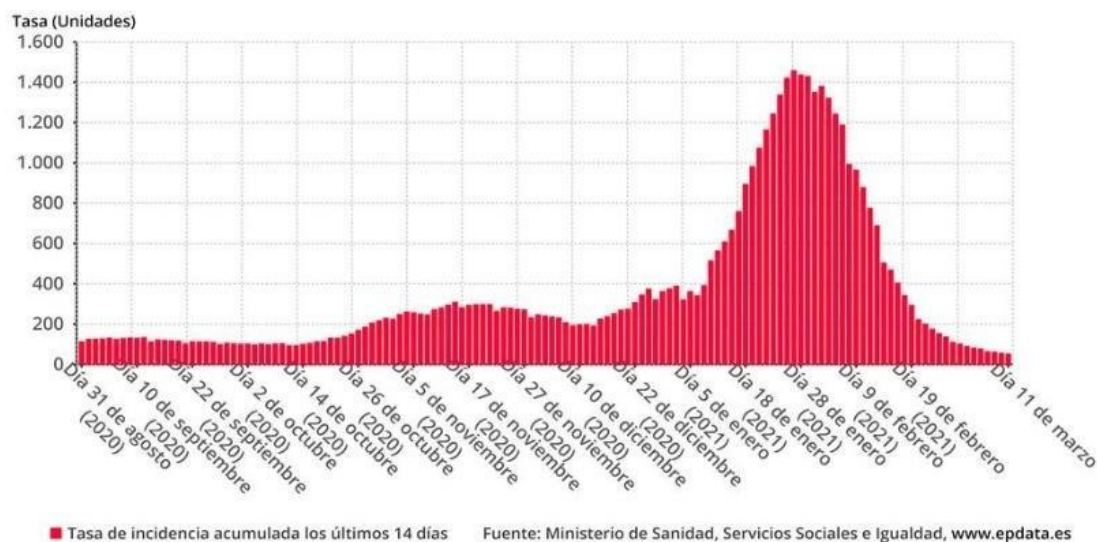


Figura 7. Tasa de incidencia acumulada en los últimos 14 días por 100.000 habitantes en la Comunidad Valenciana.

(Imagen obtenida de Redacción Digital Valencia. (12 de marzo 2021). La incidencia del COVID en la Comunidad Valenciana ya roza el riesgo. (https://www.cope.es/emisoras/comunidad-valenciana/valencia-provincia/noticias/incidencia-del-covid-comunidad-valenciana-roza-riesgo-bajo-20210312_1186769)

En relación con el aumento de contagios, es necesario mencionar que, todas las miradas y la esperanza de la población recaía sobre la vacunación frente al SARS-CoV-2, ya que se consideró una medida eficaz para frenar el aumento y la gravedad de los contagios. La vacunación no se iniciaría en la comunidad hasta finales de diciembre, siendo los primeros en vacunarse el personal sanitario y los residentes de centros geriátricos ⁽¹⁵⁴⁾.

2.4. ANSIEDAD EN ÉPOCA DE PANDEMIA

A pesar de que este trabajo se centra en el estudio de la ansiedad en niño/as durante la última pandemia, es decir, la pandemia COVID-19, no hay que olvidar que todo evento negativo para un ser humano desencadena una respuesta en él.

Generalmente, esta respuesta suele tener connotaciones negativas y en un número considerable de ocasiones se trata de ansiedad. Es por ello, que antes de profundizar en la ansiedad experimentada por la población durante esta última crisis sanitaria, se expondrá lo acontecido en otras pandemias o desastres naturales.

2.4.1. Ansiedad durante otras pandemias o desastres naturales

Previo a describir el comportamiento de un individuo durante una pandemia se considera necesario poner de manifiesto que ésta podría compararse con un desastre natural. Las características que ambas comparten son el hecho de que rompen con la rutina de forma abrupta y que la comunidad carece de capacidad para responder frente a ellas ^(75, 107).

Además, resulta interesante resaltar que, las pandemias no sólo tienen consecuencias negativas en múltiples esferas de la sociedad, sino que también generan la necesidad de establecer medidas para evitar su propagación ⁽⁷⁵⁾.

En paralelo, la comunidad científica ha determinado que los individuos expuestos de forma directa o indirecta a un evento traumático experimentan, en mayor o menor medida, estrés emocional. ⁽⁸¹⁾ En este sentido, es importante destacar que la población infantojuvenil es la más vulnerable a sufrir las consecuencias negativas derivadas de estas situaciones, puesto que poseen menos herramientas para afrontarlas ^(83, 118, 155).

En lo referente a los efectos psicológicos en la población infantil, conviene señalar que los artículos publicados que versan sobre esta materia son escasos ^(19, 75, 95, 156, 157). Aun así, la literatura científica revisada revela que la sintomatología más frecuente que han experimentado estos/as niño/as ha sido ansiedad, depresión, trastornos del sueño, sintomatología digestiva como dolor abdominal o diarrea, y cefalea ^(19, 78, 158).

Conviene subrayar que las pandemias no son eventos que acontezcan de forma frecuente. Sin embargo, en concordancia con lo expuesto en párrafos anteriores, estudios realizados durante la pandemia de la gripe aviar H1N1, SARS-CoV-1, MERS-CoV y Ébola pusieron de manifiesto el aumento de ansiedad, depresión, síndrome de estrés postraumático, estigma social y miedo al contagio en la población infanto-juvenil ^(75, 115, 156, 159). Asimismo, expusieron que dicha sintomatología era más prevalente en aquellos/as niños/as que habían sufrido la enfermedad o consecuencias directas derivada de ella, tales como confinamiento o duelo, que aquellos/as que no ^(75,159).

En paralelo, un estudio destacó la importancia que tienen las restricciones decretadas en la aparición de trastornos mentales. En este sentido, planteó que durante la pandemia SARS-CoV-1, donde las medidas de aislamiento fueron muy

estrictas, los niveles de ansiedad fueron mayores que durante la de la gripe A (H1N1) o Ébola, en las cuales la enfermedad se contuvo de forma rápida y las tasas de infección fueron más bajas ⁽⁷⁵⁾.

En definitiva, lo expuesto en los párrafos previos enfatiza el hecho de que durante pandemias o desastres naturales no sólo hay que velar por la seguridad y la salud física de la población, sino también por la salud mental.

2.4.2. Ansiedad durante la pandemia COVID-19

Según lo expuesto en el apartado anterior, las pandemias podrían compararse con desastres naturales en lo referente al impacto en la sociedad y al comportamiento de la misma para afrontar la situación. Aun así, existe una diferencia muy significativa entre ellas, también expuesta previamente. Esta es que en las pandemias el distanciamiento social y la dificultad para mantener las relaciones interpersonales de forma prolongada agrava el impacto psicológico negativo experimentado por la población ⁽⁷⁵⁾.

De la misma manera, durante una pandemia no es infrecuente que los individuos experimenten situaciones como estrés, preocupación y/o miedo. En esta línea, resulta importante destacar que la pandemia COVID-19, descrita como la única pandemia acontecida en nuestra historia reciente, ha supuesto una crisis social, económica y sanitaria a nivel mundial ⁽⁷⁵⁾.

En paralelo, es necesario resaltar que los medios de comunicación han sido los encargados de perpetuar los sentimientos de miedo a contraer la enfermedad, de preocupación excesiva y de inseguridad, puesto que han ido actualizando, de forma diaria, datos sobre el número de ingresados en UCI, el número de fallecidos y el número de contagios ⁽⁸³⁾.

En consecuencia, a la hora de valorar el impacto psicológico en la sociedad, concretamente en términos de ansiedad, se podría afirmar que es debido tanto a los efectos directos derivados de padecer la enfermedad como a los originados por la pandemia ^(75, 160).

Por un lado, la alta morbimortalidad ocasionada ha tenido un efecto devastador en la salud mental de la población ⁽¹⁶¹⁾. Por otro lado, las restricciones sociales impuestas por el Gobierno, con la intención de frenar la progresión de la enfermedad, también han jugado un papel determinante. Asimismo, el hecho de imponer un

confinamiento domiciliario prolongado o el distanciamiento social ha afectado al día a día de la población, desencadenando en un aumento de síntomas relacionados con la ansiedad ^(117, 121, 162).

Con respecto a los datos obtenidos sobre el estado psicológico de la población al inicio de la pandemia, cabe reseñar que los estudios que versan sobre esta temática son escasos ^(106, 114). Sin embargo, la escasa evidencia publicada pone de manifiesto que el bienestar de la población, tanto en el presente como el futuro, podría verse afectado ⁽⁷⁵⁾.

En definitiva, la evolución inesperada de los acontecimientos y la exposición prolongada a emociones con connotaciones negativas ha generado un cambio en el estilo de vida de la población ⁽⁹⁶⁾ y un aumento de síntomas tales como estrés o ansiedad ^(78, 163, 164).

Por todo lo expuesto anteriormente, los problemas de salud mental, tanto a corto como a largo plazo, los cuales habían quedado relegados a un segundo plano en pandemias previas, pasan a jugar un papel importante en esta pandemia. A lo largo de este apartado se intentará hacer hincapié en la importancia que tienen, con la intención de que no pasen desapercibidos para futuros desastres naturales o pandemias.

2.4.2.1. Ansiedad durante la pandemia COVID-19 en población adulta

La pandemia COVID-19 es una emergencia de salud pública de interés internacional que ha supuesto un desafío para los profesionales sanitarios en múltiples aspectos. Al inicio de la pandemia, el punto de mira se situó en la gravedad de los pacientes y en menguar el número de contagiados/as. A medida que la pandemia iba evolucionando, otro de los retos a los que se tuvo que hacer frente fue al impacto psicológico a corto y largo plazo derivado de ella, tanto de forma directa como indirecta ⁽¹⁵⁵⁾.

En concordancia con lo expuesto anteriormente, estudios realizados en población adulta a nivel mundial indican que la pandemia podía no sólo agravar la patología psiquiátrica ya existente, sino, también, suponer la aparición de nuevos trastornos ⁽¹⁰⁶⁾. En este sentido, los síntomas que con mayor frecuencia se detectaron

dentro de este grupo etario fueron ansiedad, depresión y estrés post traumático ^(114, 115, 162).

De la misma manera, las medidas adoptadas durante el periodo de confinamiento tuvieron un efecto perjudicial sobre la salud mental de la población adulta ^(111, 163, 165). Estos datos se reflejan en un estudio realizado, donde proyectaban que la prevalencia de la ansiedad en la población general podría ser hasta tres veces más elevada que en la época previa a la pandemia ⁽⁶⁹⁾.

A propósito de lo expuesto previamente, resulta interesante mencionar algunos de los estudios que se llevaron a cabo durante el primer año de la pandemia, cuya finalidad era valorar su impacto en la sociedad. Con respecto a los trabajos publicados resulta interesante destacar que los primeros resultados provienen de la población china, debido a que ésta fue la primera en entrar en contacto con la enfermedad. Un estudio que incluyó a un total de 1210 participantes de 194 ciudades puso de manifiesto que para el 53.8% de los/as encuestados/as la pandemia COVID-19 había repercutido de forma negativa en su bienestar emocional, mientras que un 28.8% presentaron un nivel de ansiedad moderado-grave ⁽¹⁶⁶⁾.

Por otro lado, cabe destacar dos estudios realizados en la población adulta española. El primero de ellos, realizado en 2055 individuos, resaltó que la pandemia había tenido un alto impacto en su rutina diaria, llegando el 25% de la muestra a manifestar sintomatología compatible con un nivel leve-moderado de ansiedad. ⁽⁸³⁾ El segundo de ellos, es un estudio longitudinal en el que se valora la ansiedad en tres momentos diferentes del primer semestre del año 2020, concretamente al inicio de la pandemia, durante el confinamiento domiciliario estricto y tras el inicio de la desescalada. Los resultados muestran niveles elevados de ansiedad tanto al inicio de la pandemia como durante el confinamiento domiciliario estricto. A pesar de que el nivel de ansiedad disminuyó con el inicio de la desescalada, éste no fue significativo ⁽¹⁰¹⁾.

Asimismo, un estudio realizado en la población adulta de diferentes países, se detectó que desde el inicio de la misma los niveles de estrés eran elevados, llegando a valores patológicos en más de la mitad de los/as encuestados/as ⁽¹⁶²⁾.

Para finalizar, es posible afirmar que tanto la enfermedad COVID-19 como los actos derivados de la contención de la enfermedad han tenido un impacto psicológico en la población adulta, razón por la cual se ha de dar voz a esta problemática con la finalidad de detectarla a tiempo y ponerle solución.

2.4.2.2. *Ansiedad durante la pandemia COVID-19 en población infantil*

Desde el punto de vista de salud pública la población infantil podría considerarse una población menos vulnerable en lo referente a sufrir las consecuencias derivadas de contraer la infección por SARS-CoV-2. A pesar de ello, los desafíos emocionales secundarios a la pandemia sí que podrían ser determinantes para este grupo etario ^(167, 168).

En relación con las restricciones implementadas durante la pandemia, tales como el confinamiento domiciliario o el cierre de los centros escolares, conviene señalar que los/as niños/as han sufrido un cambio sustancial en su rutina diaria. Además, factores estresantes como el aburrimiento, el miedo a contagiarse o el exceso de información por parte de los medios de comunicación podrían perpetuar el impacto ocasionado por el cese abrupto de la rutina ^(156, 167, 169, 170).

En este sentido, cabe reseñar que la población infantil es más sensible a las modificaciones de la rutina diaria que la población adulta ⁽¹⁶⁹⁾. Asimismo, poseen una menor capacidad de reacción frente a los cambios debido a que se encuentran en fase de desarrollo, tanto físico como psicológico ⁽¹⁰⁸⁾. Todo ello contribuiría a que el impacto psicológico derivado de la pandemia pudiera tener consecuencias negativas tanto a corto como a largo plazo ⁽¹⁶⁷⁾.

Tal y como se puntualizó en el apartado anterior, la evidencia existente sobre los problemas psicológicos secundarios a desastres naturales o emergencias sanitarias es escasa en la población adulta. En lo concerniente a la población infantil, es importante señalar que es, incluso, más reducida ^(19, 75, 156, 157).

Aun así, se estima que se ha producido un aumento en la prevalencia de los problemas emocionales en comparación con épocas anteriores, llegando, en algunos países, a ser superior al de la población adulta ^(162, 171).

Debido a que China fue el primer país que se vio afectado por esta crisis sanitaria, se ha considerado conveniente poner de manifiesto cómo ha repercutido ésta en la salud mental de los/as más pequeños/as durante la primera etapa de la pandemia. Los datos obtenidos sugieren que las medidas adoptadas son un factor estresante para los/as niños/as, provocando un aumento de las tasas de ansiedad y depresión ^(75, 78).

De la misma manera, en España se observó un patrón similar al evidenciado en la población china. En este sentido, es cierto que el impacto de la pandemia ha supuesto un incremento de las reacciones emocionales con connotaciones negativas experimentadas por los/as niños/as y afectando, así, a su bienestar ^(106, 110, 117, 166). En relación con esto, se realizó un estudio en el que los padres valoraron el impacto de la cuarentena en sus hijos/as. A través de un cuestionario online evaluaron la existencia de tanto problemas de conducta o de sueño como su bienestar emocional. Los resultados obtenidos demostraron que prácticamente en el 70% de los/as niños/as aparecieron emociones negativas, razón por la cual es posible afirmar que la pandemia tiene un impacto negativo en la salud mental de los/as más pequeños/as ⁽¹⁰⁶⁾.

En este sentido, países de todos los continentes manifestaron su preocupación por las consecuencias psicológicas derivadas de la pandemia. Asimismo, estudios preliminares realizados en Reino Unido, Estados Unidos, Corea y Australia coincidieron en que la población infantojuvenil es la que ha experimentado un mayor incremento en la aparición de trastornos emocionales ⁽¹⁶²⁾. Tanto es así, que el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) publicó que se había objetivado un aumento de las conversaciones en redes sociales relacionadas con la ansiedad entre adolescentes ⁽⁷⁸⁾. Paralelamente, en Canadá, durante abril de 2020, una línea telefónica nacional de ayuda para niños y adolescentes, conocida como *Kids Help Phone*, detectó un aumento del 42% en las llamadas que versaban sobre ansiedad y estrés ⁽¹⁶¹⁾.

Para concluir, cabe considerar la vulnerabilidad de este grupo etario en lo referente a la impronta psicológica que la pandemia ha podido ocasionarles. Es cierto que no han estado en la primera línea de combate, pero podrían convertirse en víctimas psicológicas de esta catástrofe.

A pesar de que en la actualidad se desconoce la envergadura de las consecuencias derivadas de la pandemia COVID-19, es cierto que el impacto en la salud mental, tanto a corto como a largo plazo, es una preocupación creciente entre profesionales sanitarios. Este hecho no hace más que resaltar la necesidad de profundizar en su estudio, puesto que no sólo permitirá conocer el impacto que tienen las crisis sanitarias en esta población ⁽¹¹¹⁾, sino también contribuirá a crear estrategias para evitar las consecuencias negativas en el presente y en el futuro.

CAPÍTULO 3. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

3.1. MOTIVACIONES PARA REALIZAR EL TRABAJO

La ansiedad se encuentra entre los problemas psicológicos de mayor prevalencia a nivel mundial ^(67, 68), considerándose uno de los síntomas más frecuentes dentro del ámbito de la psiquiatría infantil ⁽⁷²⁾. Asimismo, las consecuencias derivadas de ésta tienen repercusiones tanto a corto como a largo plazo, pudiendo llegar a mermar el desarrollo de la autoestima y la adaptación social de niños y adolescentes ^(15, 18, 48, 49, 63).

Tal y como se ha mencionado previamente, los trabajos que versan sobre las implicaciones psicopatológicas de la población general en relación a epidemias han permanecido en un segundo plano ^(69, 172). Aun así, en los estudios realizados se pone de manifiesto que un elevado porcentaje de individuos presentan síntomas psicológicos y trastornos emocionales ⁽⁷⁵⁾.

Concretamente, en relación a la pandemia COVID-19, se ha demostrado un empeoramiento en la salud mental de la población, especialmente en aquellos que ya eran más vulnerables ^(78, 101, 107). En referencia a ello, requieren especial mención los niños y adolescentes, puesto que poseen un menor número de habilidades personales y emocionales para manejar acontecimientos estresantes ⁽¹¹⁸⁾.

En este sentido, el número de investigaciones que tratan la salud mental infanto-juvenil durante la pandemia es limitado ^(75, 106, 157, 159). Este hecho no hace más que resaltar la necesidad de profundizar en su estudio, puesto que no sólo permitirá conocer el impacto que tienen las crisis sanitarias en esta población ⁽¹¹¹⁾, sino también contribuirá a crear estrategias para evitar las consecuencias negativas en el presente y en el futuro.

A lo largo de estos últimos años se ha publicado en diferentes artículos de divulgación científica un incremento de la ansiedad en los niños durante la pandemia COVID-19. La gran mayoría de ellos se han llevado a cabo en los momentos más adversos de la pandemia, tales como el confinamiento domiciliario estricto ^(106, 114, 115, 117, 156, 158, 159, 172).

Paralelamente, no se ha encontrado en la literatura ningún artículo en el cual se valore cómo han afectado en su conjunto las medidas gubernamentales aplicadas y los diferentes cambios de rutina. En este sentido, resulta conveniente señalar que no sólo se debería tener en consideración aquellos momentos en los cuales las medidas

adoptadas eran muy restrictivas sino también aquellos en los que se ha ido normalizando la situación.

A pesar de que en la actualidad se desconoce la envergadura de las consecuencias derivadas de la pandemia COVID-19, es cierto que el impacto en la salud mental, tanto a corto como a largo plazo, es una preocupación creciente entre profesionales sanitarios ⁽¹⁶¹⁾.

Por tanto, tras revisar la literatura científica que versa sobre esta temática, se constata que el impacto psicosocial de la COVID-19 sobre la población infantojuvenil es un campo de estudio que requiere ampliación. A pesar de que su estudio se ha incrementado desde el inicio de la pandemia, hasta el día de hoy son escasas las investigaciones realizadas que establecen una correlación entre las características sociodemográficas y la ansiedad en este grupo etario. Todo lo mencionado con anterioridad demuestra que existe una sólida justificación para realizar este trabajo.

3.2. HIPÓTESIS

En consonancia con la revisión de la literatura científica realizada y atendiendo a las necesidades actuales de determinar el impacto psicosocial ocasionado por la pandemia COVID-19 en la población infanto-juvenil, se plantean las siguientes hipótesis:

- H0 (nula)

No existe un aumento de la ansiedad en la población infanto-juvenil de Valencia y su Área metropolitana durante la pandemia COVID-19, concretamente durante el año 2020.

- H1 (alternativa)

Existe un aumento de la ansiedad en la población infanto-juvenil de Valencia y su Área metropolitana durante la pandemia COVID-19, concretamente durante el año 2020.

3.3. OBJETIVOS

Con la intención de contribuir a ampliar el conocimiento sobre la ansiedad en la población pediátrica y de demostrar la hipótesis planteada el trabajo propuesto

tiene como objetivo principal probar que se ha producido un aumento de los niveles de ansiedad a raíz de las vivencias experimentadas durante la pandemia COVID-19.

Así pues, el objetivo principal y los objetivos secundarios son los que se exponen a continuación.

3.3.1. Objetivo principal

- Valorar la ansiedad en la población infanto-juvenil de Valencia y su Área metropolitana durante la pandemia COVID-19, en concreto durante el año 2020.

3.3.2. Objetivos secundarios

- Valorar el aumento del nivel de ansiedad en función de la edad.
- Determinar si existen diferencias en el nivel de la ansiedad en función del sexo.
- Señalar si existen diferencias en el nivel de ansiedad de acuerdo con las características de la unidad familiar.
- Analizar si existen diferencias en el nivel de ansiedad según el nivel de estudios del/de los tutor/es legal/es.
- Determinar si existen diferencias en el nivel de ansiedad en función de si tienen mascota o no y del tipo de mascota.
- Indicar si existen diferencias en el nivel de ansiedad dependiendo del lugar de residencia y las características de la vivienda.
- Evaluar el nivel de ansiedad dependiendo de la asistencia a clase y realización de actividades extraescolares durante la pandemia COVID-19, concretamente el año 2020. En el caso en el que hayan dejado de realizar actividades extraescolares, se valorará si existen diferencias entre los distintos motivos.
- Valorar si existen diferencias en el nivel de ansiedad en función de la situación laboral del/de los tutor/es legal/es durante la pandemia.
- Examinar si existen diferencias en el nivel de ansiedad dependiendo de si un miembro del núcleo familiar ha padecido la COVID-19 y, en el caso de que sí, dependiendo de la gravedad.
- Valorar si existen diferencias en el nivel de ansiedad en función de si han padecido o no la COVID-19. En el supuesto en el que hayan sido diagnosticados, estudiar el nivel de ansiedad dependiendo de la gravedad de la enfermedad y de si han estado aislados o no del núcleo familiar.

- Observar si existen diferencias en el nivel de ansiedad en función de si han tenido que realizar aislamiento domiciliario por ser contacto estrecho. En caso afirmativo, valorar el nivel ansiedad según el número de veces que hubieran estado aislados/as y el motivo del aislamiento.
- Evaluar si existen diferencias en la ansiedad-estado (A-E) en función de los valores registrados para ansiedad-rasgo (A-R).

CAPÍTULO 4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

A lo largo de este apartado se procederá a describir de qué manera se ha diseñado el estudio, es decir, el tipo de estudio que es, la población participante, cómo se ha reclutado la muestra y las variables que se analizarán.

4.1.1. Tipo de estudio

Se ha realizado un estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico con la intención de valorar si se ha registrado un incremento de la ansiedad en la población infantojuvenil derivada de la pandemia COVID-19.

4.1.2. Población de estudio

La población de estudio está formada por niños y niñas sanos/as con edades comprendidas entre diez y hasta quince años, que residen en Valencia o el Área metropolitana.

4.1.2.1. *Cálculo del tamaño muestral*

Por lo que se refiere al cálculo del tamaño de la muestra es importante destacar que se ha realizado considerando una prevalencia de la ansiedad en la población infantojuvenil de entre el 3-21% (14, 15, 18, 48, 49, 63, 74), tal y como se ha mencionado anteriormente. Dada la amplitud del rango de prevalencia de la ansiedad, se ha tomado 20% como valor de referencia.

Con el objetivo de valorar si se ha producido un aumento en la prevalencia de la ansiedad con respecto a los valores publicados con un nivel de confianza del 95% y una potencia estadística del 90%, se calculó que era necesario reclutar una muestra de 188 niños y niñas (Tabla 5).

Tabla 5. Cálculo del tamaño muestral.

PARÁMETROS DE ESTUDIO	VALORES ASIGNADOS
Incidencia población infantojuvenil	20%
Incidencia población de estudio	30%
ERROR α	0.05
ERROR β	0.1
Potencia estadística	0.9
Total de la población a reclutar	188

4.1.2.2. Criterios de selección

4.1.2.2.1. Criterios de inclusión

- Niños/as entre diez y hasta quince años que residan en el Valencia o su Área metropolitana (compuesta de 45 municipios: Alacuás, Albal, Albalat dels Sorells, Alboraya, Albuixech, Alcácer, Aldaya, Alfafar, Alfara del Patriarca, Almácer, Benetúser, Beniparell, Bonrepós y Mirambell, Burjassot, Catarroja, Chirivella, Quart de Poblet, El Puig, Emperador, Foios, Godella, Lugar Nuevo de la Corona, Manises, Masalfasar, Masamagrell, Masanasa, Meliana, Mislata, Moncada, Museros, Paiporta, Paterna, Picaña, Picassent, Puebla de Farnals, Puzol, Rafelbuñol, Rocafort, San Antonio de Benagéber, Sedaví, Silla, Tabernes Blanques, Torrent, Valencia y Vinalsa).
- Ausencia de historia previa de enfermedad crónica grave, patología neuropsiquiátrica, alteraciones del sueño conocidas y trastornos del comportamiento.
- Aceptar participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

4.1.2.2.2. Criterios de exclusión

- Niños/as menores de diez años y mayores de quince años.
- Niños/as que no residan en Valencia ni en su Área metropolitana.
- Existencia historia previa de enfermedad crónica grave o patología neuropsiquiátrica o alteraciones del sueño conocidas o trastornos del comportamiento
- No estar de acuerdo en participar en el estudio o no aportar el consentimiento informado.

4.1.3. Reclutamiento de la muestra

En relación con la selección de pacientes, cabe mencionar que se realizó un muestreo por conveniencia. Concretamente, se reclutaron niños/as sanos/as, que cumplieran los criterios de inclusión expuestos en el apartado anterior, que acudían a consultas externas del Hospital Universitario Doctor Peset o a diferentes centros de salud tanto de Valencia como del Área metropolitana de Valencia.

Asimismo, la aproximación inicial a la población participante se realizó a través de los/las pediatras de consultas externas y de atención primaria con la intención de aprovechar el canal de comunicación existente entre ellos/as. De esta manera, las dudas derivadas del estudio que tanto los/as niños/as o tutor/es legal/es tuvieran, podrían ser resueltas por un profesional sanitario de confianza.

4.1.4. Variables a estudiar

En relación con las variables a estudiar, resulta importante destacar que el objetivo principal de este estudio es analizar si, durante el año 2020, ha habido un aumento de la ansiedad en la población infantojuvenil de Valencia y su Área metropolitana derivado de la pandemia COVID-19.

Con este propósito, las variables serán recogidas a través de dos cuestionarios (anexo 1), los cuales se explicarán en el siguiente apartado. Son las que se muestran en la siguiente tabla (Tabla 6).

Tabla 6. Variables a estudio.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	
Ansiedad-Estado	Cuantitativa	Discreta
Ansiedad-Rasgo	Cuantitativa	Discreta
Edad	Cuantitativa	Discreta
Sexo	Cualitativa	Dicotómica
Unidad familiar	Cualitativa	Dicotómica
Número de hermanos	Cuantitativa	Discreta
Nivel de educación tutor/es legal/es	Cualitativa	Categórica
Mascota	Cualitativa	Dicotómica
- Tipo de mascota	Cualitativa	Categórica
Lugar de residencia	Cualitativa	Dicotómica
Características de la vivienda	Cualitativa	Categórica
Asistencia a clase	Cualitativa	Categórica
Situación laboral tutor/es legal/es	Cualitativa	Categórica
Actividad extraescolar	Cualitativa	Dicotómica
- Motivo por el que no realiza actividad extraescolar	Cualitativa	Categórica
Caso conocido diagnosticado de COVID-19	Cualitativa	Dicotómica
- Gravedad de la enfermedad	Cualitativa	Categórica
Familiar cercano diagnosticado de COVID-19	Cualitativa	Dicotómica
- Gravedad de la enfermedad	Cualitativa	Categórica
Diagnóstico de COVID-19	Cualitativa	Dicotómica
- Gravedad de la enfermedad	Cualitativa	Categórica
- Necesidad de aislamiento del grupo familiar	Cualitativa	Dicotómica
Aislamiento por contacto estrecho	Cualitativa	Dicotómica
- Origen del contacto	Cualitativa	Categórica
- Número de aislamientos	Cuantitativa	Discreta

4.2. METODOLOGÍA

4.2.1. Datos sociodemográficos

En la realización de este estudio, aparte de valorar la ansiedad en la población infantojuvenil de Valencia y su Área metropolitana, se han tenido en cuenta diferentes variables sociodemográficas. El objetivo derivado de ello es determinar si existe relación entre estas variables y la ansiedad y, en caso de que exista, qué tipo de relación es.

Con este fin, se ha realizado un cuestionario de catorce preguntas de respuesta múltiple, el cual debe ser respondido por el/la tutor/a legal. En él se valoran características del núcleo familiar, de la vivienda, de la actividad escolar durante el año 2020 y de la pandemia COVID-19 (Anexo 1).

4.2.2. Evaluación de la ansiedad

Existen un amplio número de herramientas que permiten evaluar el grado de ansiedad de un individuo. A pesar de que todas ellas miden la ansiedad, algunas no lo hacen de forma específica, ya que la valoran conjuntamente con otras áreas del comportamiento. Es por ello, que la elección de la herramienta a utilizar es uno de los pilares fundamentales en el diseño de un estudio que verse sobre ansiedad.

A lo largo de este apartado se explicará la herramienta utilizada para evaluar la ansiedad en la muestra de estudio, el cuestionario STAI-C.

4.2.2.1. Cuestionario STAI-C

4.2.2.1.1. Descripción de la escala original

“*State-Trait Anxiety Inventory*” (STAI) es el nombre original del cuestionario que en español se conoce como Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo. Fue diseñado por Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1970 ⁽⁹⁾.

Tal y como se ha mencionado previamente, Spielberger fue el encargado de establecer las bases de la teoría rasgo-estado. Dentro de esta vertiente, la ansiedad se valora desde dos puntos de vista diferentes. Por un lado, la ansiedad-estado hace referencia a un periodo transitorio durante el cual se percibe como amenazante una

situación. Por otro lado, la ansiedad-rasgo se define como la tendencia de un individuo a percibir como amenazantes diferentes situaciones.

Asimismo, cabe reseñar que en el STAI se ven reflejadas estas dos acepciones, permitiendo, así, ahondar en el fenómeno de ansiedad a través de dos conceptos independientes ^(63, 67).

Paralelamente, es importante destacar que es una de las herramientas más utilizadas en la práctica clínica habitual para valorar la ansiedad ^(8,7,9). Tanto es así que se ha traducido a más de 30 idiomas y se ha utilizada en más de 3000 estudios ^(67,173).

En relación con la descripción y el funcionamiento del cuestionario es necesario señalar que se divide en dos escalas diferentes, la escala ansiedad-estado (A-E) y la escala ansiedad-rasgo (A-R) ^(43, 174). Cada una de ellas está compuesta por veinte ítems, estando algunos de ellos redactados de forma positiva y otros de forma negativa. Cada ítem se evalúa según una escala de respuesta *Likert* de cuatro puntos, es decir, desde uno (nada) a cuatro (mucho) ^(115, 173). La puntuación total puede oscilar entre veinte y ochenta, entendiéndose que a mayor puntuación mayor nivel de A-E o A-R ⁽⁶⁷⁾.

Además, es importante incidir en el hecho de que este cuestionario puede autoaplicarse sin la necesidad de que en el momento de su realización esté presente personal cualificado ⁽¹⁷⁵⁾. A pesar de ello, es importante señalar que las instrucciones para la escala A-R no deberían modificarse bajo ningún concepto, mientras que aquellas para la A-E podrían variar en función de la situación o el tiempo específico que quiera evaluarse. Además, el cuestionario ha de responderse siempre en el mismo orden, primero la A-E y posteriormente la A-R ⁽¹⁷⁵⁾.

Por último, resulta necesario mencionar las propiedades psicométricas del STAI. Posee valores de α de Cronbach que oscilan entre 0.86 y 0.95 para la escala A-R y entre 0.89 y 0.91 para la escala A-E. Además, la correlación test-retest muestra un promedio de $r:0.88$ en intervalos de tiempos múltiples ⁽⁴³⁾. En definitiva, es posible afirmar que presenta una buena consistencia interna, fiabilidad test-retest y una adecuada validez convergente y discriminante con otras medidas de A-E y A-R ⁽¹⁷³⁾.

4.2.2.1.2. *Descripción de la adaptación española*

En concordancia con lo expuesto en el apartado anterior sobre la traducción del cuestionario a más de treinta idiomas diferentes, conviene señalar que el español fue uno de los idiomas a los que se tradujo. Su adaptación se llevó a cabo gracias al trabajo de Bermúdez y TEA Ediciones fue la encargada de comercializarlo ⁽⁶⁷⁾.

En este sentido, es importante destacar que existen algunas diferencias con respecto a la versión original. Tal y como se explicó previamente, la versión original se evalúa siguiendo una escala *Likert* de cuatro puntos (uno - cuatro). En el caso de la versión española, la escala *Likert* se ha modificado para ofrecer una puntuación entre cero y tres. Ello, hace que el total de cada escala oscile entre cero y sesenta puntos ⁽⁶⁷⁾. No obstante, las escalas de A-E y A-R no se han modificado con respecto a la versión original, es decir, cada una posee veinte ítems.

En relación con las propiedades psicométricas, es importante recalcar el hecho de que son similares a la versión original, puesto que presenta valores de α de Cronbach de 0.90 para la escala A-R y de 0.94 para la escala A-E ⁽⁶⁷⁾.

Para terminar, es importante hacer referencia al impacto que el cuestionario STAI ha tenido en España. Resulta interesante hacer hincapié en el hecho de que es uno de los cuestionarios más utilizados. Concretamente, es el séptimo más utilizado según Muñiz y Fernández-Hermida ⁽⁶⁷⁾.

4.2.2.1.3. Descripción de la adaptación a la población pediátrica

Tras la elaboración y publicación del cuestionario STAI para la población adulta, Spielberger decidió realizar una adaptación para la población infantil. En un primer momento, diseñó el cuestionario “*State-Trait Anxiety Inventory for Children*” (STAI-C) con la finalidad de valorar la ansiedad en niños/as en edad escolar, concretamente en la enseñanza primaria, es decir de nueve a doce años ^(175, 176). La validación en la población infantil española fue realizada por Seisdedos en 1982.

Asimismo, el uso de este cuestionario ha aumentado de forma progresiva hasta convertirse en el *gold standard* ^(8, 174, 177). De hecho, se utiliza como herramienta de screening en aquellos niños/as en los que se sospecha que puedan padecer ansiedad o un trastorno de ansiedad ⁽¹⁷⁴⁾.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, cabe reseñar que, al igual que la versión original y la adaptación española, presenta una fiabilidad, consistencia interna y validez satisfactoria ⁽¹⁷⁵⁾. Concretamente, en la adaptación española en una muestra de 1013 sujetos el coeficiente de fiabilidad KR-20 fue para la A-E de 0.93 para varones y de 0.87 para mujeres y para la A-R de 0.91 para varones y de 0.87 para mujeres. Estos datos sugieren que el cuestionario STAI-C es un instrumento útil para valorar la ansiedad ^(174, 175), motivo por el cual fue elegido para llevar a cabo este estudio.

En este sentido, en un análisis psicométrico realizado en una muestra de la población infantil valenciana concluye, también, que el cuestionario STAI-C posee una adecuada fiabilidad y una alta consistencia interna ⁽¹⁷⁶⁾. Dichas propiedades obtienen resultados más satisfactorios en la escala A-R que en la escala A-E, debido al carácter transitorio de los síntomas que este último apartado recoge ⁽¹⁷⁶⁾.

La única modificación que realizaron con respecto a la versión original fue simplificarlo, con la intención de satisfacer el grado de conocimiento y comprensión de la población diana ⁽¹⁷⁵⁾. Sin embargo, se mantuvo el formato original, es decir, veinte ítems por escala.

Tal y como se ha explicado previamente, el cuestionario se divide en dos partes. La primera parte, la escala A-E, valora la ansiedad en un momento determinado, mientras que la segunda parte, la escala A-R, valora la predisposición de un sujeto a presentar ansiedad ^(49, 175, 178). Como descrito anteriormente, siempre debe contestarse en el mismo orden, primero la escala A-E y posteriormente la A-R.

Las instrucciones para rellenar la escala A-R no deben modificarse, mientras que aquellas para la escala A-E se podrían modificar en función de la circunstancia o tiempo que se quiera analizar. Esto es debido a que esta escala mide la ansiedad en una determinada situación ⁽¹⁷⁵⁾. En nuestro caso, se explicó a la población estudio que debían cumplimentarla en función de cómo se habían sentido durante el año 2020 en lo referente a la pandemia COVID-19, es decir, con el cierre de las instalaciones deportivas, el cierre de los centros escolares, el aislamiento domiciliario...

La cumplimentación del cuestionario se llevó a cabo en consultas externas de Pediatría del Hospital Doctor Peset de Valencia y en diferentes centros de salud del Área metropolitana. A todos los/as niños/as que mostraron interés en participar y tras la firma del consentimiento informado se les explicó de qué manera debían rellenar el cuestionario y se ofreció ayuda en caso de necesitarla.

A pesar de que la sencillez del cuestionario hace que sea posible su autoaplicación sin la necesidad de la supervisión de personal cualificado, ⁽¹⁷⁵⁾ en nuestro caso, sí que se supervisó. El tiempo medio de respuesta fue de aproximadamente quince minutos. Una vez cumplimentado, se comprobó que no hubieran dejado ninguna pregunta por contestar y se analizaron las respuestas.

Las respuestas dadas por el/la niño/a pueden puntuar entre uno y tres (uno=nada, dos=algo, tres=mucho), en función cómo se sienta en general y durante el periodo de estudio, el año 2020. Es necesario recordar, que de la misma manera que

ocurre en el cuestionario original, existen algunos ítems redactados de forma positiva y otros de forma negativa. Los ítems redactados de forma negativa únicamente están presentes en la escala A-E. Debido a ello, las puntuaciones aparecen invertidas (uno=mucho, dos=algo, tres=nada) en la hoja de copia del ejemplar autocorregible.

Para la corrección del cuestionario es necesario separar la primera página del autocorregible de la hoja de copia. La suma de la totalidad de los ítems de cada escala indicaría la suma total de la misma. Para su interpretación, se empleó la tabla de baremos cedida por TEA ediciones, en la que se percentila la A-E y A-R en función de la edad y del sexo.

4.3. ENTRADA Y GESTIÓN DE LOS DATOS

Los datos necesarios para llevar a cabo este estudio se recogieron mediante un cuestionario sociodemográfico, el cual rellenaron el/la tutor/a legal, y el cuestionario STAI-C, el cual fue cumplimentado por los/as niño/as.

Con respecto a la recogida de los datos del estudio, cabe señalar que la totalidad de la información obtenida fue transcrita a una base de datos de Excel®, con la finalidad de facilitar su organización, interpretación y verificación. Para garantizar el anonimato de los participantes, se asignó un identificador único a cada uno de ellos.

4.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Con la finalidad de realizar un análisis estadístico minucioso se ha utilizado el programa SPSS para Windows, versión 28® (IBM Corp. Released 2021. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0. Armonk, NY: IBM Corp). Mediante este programa se ha realizado, en primer lugar, un análisis descriptivo de las variables a estudio y, posteriormente, un estudio analítico de las mismas.

Para la totalidad de los resultados que se expondrán a lo largo de este estudio se ha considerado un nivel de significación estadística un p-valor ≤ 0.05 con un intervalo de confianza (IC) del 95%.

En lo referente al estudio descriptivo, cabe mencionar que la descripción de las características de la muestra se ha realizado en función de la naturaleza de las variables (Tabla 6). Para variables cuantitativas se han utilizado medidas de tendencia

central, como la media o la mediana, mientras que las variables cualitativas se han expresada en porcentajes.

Por otro lado, para el estudio analítico se han utilizado diferentes pruebas estadísticas dependiendo del número y la naturaleza de las variables estudiadas. Por un lado, la comparación de variables cuantitativas se ha realizado mediante la prueba T-student, en el caso de comparar dos variables, y mediante el análisis de la varianza (ANOVA) cuando se compararan 3 o más variables. Si el tamaño de las variables es pequeño, la comparación entre las mismas se realizará por medio de la prueba Kruskal-Wallis. Sin embargo, para la comparación de variables cualitativa se ha utilizado la prueba de chi cuadrado.

Con el propósito de representar gráficamente las variables de interés se han utilizado diagramas de cajas y bigotes, de sectores y de barras.

4.5. CONFIDENCIALIDAD

La totalidad de la información obtenida de los pacientes incluidos en el estudio es estrictamente confidencial. Se ha obtenido siguiendo la normativa legal vigente en España, es decir según lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y a al Reglamento (UE) 2016/679 de Parlamento europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos.

4.6. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este estudio se ha diseñado según lo establecido en la declaración de Helsinki y en la normativa española vigente en materia de investigación biomédica. Además, se ha realizado de acuerdo a las Normas de Buena Práctica Clínica y ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia.

Es por ello que, previo a la introducción de los pacientes al estudio, se informa tanto a los tutores legales como a los/as niños/as del objetivo del mismo, de los posibles beneficios que se pretenden obtener de él y del procedimiento a seguir. Tras comprobar su adecuada comprensión y resolver las posibles dudas que puedan surgir se solicita su aceptación. Dicha aceptación queda reflejada en el consentimiento

informado, el cual lo deben firmar tanto los tutores legales (Anexo 2) como el/la niño/a, en aquellos casos en los que sea mayor a 12 años (Anexo 3). A parte del consentimiento informado, se entrega tanto a los tutores legales (Anexo 4) como a los/as niños/as mayores de 12 años una hoja informativa sobre el estudio (Anexo 5).

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

5.1. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA

En un primer momento, se reclutaron 199 sujetos. 11 de ellos fueron excluidos, debido a que no cumplían los criterios de inclusión, ya fuese por ser mayores de quince años o tener historia previa de enfermedad crónica o patología neuropsiquiátrica. Por tanto, la muestra estudiada está conformada por 188 niños/as, tal y como muestra el cálculo del tamaño muestral explicado previamente.

A lo largo de los próximos apartados se realizará un análisis de las características sociodemográficas de la muestra incluida y de los valores ansiedad-estado y ansiedad-rasgo obtenidos a partir del cuestionario STAI-C.

5.1.1. Datos sociodemográficos

5.1.1.1. Datos personales

5.1.1.1.1. Edad

En relación con la edad de los participantes, cabe reseñar que la edad media de participación es de 12,2 (IC 95% 12,0-12,4) y la desviación estándar de 1,4.

Asimismo, la distribución por edades en intervalos de un año se muestra a continuación (Figura 8). A pesar de que los grupos más predominantes fueron los/as niños/as de once y de catorce años, resulta interesante destacar que la muestra se reparte, prácticamente, de forma equitativa entre los distintos grupos.

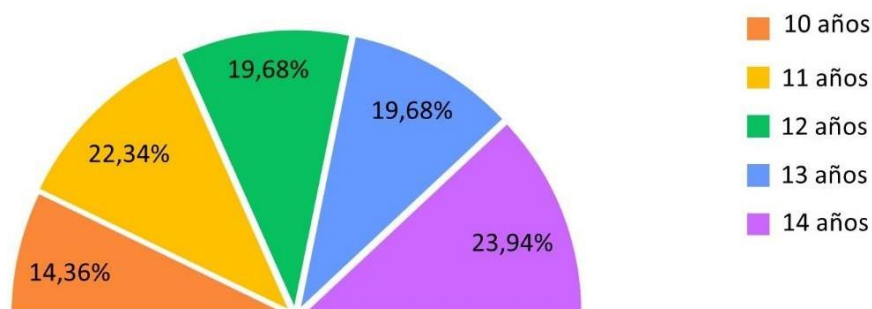


Figura 8. Representación gráfica de la muestra en función de la edad.

5.1.1.1.2. *Sexo*

En relación con la distribución de la muestra según el sexo, cabe señalar que el sexo femenino predomina ligeramente sobre el masculino, concretamente un 52,70% frente a un 47,30%, respectivamente.

5.1.1.2. *Datos del núcleo familiar*

5.1.1.2.1. *Unidad familiar*

Con respecto a la unidad familiar, es importante destacar que ésta se ha clasificado en función de si la familia es monoparental o no. En otras palabras, se calificado de monoparental o biparental dependiendo de si la unidad familiar está formada por uno o dos tutores legales, respectivamente.

Resulta importante destacar que el porcentaje de familias monoparentales incluidas en este estudio es muy bajo, con respecto a las familias biparentales. Concretamente, sólo el 9,04% de los/as encuestados/as provienen de familias monoparentales.

5.1.1.2.2. *Número de hermanos/as*

El número de hermanos/as de cada participante del trabajo se presenta a continuación (Figura 9). La mayoría de los/as participantes tiene hermanos/as. A su vez, en la población estudiada, es más frecuente que tengan un/una hermano/a que más de uno/a, aproximadamente un 55% frente a un 25%, respectivamente.

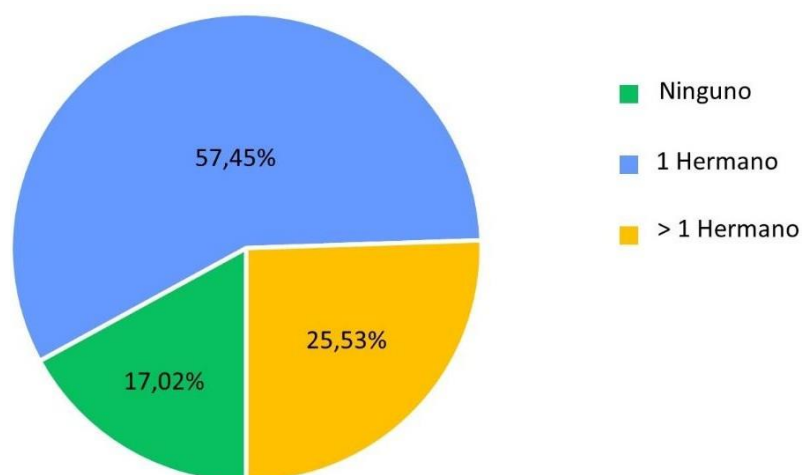


Figura 9. Representación gráfica de la muestra en función del número de hermanos/as.

5.1.1.2.3. Nivel de estudios de la unidad familiar

Sobre el nivel de estudios del/de los tutor/es legal/es, resulta interesante destacar que se ha optado por valorar el del conjunto de la unidad familiar y no el de cada tutor legal por separado. En este sentido, para realizar el análisis de la muestra se ha seleccionado el de mayor nivel.

Tal y como se puede observar a continuación (Figura 10) más de la mitad de las unidades familiares tienen al menos un progenitor con un nivel estudios superior. Por otro lado, sólo en una quinta parte de la muestra el nivel de estudios de ambos progenitores es básico.

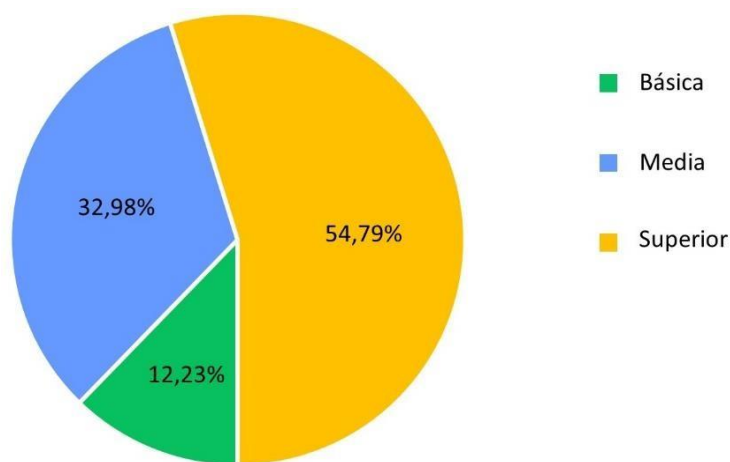


Figura 10. Representación gráfica de la muestra en función del nivel de estudios de la unidad familiar.

5.1.1.2.4. Mascotas

Debido a la gran variedad de mascotas que existen a día de hoy y con la intención de facilitar el estudio de la muestra se ha decidido agrupar las mismas en las siguientes categorías (Figura 11).

El resultado más frecuente encontrado en la población a estudio es tener mascota. De entre ellos/as, cabe señalar que la mascota más frecuente es el perro.

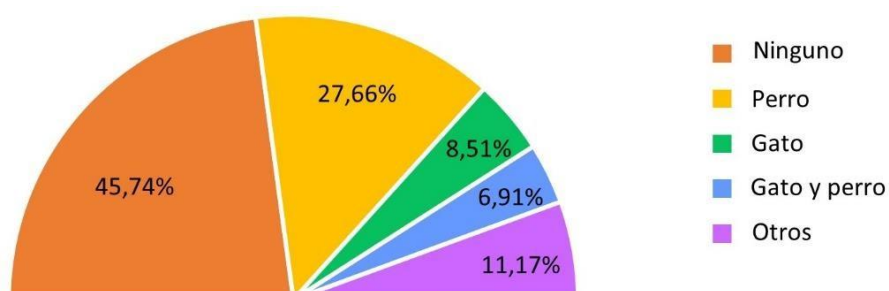


Figura 11. Representación gráfica de la muestra en función del tipo de mascota.

5.1.2. Datos relacionados con la vivienda

5.1.2.1. Lugar de residencia

La distribución de la población infantojuvenil estudiada se distribuye de forma equitativa entre Valencia y el Área metropolitana de Valencia. En otras palabras, la mitad de la muestra procede de Valencia mientras que la otra mitad reside en el Área metropolitana de Valencia.

5.1.2.2. Características de la vivienda

En lo referente a la tipología de la vivienda se ha valorado, por un lado, si se trata de un piso o de una casa y, por otro lado, si se acompaña de un espacio exterior de uso privado del que poder disfrutar. En este sentido, aproximadamente el 80% de las familias vive en un piso con balcón o una casa con jardín (Figura 12). Aun así, la opción más frecuente es tener un piso con balcón.

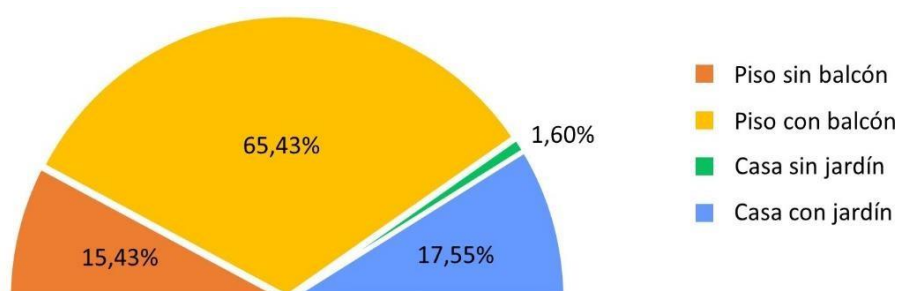


Figura 12. Representación gráfica de la muestra en función de las características de la vivienda.

5.1.3. Datos en referencia a la situación laboral o escolar durante el año 2020

5.1.3.1. Asistencia a clase

A continuación, se muestran los resultados obtenidos relacionados con la asistencia a clase (Figura 13).

Tal y como se puede observar, una vez se decretó el fin del aislamiento estricto y la posibilidad de volver a retomar la docencia de forma presencial, prácticamente, la totalidad de la muestra volvió a las aulas.

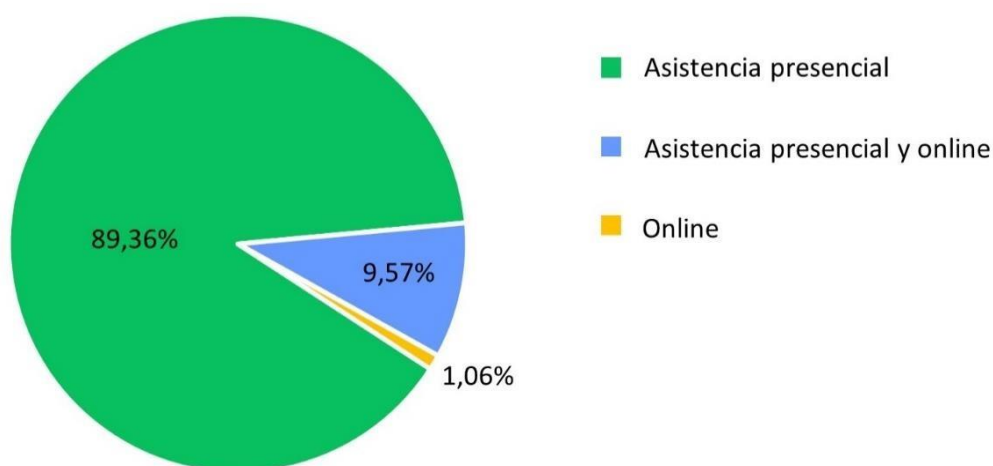


Figura 13. Representación gráfica de la muestra en función de la asistencia a clase.

5.1.3.2. Participación en actividades extraescolares

En cuanto a la realización de actividades extraescolares durante el año 2020, cabe reseñar que se ha valorado si los/as niños/as participaron o no en ellas. En este sentido, en el supuesto en el que no participaran, se ha preguntado, de forma abierta, el motivo. Tras evaluar las diferentes razones, éstas se categorizaron en las opciones que se muestran a continuación (Figura 14).

Asimismo, más de la mitad de la población infantojuvenil dejó de realizar actividades extraescolares, siendo el motivo más frecuente que las instalaciones permanecieron cerradas.

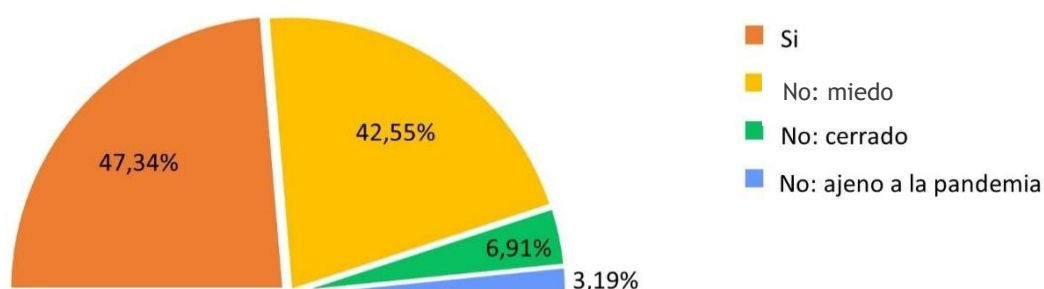


Figura 14. Representación gráfica de la muestra en función de la participación en actividades extraescolares.

5.1.3.3. Situación laboral del/de los tutor/es legales

Debido a la variedad de situaciones laborales desencadenadas por la pandemia COVID-19, y con la intención de facilitar el análisis del impacto de las mismas sobre la población infantojuvenil, éstas se han agrupado por unidades familiares.

Para ello, tras recabar la información de cada tutor legal, se ha decidido dar prioridad a aquellas situaciones en las que uno de los tutores tuvo que acudir, de forma presencial, al puesto de trabajo. El resto de supuestos se dividieron entre aquellos donde uno o ambos tutores legales tuvieron la oportunidad de teletrabajar y aquellos en los que permanecieron en el domicilio por otros motivos, como por ejemplo estar en paro, en expediente de regulación temporal de empleo (ERTE) ...

Con respecto a la distribución de la muestra en función de si uno de los progenitores tuvo que acudir o no al puesto de trabajo, conviene señalar que la diferencia es menos apreciable. En este sentido, conviene señalar que, durante el año 2020, un 50,53% de los progenitores acudieron de forma presencial a su puesto de trabajo, mientras que un 49,47% permanecieron en el domicilio.

Por otro lado, dentro del grupo que los que permanecieron en el domicilio, cabe destacar que el teletrabajo fue la principal causa (Figura 15).

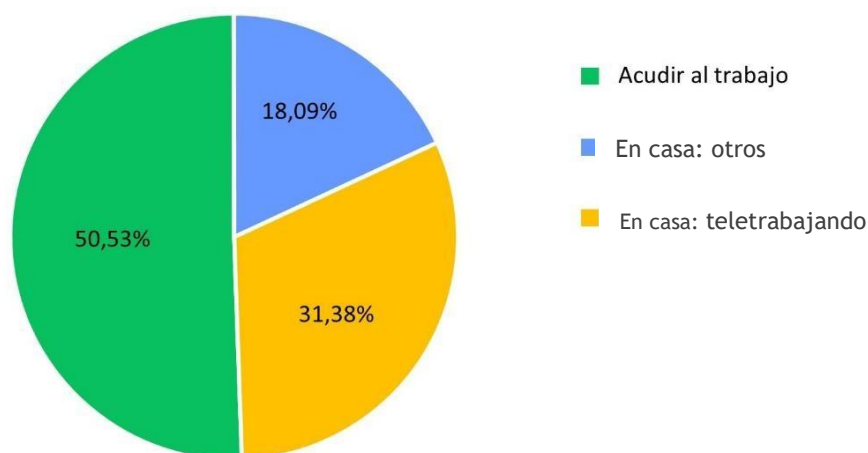


Figura 15. Representación gráfica de la muestra en función de la situación laboral del/de los tutor/es legal/es.

5.1.4. Datos acerca de la enfermedad COVID-19

5.1.4.1. COVID-19 en el núcleo familiar

Con la intención de profundizar en el impacto de la COVID-19 en la población infantojuvenil, no sólo se ha valorado si algún miembro del núcleo familiar ha padecido la enfermedad, sino que se ha tenido en cuenta tanto quién ha sido diagnosticado como la gravedad de la misma. Por ello, el núcleo familiar se ha subdividido en padres, abuelos/as y hermanos/as, mientras que la gravedad se ha catalogado como leve y moderado-grave.

Al respecto, los resultados obtenidos muestran que en el 68,62% de las familias estudiadas no hubo ningún caso de infección por SARS-CoV-2. En aquellos casos en los que sí, es decir en el 31,38% restante, conviene señalar que en un 64,41% la gravedad de la enfermedad fue catalogada de leve mientras que en un 35,59% fue de moderada-grave

5.1.4.1.1. COVID-19 en abuelos/as

En lo referente a los/as abuelos/as, resulta interesante destacar que en el 82.45% de los casos no se detectó infección por SARS-CoV-2. De aquellos/as que sí que fueron diagnosticados/as, cabe señalar que un 54,54% la presentaron de forma leve, mientras que para el 45,45% fue moderada-grave.

5.1.4.1.2. COVID-19 en padres

Con respecto a los padres, conviene señalar que el 83,51% no fueron diagnosticados de COVID-19. Dentro de los que sí que padecieron la enfermedad, en la mayoría de ellos, es decir en un 90,32%, la gravedad fue leve.

5.1.4.1.3. COVID-19 en hermanos/as

Sobre la COVID-19 en los/as hermanos/as de los/as encuestados/as, resulta interesante destacar que fue el grupo menos afectado, puesto que el 90,43% de ellos/as no contrajeron la enfermedad durante el año 2020. Del 9,57% restante, que sí que padecieron la enfermedad, la mayoría lo hicieron de forma leve, concretamente un 83,33%.

5.1.4.2. COVID-19 en la población infantojuvenil encuestada

Con el fin de valorar la repercusión que ha tenido padecer o no la COVID-19 sobre la población encuestada, se ha considerado no sólo el haber sido diagnosticado de COVID-19 y la gravedad de la enfermedad, sino también el hecho de haber pasado la enfermedad en familia o aislado/a.

De igual manera que se ha observado en sus familiares cercanos, la mayoría de la población infantojuvenil estudiada no fue diagnosticada de COVID-19 durante el año 2020. En particular, un 89,89% de la muestra.

Por otro lado, en aquellos casos en los que sí que padecieron COVID-19, en el 94,74% su repercusión fue leve y el 63,19% pudieron estar acompañados/as de su familia durante el transcurso de la infección.

5.1.4.3. *Aislamiento domiciliario de la población infantojuvenil encuestada*

Previo a describir los resultados obtenidos, es necesario hacer hincapié en la definición de aislamiento domiciliario. Se ha considerado aislamiento domiciliario toda ocasión en la que el/la niño/a ha tenido que permanecer en el domicilio a consecuencia de haber estado en contacto estrecho con un individuo diagnosticado de infección por SARS-CoV-2.

Asimismo, se ha evaluado, por un lado, el número de ocasiones y, por otro lado, el origen del contacto. Es necesario remarcar que, para valorar el origen del contacto, se han descartado aquellas situaciones en las que el origen provenía de diferentes núcleos.

De este modo, cabe señalar que la situación más prevalente, es decir un 62,77%, fue que los/as niños/as no tuvieron que realizar aislamiento domiciliario. En los casos en los que sí, un 71,43% de los casos tuvieron que aislarse sólo en una ocasión, mientras que el 28,57% tuvo que hacerlo en más de una.

Asimismo, el origen de contacto, con mayor frecuencia, procedía del centro escolar (Figura 16).

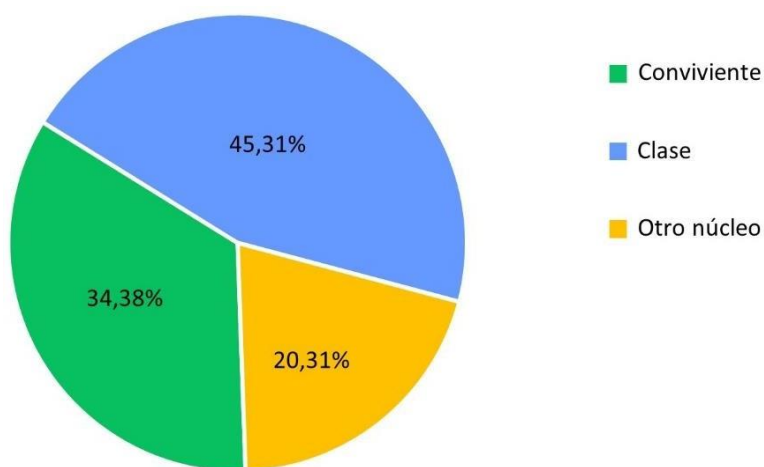


Figura 16. Representación gráfica de la muestra en función del origen del contacto.

5.1.5. Valoración de la ansiedad mediante el cuestionario STAI-C

5.1.5.1. *Valores de ansiedad-estado*

Cabe recordar que la ansiedad-estado (A-E) se define como un estado emocional transitorio secundario a un estímulo concreto. En este estudio sería la reacción provocada por el año 2020 en lo referente a la pandemia COVID-19 en la población infantojuvenil de Valencia y su Área metropolitana.

Según el cuestionario STAI-C cuanto mayor sea el percentil, mayor será la ansiedad desencadenada por un estímulo concreto. Así pues, las puntuaciones obtenidas se han dividido en dos grupos, en función de si el percentil obtenido está por encima o no del percentil 50.

Concretamente, en esta muestra el percentil A-E (pA-E) es superior a 50 en el 57,98% de los/as encuestados/as. La media del pA-E es de 52.8, encontrándose el IC95% entre el p54, y p63, y la desviación típica de 32.4.

5.1.5.2. *Valores de ansiedad-rasgo*

La ansiedad-rasgo (A-R) consiste en la tendencia que posee un individuo para reaccionar de forma ansiosa.

De la misma manera que para evaluar la A-E, el cuestionario STAI-C estudia la predisposición individual a la ansiedad mediante percentiles. Consecuentemente, determina que a mayor percentil mayor tendencia a la ansiedad. Es por ello que las puntuaciones obtenidas a partir del cuestionario se han clasificado en función de si son iguales o inferiores al percentil 50 o mayores a él.

En lo referente a la A-R de la población estudiada, cabe remarcar que el 66,49% de la muestra tiene valores por debajo del percentil 50. La media percentil A-R (pA-R) es de 41,2, situándose el IC95% entre el p45,1 y el p36,9. La desviación estándar es de 29,8.

5.2. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD ANTES DE LA PANDEMIA Y DURANTE LA PANDEMIA

Tal y como se explicó previamente, el objetivo principal de este estudio es demostrar si se ha producido un aumento del nivel de ansiedad en los/as niños/as de edades comprendidas entre diez y hasta quince años durante la pandemia COVID-19, concretamente durante el año 2020. Al comparar la proporción de niños/as con valores de A-E por encima del percentil 50 con el valor teórico de ansiedad en la población infantojuvenil, es decir del 20%, se obtuvo un valor de 57,98%. Este resultado es significativamente mayor que el nivel teórico de ansiedad, con un intervalo de confianza del 95% (50,92 - 65,03).

5.3. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA ANSIEDAD Y LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

Durante este apartado se mostrarán los resultados obtenidos de la comparación entre la ansiedad y las diferentes características sociodemográficas de la muestra, con la intención de analizar la relación entre sí.

5.3.1. Ansiedad-estado y edad

Tras analizar la relación entre la A-E y la edad de la muestra, cabe señalar que prácticamente el 60% de los/as niños/as de entre diez y hasta quince años presenta niveles de ansiedad por encima del percentil 50. Concretamente, los/as más afectados/as son aquellos/as de entre diez y doce años. Los resultados obtenidos al comparar la proporción de niños/as con un percentil de A-E superior al 50 y su edad han resultado ser no significativos (Tabla 7).

Sin embargo, es importante destacar que el valor medio del percentil A-E para cada grupo etario sí que ha demostrado significancia, ya que el p-valor es de 0,01. En

concordancia, resulta interesante mencionar que salvo los/as adolescentes de catorce años, el resto ha presentado valores superiores al percentil 50, siendo los/as niños/as de 11 onces los/as que han presentado los niveles más altos (Figura 17).

Tabla 7. Relación entre A-E y edad.

		A-E p > 50		Total	
		NO	SI		
Edad	10,0	Frecuencia	11	16	27
		Porcentaje (%)	40,7	59,3	100,0
		IC 95%	24,5 – 59,2	40,7 – 75,5	
	11,0	Frecuencia	11	31	42
		Porcentaje (%)	26,2	73,8	100,0
		IC 95%	15,3 – 41,1	58,9 – 84,7	
	12,0	Frecuencia	15	22	37
		Porcentaje (%)	40,5	59,5	100,0
		IC 95%	26,4 – 56,5	43,5 – 73,7	
	13,0	Frecuencia	17	20	37
		Porcentaje (%)	45,9	54,1	100,0
		IC 95%	24,5 – 59,2	38,4 – 70,0	
14,0	Frecuencia	25	20	45	
	Porcentaje (%)	55,6	44,4	100,0	
	IC 95%	41,2 – 69,1	30,9 – 58,8		
Total	Frecuencia	79	109	188	
	Porcentaje (%)	42,0	58,0	100,0	
	IC 95%	35,2 – 49,2	50,8 – 64,8		
P-valor				0,09	

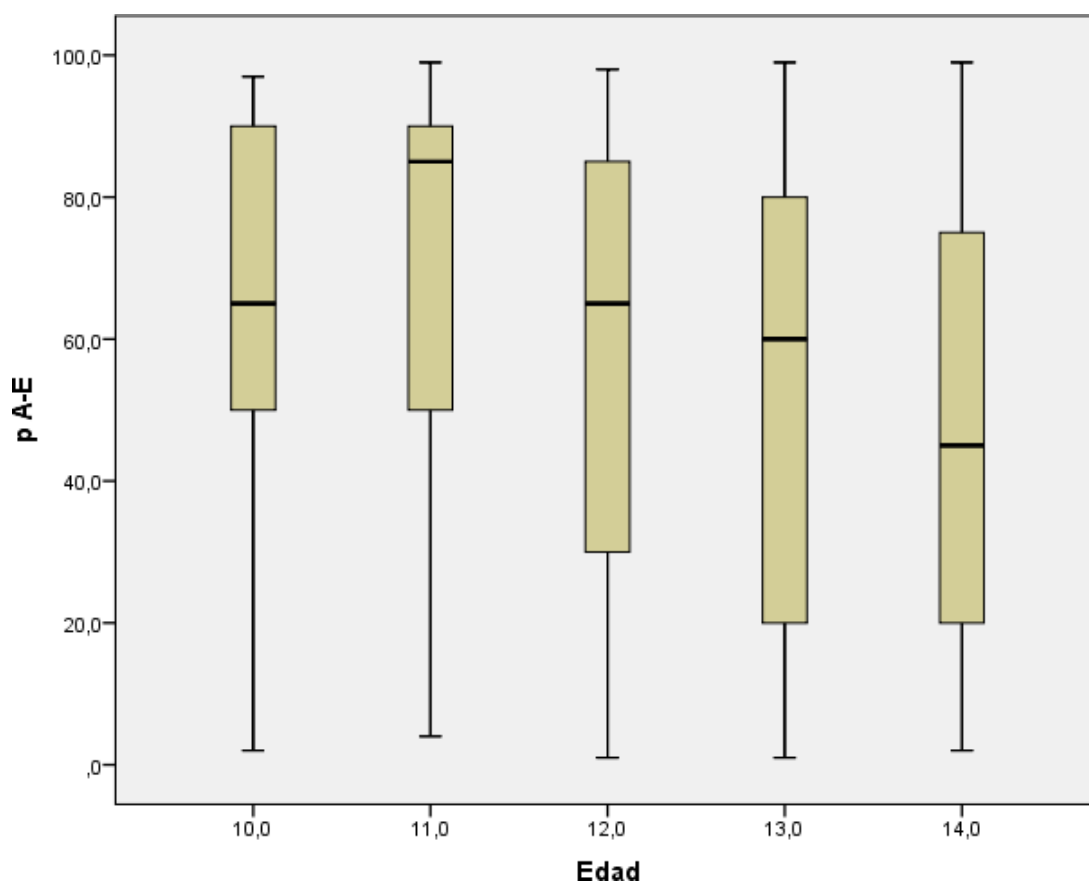


Figura 17. Diagrama de cajas y bigotes que muestra la relación entre el valor medio del pA-E y edad.

5.3.2. Ansiedad-estado y sexo

En el estudio comparativo realizado entre la A-E y el sexo puede observarse que los resultados fueron estadísticamente significativos tanto para determinar la proporción de mujeres y varones que presentaron niveles de ansiedad por encima del p50 como para valorar la relación entre la media del percentil de A-E en ambos sexos.

En este sentido, los resultados ponen de manifiesto que alrededor del 70% de las mujeres presentan valores de A-E por encima del p50. En consecuencia, conviene señalar que las mujeres presentan niveles de A-E más elevados que los varones (Tabla 8).

Además, resulta interesante señalar que el valor medio del pA-E es más elevado en mujeres que hombres, siendo el p-valor de 0,00 (Figura 18).

Tabla 8. Relación entre A-E y sexo.

		A-E $p > 50$		Total	
		NO	SI		
Sexo	Mujer	Frecuencia	31	68	99
		Porcentaje (%)	31,3	68,7	100,0
		IC 95%	23,0 – 41,0	59,0 – 77,0	
	Varón	Frecuencia	48	41	89
		Porcentaje (%)	53,9	46,1	100,0
		IC 95%	43,6 – 63,9	36,1 – 56,4	
Total	Frecuencia	79	109	188	
	Porcentaje (%)	42,0%	58,0%	100,0%	
	IC 95%	35,2 – 49,2	50,8 – 64,8		
P-valor				0.002	

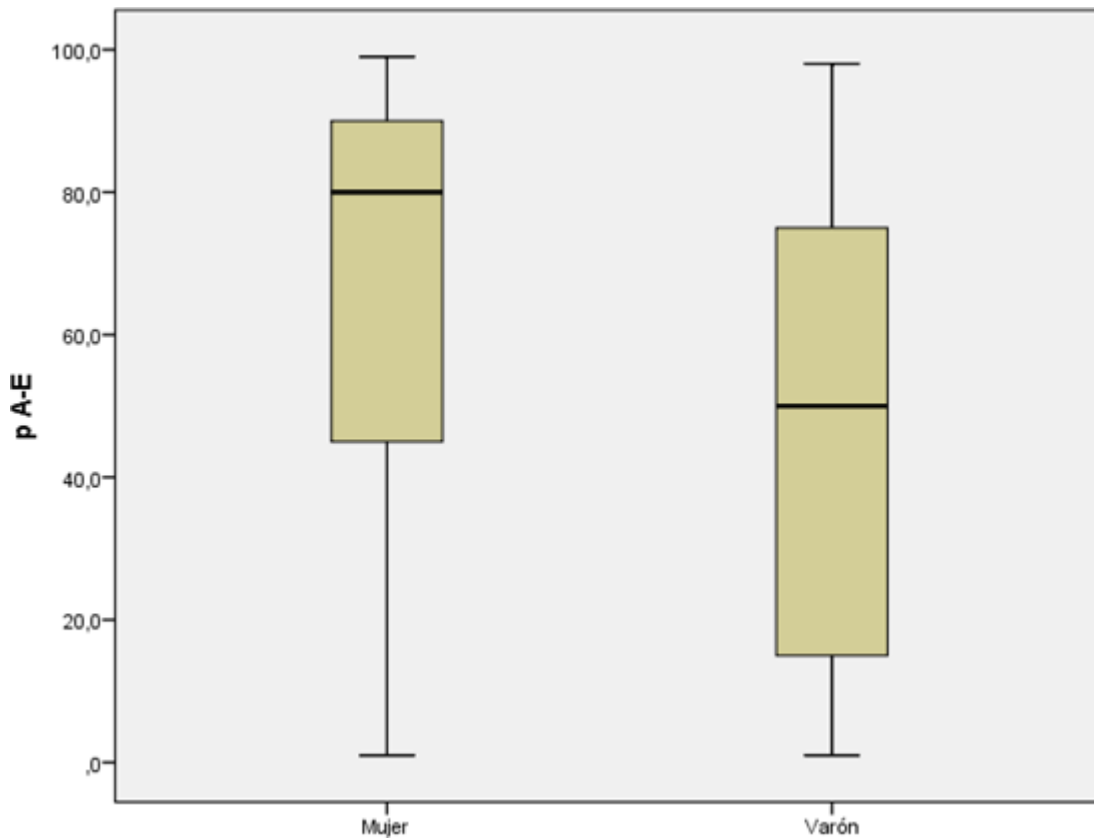


Figura 18. Diagrama de cajas y bigotes que muestra la relación entre el valor medio del pA-E y sexo.

5.3.3. Ansiedad-estado y unidad familiar

Los resultados obtenidos a partir del estudio de la relación entre la A-E y la unidad familiar muestran que los/as hijos/as procedentes de unidades familiares monoparentales presentan niveles de A-E más elevados que los/as que proceden de unidades familiares biparentales. Aun así, los resultados no fueron estadísticamente significativos en la muestra estudiada (Tabla 9).

Tabla 9. Relación entre A-E y unidad familiar.

			A-E p > 50		Total
			NO	SI	
Unidad familiar	Biparental	Frecuencia	73	98	171
		Porcentaje (%)	42,7	57,3	100,0
		IC 95%	35,5 – 50,1	49,2 – 64,5	
	Monoparental	Frecuencia	6	11	17
		Porcentaje (%)	35,3	64,7	100,0
		IC 95%	17,3 – 58,7	41,3 – 82,7	
Total	Frecuencia	79	109	188	
	Porcentaje (%)	42,0	58,0	100,0	
	IC 95%	35,2 – 49,2	50,8 – 64,8		
P-valor					0,56

5.3.4. Ansiedad-estado y número de hermanos/as

Tal y como se puede observar a continuación los/as niños/as que tienen hermanos/as presentan niveles de ansiedad más elevados que los/as que no (Tabla 10). Los datos obtenidos no son significativos para la muestra estudiada.

A pesar de ello, dado que los/as niños/as que tienen hermanos/as presentan valores más elevados de A-E se decidió valorar la relación entre ésta y el número de hermanos/as. En este sentido, la diferencia encontrada entre los/as niños/as que tienen uno o más de un/a hermano/a es de aproximadamente un 5% (Tabla 11).

Tabla 10. Relación entre A-E y hermanos/as.

		A-E $p > 50$		Total	
		NO	SI		
Hermanos/as	No	Frecuencia	16	16	32
		Porcentaje (%)	50,0	50,0	100,0
		IC 95%	33,6 – 66,4	33,6 – 66,4	
	Sí	Frecuencia	63	93	156
		Porcentaje (%)	40,4	59,6	100,0
		IC 95%	33,0 – 48,2	51,8 – 67,0	
Total	Frecuencia	79	109	188	
	Porcentaje (%)	42,0	58,0	100,0	
	IC 95%	35,2 – 49,2	50,8 – 64,8		
P-valor				0,32	

Tabla 11. Relación entre A-E y número de hermanos/as.

			A-E p > 50		Total
			NO	SI	
Número de Hermanos/as	>1	Frecuencia	21	27	48
		Porcentaje (%)	43,8	56,3	100,0
		IC 95%	30,7 – 57,7	42,3 – 69,3	
	1	Frecuencia	42	66	108
		Porcentaje (%)	38,9	61,1	100,0
		IC 95%	30,3 – 48,3	51,7 – 69,8	
	Ninguno	Frecuencia	16	16	32
		Porcentaje (%)	50,0	50,0	100,0
		IC 95%	33,6 – 66,4	33,6 – 66,4	
Total	Frecuencia	79	109	188	
	Porcentaje (%)	42,0	58,0	100,0	
	IC 95%	35,2 – 49,2	50,8 – 64,8		
P-valor					0,51

5.3.5. Ansiedad-estado y nivel de estudios del/ de los tutor/es legal/es

En relación a los datos obtenidos tras la valoración de la A-E en función del nivel de estudios del/ de los tutor/es legal/es, conviene señalar que se han observado niveles de A-E por encima del percentil 50 en los tres grupos. Aun así, se ha registrado un mayor nivel de estrés entre la población infantojuvenil cuyo/s tutor/es legal/es tienen una educación básica o media. No obstante, el estudio demostró que los resultados no son significativos (Tabla 12).

Tabla 12. Relación entre A-E y nivel de estudios del/ de los tutor/es legal/es.

		A-E $p > 50$		Total	
		NO	SI		
Nivel de estudios	Básica	Frecuencia	9	14	23
		Porcentaje (%)	39,1	60,9	100,0
		IC 95%	22,1 – 59,2	40,8 – 77,8	
	Media	Frecuencia	19	43	62
		Porcentaje (%)	30,6	69,4	100,0
		IC 95%	20,6 – 43,0	57,0 – 79,4	
	Superior	Frecuencia	51	52	103
		Porcentaje (%)	49,5	50,5	100,0
		IC 95%	40,1 – 59,0	40,1 – 60,0	
Total	Frecuencia	79	109	188	
	Porcentaje (%)	42,0	58,0	100,0	
	IC 95%	35,2 – 49,2	50,8 – 64,8		
P-valor				0,06	

5.3.6. Ansiedad-estado y mascota

Por lo que respecta a las mascotas, se llevaron a cabo dos comparaciones. Por un lado, se comparó el nivel de A-E de los/as niños/as que tienen mascota y los/as que no. Por otro lado, se realizó un estudio comparativo en función del tipo de mascota. Para facilitar su análisis, las mascotas se clasificaron en cuatro categorías diferentes, concretamente en perro, gato, perro y gato y otros.

Como se puede observar en la Tabla 13, los niveles de A-E fueron superiores al percentil 50 tanto en la población infantojuvenil que tiene mascota como en la que no. En otras palabras, en la población estudiada no se encontraron diferencias en los niveles A-E en relación con la tenencia de mascota. Aun así, los datos obtenidos para esta población no son estadísticamente significativos.

Acerca de la comparación realizada en función del tipo de mascota, en este trabajo se pone de manifiesto que los/as niños/as de aquellas familias que tienen tanto perro y gato, como perro presentan niveles de A-E que superan el percentil 50. De ellos, los/las que tienen perro y gato fueron los/as que mostraron niveles más altos de ansiedad, concretamente el 76,9% de los/as niños/as. (Tabla 14). Los datos no han podido ser respaldados estadísticamente.

Tabla 13. Relación entre A-E y tenencia de mascota.

			A-E p > 50		Total
			NO	SI	
Mascota	No	Frecuencia	36	50	86
		Porcentaje (%)	41,9	58,1	100,0
		IC 95%	32,0 – 52,4	47,6 – 68,0	
	Sí	Frecuencia	43	59	102
		Porcentaje (%)	42,2	57,8	100,0
		IC 95%	33,0 – 51,2	48,1 – 67,0	
Total	Frecuencia	79	109	188	
	Porcentaje (%)	42,0	58	100,0	
	IC 95%	35,2 – 49,2	50,8 – 64,8		
P-valor					0,98

Tabla 14. Relación entre A-E y tipo de mascota.

		A-E p > 50		Total	
		NO	SI		
Tipo de mascota	Gato	Frecuencia	9	7	16
		Porcentaje (%)	56,3	43,8	100,0
		IC 95%	33,2 – 76,9	23,1 – 66,8	
	Gato + perro	Frecuencia	3	10	13
		Porcentaje (%)	23,1	76,9	100,0
		IC 95%	8,2 – 50,1	49,7 – 91,8	
	Otros	Frecuencia	12	9	21
		Porcentaje (%)	57,1	42,9	100,0
		IC 95%	36,6 – 75,5	24,5 – 63,5	
	Perro	Frecuencia	19	33	52
		Porcentaje (%)	36,5	63,5	100,0
		IC 95%	24,8 – 50,1	49,9 – 75,2	
Total	Frecuencia	43	59	102	
	Porcentaje (%)	42,2	57,8	100,0	
	IC 95%	33,0 – 51,9	92,9 – 27,6		
P-valor				0,12	

5.3.7. Ansiedad-estado y lugar de residencia

Por lo que se refiere al lugar de residencia, conviene señalar que no se han hallado diferencias estadísticamente significativas al compararse con el nivel de A-E. En ambos casos, más de la mitad de los/as niños/as presentan un nivel de A-E superior al percentil 50 (Tabla 15).

Tabla 15. Relación entre A-E y lugar de residencia.

			A-E p > 50		Total
			NO	SI	
Lugar de residencia	Área metropolitana	Frecuencia	37	57	94
		Porcentaje (%)	39,4	60,6	100,0
		IC 95%	30,1 – 49,4	50,5 – 69,9	
	Valencia	Frecuencia	42	52	94
		Porcentaje (%)	44,7	55,3	100,0
		IC 95%	35,0 – 54,7	45,3 – 65,0	
Total	Frecuencia	79	109	188	
	Porcentaje (%)	42,0	58,0	100,0	
	IC 95%	35,2 – 49,2	50,8 – 64,8		
P-valor					0,46

5.3.8. Ansiedad-estado y características de la vivienda

Según lo expuesto previamente, en el cuestionario de las características sociodemográficas aparecen cuatro opciones sobre la tipología de la vivienda, concretamente si es una casa con o sin jardín o un piso con o sin balcón.

Con la intención de llevar a cabo un análisis estadístico más preciso, se eliminó la categoría de casa sin jardín, debido a que únicamente 3 de los/as encuestados/as contestaron esa opción.

Así pues, cabe mencionar que el nivel de A-E supera el percentil 50 en las otras tres categorías, siendo los/as niños/as que viven en un piso sin balcón los/las que presentaron mayor ansiedad (Tabla 16). Los resultados no han podido ser avalados

estadísticamente.

Tabla 16. Relación entre A-E y características de la vivienda.

		A-E p > 50		Total	
		NO	SI		
Características de la vivienda	Casa con jardín	Frecuencia	13	20	33
		Porcentaje (%)	39,4	60,6	100,0
		IC 95%	24,7 – 56,3	43,7 – 75,3	
	Piso con balcón	Frecuencia	55	68	123
		Porcentaje (%)	44,7	55,3	100,0
		IC 95%	36,2 – 53,5	46,5 – 63,78	
	Piso sin balcón	Frecuencia	9	20	29
		Porcentaje (%)	31,0	69,0	100,0
		IC 95%	17,3 – 49,2	50,8 – 82,7	
Total	Frecuencia	77	108	185	
	Porcentaje (%)	41,6	58,4	100,0	
	IC 95%	34,8 – 48,8	51,2 – 65,2		
P-valor				0,39	

5.3.9. Ansiedad-estado y asistencia a clase

Con respecto a la asistencia a clase, conviene señalar que el único grupo que presenta niveles de A-E más elevados es el de los/as niños/as que asistían presencialmente a clase (Tabla 17). Los resultados obtenidos no son estadísticamente significativos.

Tabla 17. Relación entre A-E y asistencia a clase.

			A-E p > 50		Total
			NO	SI	
Asistencia a clase	Online	Frecuencia	1	1	2
		Porcentaje (%)	50,0	50,0	100,0
		IC 95%	9,45 – 9,55	9,45 – 9,55	
	Presencial	Frecuencia	67	101	168
		Porcentaje (%)	39,9	60,1	100,0
		IC 95%	32,8 – 47,4	55,6 – 67,2	
	Presencial + online	Frecuencia	11	7	18
		Porcentaje (%)	61,1	38,9	100,0
		IC 95%	38,6 – 79,7	20,3 – 61,4	
Total	Frecuencia	79	109	188	
	Porcentaje (%)	42,0	58,0	100,0	
	IC 95%	35,2 – 49,2	50,8 – 64,8		
P-valor					0,21

5.3.10. Ansiedad-estado y participación en actividades extraescolares

En lo que concierne a la participación en actividades extraescolares, se valoró tanto el nivel de A-E en función de si han participado o no durante el año 2020 como el motivo por el cual no participaron.

En primer lugar, los niveles de A-E superaron el percentil 50 tanto en el grupo de niños/as que han realizado actividades extraescolares como en el que no. A pesar de que en ambos grupos el nivel de A-E se encuentra por encima del percentil 50, cabe destacar que fue más elevado en los/as niños/as que sí que participaron en actividades extraescolares. Asimismo, conviene destacar que estos resultados no son estadísticamente significativos (Tabla 18).

Con la intención de facilitar el análisis estadístico de los motivos por los cuales la población estudiada había decidido no participar en actividades extraescolares durante el año 2020, éstos se agruparon en 3 categorías. En los tres grupos se objetivó un aumento del nivel de ansiedad, siendo más evidente en el grupo que dejó de asistir por motivos ajenos a la pandemia. Los resultados obtenidos no son estadísticamente significativos en esta muestra (Tabla 19).

Tabla 18. Relación entre A-E y participación en actividades extraescolares.

		A-E p > 50		Total	
		NO	SI		
Actividades extraescolares	No	Frecuencia	41	49	90
		Porcentaje (%)	45,6	54,4	100,0
		IC 95%	35,6 – 55,8	44,2 – 64,3	
	Sí	Frecuencia	38	60	98
		Porcentaje (%)	38,8	61,2	100,0
		IC 95%	29,7 – 48,7	51,3 – 70,3	
Total		Frecuencia	79	109	188
		Porcentaje (%)	42,0	58,0	100,0
		IC 95%	35,2 – 49,2	50,8 – 64,8	
P-valor				0,35	

Tabla 19. Relación entre A-E y motivo por el cual no participaron en actividades extraescolares.

			A-E p > 50		Total
			NO	SI	
Motivo	Ajeno	Frecuencia	1	5	6
		Porcentaje (%)	16,7	83,3	100,0
		IC 95%	3,01 – 56,4	43,7 – 97,0	
	Cerradas	Frecuencia	33	47	80
		Porcentaje (%)	41,3	58,8	100,0
		IC 95%	31,1 – 52,2	47,8 – 68,9	
	Miedo	Frecuencia	4	9	13
		Porcentaje (%)	30,8	69,2	100,0
		IC 95%	12,7 – 57,6	42,4 – 87,3	
Total	Frecuencia	38	61	99	
	Porcentaje (%)	38,4	61,6	100,0	
	IC 95%	29,4 – 48,2	51,8 – 70,6		
P-valor					0,41

5.3.11. Ansiedad-estado y situación laboral del/ de los tutor/es legal/es

Con respecto a la situación laboral del/de los tutor/es legal/es, cabe señalar que en la totalidad de las situaciones el nivel de A-E es superior al percentil 50. Los resultados obtenidos tras analizar las tres situaciones son similares, demostrándose que no existen diferencias valorables (Tabla 20). Aun así, se podría resaltar que el grupo en el que un menor porcentaje de niños presenta un pA-E > 50 son los/las niños/as cuyo/s tutor/res legal/es se quedaron en el domicilio teletrabajando. Estos resultados no fueron estadísticamente significativos en la muestra estudiada.

Tabla 20. Relación entre A-E y situación laboral del/ de los tutor/es legal/es.

			A-E p > 50		Total
			NO	SI	
Situación laboral	Acudir al trabajo	Frecuencia	39	56	95
		Porcentaje (%)	41,1	58,9	100,0
		IC 95%	31,7 – 51,1	48,9 – 68,3	
	En casa: otros	Frecuencia	14	20	34
		Porcentaje (%)	41,2	58,8	100,0
		IC 95%	26,4 – 57,8	42,2 – 73,6	
	En Casa: teletrabajo	Frecuencia	26	33	59
		Porcentaje (%)	44,1	55,9	100,0
		IC 95%	32,2 – 56,7	43,3 – 67,9	
Total	Frecuencia	79	109	188	
	Porcentaje (%)	42,0	58,0	100,0	
	IC 95%	35,2 – 49,2	50,8 – 64,8		
P-valor					0,93

5.3.12. Ansiedad-estado y COVID-19 en el núcleo familiar

Además de evaluar la repercusión que podría tener el que algún miembro del núcleo familiar hubiera sido diagnosticado de COVID-19 durante el año 2020, se decidió valorar la gravedad de aquellos/as que sí que han padecido la COVID-19 y como ésta ha repercutido en la A-E de la población encuestada. Para ello, el núcleo familiar se subdividió en las categorías padres, abuelos/as y hermanos/as y la gravedad en leve y moderada-grave.

Tal y como se puede observar a continuación no se han encontrado diferencias relacionadas con la A-E en función de si ha habido algún caso de COVID-19 en el núcleo familiar (Tabla 21).

Por otro lado, en relación con la gravedad de la enfermedad, los/as niños/as que tuvieron un familiar diagnosticado de COVID-19 con una gravedad moderada-grave presentan niveles de A-E más elevados (Tabla 22).

Tabla 21. Relación entre A-E y COVID-19 en el núcleo familiar.

		A-E $p > 50$		Total	
		NO	SI		
COVID-19	No	Frecuencia	53	76	129
		Porcentaje (%)	41,1	58,9	100,0
		IC 95%	33,0 – 49,7	50,3 – 67,0	
	Sí	Frecuencia	26	33	59
		Porcentaje (%)	44,1	55,9	100,0
		IC 95%	32,2 – 56,7	43,3 – 67,9	
Total	Frecuencia	79	109	188	
	Porcentaje (%)	42,0	58,0	100,0	
	IC 95%	35,2 – 49,2	50,8 – 64,8		
P-valor				0,7	

Tabla 22. Relación entre A-E y gravedad de la COVID-19 en el núcleo familiar.

			A-E p > 50		Total
			NO	SI	
Gravedad COVID-19 núcleo familiar	Leve	Frecuencia	18	20	38
		Porcentaje (%)	47,4	52,6	100,0
		IC 95%	20,3 – 43,2	37,3 – 67,5	
	Moderado - Grave	Frecuencia	8	13	21
		Porcentaje (%)	38,1	61,9	100,0
		IC 95%	20,8 – 59,1	40,9 – 79,3	
Total	Frecuencia	26	33	59	
	Porcentaje (%)	44,1	55,9	100,0	
	IC 95%	32,2 – 56,7	43,3 – 67,9		
P-valor					0,5

5.3.12.1. Ansiedad-estado y COVID-19 en abuelos/as

Por lo que respecta al diagnóstico de COVID-19 en abuelos/as de la población encuestada, cabe señalar que más de la mitad de los/as niños/as presentan niveles de A-E por encima del percentil 50.

En este caso, la gravedad de la enfermedad fue determinante, puesto que en los casos en los que se catalogó de moderada-grave la ansiedad es mayor.

Los resultados se muestran en la siguiente figura (Tabla 23). Éstos no son significativos en la muestra estudiada.

Tabla 23. Relación entre A-E y gravedad de COVID-19 en abuelos/as.

			A-E p > 50		Total
			NO	SI	
Gravedad COVID-19 abuelos/as	Leve	Frecuencia	10	8	18
		Porcentaje (%)	55,6	44,4	100,0
		IC 95%	33,7 – 75,4	24,6 – 66,3	
	Moderado - Grave	Frecuencia	5	10	15
		Porcentaje (%)	33,3	66,7	100,0
		IC 95%	15,2 – 58,3	41,7 – 84,8	
Total	Frecuencia	15	18	33	
	Porcentaje (%)	45,5	54,5	100,0	
	IC 95%	29,8 – 62,0	38,0 – 70,2		
P-valor					0,2

5.3.12.2. Ansiedad-estado y COVID-19 en padres

Tal y como se muestra en la siguiente tabla (Tabla 24) ni el diagnóstico de la enfermedad ni la gravedad de la misma se consideran un factor determinante en la ansiedad de la población infantojuvenil. En ninguno de los casos se hallaron valores de A-E superiores al percentil 50. Una vez más, los resultados obtenidos a partir de la muestra estudiada no han sido avalados estadísticamente.

Tabla 24. Relación entre A-E y gravedad de COVID-19 en padres.

			A-E p > 50		Total
			NO	SI	
Gravedad COVID-19 padres	Leve	Frecuencia	15	13	28
		Porcentaje (%)	53,6	46,4	100,0
		IC 95%	29,8 – 62,0	29,5 – 64,2	
	Moderado - Grave	Frecuencia	2	1	3
		Porcentaje (%)	66,7	33,3	100,0
		IC 95%	20,8 – 93,9	6,2 – 79,2	
Total	Frecuencia	17	14	31	
	Porcentaje (%)	54,8	45,2	100,0	
	IC 95%	37,8 – 70,8	29,2 – 62,2		
P-valor					0,67

5.3.12.3. Ansiedad-estado y COVID-19 en hermanos/as

A partir de los datos obtenidos se puede observar que no existen diferencias en términos de A-E en función de si los/as hermanos/as de la población encuestada han padecido la COVID-19.

En cambio, la gravedad de la enfermedad sí que supuso un impacto en la población encuestada, puesto que aproximadamente dos tercios de los/as niños/as con hermanos/as diagnosticados de COVID-19 moderada-grave presentan niveles de A-E por encima del p50. Aun así, los resultados no son significativos en este grupo (Tabla 25).

Tabla 25. Relación entre A-E y gravedad de COVID-19 en hermanos/as.

			A-E $p > 50$		Total
			NO	SI	
Gravedad COVID-19 hermanos/as	Leve	Frecuencia	8	7	15
		Porcentaje (%)	53,3	46,7	100,0
		IC 95%	30,1 – 75,2	24,8 – 69,9	
	Moderado-Grave	Frecuencia	1	2	3
		Porcentaje (%)	33,3	66,7	100,0
		IC 95%	6,2 – 79,2	20,8 – 93,9	
Total	Frecuencia	9	9	18	
	Porcentaje (%)	50,0	50,0	100,0	
	IC 95%	29,0 – 71,0	29,0 – 71,0		
P-valor					0,53

5.3.13. Ansiedad-estado y COVID-19 en niños/as

De igual manera que en el apartado anterior, durante este no sólo se valora la A-E en función de los/as niños/as que han sido diagnosticados de COVID-19, sino, también, según la gravedad de la enfermedad.

En este sentido, conviene señalar que más de la mitad de los/as niños/as que no pasaron la enfermedad presentan valores elevados de A-E. (Tabla 26). Por otro lado, se ha observado que la gravedad de la enfermedad no tiene repercusión sobre la A-E de los/as que sí que fueron diagnosticados/as de infección por SARS-CoV-2 (Tabla 27). Los resultados obtenidos no son significativos para la muestra estudiada.

Además, también se ha evaluado si la forma en la que los/as niños/as han pasado la enfermedad, es decir aislados o en familia, ha tenido repercusión en su nivel de A-E. Asimismo, la mayoría de los/as niños/as que tuvieron que aislarse presentaron niveles de A-E por encima del p50. Por el contrario, prácticamente todos/as los/as

niños/as que no se aislaron presentaron niveles de ansiedad inferiores al p50. En este caso, los resultados fueron estadísticamente significativos.

A su vez, se ha observado que la comparación entre el valor medio del pA-E y el hecho de que los/as niños/as tuvieron que aislarse o no al ser diagnosticados/as de COVID-19 ha sido estadísticamente significativa, pues el p-valor es de 0,03. (Figura 19).

Tabla 26. Relación entre A-E y COVID-19 en niños/as.

		A-E p > 50		Total	
		NO	SI		
COVID-19	No	Frecuencia	68	101	169
		Porcentaje (%)	40,2	59,8	100,0
		IC 95%	33,1 – 47,8	52,2 – 66,9	
	Sí	Frecuencia	11	8	19
		Porcentaje (%)	57,9	42,1	100,0
		IC 95%	36,3 – 76,9	36,3 – 76,9	
Total	Frecuencia	79	109	188	
	Porcentaje (%)	42,0	58,0	100,0	
	IC 95%	35,2 – 49,2	50,8 – 64,8		
P-valor				0,12	

Tabla 27. Relación entre A-E y gravedad de COVID-19 en niños/as.

			A-E p > 50		Total
			NO	SI	
Gravedad COVID-19	Leve	Frecuencia	10	8	18
		Porcentaje (%)	55,6	44,4	100,0
		IC 95%	33,7 – 75,4	24,6– 66,3	
	Moderado - Grave	Frecuencia	1	0	1
		Porcentaje (%)	100,0	0,0	100,0
		IC 95%	20,7 – 100,0	0,00 – 79,4	
Total		Frecuencia	11	8	19
		Porcentaje (%)	57,9	42,1	100,0
		IC 95%	36,3 – 76,9	36,3 – 76,9	
P-valor					0,38

Tabla 28. Relación entre A-E y si han estado aislados o no tras el diagnóstico de COVID-19.

			A-E p > 50		Total
			NO	SI	
COVID-19 y situación de aislamiento	solo	Frecuencia	1	6	7
		Porcentaje (%)	14,3	85,7	100,0
		IC 95%	25,7 – 51,3	48,7 – 97,4	
	en familia	Frecuencia	11	1	12
		Porcentaje (%)	91,7	8,33	100,0
		IC 95%	64,6 – 98,5	1,5 – 35,4	
Total		Frecuencia	12	7	19
		Porcentaje (%)	63,2	36,8	100,0
		IC 95%	41,04 – 80,9	19,2 – 59,0	
P-valor					0,002

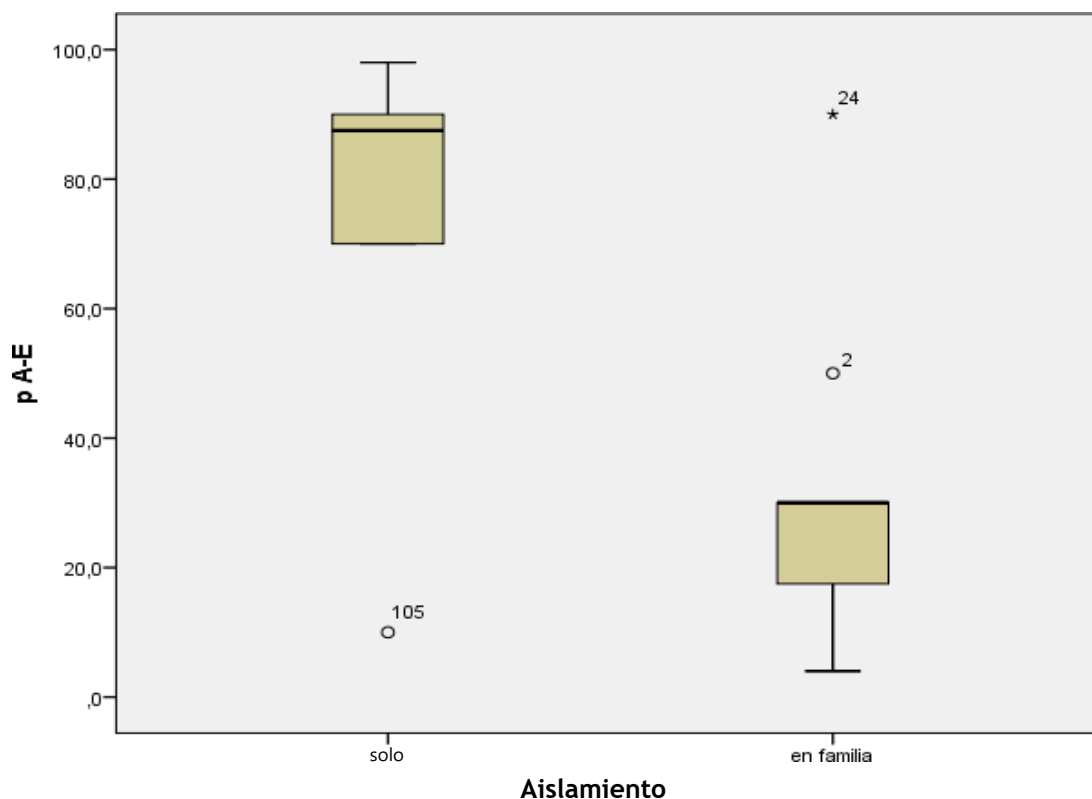


Figura 19. Diagrama de cajas y bigotes que muestra la relación entre el valor medio del pA-E y si han estado aislados o no tras el diagnóstico de COVID-19.

5.3.14. Ansiedad-estado y aislamiento domiciliario

En lo referente a la relación entre la A-E y el aislamiento domicilio, conviene señalar que se ha tenido en cuenta tanto si han tenido que realizar un aislamiento domiciliario como el número de ocasiones y el origen del contacto estrecho.

Al respecto, cabe reseñar que los/as niños/as que no fueron aislados por ser considerados contacto estrecho presentan niveles mayores de A-E que los que sí (Tabla 29).

Por otro lado, en referencia al número de aislamientos, los/las niños/as que tuvieron que aislarse en más de una ocasión presentan niveles más elevados de A-E (Tabla 30). De igual manera, los/as niños/as que presentan mayores niveles de A-E son los que los convivientes fueron el origen del contacto (Tabla 31).

No obstante, el estudio estadístico realizado puso de manifiesto que los datos obtenidos no son estadísticamente significativos para la muestra estudiada.

Tabla 29. Relación entre A-E y aislamiento domiciliario.

			A-E p > 50		Total
			NO	SI	
Aislamiento domiciliario	No	Frecuencia	46	72	118
		Porcentaje (%)	38,5	61,5	100,0
		IC 95%	30,6 – 48,0	52,0 – 69,3	
	Sí	Frecuencia	33	37	70
		Porcentaje (%)	47,1	52,9	100,0
		IC 95%	35,9 – 58,7	41,3 – 64,1	
Total		Frecuencia	79	109	188
		Porcentaje (%)	42,0	58,0	100,0
		IC 95%	35,2 – 49,2	50,8 – 64,8	
P-valor					0,24

Tabla 30. Relación entre A-E y número de aislamientos.

			A-E p > 50		Total
			NO	SI	
N.º aislamientos	>1	Frecuencia	7	13	20
		Porcentaje (%)	35,0	65,0	100,0
		IC 95%	18,1 – 56,7	43,3 – 81,9	
	1	Frecuencia	26	24	50
		Porcentaje (%)	52,0	48,0	100,0
		IC 95%	38,5 – 65,2	34,8 – 61,5	
Total		Frecuencia	33	37	70
		Porcentaje (%)	47,1	52,9	100,0
		IC 95%	35,9 – 58,7	41,3 – 64,1	
P-valor					0,2

Tabla 31. Relación entre A-E y origen del contacto estrecho.

			A-E $p > 50$		Total
			NO	SI	
Origen del contacto estrecho	Clase	Frecuencia	15	14	29
		Porcentaje (%)	51,7	48,3	100,0
		IC 95%	34,4 – 68,6	31,4 – 65,6	
	Conviviente	Frecuencia	10	12	22
		Porcentaje (%)	45,5	54,5	100,0
		IC 95%	26,9 – 65,3	34,7 – 73,1	
	Otro núcleo	Frecuencia	7	6	13
		Porcentaje (%)	53,8	46,2	100,0
		IC 95%	29,1 – 76,8	23,2 – 70,1	
Total	Frecuencia	32	32	64	
	Porcentaje (%)	50,0	50,0	100,0	
	IC 95%	38,1 – 61,9	38,1 – 61,9		
P-valor					0,86

5.3.15. Correlación entre la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo

A propósito de la relación entre A-E y A-R es importante destacar que, los resultados ponen de manifiesto, de forma significativa, que dichas variables son directamente proporcionales. Ello quiere decir que si el percentil de A-R es superior al percentil 50, en la mayoría de los casos, el percentil de A-E también lo será. Tal y como se puede observar en la Tabla 32 el 81% de la muestra estudiada presenta un $p > 50$ tanto en A-E como en A-R.

Tabla 32. Relación entre A-E y A-R.

		A-E p > 50		Total	
		NO	SI		
A-R p > 50	No	Frecuencia	67	58	125
		Porcentaje (%)	53,6	46,4	100,0
		IC 95%	44,9 – 62,1	37,9 – 55,1	
	Sí	Frecuencia	12	51	63
		Porcentaje (%)	19,0	81,0	100,0
		IC 95%	11,3 – 30,4	69,6 – 88,8	
Total	Frecuencia	79	109	188	
	Porcentaje (%)	42,0	58,0	100,0	
	IC 95%	35,2 – 49,2	50,8 – 64,8		
P-valor				0,00	

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN

A lo largo de este capítulo se expone la discusión de los resultados obtenidos en el presente estudio. Además, éstos se contrastarán con lo descrito en la literatura previa que versa sobre la misma temática y se determinará si las hipótesis planteadas en torno a los objetivos de este estudio se confirman o no.

6.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL OBJETIVO

PRIMARIO

En primer lugar, antes de profundizar en el análisis de los resultados obtenidos, es necesario hacer hincapié en que los trastornos de ansiedad durante la infancia y la adolescencia poseen una alta prevalencia ^(9, 63, 73). En concordancia, constituyen el primer diagnóstico psiquiátrico en este grupo etario ^(14,15, 18).

En esta línea, es cierto que los estudios que abordan este tema han ido en aumento ⁽¹⁹⁾. Ello demuestra que la población científica, cada vez más, está otorgándole mayor importancia a la salud mental de la población.

Previo a analizar los resultados obtenidos en este trabajo y compararlos con los encontrados en la literatura, conviene señalar lo descrito en desastres naturales y pandemias previas. En lo referente a las crisis humanitarias, donde la población afectada vive momentos difíciles, los estudios muestran que los/as niños/as presentan alteraciones en el sueño, dificultades en la concentración y sentimientos de ansiedad y depresión ⁽⁷⁸⁾. Con respecto a pandemias previas, resulta importante destacar que, sobre todo, se ha valorado el impacto que tiene tanto el confinamiento como la cuarentena. Asimismo, los estudios resaltan un aumento de las manifestaciones psicológicas entre la población infantojuvenil ⁽⁷⁵⁾. Concretamente, una revisión sistemática destaca que dichas medidas tienen un impacto negativo en el bienestar de los/as niños/as y adolescentes, dado que los niveles de ansiedad y depresión aumentaron ⁽¹⁵⁸⁾.

Tal y como se ha comentado previamente, la COVID-19 es la primera pandemia de nuestra historia reciente. En consecuencia, su aparición ha supuesto un cambio radical y drástico para la población española dada su rápida progresión y escasez de medios para mitigarla. En este sentido, los artículos de divulgación científica que versan sobre la materia han aumentado. Estos se centran, principalmente, en difundir avances en el tratamiento médico y describir diferentes manifestaciones clínicas. A

pesar de que el número de publicaciones se ha incrementado, éstas dejaron desprovista a la otra cara de la pandemia, la salud mental ⁽⁷⁵⁾.

En contraposición, diferentes sociedades científicas han querido dar visibilidad a la vertiente psicosocial de la pandemia. Promulgan que la COVID-19 está repercutiendo de forma negativa en el bienestar emocional de la población.

Con este fin, empezaron a aparecer estudios en la población adulta. Uno de ellos, llevado a cabo en la población china puso de manifiesto que el 27.9% de los participantes sufría de ansiedad leve o moderada, mientras que un 8.4% presentaba niveles de ansiedad grave ⁽¹⁵⁹⁾. En España, se realizó un estudio longitudinal durante el confinamiento estricto donde se evidenció no sólo que los niveles de ansiedad, de trastorno por estrés postraumático y de depresión eran mayores que los previos a la pandemia, sino que éstos mejoraron con la llegada la nueva normalidad ⁽¹⁰¹⁾. Por último, en lo referente a la población adulta, un metaanálisis en el que se incluyeron 43 estudios realizados entre diciembre 2019 y agosto 2020, demostró que la prevalencia global de ansiedad durante ese periodo fue del 25% (IC 95%: 21-29%) ⁽⁶⁹⁾.

En paralelo, el objetivo principal del trabajo propuesto es valorar si se ha producido un aumento de la ansiedad en la población infantojuvenil durante la pandemia COVID-19, concretamente en el año 2020. En este sentido, es importante destacar que lo que diferencia a este trabajo con los encontrados en la literatura es que no sólo se evalúa la ansiedad durante el periodo del confinamiento domiciliario estricto sino a lo largo de todo el año. Dicho de otra manera, se pretende estudiar cómo han reaccionado los/as niños/as a los diferentes acontecimientos sucedidos a lo largo del primer año de la pandemia, es decir, el confinamiento domiciliario estricto, el cierre de los centros escolares, no poder realizar actividades extraescolares, el contagio de algún familiar...

Asimismo, los resultados obtenidos demuestran que el 57.98% (IC 95%: 50.62 - 65.03) de los participantes presentaron niveles de A-E por encima del percentil 50. Además, resulta importante destacar que han sido estadísticamente significativos. Si se compara este valor con el teórico previo a la pandemia para esta población, podemos afirmar que los niveles de ansiedad durante el primer año de la pandemia, prácticamente, se han triplicado.

A pesar de que la pandemia ha tenido un impacto en la totalidad de la población, resulta conveniente mencionar que la población infantojuvenil podría considerarse, en lo referente a la salud mental, uno de los grupos más afectados. Ello

es debido a que son los que han experimentado más cambios en su rutina diaria ⁽¹⁷¹⁾. Un ejemplo de ello sería que durante meses no pudieran acudir al centro escolar, perdiendo, así, el contacto diario con sus iguales.

Además, cabe considerar que la adolescencia es un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. Por tanto, es importante tener en cuenta que se encuentran en un periodo crítico de desarrollo, no sólo por los cambios fisiológicos sino también por los psicológicos. Ello va ligado a que poseen una menor cantidad de habilidades personales y emocionales para manejar situaciones estresantes.

Los motivos expuestos justifican el aumento de la ansiedad en la población estudiada. De la misma manera, esto se ha visto reflejado en estudios realizados tanto en diferentes países como en distintos momentos de la pandemia ^(75, 78, 108, 162, 168).

En este sentido, es importante remarcar que son pocos los estudios que versan sobre el impacto psicológico que la pandemia ha podido tener sobre la población infantojuvenil ^(106, 110, 113, 117, 166, 170).

Asimismo, en España, se llevaron a cabo dos estudios, los cuales pusieron de manifiesto que un número considerable de participantes presentaron ansiedad ^(117, 159). En el primero de ellos, se valoró, mediante un cuestionario no validado, el comportamiento durante las primeras semanas del confinamiento domiciliario estricto, de niños/as procedentes de España e Italia y con edades comprendidas entre tres y dieciocho años. Los resultados mostraron que alrededor de un 20% presentaban ansiedad, siendo ésta más prevalente en la población española ⁽¹⁵⁹⁾. Por otro lado, se realizó un estudio en niños/as de España, Portugal e Italia siete semanas después del confinamiento domiciliario estricto, con el que se pretendió dar visibilidad a las consecuencias psicológicas derivadas de él. En este caso, se utilizó un cuestionario validado, *Spence Children's Anxiety Scale-Parent Version (SCAS-Parent)*, para evaluar la ansiedad. Se demostró que el 26.41% de los/as niños/as españoles/as encuestados/as presentaban ansiedad ⁽¹¹⁷⁾.

De igual manera, en distintos países de Europa fueron apareciendo publicaciones que apoyaban lo que los estudios realizados en la población china y española describían. Concretamente, en Alemania, se llevó a cabo un estudio donde se evaluó la prevalencia de los problemas de salud mental en niños/as entre once y diecisiete años. Se utilizaron cuestionarios validados para medir tanto la ansiedad, *Self-Report for Childhood Anxiety Related Disorders (SCARED)*, como la depresión, *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children (CES-DC)*. Los

resultados mostraron que los trastornos mentales habían aumentado con respecto a los valores prepandemia, ya que la prevalencia de éstos era del 9.9% antes de la pandemia frente a un 17.8% durante la misma ⁽¹⁶⁸⁾. En esta línea, se publicó otro estudio realizado en la población infantojuvenil holandesa en el cual se comparaba el bienestar emocional y social antes de la pandemia y durante el confinamiento domiciliario estricto. Observaron, por un lado, que alrededor del 90% de los/as encuestados/as referían que el aislamiento domiciliario había impactado de forma negativa en su vida diaria y, por otro lado, que los niveles de ansiedad habían aumentado con respecto a los descritos previos a la pandemia ⁽¹⁵⁸⁾.

Paralelamente, en una revisión sistemática, en la cual se incluyeron diecisiete estudios transversales y dos estudios de cohortes a nivel mundial, puso de manifiesto que doce de los estudios recopilados demostraban un aumento de la ansiedad en niños/as y adolescentes durante la pandemia COVID-19, variando ésta entre un 17.6% y un 43.7%, dependiendo del estudio ^(157, 179).

En este sentido, los resultados obtenidos a partir de este estudio están en consonancia con lo demostrado por otros autores, es decir, que la población infantojuvenil ha presentado niveles de ansiedad elevados derivados de la pandemia COVID-19.

Todo lo expuesto con anterioridad, pone de manifiesto que a pesar de que la situación vivida a raíz de la pandemia COVID-19 es excepcional y de que no existen datos suficientes para valorar la afectación psicológica de la población infantojuvenil a medio y largo plazo, sí que se puede afirmar que en el corto plazo los/as niños/as han sido uno de los grupos más afectados. Ello hace necesario resaltar la importancia de la salud mental con la intención de valorar la necesidad de ofrecer apoyo psicológico y crear herramientas para mejorar el bienestar de los/as niños/as y adolescentes para evitar la aparición y evolución de patología psicológica o psiquiátrica tanto en el momento agudo como en el futuro.

6.2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LOS OBJETIVOS SECUNDARIOS

6.2.1. Estudio de la relación entre la A-E y la edad

Antes de profundizar en la manera en que la pandemia COVID-19 ha afectado a la población infantojuvenil, se considera necesario hacer hincapié en la definición de adolescencia. Según la OMS, UNICEF y diferentes sociedades pediátricas la adolescencia sería el periodo comprendido entre los diez y los veintiún años. A su vez, han subdividido este periodo en adolescencia temprana, media y tardía, comprendiendo las edades entre diez y trece años, catorce y dieciséis años y desde los diecisiete hasta los veintiuno, respectivamente.

En lo referente a la ansiedad en la población adolescente resulta interesante destacar que, en la actualidad, es considerada la sexta causa de enfermedad y discapacidad en los/as niños/as de entre diez y catorce años ⁽⁷⁵⁾. Este dato está en concordancia con el hecho de que los trastornos de ansiedad se encuentran entre los trastornos neuropsiquiátricos de aparición más temprana, ya que debutan entre la segunda infancia y la adolescencia media ⁽¹⁹⁾.

Respecto a la prevalencia de ansiedad durante la pandemia COVID-19, conviene señalar que la mayoría de los estudios publicados ponen de manifiesto que la población infantil ha sido uno de los grupos más afectados ⁽¹⁰¹⁾.

En esta línea, en el trabajo llevado a cabo se observa que los/as niños/as de diez y once años fueron los/as que presentaron mayores niveles de A-E, siendo el percentil de A-E de 62.7 y 70.5, respectivamente. En contraposición, aquellos/as niños/as de catorce años presentaron valores de A-E por debajo del percentil 50.

Dado que los resultados obtenidos son estadísticamente significativos, podemos afirmar que la pandemia COVID-19 tuvo un mayor impacto, en lo referente a la ansiedad, en los/as adolescentes tempranos/as. Asimismo, el hecho de que los/as más afectados/as sean los/as adolescentes más jóvenes, podría deberse a que no sólo están experimentando los cambios derivados de la pandemia sino, también, cambios físicos y psicológicos propios de la edad.

Tal y como se ha comentado previamente, a menor edad menor número de habilidades sociales y emocionales para sobrellevar momentos difíciles. Al fin y al cabo,

su desarrollo madurativo es más próximo al de un niño que al de un adulto, lo que significa que, con mucha probabilidad, no sepan gestionar los acontecimientos vividos con la madurez necesaria para evitar que les repercuta a nivel emocional.

Además, durante este periodo comienzan a reclamar tanto una mayor privacidad como autonomía, ya que los cambios que están experimentando les otorgan una sensación de determinación y omnipotencia, las cuales previamente no habían experimentado previamente. La situación provocada por la pandemia, es decir, el no poder interaccionar con la misma frecuencia con sus iguales y la imposición de permanecer en el domicilio más tiempo del que les gustaría podrían ser suficientes para provocar un sentimiento de frustración, derivando, posteriormente, en ansiedad.

Por un lado, cabe resaltar que el número de estudios publicados en la literatura sobre el impacto de la pandemia en función de la edad es limitado. En este sentido, conviene señalar que la mayoría de los estudios hace referencia o bien a la población infantil en general o bien a los adolescentes.

Por otro lado, es importante resaltar que los resultados de los diferentes estudios publicados son controvertidos. Al respecto, se ha encontrado un estudio realizado en adolescentes alemanes de entre once y diecisiete años durante el confinamiento, que demuestra que los adolescentes tempranos presentaban mayores niveles de ansiedad. ⁽¹⁶⁸⁾ Este estudio respalda los resultados hallados en este trabajo. Sin embargo, estudios llevados a cabo en México y China evidencian que los valores de ansiedad son más elevados entre la adolescencia media y tardía ^(117, 156, 168, 180).

A pesar de que existen diferencias en los resultados de los estudios publicados, se puede afirmar que muchos de ellos coinciden en que la población adolescente ha sido uno de las más afectadas en lo referente a las secuelas psicológicas que está dejando la pandemia ^(75, 108, 157, 166, 171).

6.2.2. Estudio de la relación entre la A-E y el sexo

Por lo que se refiere a la relación entre la ansiedad y el sexo, conviene señalar que ha sido ampliamente estudiada, no sólo en lo referente a la COVID-19 sino, también, en otras situaciones ^(9, 51, 68, 80). Asimismo, es necesario resaltar que la gran mayoría de los estudios coinciden en que los niveles de ansiedad son mayores en mujeres que en hombres ⁽⁷¹⁾.

En concordancia, los estudios de prevalencia muestran que los trastornos de ansiedad son más frecuentes en el sexo femenino ⁽¹⁹⁾, concretamente hasta dos veces más prevalente en mujeres que en hombres ^(14, 79). A pesar de que esta diferencia se mantiene en la población infantojuvenil, resulta importante destacar que durante la adolescencia ésta se acentúa, llegando a ser tres veces más frecuente en niñas ^(9, 14).

Además, es interesante destacar que esta relación se mantiene constante tanto en diferentes países como culturas ^(7, 79).

En lo referente a la pandemia COVID-19, la mayoría de los estudios publicados están de acuerdo en que el sexo femenino constituye un factor de riesgo para presentar sintomatología compatible con ansiedad ^(171, 181). A continuación, se exponen algunos de los estudios realizados durante la pandemia tanto en población adulta como en población infantojuvenil donde se refleja esta diferencia.

Tal y como se ha expuesto previamente, los primeros artículos publicados en relación a la pandemia COVID-19 provienen de China. De todos ellos, los que se centraron en el impacto psicológico de la pandemia en la población adulta destacan que ser mujer constituye un factor de riesgo para sufrir trastornos de estrés, ansiedad y depresión ^(86, 166).

Asimismo, un estudio realizado en nuestro país, en tres momentos diferentes a lo largo de los primeros seis meses de la pandemia, demostró que ser mujer era un factor de riesgo tanto para padecer ansiedad como trastorno por estrés postraumático ⁽¹⁰¹⁾.

De la misma manera, un metaanálisis, en el cual se incluyeron 43 estudios, reafirmó lo que la gran mayoría de los estudios concluía, es decir, que existe una diferencia no menospreciable en relación con los niveles de ansiedad entre hombres y mujeres. En este sentido, puso de manifiesto que las mujeres presentaban niveles de ansiedad más elevados que los hombres ⁽⁶⁹⁾.

En esta línea, estudios realizados en la población infantojuvenil durante la pandemia también han evidenciado esta diferencia. Tanto es así que, en un estudio llevado a cabo en adolescentes españoles entre los meses de mayo y julio de 2020, o sea durante la fase de desescalada, demostró que la probabilidad de que experimentaran síntomas relacionados con ansiedad era mayor en el sexo femenino que en el masculino ⁽¹¹⁰⁾. Además, los resultados obtenidos a partir de estudios realizados en la población infantojuvenil europea y asiática también coinciden en que ser niña es un factor de riesgo en lo referente a la ansiedad ^(168, 182).

Asimismo, tras realizar una revisión de la literatura publicada se ha encontrado tanto una revisión no sistemática como un metaanálisis donde, una vez más, se verifica esta relación. Por un lado, cabe resaltar que una de las conclusiones de la revisión no sistemática hacía referencia al hecho de que las niñas y adolescentes presentaban mayor predisposición a padecer trastornos de ansiedad ⁽¹⁰⁷⁾. El objetivo principal de esta revisión no sistemática era valorar el impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de niños/as y adolescentes. Por otro lado, en la revisión sistemática, en la que se incluían diecisiete estudios transversales y dos de cohortes, objetivó que el sexo femenino presentó niveles más elevados de ansiedad durante el año 2020 en comparación con el sexo masculino ⁽¹⁷⁹⁾.

De igual manera, en el estudio realizado se ha observado que el porcentaje de niñas que presenta valores por encima al percentil 50 para A-E es mayor que el de niños, concretamente un 68.7% frente a un 46.1%. A pesar de que en este trabajo la proporción de mujeres es mayor a la de hombres, no se llega a alcanzar la ratio de 2:1, descrito en población general, ni la de 3:1, descrito en adolescentes. Ello podría ser debido al hecho de que la muestra recogida consta únicamente de 188 participantes. Aun así, los resultados reflejan, de forma significativa, la predisposición que posee el sexo femenino para sufrir trastornos relacionados con la ansiedad.

Pese a que esta relación está ampliamente estudiada, cabe indicar que no se conoce con certeza el motivo por el cual la ansiedad prevalece más en el sexo femenino que en el masculino. En este sentido, conviene señalar que se han barajado distintas teorías. Las más relevantes son, por un lado, las diferencias en el sistema neuroendocrino entre hombres y mujeres ^(69, 79) y, por otro lado, el hecho de que las mujeres son capaces de externalizar con mayor facilidad sus sentimientos y emociones ⁽⁶⁹⁾.

Por consiguiente, tras comparar el estudio objeto de este trabajo con otros realizados en diferentes países y momentos de la pandemia, es posible afirmar que, a pesar de que la pandemia COVID-19 es la primera de nuestra historia reciente, y, por tanto, una situación desconocida y devastadora para la gran mayoría de la población infantojuvenil, se ha mantenido la relación entre la ansiedad y el sexo, siendo el sexo femenino el más afectado. Este hecho no hace más que resaltar que, aunque es necesario velar por la salud mental de la totalidad de la población, se debería prestar especial atención a niñas y adolescentes.

6.2.3. Estudio de la relación entre la A-E y el núcleo familiar

La familia es considerada un pilar fundamental en el desarrollo de uno mismo. En este sentido, conviene destacar que es el primer entorno en el cual un/a niño/a comienza a explorar el mundo y a interactuar con otras personas. En otras palabras, desde la unidad familiar se comienzan a inculcar valores que serán determinantes para el desarrollo de principios y habilidades. De ahí, la importancia de la familia en el desarrollo tanto social como emocional de los/as niños/as.

Debido a ello, se ha considerado interesante valorar la relación entre la familia y la presencia de ansiedad en la población infantojuvenil de Valencia y su Área metropolitana durante la pandemia COVID-19. Por un lado, se ha evaluado la asociación entre A-E y la unidad familiar. Por otro lado, se ha examinado la correlación entre A-E y tener o no hermanos/as.

Previo a describir la relación entre la unidad familiar y la A-E es importante recalcar que en este estudio ésta se ha clasificado como monoparental o biparental en función de si la familia está compuesta por uno o dos progenitores, respectivamente.

Asimismo, los resultados obtenidos muestran que los/as niños/as procedentes de unidades familiares monoparentales presentan niveles de A-E más elevados que aquellos/as niños/as cuya unidad familiar está compuesta por dos progenitores. No obstante, no se ha encontrado significancia estadística.

Paralelamente, tras realizar una búsqueda de artículos científicos que versen sobre esta temática, es interesante destacar el hecho de que prácticamente no se han encontrado estudios donde se refleje dicha relación. Aun así, cabe destacar que en un estudio realizado en la población infantojuvenil neerlandesa durante la pandemia sí que hace referencia a que los/as hijos/as de unidades familiares monoparentales presentaron mayores niveles de ansiedad ⁽¹⁵⁸⁾.

En relación con las unidades familiares monoparentales, podría debatirse que existe un sentimiento de sobreprotección tanto del/de la progenitor/a al/a la hijo/a como del/de la hijo/a al/a la progenitor/a. Ello podría estar relacionado con el hecho de que comparten, en exclusividad, la totalidad de los momentos familiares. Por tanto, el vínculo de afecto, seguridad, respeto y protección es mayor. En consecuencia, es lógico pensar que en circunstancias donde existe un riesgo de peligro o una sensación de incertidumbre sobre el bienestar del otro, la ansiedad será mayor.

En esta línea, es importante destacar que el primer año de la pandemia COVID-19 fue un año de incertidumbre y preocupación para la población mundial. Además, el constante bombardeo de información por parte de los medios de comunicación perpetuó esas sensaciones. Asimismo, surgieron sentimientos de miedo a contraer la enfermedad, a contagiarse a algún ser querido o incluso a perderlo.

Teniendo en cuenta lo comentado previamente sobre las unidades familiares monoparentales, dichos sentimientos podrían verse aumentados sustancialmente dando lugar a que la ansiedad de la población infantojuvenil que procede de familias monoparentales sea mayor.

A propósito de la relación entre la A-E de la población encuestada en función de si tienen o no hermanos/as, cabe mencionar que los resultados obtenidos ponen de manifiesto que los/as niños/as que tienen hermanos/as presentan valores de A-E más elevados que los que no. Además, esta relación se mantiene en función del número de hermanos/as, es decir, que a mayor número de hermanos/as mayor es la A-E. Los resultados no han podido ser avalados estadísticamente en la muestra seleccionada.

Previo a llevar a cabo el análisis de los datos, se teorizó sobre el hecho de que tener hermanos/as podría ser beneficioso para disminuir la A-E. En este sentido, en una situación como la vivida durante el primer año pandemia, en la cual predominaba el distanciamiento social, tener hermanos/as permitiría a los/as niños/as socializar con sus iguales, combatir el aburrimiento y reducir el tiempo en el cual estaba rodeado/a por adultos. Asimismo, se estimaba que todos estos factores influirían de forma positiva en la población infantojuvenil, dando lugar a una disminución de la A-E.

Sin embargo, los datos no se correlacionan con la hipótesis planteada, puesto que han sido los/as niños/as que tienen hermanos/as quienes han presentado mayores niveles de ansiedad. Una causa de ello, podría ser que la diferencia de edad entre hermanos/as fuera considerable como para no compartir los mismos intereses.

También debería considerarse la relación entre ellos/as, dado que existe la posibilidad de que no se lleven bien, y, por tanto, no disfrutarían de tiempo juntos/as, fomentando el aburrimiento, el cansancio y la ansiedad.

Por otro lado, se considera relevante tener en cuenta la personalidad de cada hermano/a, ya que el estado de ánimo de un/a puede ser un factor influyente en el estado de ánimo del/de la otro/a. En este sentido, si uno de los/as hermanos/as suele

aburrirse, enfadarse o estresarse con facilidad es muy probable que este sentimiento se transmita al/a la otro/a.

Con respecto a esta relación es importante descartar que no se ha encontrado ningún artículo publicado en el que se evalúe de forma directa. En este sentido, únicamente se ha hallado un artículo el cual señala que el impacto de la pandemia en la población infantil varía en función de las características del núcleo familia, sin dar más especificaciones ⁽¹⁵⁷⁾.

En definitiva, es necesario destacar que la familia juega un papel fundamental en el desarrollo integral de uno mismo. En este sentido, el bienestar emocional de cada integrante influye y modula el del resto. Este estudio pone de manifiesto que tanto en las familias monoparentales como en las que tienen más un/a hijo/a existe mayor A-E. Aun sí es necesario profundizar en ello, dado que los resultados no son estadísticamente significativos y la literatura publicada sobre ello es escasa.

6.2.4. Estudio de la relación entre la A-E y el nivel de estudios del/ de los tutor/es legal/es

El nivel de estudios de los progenitores se considera un factor fundamental, no sólo en el rendimiento académico de sus hijos/as sino también en su desarrollo integral en la infancia y adolescencia.

En este sentido, es importante señalar que la educación del núcleo familiar es la base para la adquisición de valores, habilidades y conocimientos, los cuales serán los cimientos para el desarrollo personal y el funcionamiento en la etapa adulta. Asimismo, el nivel de estudios de los padres condiciona el tipo de educación que se fomenta en el entorno familiar, así como la destreza para gestionar las habilidades y emociones ante las adversidades.

Tal y como se ha comentado previamente, la pandemia COVID-19 ha supuesto un punto de inflexión en el día a día. Este hecho ha puesto de manifiesto la destreza de cada individuo para hacer frente a los impedimentos con los que se ha ido encontrando. Saber gestionar el bombardeo de información transmitida por los medios de comunicación y encontrar formas de entretener a los/as más pequeños/as de la casa durante los meses de confinamiento domiciliario estricto, serían ejemplos de ello.

En relación con los motivos expuestos previamente, se ha creído conveniente valorar la relación existente entre el nivel de estudios de los progenitores de la muestra

estudiada y la A-E. Los resultados muestran que en las unidades familiares donde el nivel de estudios es básico o medio la A-E de la población infantojuvenil es mayor.

Pese a que los resultados no han sido avalados estadísticamente, este dato se ha reproducido en estudios relacionados con el impacto de la COVID-19 en diferentes países. Todo ellos coinciden en el hecho de que en un entorno en el que predomina un nivel de estudios básico o media el nivel de ansiedad es mayor ^(71, 81, 92, 158, 168).

En relación con los resultados obtenidos, se puede afirmar que en los hogares donde la educación es básica o media el aumento de la ansiedad por parte de los/as niños/as puede venir motivado por distintos motivos. Por un lado, podría deberse al hecho de que su capacidad para modular o afrontar las situaciones de estrés es menor. Además, podría ser consecuencia de que son menos conscientes de las medidas a realizar ante una situación tan alarmante y grave como una pandemia. Por otro lado, podría plantearse que tienen menos recursos para mantener entretenidos/as a los/as niños/as.

En consecuencia, es necesario resaltar que la educación es determinante en la toma de decisiones sobre crianza, salud, interacción social y gestión de emociones, sobre todo en periodos de incertidumbre y cambios como durante el período de la pandemia.

6.2.5. Estudio de la relación entre la A-E y la tenencia de mascotas

Los animales de compañía son considerados por la mayoría de las personas que tienen mascota un miembro más de la familia ⁽¹⁸³⁾. En este sentido, se podría afirmar que la familia crea un vínculo de apego con la mascota, beneficiándose, así, del apoyo emocional y de la mejora de autoestima que se obtiene de dicha relación ^(184, 185).

Asimismo, es importante destacar que las mascotas ofrecen estabilidad emocional ante situaciones estresantes, dado que se preocupan por el bienestar de sus dueños y le transmiten un amor incondicional ⁽¹⁸⁴⁾.

Con respecto a esta relación, cabe señalar que ha sido ampliamente estudiada por la comunidad científica. Coinciden en que los animales de compañía son un apoyo para hacer frente a momentos difíciles y, de esa manera, mitigar el impacto negativo de los mismos ^(183, 186). Un ejemplo de ello sería el uso que hacen los centros

psicoterapéuticos de la relación establecida entre el humano y la mascota para tratar los síntomas relacionados con la ansiedad ⁽¹⁸⁵⁾.

Además, debido al hecho de que la pandemia COVID-19 se ha considerado una crisis sanitaria, la cual ha supuesto la limitación de la interacción y el contacto físico entre individuos, resulta interesante valorar si la tenencia de mascotas supone un beneficio para el bienestar de la población.

En relación con lo expuesto, en este trabajo se ha valorado no sólo de qué manera ha repercutido sobre la población infantojuvenil la tenencia o no de mascota, sino que, también, se ha evaluado si existen variaciones en función del tipo de mascota.

De esta manera, se pretende demostrar que la tenencia de mascota es beneficiosa para los/as niños/as en un momento en el que el contacto con sus iguales estaba restringido. Existe evidencia que apoya esta afirmación, es decir, que confirma que la población infantojuvenil se beneficia de convivir con mascotas en situaciones estresantes ^(183, 187). Además, según algunos autores la relación de apego entre el humano y la mascota se hace menos intensa conforme el humano va creciendo, por tanto, dicha relación es más intensa en niños/as y adolescentes ⁽¹⁷⁹⁾.

El hecho de colaborar en su cuidado y poder jugar con ellas, por un lado, ayudaría a establecer una rutina diaria y, por otro lado, a evadirse de las dificultades de la situación. Cabe destacar que dependiendo del tipo mascota la interacción con ella será diferente. En esta línea, dadas las características de los perros se teoriza que los/as niños/as que tienen perros como mascota interactúan más activamente con ellos y, por tanto, presentan menos ansiedad.

Los resultados obtenidos no secundan dichas suposiciones. Por lo que respecta a la comparación del bienestar emocional de los/as niños/as que tienen mascotas con los que no, no se han observado diferencias en los valores de A-E. En ambos grupos los niveles de A-E han superado el percentil 50. Ello demuestra que la tenencia de mascota no ha tenido un impacto sobre ellos/as. Aun así, es importante resaltar que los datos conseguidos no son significativos para la muestra poblacional.

Paralelamente, al relacionar los niveles de A-E con el tipo de mascota se ha evidenciado que aquellos/as niños/as que tienen tanto perro y gato, como perro presentan valores de A-E superiores al percentil 50. Únicamente la población infantojuvenil que tiene gatos u otros animales presenta valores inferiores. Si bien es

cierto que los resultados obtenidos no han sido significativos para la muestra estudiada.

En este sentido, cabe considerar que la A-E evidenciada en ambos grupos podría deberse a las vivencias derivadas de la pandemia. Asimismo, conviene señalar que los/as niños/as no han experimentado jamás una situación como la vivida durante el año 2020. Ello se debería considerar una razón suficiente para presentar ansiedad independientemente de si tienen o no mascota.

Por lo que respecta al tipo de mascota, la razón por la cual los/as niños/as que tienen gatos u otros animales presentan niveles de A-E inferiores al percentil 50 podría ser debido a que la muestra es insuficiente. Estos datos asociados al hecho de que los resultados no han sido estadísticamente significativos y de que no existen estudios disponibles donde se evalúe que los animales descritos reducen la ansiedad hace que la valoración de la A-E en estos grupos no sea apreciable.

Tras la revisión de los artículos científicos publicados que versan sobre esta temática es posible afirmar que los resultados encontrados son discordantes.

Así pues, un estudio transversal realizado en España en dueños/as de mascotas pone de manifiesto que durante la primera ola de la pandemia COVID-19 prácticamente la mitad de los/as encuestados/as percibieron una mejoría de su bienestar emocional gracias a sus mascotas ⁽¹⁸⁶⁾. Esto, también, se ve reflejado en un estudio en adolescente estadounidenses, el cual pone de manifiesto que los adolescentes que pasaron tiempo con su mascota durante la COVID-19 supieron sobrellevar el estrés mejor que los que no tienen mascota ⁽¹⁸⁷⁾. De igual manera, una encuesta en línea realizada en Estados Unidos mostró que en el 65% de los hogares en los que convivían mascotas y niños/as habían percibido que la presencia de mascotas era beneficiosa para los/as más pequeños/as durante la pandemia COVID-19 ⁽¹⁸³⁾.

Sin embargo, existen publicados otros estudios en los que se objetiva que la presencia de mascotas durante la pandemia aumenta los niveles de ansiedad de sus dueños/as ⁽¹⁸¹⁾. Tanto en un estudio realizado en Australia como otro llevado a cabo en México concluyen que la tenencia de mascota durante la pandemia ha dado lugar un empeoramiento en la calidad de vida y mayores niveles de depresión y ansiedad ^(181, 185, 188).

Por otro lado, se han encontrado estudios donde no se ha hallado una relación entre la tenencia de mascotas y la salud emocional del/ de la dueña ^(184, 189).

Por último, resulta interesante destacar la discrepancia de los resultados publicados en la literatura. En este sentido, cabe señalar que podría deberse a la metodología empleada en la ejecución de los trabajos, en cuanto a escalas utilizadas y variables a analizar, o a las diferencias en las poblaciones estudiadas. Asimismo, la mayoría de los estudios sólo contemplan a los gatos y a los perros como mascotas, dejando de lado a mascotas como aves o peces, ya que se desconocen los beneficios en términos de salud mental que reportan ⁽¹⁸⁸⁾.

Todo ello, no hace más que resaltar la necesidad de llevar a cabo más estudios con la finalidad de encontrar la relación entre la tenencia la mascota, incluso el tipo de mascota, y la salud mental de sus propietarios/as.

6.2.6. Estudio de la relación entre la A-E y el lugar de residencia y las características de la vivienda

Vivir en una ciudad o un pueblo es un debate que a día de hoy todavía sigue abierto. Existen múltiples razones por las cuales una familia se decantaría por una opción u otra, en función del estilo de vida que desee llevar.

En este sentido, uno de los mayores beneficios de vivir en un pueblo sería el de disfrutar de un ritmo de vida más pausado y un entorno más seguro. Además, existen otros relacionados con la naturaleza como aprender a apreciar los sonidos de la misma y respirar un aire más limpio. Todo ello contribuiría a reducir el estrés derivado de la actividad diaria y aumentar la calidad de vida.

En contraposición, las ciudades se caracterizan por disponer de una amplia oferta de servicios. Por otro lado, condiciona al ciudadano a llevar un ritmo de vida más frenético y, en consecuencia, un día a día más estresante.

Dado que esta comparación estaba ya presente en los años previos al 2020, en los que no se hablaba del virus SARS-CoV-2 ni de la pandemia del siglo XXI, se ha considerado interesante ver cómo residir en un entorno u otro ha afectado a la población infantojuvenil durante el primer año de la pandemia.

Paralelamente, cabe considerar que los/as niños/as criados/as en una ciudad están acostumbrados a llevar un ritmo de vida más caótico. Además, únicamente teniendo en cuenta la densidad poblacional, cabe indicar que interaccionan con un mayor número de individuos a lo largo del día. Si se considera que durante el primer año de pandemia el ritmo de vida al que los/as niños/as estaban acostumbrados/as se

redujo drásticamente y que las noticias sobre contagios y defunciones secundarias a la COVID-19 se producían en las ciudades, resulta razonable considerar que la ansiedad de la población infantojuvenil residente en Valencia será mayor.

De la misma manera, en diferentes estudios realizados en distintas regiones del mundo a lo largo de la pandemia, se ha demostrado que la población que reside en zonas urbanas tiene mayor riesgo de sufrir ansiedad ^(71, 158, 179). Únicamente se ha encontrado un estudio en el cual se estipula que vivir en una ciudad es un factor protector para sufrir ansiedad ⁽¹¹⁵⁾, pero no se explican las razones a las que lo atribuyen.

No obstante, los resultados obtenidos, a pesar de no ser estadísticamente significativos, revelan que en ambos grupos los niveles de A-E superan el p50, siendo más elevado en el Área metropolitana. En este sentido, es importante plantearse la cuestión de que el Área metropolitana de Valencia podría asemejarse más a una urbe que a un pueblo. En consecuencia, la calidad de vida sería equiparable a la de una ciudad como Valencia y no a la de una zona rural.

En relación con las características de la vivienda, es importante destacar las principales diferencias entre un piso y una casa. Por lo general, las casas suelen dar mayor sensación de amplitud que los pisos, ya sea porque disponen de más metros cuadrados o porque las estancias se distribuyen en diferentes alturas. A su vez, es frecuente que las casas dispongan de un espacio exterior de uso privativo.

Así pues, a parte de estudiar la relación entre la A-E y el lugar de residencia se decidió valorar, también, la relación entre ésta y las características de la vivienda.

En esta línea, durante los primeros meses de la pandemia COVID-19, en los cuales prevalecía el confinamiento domiciliario estricto y el distanciamiento social, el hecho de disponer de un espacio en el que poder despejarse y disfrutar del sol sin barreras físicas se consideraba un privilegio.

En contraposición, las viviendas sin terraza o balcón promueven la sensación de reclusión perpetua, facilitando, así, que la sensación de claustrofobia sea mayor.

Estos hechos no hacen más que subrayar la importancia de tener un espacio exterior donde poder oxigenarse, con la intención de disminuir el estrés. Asimismo, resulta importante tener en cuenta que la población infantojuvenil es físicamente más activa que la población adulta, motivo por el cual pueden sentir mayor sensación de agobio al permanecer por un tiempo prolongado en un espacio interior.

En este sentido, a partir del estudio realizado se pretende demostrar que los/as niños/as que viven en un piso sin balcón presentan niveles más altos de A-E. Dicha teoría ha sido avalada por diferentes estudios realizados tanto en la población adulta como en la infantil, en los cuales se refleja que vivir en un piso pequeño o no disponer de un espacio abierto aumenta la probabilidad de sufrir ansiedad ^(103, 110, 168).

De la misma manera, los resultados obtenidos, sin ser estadísticamente significativos, ponen de manifiesto que los/as niños/as que presentaron niveles de A-E más elevados fueron aquellos/as que viven en un piso sin balcón.

6.2.7. Estudio de la relación entre la A-E y la asistencia a clase y realización de actividades extraescolares

Antes de profundizar en la pandemia COVID-19, conviene señalar que las enfermedades van ligadas a la historia de la humanidad. Asimismo, se podría afirmar que cambios sociales, tales como la industrialización y la globalización, han provocados la aparición y propagación de enfermedades.

Si bien es verdad que las epidemias y las pandemias han estado presentes en la historia de la humanidad desde tiempos inmemoriales, es importante destacar el hecho de que en nuestra historia reciente éstas no son tan frecuentes. Aun así, cuando se anuncia un brote epidémico, una epidemia o una pandemia el impacto sobre la población es devastador.

En este sentido, conviene señalar que existe una preocupación creciente sobre la posibilidad de contagio de uno mismo y sus seres queridos en diferentes situaciones cotidianas, las cuales, previamente, no suponían una amenaza.

Durante la pandemia COVID-19, dado el rápido incremento de los contagios, diferentes autoridades gubernamentales decidieron decretar un estado de alarma con el consiguiente aislamiento domiciliario estricto. El objetivo de esta medida era reducir el número de contagios y paliar la expansión de la enfermedad. En consecuencia, también se cerraron los centros educativos y las instalaciones donde se realizan actividades extraescolares ⁽¹⁹⁰⁾.

A causa de ello, la población infantojuvenil experimentó un cambio radical en su rutina diaria. Esta disrupción abrupta ha supuesto una preocupación para la población científica, debido a la repercusión que puede tener en el bienestar emocional a corto, medio y largo plazo de los menores ^(106, 156, 158, 167, 171, 190).

Por un lado, cabe señalar que, durante el confinamiento domiciliario estricto, se suspendió la actividad docente presencial, instaurándose la modalidad de clases online. Al respecto, resulta conveniente destacar que existen tanto familias que no tienen accesos a dispositivos electrónicos como centros que no disponen de recursos para ofrecer una formación online.

Por otro lado, es necesario mencionar que los/as niños/as pasan la mayor parte del día tanto en el colegio como realizando actividades extraescolares, no sólo adquiriendo conocimientos sino también relacionándose con sus iguales.

En este trabajo se ha querido tener en cuenta tanto la asistencia a clase como a actividades extraescolares no sólo durante el inicio de la pandemia sino a lo largo del año 2020. En este sentido, se ha valorado el impacto de las diferentes decisiones sobre las medidas de aislamiento en la población infantojuvenil, puesto que al inicio del año, debido al confinamiento domiciliario estricto, tuvieron que permanecer en casa y, posteriormente, pudieron reanudar la actividad asistencial.

En lo referente a la asistencia a clase, es importante reseñar que dependiendo del centro escolar los/as alumnos/as asistieron presencialmente o fueron alternando las clases online con las presenciales. Además, en algunos casos, por decisión familiar, se mantuvo la docencia online. Estos son los tres supuestos que se han valorado en el estudio. Los resultados ponen de manifiesto que los/as niños/as que asistieron de forma presencial a clase presentan niveles más elevados de A-E.

Tal y como se ha visto reflejado en otros trabajos, el cierre de los centros escolares supuso un cambio drástico en el día a día de la población infantojuvenil, puesto que, sin previo aviso, los/as niños/as dejaron de tener contacto con sus iguales.

En este sentido, cabe señalar que los/as niños/as de entre diez y hasta quince años tienden a sentirse más respaldados/as y comprendidos/as por sus iguales que por sus padres. Es por ello que, durante los primeros meses de la pandemia, al perder el contacto directo con sus iguales se detectó un aumento de no sólo la ansiedad sino del sentimiento de soledad ^(190, 191).

En el estudio llevado a cabo no se ha valorado el bienestar emocional de los/as niños/as únicamente durante el confinamiento domiciliario estricto por diferentes motivos. Las principales razones por las cuales no se ha realizado han sido, por un lado, porque es una situación única y alarmante per se con lo cual no sólo influiría el cierre del centro escolar en ellos sino también la incertidumbre de lo que fuera a ocurrir. Por otro lado, dado que el pilar fundamental de los/as adolescentes son sus iguales el

prescindir de ellos/as, de forma diaria y durante un tiempo indefinido, es razón suficiente para causar un aumento de la ansiedad.

En consecuencia, se ha optado por valorar el nivel de ansiedad en relación con la vuelta a clase. A pesar de que los datos no han sido estadísticamente significativos, el aumento de la A-E en los/as niños/as que reanudaron las clases de forma presencial podría ser consecuencia de la saturación de información por parte de los medios de comunicación de todo lo relacionado con la COVID-19, es decir, número de contagios y fallecimientos, situaciones en las que aumentan los contagios... A su vez, hay que tener en cuenta que dicha información estaba disponible para toda la unidad familiar y, muy probablemente, sería un tema candente en las conversaciones familiares. Esto, asociado a la incertidumbre generada por la reapertura de los centros escolares podría generar un estado de alerta en la unidad familiar, poniendo al/ a la niño/a en un estado de alerta constante, el cual podría ser perjudicial para su bienestar emocional, ya que, en la mayoría de los casos, los/as niños/as son un reflejo de la situación familiar.

A parte de lo expuesto anteriormente, también es necesario considerar que al reanudarse las clases de forma presencial la población infantojuvenil estaba más expuesta a contraer la infección y, por tanto, el miedo a contagiarse o a que se contagiaran sus amigos/as podría ser un factor estresante para ellos.

Además, es importante tener en cuenta que la vuelta a las aulas supuso una reestructuración con respecto a los años previos, puesto que había que mantener distancias de seguridad y ventilar los espacios, entre otras medidas. Estos cambios podrían considerarse un factor estresante más, dado que alteran la rutina a la que los/as alumnos/as están acostumbrados/as.

En lo referente a la ansiedad en relación a la vuelta a las clases presenciales, conviene señalar que no se han encontrados artículos que hagan referencia a ello. En contraposición, sí que existen publicaciones que relacionen el cierre de los centros escolares con el aumento de la ansiedad de la población infantojuvenil. Destacan que la implantación de dicha restricción ha tenido un impacto negativo sobre los/as niños/as, dado que se ha registrado un aumento de la irritabilidad, la ansiedad y soledad, entre otros ^(179, 190).

Acerca de las actividades extraescolares, se ha valorado tanto la participación como el motivo por el cual decidieron no inscribirse. Tras recoger y analizar los datos se observa que los/as niños/as que presentaron mayores niveles de A-E fueron los que sí que realizaron actividades extraescolares durante el año 2020.

A su vez, los/as que presentaron mayores niveles de A-E dentro del grupo que no realizaron actividades extraescolares fueron los/as que no se inscribieron por motivos ajenos a la pandemia.

Tal y como se ha comentado previamente, con la reanudación de las actividades extraescolares y con ello, la realización de ejercicio físico y la relación con sus iguales se pretendía observar una disminución del nivel de ansiedad. Sin embargo, los resultados mostraron un aumento de la misma. Ello podría ser debido al miedo al contagio y por las modificaciones pertinentes para garantizar el mínimo riesgo de contagio.

Por otro lado, en aquellos casos en los que, por motivos ajeno a la pandemia, se decidió no realizar actividades extraescolares el aumento de la ansiedad podría ser causa del sentimiento de soledad. En este sentido, no hay que olvidar previamente habían estado confinados en el domicilio sin contacto con sus amigos/as. Por tanto, el tiempo de disfrute con sus iguales durante el año 2020 fue inferior con respecto a otros años y ello podría haber tenido un impacto en su salud mental.

A pesar de que no se han encontrado estudios que hablen específicamente sobre las dificultades psicosociales de la pandemia en relación con la realización de actividades extraescolares, cabe señalar que numerosos artículos hacen referencia a que los cambios en las rutinas de esta población tienen un efecto perjudicial sobre su salud mental (75, 169, 190, 192).

6.2.8. Estudio de la relación entre la A-E y la situación laboral del/de los tutor/es legal/es

Tal y como se ha comentado en varias ocasiones a lo largo de este trabajo, las catástrofes son situaciones poco frecuentes. A pesar de ello, cuando tienen lugar traen consigo un número no menospreciable de cambios.

En este sentido, uno de los ámbitos que se afecta es la situación laboral de los individuos. Concretamente, la pandemia COVID-19 supuso una revolución en este sector. Por un lado, el confinamiento domiciliario estricto impedía a muchos/as trabajadores/as acudir a su puesto habitual de trabajo, ya que únicamente los/as que desarrollaban su actividad laboral en las denominadas actividades esenciales estaban autorizados/as a abandonar su domicilio. Ello obligó a muchas empresas a declarar

ERTEs o, en el peor de los supuestos, reducir la plantilla al mínimo posible, con la finalidad de salir adelante.

Por otro lado, la imposibilidad de abandonar el domicilio dio paso al teletrabajo, una modalidad que no estaba establecida en España.

Con respecto a los ERTes, conviene señalar que durante el año 2020 se registraron 755.613 trabajadores en este régimen ⁽¹⁹³⁾, probablemente, con la intención de que no aumentara la tasa de paro. Aun así, en muchos de los casos, el salario percibido fue insuficiente para hacer frente a los gastos familiares.

Por otra parte, es importante destacar que la tasa de paro durante el mismo año se cerró en un 16.1%, es decir, que se produjo un aumento con respecto al año previo ⁽¹⁹⁴⁾.

En ambas circunstancias resulta razonable pensar que pueda existir cierta preocupación dentro del núcleo familiar, dado que con mucha probabilidad los ingresos disminuyeron, mientras que las necesidades básicas siguieron siendo las mismas.

En consecuencia, es probable que se produjera una reestructuración de las prioridades del núcleo familiar o una limitación de las actividades de ocio. Tanto la preocupación por la inestabilidad económica como la limitación de las actividades podrían generar ansiedad en la población.

Por lo que se refiere al teletrabajo, cabe plantear que el hecho de que el/los progenitor/es se encuentre/n en el domicilio podría beneficiar a los más pequeños/as de la casa. Ello es debido al hecho de que podrían realizar actividades en conjunto, disminuyendo, así, las horas de aburrimiento y el estrés de no estar en contacto con sus iguales y de no poder disfrutar del aire libre con la frecuencia con la que lo hacían antes.

Mediante el estudio llevado a cabo se pretende valorar la repercusión de la situación laboral del núcleo familiar en la población infantojuvenil. Los resultados, sin ser significativos, ponen de manifiesto que en la totalidad de los casos los percentiles de A-E fueron superiores al p50. En concreto, los/as niños/as que presentaron niveles más elevados de A-E fueron aquellos/as cuyo/s progenitor/es tuvo/tuvieron que acudir presencialmente a su puesto de trabajo. En el caso de que permanecieran en el domicilio, presentaron mayor A-E si el/los progenitor/es tuvo/tuvieron que quedarse en casa por motivos ajenos al teletrabajo, es decir, estar en ERTE o paro.

El motivo por el cual se ha evidenciado un incremento de A-E en la población infantojuvenil cuyo/s progenitor/es tuvieron que abandonar el domicilio para acudir al trabajo, podría deberse a la preocupación por el bienestar de su familia, ya que el riesgo de contraer la enfermedad es mayor con respecto al/ a los que permanece/n en el domicilio.

En este sentido, cabe recalcar que durante el año 2020 la información sobre la COVID-19 era escasa, debido al hecho de que estaba producida por un virus previamente desconocido. Asimismo, la incertidumbre sobre las consecuencias derivadas de contraer la infección y la información recibida a través de los medios de comunicación o escuchada dentro del mismo núcleo familiar podrían ser un desencadenante para que los/as niños/as a mostraran ansiedad cada vez que un familiar abandonaba el domicilio. Además, conviene señalar que, probablemente, la mayoría de los/as trabajadores/as desempeñaran un trabajo de cara al público, aumentando, así, el riesgo de contraer la enfermedad y la preocupación en el resto de los miembros de la familia.

Por otra parte, podría debatirse que el aumento de la ansiedad en la población infantojuvenil cuyo/s progenitor/es teletrabajó/teletrabajaron sería consecuencia del tiempo que pasaron juntos. En esta línea, no resulta desacertado considerar que los/as niños/as esperarían que al estar el/los adulto/s tanto tiempo en el domicilio estaría/n, la mayor parte del tiempo, realizando actividades con ellos/as.

Sin embargo, la realidad es que, a pesar de que el/la/los tutor/res legal/es estuvieran en el domicilio estaba/n trabajando. Este hecho podría ser difícil de comprender para los/as niños/as, puesto que, en condiciones normales, los momentos en los que todos se encuentran en el domicilio suelen ser para disfrutar en familia. Por ello, el hecho de que el/los progenitores estuviera/estuvieran desempeñando su jornada laboral podría ser un motivo para que los/as niños/as pensaran que se encuentran más desatendidos/as, aumentando, así, su ansiedad.

En relación con el/los progenitor/es que permanecieron en el domicilio por otros motivos ajenos al teletrabajo conviene señalar que, una gran parte de ellos, fue debido a los ERTes convocados y a las reducciones en las plantillas. Ello supuso una disminución en la fuente de ingresos de los núcleos familiares. Los/as niños/as son capaces de percibir estas dificultades, pudiendo generarles ansiedad.

Tras una revisión de la literatura conviene señalar que no existe prácticamente evidencia sobre cómo ha afectado la situación laboral del/de los progenitor/es a los/as

niños/as durante el año 2020. La evidencia publicada hace referencia a que la población infantojuvenil procedente de núcleos familiares en los que la economía se vio afectada por la COVID-19 presentó niveles de ansiedad más elevados (81, 95, 158, 180, 192).

6.2.9. Estudio de la relación entre la A-E y el diagnóstico de COVID-19 en el núcleo familiar

A lo largo de este trabajo se ha hecho hincapié en las situaciones que derivan de una pandemia, tanto a nivel físico como psíquico. A su vez, se ha recalcado la repercusión que éstas tienen en la esfera psicológica, sobre todo enfatizándose en la prevalencia de la ansiedad, ya que es el objetivo del estudio.

En este sentido, es importante incidir en el hecho de que la totalidad de las catástrofes acaban, de forma drástica, con la rutina de uno mismo. Si se traslada esta acción a la pandemia COVID-19, concretamente a la situación vivida por los/as niños/as en relación con su núcleo familiar cercano, cabe destacar que debido al distanciamiento social decretado muchas de las familias no se reunieron con la frecuencia habitual.

Por otro lado, resulta interesante exponer que tantos los desastres naturales como las emergencias sanitarias generan un sentimiento de miedo a lo desconocido y una preocupación desmesurada por la seguridad de los seres queridos.

Asimismo, todo lo expuesto anteriormente, a pesar de que afecta a toda la población, podría afirmarse que tiene una influencia negativa más llamativa en aquellos individuos que no son capaces de entender la complejidad del problema y sus consecuencias. Dentro de este grupo se encuentran los/as niños/as y adolescentes (170).

Por tanto, por medio de este trabajo se ha intentado reflejar de qué manera ha afectado a la población infantojuvenil encuestada tener un familiar cercano con infección por SARS-CoV-2 y la gravedad de la enfermedad.

En relación con los resultados alcanzados, conviene resaltar que los/as niños/as presentan niveles de ansiedad más elevados cuando ningún familiar ha sido diagnosticado de COVID-19. Por otro lado, es importante destacar que la ansiedad es directamente proporcional a gravedad de la enfermedad, es decir, que a mayor gravedad mayor ansiedad.

Por lo que respecta al contagio de padres, abuelos/as o hermanos/as, resulta interesante mencionar que únicamente se han objetivado valores de A-E superiores al percentil 50 en los/as niños/as que tuvieron un/a abuelo/a diagnosticado de COVID-19. En aquellos/as en los que fueron los padres o los/as hermanos/as los que pasaron la enfermedad no se han encontrado valores sugestivos de ansiedad.

Por el contrario, en cuanto a la repercusión de la infección, sí que mostraron valores superiores al percentil 50 los/as niños/as en los que la infección de sus abuelos/as o hermanos/as fue catalogada como grave.

A propósito de los datos expuestos, aunque estadísticamente no tienen significancia, es probable que los valores de ansiedad hallados en los/as niños/as que no han tenido ningún familiar diagnosticado de COVID-19 sean fruto del miedo a que la contraigan. Este hecho se ve reproducido en estudios desarrollados en diferentes países y momentos de la pandemia. La totalidad de la literatura encontrada que versa sobre esta materia coincide en que la preocupación porque sus familiares se contagien es un factor de riesgo para sufrir ansiedad ^(69, 110, 115, 158, 166). Este pensamiento negativo se conoce como ansiedad anticipatoria.

La ansiedad anticipatoria se encuentra presente, en la mayoría de las personas, en aquellos momentos a los que nunca se han enfrentado o en los que se desconoce la repercusión que puedan tener. En este sentido, ante una situación desconocida, se tiende a pensar más de lo habitual en los posibles desenlaces y, en muchos casos, en la versión negativa de éstos.

En lo referente a la pandemia COVID-19 conviene plantearse que la ansiedad secundaria al miedo al contagio de los seres queridos se vio magnificada a causa de la información retransmitida por los medios de comunicación.

Acerca de la gravedad, parece razonable concluir que, a mayor gravedad de la enfermedad, mayor sensación de ansiedad, tal y como se ve reflejado en el estudio. El hecho de que la enfermedad sea catalogada como grave implica que el/la enfermo/a está o bien ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o bien ha fallecido a causa de la enfermedad. Ambos acontecimientos son críticos y capaces de desestructurar el día a día de una familia, puesto que resulta difícil contactar con él/ella o directamente se pierde el contacto. Previo a este desenlace, se genera mucha incertidumbre sobre la evolución del familiar y el hecho de no poder visitarlo/la, debido a las restricciones de la propia pandemia, hace el que sentimiento de ansiedad

amente y se convierta en un círculo vicioso, el cual va en detrimento de los/as niños/as.

Por un lado, cabe mencionar que no se ha encontrado en la literatura publicada ninguna referencia a las reacciones de los niños/as cuando sus hermanos/as son diagnosticados/as de COVID-19. Paralelamente, en este estudio se ha encontrado que los niños/as presentan valores superiores al percentil 50 únicamente cuando la infección por el agente SARS-CoV-2 se cataloga como grave.

En primer lugar, es necesario mencionar que, con mucha probabilidad, los/as hermanos/as de los/as participantes son niños/as, adolescentes o adultos jóvenes. En este sentido, conviene recordar que durante el primer año de la pandemia los/as más afectados/as fueron la población adulta y de edad avanzada. Por tanto, la ansiedad anticipatoria que pudieran presentar en relación con el contagio de sus hermanos/as sería menor.

Además, también existe la posibilidad de que el/la encuestado/a hubiera pasado la enfermedad y, en consecuencia, tomará como referencia su experiencia, que, en la mayor parte de las ocasiones, fue leve. Por tanto, ante una situación desconocida, tal como una infección grave, la ansiedad aumenta.

Por otro lado, resulta interesante destacar el hecho de que en la población infantojuvenil estudiada, los/as niños/as presentaron niveles mayores de ansiedad cuando los miembros de su familia diagnosticados de COVID-19 fueron sus abuelos/as.

Aunque este dato también se ha reproducido en otros estudios encontrados en la literatura ^(103, 166), no se ha encontrado ninguno en el que se discuta este hallazgo. Ello podría deberse al hecho de que a día de hoy los/as abuelos/as son un apoyo imprescindible para el núcleo familiar puesto que, debido a las dificultades en la conciliación familiar, ellos/as son los encargados/as de cuidar de sus nietos.

A parte de esto, la relación entre abuelo/a y nieto/a se fundamenta en el amor incondicional que tienen unos/as por otros/as. Además, en la mayoría de los casos, los abuelos/as no tienen obligaciones de crianza, razón por la cual, únicamente gozan del placer de mimarlos.

En consecuencia, el miedo a que contraigan la enfermedad y que ésta se califique de grave en los que ya han sido diagnosticados, desencadena mayor ansiedad en la población infantojuvenil.

Así pues, se considera fundamental destacar la importancia de la familia. Pese a que la estadística no ha respaldado los resultados, es conveniente reflexionar sobre cómo el instinto de protección sobre los seres queridos hace que se manifiesten sentimientos de miedo y ansiedad ante situaciones desconocidas y, a la par, catastróficas. Dado que ya existen estudios publicados donde se demuestra dicha ansiedad anticipatoria, se considera necesario la publicación de artículos que analicen los motivos por los que se produce.

6.2.10. Estudio de la relación entre la A-E y ser diagnosticado de COVID-19

Las pandemias son crisis poco frecuentes, pero potencialmente devastadoras, las cuales afectan a la totalidad de la población tanto en la esfera física como psicológica. Asimismo, cabe mencionar que tanto adultos como niños/as están expuestos a las consecuencias derivadas de las mismas, pudiendo desarrollar en el corto, medio o largo plazo trastornos emocionales ⁽⁸¹⁾.

A pesar de que existe poca evidencia en la literatura sobre el impacto psicológico de las pandemias en los/as niños/as, conviene señalar que en crisis sanitarias previas sí que se detectó un aumento de los trastornos emocionales en dicha población ^(75, 158, 159).

En este sentido, es importante destacar que la población infantojuvenil es más vulnerable que la población adulta para presentar una alteración de su bienestar emocional. Tal y como se ha comentado en apartados anteriores ello podría ser debido a su limitada experiencia y/o la menor cantidad de habilidades emocionales para manejar situaciones como ésta ⁽¹¹⁸⁾.

Con respecto a la pandemia COVID-19, cabe recordar un hecho mencionado previamente, es decir, que el primer caso de COVID-19 en la población infantojuvenil se diagnosticó a principios de marzo del año 2020 ⁽¹⁰⁴⁾. Desde ese momento y hasta diciembre del mismo año se estima que entre el 1 y el 5% de la población infantojuvenil mundial fue diagnosticada de infección por SARS-CoV-2 ⁽¹⁹⁵⁾.

Si se compara este dato con el número de individuos adultos infectados, se puede observar que la tasa de infección en población pediátrica es muy inferior a la de población adulta. En otras palabras, el impacto de la pandemia en la salud física de los/as niños/as es muy inferior a la de los adultos. Sin embargo, aunque no existen

datos comparativos, la diferencia entre el impacto en la esfera emocional no es tan dispar entre estos dos grupos, dado que se ha observado un aumento de la ansiedad en las dos poblaciones.

A propósito de lo expuesto anteriormente, en este trabajo se ha valorado, por un lado, la A-E tras contraer la enfermedad, y, por otro lado, la repercusión de haber pasado la enfermedad aislado/a o no del núcleo familiar.

Los resultados muestran que los/as niños/as que no fueron diagnosticados/as durante el año 2020 presentan niveles de ansiedad más elevados que los/as que sí que contrajeron la enfermedad. Concretamente, un 60% frente a un 42%, respectivamente. Además, en aquellos/as niños/as que sí que fueron diagnosticados de COVID-19, la gravedad de la enfermedad no tuvo repercusión sobre la A-E, puesto que ninguno/a presenta niveles de A-E por encima del percentil 50. Sin embargo, es necesario destacar que los resultados no han sido respaldados estadísticamente.

En consecuencia, se podría discutir que la incertidumbre generada alrededor de la infección COVID-19 tiene mayor repercusión sobre la población infantojuvenil que la infección en sí. Ligado a este hecho, conviene destacar que tanto el miedo a contraer la enfermedad como su repercusión sobre la salud física de uno mismo podrían ser los desencadenantes del aumento de ansiedad.

En este sentido, los medios de comunicación y el entorno familiar podrían jugar un papel importante. Ello podría ser debido al hecho de que un familiar cercano o un/a conocido/a hubiera sido diagnosticado de COVID-19 y que curso de la enfermedad hubiera sido desfavorable. También, podría ser consecuencia de las conversaciones escuchadas en el domicilio en relación a este tema o la información ofrecida por los medios de comunicación. Además, no hay que olvidar que durante el primer año de la pandemia las noticias relacionadas con la COVID-19 eran desoladoras, puesto que se centraban tanto en el número de ingresos y fallecimientos como en las estrictas medidas de aislamiento.

En contraposición, también podría discutirse que una razón por la cual los/as niños/as que han participado en el estudio no presentan niveles de A-E elevados al ser diagnosticados de COVID-19 es porque la evolución de su enfermedad ha sido favorable. En concordancia, los niveles de ansiedad relacionados serían más elevados antes de contraer la enfermedad e irían disminuyendo tras el diagnóstico, al comprobar que no presentan síntomas o que éstos son leves.

Tras una revisión de la literatura científica publicada se ha observado que existen dos puntos de vista diferentes relacionados con la ansiedad y la infección por SARS-CoV-2.

Por un lado, se han encontrado artículos que avalan los resultados alcanzados en este trabajo. Existen varios estudios preliminares realizados en España, en adultos, donde inciden en que la falta de información, el desconocimiento de la situación y la preocupación por contraer la enfermedad son factores de riesgo relacionados con el aumento de ansiedad ⁽¹⁶⁶⁾. Asimismo, otros, llevados a cabo en diferentes países, coinciden en que dichas situaciones se correlacionan con ansiedad y cambios en el comportamiento ^(69, 107).

Por otro lado, se han encontrado publicaciones donde ser diagnosticado/a de COVID-19 se considera un factor de riesgo para presentar trastornos emocionales ⁽¹⁸¹⁾. En particular, un estudio llevado a cabo en niños/as plantea que el diagnóstico de la enfermedad es la causa por la cual presentan mayor riesgo de padecer ansiedad ⁽¹¹⁰⁾.

Paralelamente, resulta interesante destacar que la cuarentena es una medida característica de las crisis sanitarias, la cual no está presente en otros desastres naturales. Esta restricción, tan necesaria para evitar la propagación de la enfermedad, tiene un impacto psicológico en el ser humano.

En el trabajo realizado se ha demostrado que los/as niños/as que durante el transcurso de la enfermedad han estado aislados/as de sus seres queridos han presentado niveles de ansiedad más altos. Concretamente, un 86% de la población infantil que estuvo en cuarentena presentó valores de A-E por encima del percentil 50.

De la misma manera, conviene resaltar que este dato se ha mantenido constante en los estudios realizados en pandemias anteriores. Estos estudios hacen hincapié en el hecho de que los/as niños/as en cuarentena tienen mayor riesgo para desarrollar trastornos de adaptación, de ansiedad o de depresión ⁽⁸³⁾. Un ejemplo de ello sería un estudio realizado en la población infantojuvenil americana durante la pandemia de gripe A - H1N1. En él se pone de manifiesto que un 30% de la muestra cumplía criterios de trastorno por estrés postraumático tras haber sido aislados/as ⁽¹⁵⁶⁾.

Asimismo, en la literatura publicada sobre la pandemia COVID-19 se ha mantenido esta tendencia. La población infantojuvenil que ha estado en cuarentena tiene mayor probabilidad de desarrollar síntomas compatibles con una alteración del bienestar emocional. Una revisión no sistemática de 51 artículos, en la cual el tema predominante es la salud mental de niños/as y adolescentes, expone que separarlos

de sus seres queridos tras ser diagnosticado de COVID-19 se considera un factor de riesgo para la aparición de trastornos mentales, tales como ansiedad, depresión o trastorno por estrés postraumático ⁽¹⁰⁷⁾.

Sin embargo, a pesar de que se ha demostrado una relación directa entre el aislamiento y la aparición de trastornos de estrés en numerosos estudios a lo largo de la historia reciente, no se ha encontrado ningún artículo donde se hable del motivo por el cual existe dicha asociación.

Con respecto a ello, no hay que olvidar, que los humanos son seres sociales por naturaleza. Por tanto, no sólo se benefician de la relación con otros seres humanos, sino que, también, favorece su desarrollo personal. Es por ello, que una interrupción de dicha rutina puede ser perjudicial para los/as niños/as.

En resumen, cabe recalcar que la ansiedad anticipatoria ha sido más prevalente que la ansiedad tras el diagnóstico de la infección en la población infantojuvenil durante la pandemia COVID-19. Paralelamente, se ha confirmado que la separación del núcleo familiar, con el objetivo de contener la enfermedad, va en detrimento de la salud mental de los/as más pequeños/as.

6.2.11. Estudio de la relación entre la A-E y el aislamiento domiciliario por ser contacto estrecho

La cuarentena es una medida impuesta por las instituciones sanitarias y políticas cuya finalidad es contener la propagación de las enfermedades. A pesar de ser una acción beneficiosa en términos de control de infecciones, es importante destacar que presenta limitaciones.

Debido al hecho de que para evitar el aumento de contagios es necesario aislar a los núcleos poblacionales, conviene señalar que se produce una disminución de la interacción social por la imposibilidad de desplazamiento. En consecuencia, tanto el sentimiento de soledad como el de aburrimiento aumenta en la población. Ello va en detrimento del bienestar emocional del ser humano.

En este sentido, en las diferentes pandemias sucedidas a lo largo de la historia, se ha constatado que la población infantojuvenil presenta, con mayor frecuencia, sentimientos de soledad y estrés postraumático en aquellas en las que se tuvo que confinar ^(111, 117, 166).

Asimismo, también se han encontrado estudios donde se ha observado un aumento de síntomas relacionados con el estrés y la depresión en niños/as confinados/as ⁽¹⁹⁶⁾. En esta línea, cabe señalar que los cambios en el estilo de vida añadidos al estrés de la situación pueden agravar el impacto en la salud mental de los/as niños/as y adolescentes ⁽¹⁷⁰⁾.

En lo referente a la pandemia COVID-19 se puede afirmar que la repercusión que ésta ha tenido sobre la salud mental de los/as niños/as ha sido devastadora. Concretamente, una revisión sistemática, compuesta por 24 estudios, concluye que el aislamiento domiciliario ha dado lugar a un aumento de la prevalencia de depresión, ansiedad, irritabilidad y trastornos del sueño ^(115, 156). Otra revisión no sistemática de 51 artículos, no sólo apoya lo expuesto previamente, sino que también indica que una de las principales razones por las cuales se ha producido un aumento de patología psiquiátrica es la separación de los/as niños/as de sus familiares y/o cuidadores ⁽¹⁰⁷⁾.

Paralelamente, mediante este trabajo también se ha querido dar visibilidad a la problemática psicoemocional derivada del aislamiento domiciliario tras el diagnóstico de COVID-19. Los resultados alcanzados muestran que tanto los/as niños/as que estuvieron aislados/as como los/as que no presentan niveles de A-E por encima del percentil 50. Aun así, resulta interesante destacar que en los/as que no se aislaron los niveles de ansiedad fueron mayores.

Además, en aquellos/as que estuvieron aislados/as se ha estudiado también el número de ocasiones y el origen del contacto. En este sentido, la población infantojuvenil que estuvo aislado en más de una ocasión y que el contacto fue un conviviente presentaron niveles más elevados de ansiedad.

Con respecto a los resultados mostrados a través de este estudio, cabe mencionar que ninguna de las variables relacionadas con el aislamiento domiciliario han sido estadísticamente significativas.

En relación con los resultados alcanzados, y comparándolos con aquellos encontrados en la literatura, es importante destacar que, en ambos, la población infantojuvenil confinada ha manifestado alteraciones en su bienestar emocional.

A propósito de este dato, resulta interesante matizar el hecho de que los seres humanos son seres sociales. Aristóteles ya hacía referencia a esta condición, puesto que promulgaba que el ser humano no es autosuficiente, sino que requiere de sus iguales para complementar y completar su desarrollo individual. Por tanto, el ser humano necesita relacionarse con sus iguales para generar vínculos afectivos y, así,

desarrollarse emocionalmente. Especial mención requieren los/as niños/as, ya que se encuentran en un periodo de cambio constante y cualquier estímulo puede ser determinante en el desarrollo de su personalidad y bienestar emocional. Por tanto, esta podría ser una de las razones por las cuales los/as niños/as se han visto psicológicamente afectados/as por el confinamiento.

Sin embargo, no hay que olvidar el hecho de que en el estudio realizado los/as niños/as que han presentado más A-E han sido los/as que no estuvieron confinados/as. Ello podría deberse a dos motivos.

En primer lugar, cabe considerar que el origen de gran parte de los contagios son los convivientes. En consecuencia, podría darse la situación en la que un conviviente estuviera confinado al mismo tiempo que el/la niño/a, reduciendo, así, su estrés.

En segundo lugar, es importante destacar que a lo largo del año 2020 la duración del aislamiento fue variando dependiendo de las restricciones vigentes en cada momento. Como resultado de ello, el periodo de confinamiento no fue igual para la totalidad de la población infantojuvenil encuestada. Asimismo, es probable que muchos/as de los/as niños/as fueran aislados/as durante un corto periodo de tiempo y, por consiguiente, no fuera tiempo suficiente para presentar una alteración en su bienestar emocional.

En definitiva, los resultados obtenidos a través del trabajo realizado no apoyan lo que otros estudios concluyen, es decir que la limitación de la interacción social supone un impacto sobre la salud psíquica de la población, sobre todo de los/as niños/as. A pesar de los datos del estudio, no hay que olvidar que las relaciones sociales son determinantes para el ser humano por lo que una alteración puede romper la garantía de bienestar que generan.

6.2.12. Estudio de la relación entre la A-E y la A-R

Con respecto a la relación A-E y A-R se considera necesario recordar el significado de cada concepto con la finalidad de explorar su correlación. Por un lado, A-R hace referencia a la predisposición que un individuo posee para percibir las situaciones como amenazantes ^(6, 42). Por otro lado, A-E se define como una fase emocional transitoria donde el individuo percibe como amenazante una determinada situación ^(6, 42). Dicho de otra manera, y en referencia al trabajo realizado, los/as niños/as con A-E serían aquellos/as que han presentado síntomas compatibles con

ansiedad durante el año 2020, mientras que los/as niños/as que presentan A-R tienen tendencia a mostrarse ansiosos/as ante actividades de la vida cotidiana.

Tras la evaluación de la ansiedad en la población encuestada es posible afirmar que existe una concordancia entre la A-R y la A-E. En este sentido, se puede observar que los/as niños/as que presentan niveles elevados de A-R, se mostraron más ansiosos durante el año 2020. Concretamente, el ochenta por ciento de la población infantojuvenil que tiene predisposición para presentar sintomatología compatible con la ansiedad, la mostró durante la pandemia.

Por el contrario, más de la mitad de los/as niños/as que no presentan percentiles superiores al 50 de A-R, a pesar de que pudieran estar preocupados por los acontecimientos desencadenados por la pandemia durante el año 2020, no llegaron a cumplir criterios de A-E.

En este sentido, resulta razonable llegar a la conclusión de que, si un individuo tiene tendencia a vivir como experiencias negativas eventos del día a día, como, por ejemplo, no ser seleccionado/a para jugar un partido de fútbol o no haber sacado un sobresaliente en un examen, una situación como la pandemia COVID-19 le provocaría un mayor malestar emocional. Por tanto, individuos con niveles elevados de A-R tienen mayor probabilidad de presentar niveles de A-E elevados ⁽⁴³⁾.

Por otro lado, resulta interesante resaltar el hecho de que en la muestra ha habido un número considerable de niños/as que, a pesar de no tener un percentil de A-R por encima del 50, sí que han presentado valores superiores de A-E. Ello podría deberse al hecho de que la A-E depende de cómo se haya sentido un individuo en los diferentes acontecimientos vividos. Por ejemplo, pese a no tener predisposición a vivir las situaciones como amenazantes, un/a niño/a sí que podría presentar ansiedad si uno de sus progenitores hubiera ingresado en el hospital por COVID-19 o si se hubiera tenido que aislarse del núcleo familiar por presentar la infección.

Paralelamente, conviene señalar que no se han encontrado artículos en la literatura en los que se compare tanto la A-R como la A-E durante la pandemia COVID-19. Asimismo, los artículos encontrados únicamente utilizan la escala A-E para valorar de qué manera la población estudiada ha vivido la pandemia ^(69, 115, 157).

En definitiva, es importante destacar que, ante una situación sin precedentes, como la pandemia COVID-19, no sólo hay que velar por el bienestar de los/as niños/as que presentan niveles elevados de A-R sino por el bienestar de la población

infantojuvenil en general, puesto que en un determinado momento todos/as podemos presentar sintomatología ansiosa.

Aun así, cabe considerar que los/as niños/as con predisposición para vivir como negativas situaciones del día a día deberían beneficiarse de programas orientados a la gestión de emociones con la intención de reducir la frecuencia e intensidad de las situaciones estresantes.

En definitiva, conviene destacar que este estudio contribuye de forma significativa a la literatura publicada sobre la COVID-19. Ello es debido a que proporciona evidencia sobre la manera en que diferentes variables sociodemográficas relacionadas con la pandemia pueden llegar a tener un impacto sobre el bienestar emocional de la población infantojuvenil. No sólo eso, sino que mediante este estudio también se ha puesto de manifiesto que los rasgos de personalidad son un factor determinante en el desarrollo de trastornos mentales.

En este sentido, este trabajo pretender aportar su grano de arena para ayudar a dar visibilidad a las necesidades emocionales de los/as niños/as y adolescenteS. A pesar de que ellos/as se sientan invencibles son vulnerables ante muchas circunstancias, sobre todo en el ámbito psicológico, y, en muchas ocasiones, les cuesta pedir ayudar. Con este fin, se deberían crear programas para familias y profesionales, con la intención de detectar signos precoces de alteración en el bienestar emocional de los adolescentes y disminuir la prevalencia de las enfermedades psiquiátricas.

Por un lado, en las revisiones de salud infantil de los doce y catorce años se debería sopesar el riesgo - beneficio de realizar una valoración psicológica, con la intención de detectar, de forma precoz, alteraciones en el bienestar emocional de dicha población. Por ejemplo, se podría fomentar el cribado de niños/as con un percentil de A-R por encima de 50, ya que son más vulnerables para presentar ansiedad ante diferentes situaciones.

Por otro lado, se debería valorar el crear herramientas de ayuda psicológica enfocadas a progenitores y cuidadores cuya intención sea minimizar el impacto que tanto las catástrofes como los cambios de rutina tengan en la población infantojuvenil.

Al fin y al cabo, se pretende mejorar el bienestar emocional a corto, medio y largo plazo de la población infantojuvenil, ya que como afirma la OMS “no hay salud sin salud mental”.

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES

A continuación, se presentan de forma resumida las principales conclusiones extraídas de esta tesis doctoral. Con el fin de facilitar su comprensión, éstas serán expuestas siguiendo la estructura planteada en el apartado de la discusión.

1. Se confirma que durante el año 2020 la prevalencia de la ansiedad en la población infantojuvenil de Valencia y su Área metropolitana ha aumentado, en un 57,98%, con respecto al valor teórico nacional previo a la pandemia.
2. Se demuestra que los/as adolescentes tempranos/as han sido el grupo etario que más ansiedad ha presentado.
3. Se constata que el sexo femenino ha presentado niveles más elevados de ansiedad durante el primer año de la pandemia que el sexo masculino.
4. No se ha podido determinar de forma estadísticamente significativa el impacto de las unidades familiares monoparentales y el de tener o no hermanos/as en la A-E de la población infantojuvenil.
5. Se ha encontrado una relación no estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad y el nivel de educación de los progenitores, siendo más elevada en los/as niños que provienen de familias con un nivel básico o medio de educación.
6. No se ha encontrado en la realización de este trabajo una relación entre la tenencia de mascotas y la A-E de la población infantojuvenil estudiada.
7. No existen datos suficientes para confirmar que vivir en una ciudad es un factor de riesgo para presentar niveles más elevados de ansiedad ni que disponer de un espacio abierto reduzca la probabilidad de sufrir ansiedad.
8. Los datos obtenidos no han demostrado que la vuelta a las aulas y la reanudación de las actividades extraescolares reduce la A-E. Por el contrario, relacionan, de forma estadísticamente no significativa, el aumento de la A-E con acudir de forma presencial a clase y realizar actividades extraescolares.
9. Los resultados no han podido confirmar que la A-E de la población infantojuvenil es más elevada en aquellas familias en las que al menos un progenitor tuvo que abandonar el domicilio para acudir al puesto de trabajo.

10. No se ha podido demostrar que el miedo al contagio de los seres queridos es un factor de riesgo para sufrir ansiedad.
11. No se ha hallado una relación entre la A-E y ser diagnosticado de COVID-19. En cambio, el hecho de estar aislado/a del núcleo familiar durante la enfermedad sí que ha demostrado ser un factor de riesgo para presentar ansiedad.
12. No existen datos suficientes para establecer que el aislamiento domiciliario por contacto estrecho se considere un factor de riesgo para alterar el bienestar emocional de los/as niños/as.
13. Se confirma que existe una relación directamente proporcional entre A-R y A-E. Ello significa que los/as niños/as que presentan un nivel elevado de A-R tienen mayor probabilidad de presentar valores altos de A-E. Durante el año 2020, en lo concerniente a la pandemia COVID-19, la población infantojuvenil con valores superiores al percentil 50 de A-R ha presentado más sintomatología ansiosa.

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta sobre características sociodemográficas

PREGUNTAS SOBRE EL NIÑO/A

Nombre del niño/a:

Fecha de nacimiento del niño/a:

1. ¿Tiene su hijo/a alguna enfermedad crónica o ha sido diagnosticado de alguna enfermedad neurológica o psiquiátrica?
 - a) No
 - b) Sí, especifique cual:

PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL NÚCLEO FAMILIAR

2. ¿Cuántos hermanos tiene su hijo/a?
 - a) Ninguno, es hijo/a único/a
 - b) 1
 - c) Más de 1

3. ¿Es una familia monoparental o biparental?
 - a) Monoparental
 - b) Biparental

4. ¿Cuál es el nivel de educación de los padres?
 - a) Educación básica
 - b) Educación media: formación profesional o módulo
 - c) Educación superior: grado o licenciatura
 - d) Educación superior: master o doctorado

5. ¿Tienen mascota?
 - a) No
 - b) Sí, especifique cual:

PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL ENTORNO FAMILIAR

6. ¿Viven en Valencia o en el Área metropolitana de Valencia?
 - a) En Valencia
 - b) En el Área metropolitana de Valencia

7. ¿Cómo es la vivienda en la que realizaron el confinamiento?
 - a) Piso sin balcón ni terraza
 - b) Piso con balcón o terraza
 - c) Casa sin jardín
 - d) Casa con jardín

PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL COLEGIO

8. Tras la reapertura de los centros escolares, ¿ha vuelto su hijo al colegio?
- a) Sí, todos los días de la semana
 - b) Sí, pero alterna las clases online con presenciales

En ese caso, ¿cuántos días a la semana va al colegio?:

- c) No, por motivos de salud las clases son online
- d) No, por decisión familiar no ha ido al colegio este año

PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA COVID-19

9. ¿Durante la pandemia COVID-19 han tenido la oportunidad de teletrabajar?
- a) Sí, los dos hemos trabajado desde casa
 - b) Sí, sólo uno de nosotros ha trabajado desde casa
 - c) No, por otros motivos laborales (ERTE, desempleo) he permanecido más tiempo en el domicilio
 - d) No, hemos tenido que acudir a nuestro puesto de trabajo

10. ¿Ha dejado de realizar su hijo actividades extraescolares durante la pandemia COVID-19?
- a) No
 - b) Sí, especifique el motivo:

11. ¿Algún familiar o amigo cercano ha padecido la enfermedad COVID-19?
- a) Sí

Especifique si ha padecido la enfermedad de forma:
leve - moderada (ingreso en planta) - grave (ingreso en UCI o fallecimiento)

- b) No

12. ¿Ha sido diagnosticado de enfermedad COVID-19 alguien del núcleo familiar?
- a) Sí, el padre o la madre

Especifique si ha padecido la enfermedad de forma:
leve - moderada (ingreso en planta) - grave (ingreso en UCI o fallecimiento)

- b) Sí, uno de sus abuelos

Especifique si ha padecido la enfermedad de forma:

leve - moderada (ingreso en planta) - grave (ingreso en UCI o fallecimiento)

- c) Sí, uno de sus hermanos

Especifique si ha padecido la enfermedad de forma:

leve - moderada (ingreso en planta) - grave (ingreso en UCI o fallecimiento)

- d) No

13. ¿Ha sido su hijo/a diagnosticado de enfermedad COVID-19?

a) Sí

Especifique si ha padecido la enfermedad de forma:

leve - moderada (ingreso en planta) - grave (ingreso en UCI o fallecimiento)

b) No

14. ¿Ha tenido que aislarse su hijo/a por ser contacto estrecho durante la pandemia COVID-19?

a) Sí, ha sido contacto estrecho de un familiar conviviente

b) Sí, ha sido contacto estrecho de un compañero de clase

c) Sí, ha sido contacto estrecho, pero el caso provenía de otro núcleo

d) No

En el caso de haberse aislado, por favor indique el número de ocasiones:

Anexo 2. Consentimiento informado para tutores legales

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES Y TUTORES

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “Impacto psicosocial de la pandemia COVID-19 sobre la población infantojuvenil de Valencia y su Área metropolitana”

Datos del Investigador principal

Nombre y apellidos: Cristina Barbas Rebollo

Centro al que pertenece: Hospital Universitario Doctor Peset.

Yo, D/D^a _____ como
padre/madre/tutor legal del menor de nombre _____

he leído el resumen proporcionado sobre el estudio. Entiendo que la participación de mi hijo/a en el estudio es estrictamente voluntaria y anónima. También entiendo mi derecho a poder obtener más información sobre el estudio, a modificar los datos erróneos y a cancelar la participación sin perjuicio para el menor.

Autorizo con esta firma al uso de los datos y la difusión de los resultados en ámbito médico.

Confirmando con la presente que el otro progenitor (en el caso de no estar presente) no se opone a la participación de nuestro hijo/a en el estudio.

En Valencia, a _____ de _____ del 2021

Firma del padre/madre/tutor legal

Confidencialidad:

La Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

El texto del Anexo VIII C sobre la aplicación del Reglamento (UE) 2016/679 general de protección de datos, según figura en el documento adjunto.

Contacto en caso de dudas: cristina.barbas.rebollo@gmail.com

Revoco el consentimiento prestado:

En Valencia, a _____ de _____ del 2021

Firma participante

Firma del médico/a

Anexo 3. Consentimiento informado para niños/as mayores de 12 años

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA NIÑOS/AS MAYORES DE 12 AÑOS

Yo, _____ (nombre y apellidos) en calidad de participante menor de edad, de _____ años, he entendido el estudio y mi participación, he podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido información suficiente sobre el estudio.

He hablado con _____ (nombre del médico).

Comprendo que la participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

He recibido toda la información adaptada a mi nivel de entendimiento y estoy de acuerdo en participar. Estoy de acuerdo con que utilicen mis datos y difundan los resultados con fines médicos.

En Valencia, a _____ de _____ del 2021

Firma participante

Firma del médico/a

Revoco el consentimiento prestado:

En Valencia, a _____ de _____ del 2021

Firma participante

Firma del médico/a

Anexo 4. Hoja informativa para tutores legales

HOJA INFORMATIVA PARA PADRES Y TUTORES

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “Impacto psicosocial de la pandemia COVID-19 sobre la población infantojuvenil de Valencia y su Área metropolitana”

Datos del Investigador principal

Nombre y apellidos: Cristina Barbas Rebollo

Centro al que pertenece: Hospital Universitario Doctor Peset.

La ansiedad es una respuesta emocional universal que aparece ante un peligro o amenaza real. Se presenta en la totalidad de los seres vivos y se caracteriza por ser una respuesta adaptativa necesaria para la supervivencia. Cuando se presenta de forma desproporcionada, tanto en intensidad como en duración o en ausencia de un peligro o amenaza real se conoce como ansiedad patológica.

A día de hoy, se ha observado un aumento de la ansiedad en la población infantojuvenil en los últimos años. Consecuentemente, la ansiedad se ha convertido en un motivo frecuente de consulta. Se ha estimado que los factores ambientales, como desastres naturales o epidemias, son responsables del 60-70% del cuadro clínico de ansiedad.

Desde el 31 de diciembre de 2019, momento en que se detectó el primer caso de infección por SARS-CoV-2, y tras la declaración de pandemia mundial el día 11 de marzo de 2020, decretada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se han producido muchos cambios en el estilo de vida de la población mundial. Varios ejemplos de ellos fueron el confinamiento domiciliario, el cierre de centros escolares y parques. Ello, podría considerarse como un evento vital negativo y, en consecuencia, tener efectos desfavorables en la salud mental de la población.

A propósito de este hecho, es importante destacar que los niños serían los más vulnerables ante esta situación debido, no sólo por la ruptura de su rutina y el aislamiento social, sino también por su menor cantidad de habilidades personales y emocionales para manejar la situación. Con el objetivo de poner de manifiesto esta circunstancia, a lo largo del año 2020 se han publicado varios estudios en los que se demuestra que en la población infantil se han incrementado el número de problemas emocionales, entre ellos la ansiedad.

Por esta razón, estamos realizando un estudio en Valencia y su Área metropolitana. Nuestro propósito es determinar si existe un aumento de la ansiedad en niños a lo largo del último año debido a los diferentes cambios de rutina y las medidas gubernamentales aplicadas.

Para dicho estudio solicitamos su colaboración y la de su hijo/a, dado que necesitamos que conteste a un cuestionario sobre datos sociodemográficos sobre su hijo/a y su familia y que su hijo/a realice un cuestionario sobre la ansiedad. Los datos obtenidos nos ayudarán a valorar si se ha producido un aumento de la ansiedad en la población infantil durante la pandemia COVID-19. De esta manera, se podrá dar visibilidad a la necesidad de ofrecer estrategias para manejar los miedos y prevenir las consecuencias a largo plazo en lo referente a la salud mental de los niños.

Les garantizamos que todos los datos que se obtengan de la participación en el estudio serán almacenados con un código y en un lugar seguro, de acceso restringido. En todo el proceso se seguirá la Ley de Protección de Datos (Ley orgánica 3/2018 de 5 de diciembre) y otras leyes vigentes aplicables. Los resultados globales serán conservados, siempre manteniendo la confidencialidad de los datos y respetando el anonimato de los menores.

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir NO participar. Si decide participar, puede cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su atención sanitaria.

Si, como padre, madre o representante legalmente autorizado, usted permite que su hijo/a participe, debe rellenar el formulario de Consentimiento que aparece al final de esta carta para que queda ser incluido en el mismo.

Me gustaría agradecerles de antemano la participación en el estudio.

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Hospital Universitario Doctor Peset. Contará con un total de 188 niños de edades comprendidas entre diez y hasta quince años.

Anexo 5. Hoja informativa para niños/as mayores de 12 años

HOJA INFORMATIVA PARA NIÑOS/AS MAYORES DE 12 AÑOS

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “Impacto psicosocial de la pandemia COVID-19 sobre la población infantojuvenil de Valencia y su Área metropolitana.”

Datos del Investigador principal

Nombre y apellidos: Cristina Barbas Rebollo

Centro al que pertenece: Hospital Universitario Doctor Peset.

El año pasado fue un año diferente para todos por la pandemia COVID-19. Hubo muchos cambios: el cierre los colegios e institutos, no se podía ir al parque ni quedar con amigos, no se podía salir de casa... Por eso, estamos haciendo un estudio para saber si todos esos cambios han podido tener un impacto negativo en los/as niños/as. Necesitamos tu autorización para que nos contestes a unas preguntas sobre ti y tu familia y a un cuestionario sobre la ansiedad.

Todos los datos serán anónimos y confidenciales (sólo el investigador principal los conocerá) y se conservarán siguiendo la Ley de Protección de Datos (Ley orgánica 3/2018 de 5 de diciembre) y otras leyes vigentes aplicables.

Espero que sea de tu interés y, así poder contar con tu apoyo y colaboración.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española* (23ª edición). Madrid: RAE.
2. Jablensky, A. (1985). Approaches to the definition and classification of anxiety and related disorders in european psychiatry. En A. H. Tuma y J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 735-758). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
3. Lewis, A. (1980). Problems presented by the ambiguous word “anxiety” as used in psychopathology. En G. D. Burrows y B. Davies (Eds.), *Handbook of studies on anxiety* (pp. 105-121). Amsterdam, Netherlands: Elsevier/North-Holland.
4. Riordan, D. M., Singhal, D. (2018). Anxiety-related disorders: An overview. *Journal of Paediatrics and Child health*, 54(10), 1104-1109. <https://doi.org/10.1111/jpc.14167>
5. Hernández G. G., Orellana V. G., Kimelman J. M., Nuñez M. C., & Ibáñez H. C. (2005) Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *Revista Médica de Chile*, 133(8), 895-902. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872005000800005>
6. Sierra J. C., Ortega V., Zubeidat I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.
7. Alansari B. M., (2006). Gender differences in anxiety among undergraduates from sixteen islamic countries. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 34(6), 651-60. <https://doi.org/10.2224/sbp.2006.34.6.651>
8. Rodrigues, P. F., Pandeirada, J. N., Bem-Haja, P., França, J. (2017). The Trait Anxiety Scale for Children: A validation study for European Portuguese children and adolescents. *European Journal of Developmental Psychology*, 15(4), 472-480. <https://doi.org/10.1080/17405629.2017.1308249>
9. Sánchez Mascaraque, P., Cohen, S. D. (2020). Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Adolescere*, VIII (1), 16-27.

10. Tobeña, A. (1986). Psicobiología de la ansiedad normal. En A. Tobeña (Coord.), *Trastornos de ansiedad: Orígenes y tratamiento* (pp. 15-39). Barcelona: Alamex.
11. Tyrer, P. (1982). Major common symptoms in psychiatry: Anxiety. *Journal of Hospital Medicine*, 27, 109-113.
12. de Ansorena Cao, A., Reinoso, J. C., Cagigal, I. R. (1983). El constructo de ansiedad en psicología: una revisión. *Estudios de Psicología*, 4(16), 30-45.
<https://doi.org/10.1080/02109395.1983.10821366>
13. Miguel-Tobal, J. J. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Santillana
14. Beesdo, K., Knappe, S., Pine, D. S. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483-524.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002>
15. Ochando Perales, G., Peris Cancio, P. S. (2017). Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatría Integral*, XXI (1), 39-46.
16. Sandín, B. y Chorot, P. (2011). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (ed. rev., Vol. 2, pp. 43-63). Madrid: McGrawHill.
17. Sakolsky D., Birmaher, B., (2008). Pediatric anxiety disorders: Management in primary care. *Current opinion in Pediatrics*, 20 (5), 538-543.
<https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e32830fe3fa>
18. Ruiz Sancho A. M., Lago Pita B., (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En: AEPaP ed. *Curso de Actualización Pediatría 2005*. Madrid: Exlibris Ediciones; p. 265-280.
19. Rapee R.M. (2016) Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes: Naturaleza, Desarrollo, Tratamiento y Prevención (Irrarázaval M, Stefan MT, trad.) En Rey JM (ed), *Libro electrónico de IACAPAP de Salud Mental en Niños y Adolescentes*. Geneva: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesiones Aliadas de Niños y Adolescentes.

20. Stein, D. J. y Hollander, E. (2002). *The American Psychiatric publishing textbook of anxiety disorders* (1st ed.). Washington, DC: American Psychiatric Pub.
21. Berrios, G. (2013). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica.
22. Errera, P. (1962). Some historical aspects of the concept, phobia. *The Psychiatric Quarterly*, 36(1-4), 325-336.
<https://doi.org/10.1007/bf01586122>
23. Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 19-28.
24. Saiz, J. (1993). *La ansiedad: Del estrés al pánico*. Barcelona: Manuel Salvat Vilá.
25. Stein, D. J. y Hollander, E. (2004). *Tratado de los trastornos de ansiedad*. Barcelona: Ars Medica.
26. Casado, M. I. (1994). *Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos*. (Tesis doctoral).
<http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/S/4/S4005801.pdf>
27. Navlet, M. R. (2012). *Ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento en el ámbito deportivo: Un estudio centrado en la diferencia entre deportes*. (Tesis doctoral).
<http://eprints.ucm.es/15771/1/T33813.pdf>
28. Barlow, D. H., Allen, L. B. y Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)
29. Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
30. Freud, S. (1967). *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.

31. Gaudêncio-Bezerra CW. (1997) *Estudio transcultural de la ansiedad: adaptación del ISRA a la población brasileña*. (Tesis Doctoral).
<https://eprints.ucm.es/id/eprint/3022/1/T22411.pdf>
32. Lagos-San Martín, N. (2015). *Adaptación y validación psicométrica del inventario de ansiedad escolar (IAES) en una muestra de estudiantes chilenos de educación secundaria*. (Tesis doctoral).
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50389/1/tesis_nelly_gromiria_lagos.pdf
33. Cano-Vindel, A. (1995). Orientaciones en el estudio de la Emoción. En E. G. Fernández Abascal (Ed.), *Manual de Motivación y Emoción* (pp. 337-383). Madrid: Ramón Areces.
34. Miguel-Tobal, J. J. (1995). Emociones negativas I: Ansiedad y miedo. En E. G. Fernández Abascal (Ed.), *Manual de Motivación y Emoción* (pp. 389-410). Madrid: Ramón Areces.
35. Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J. U. H. Shilen (Ed.), *Research in psychotherapy*, (pp. 90-102). Washington, DC: American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/10546-004>
36. Cano-Vindel, A. y Miguel Tobal, J. J. (2001). *Emociones y salud. Ansiedad y Estrés*, 7(2- 3), 111-121.
37. Sandín, B. y Chorot, P. (1991). Psicopatología de la ansiedad. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), *Manual de psicopatología* (pp. 605-668). Valencia: Promolibro.
38. Barlow, D. H. (2004). The experience of anxiety: Shadow of intelligence or spectre of death? En D. H. Barlow (Ed.) *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 1-36). New York, NY: Guilford.

39. Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224-237.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.1.224>
40. Rachman, S. (1974). *The meanings of fear*. Harmondsworth, England: Penguin.
41. Cattell, R. B. y Scheier, I. H. (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. New York, NY: Ronald Press.
42. Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and Behavior* (pp. 3-22). New York, NY: Academic Press.
43. Barnes L. L., Harp D., Jung W. S., (2002) Reliability generalization of scores on the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 62(4), 603-618.
<https://doi.org/10.1177/0013164402062004005>
44. Carpintero H., (2000). Notas históricas sobre la ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 6(1), 1-19.
45. Mischel, W. (1968). *Personality and Assessment*. New York, NY: Wiley.
46. Bermúdez, J. (1983). Modelo interactivo de ansiedad: Implicaciones y contrastación empírica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 38(6), 1003-1030.
47. Pichot, P. (1999). The semantics of anxiety. *Human Psychopharmacology-Clinical and Experimental*, 14, 22-28.
48. Ochando Perales, G., Peris Cancio, S.P., (2012). Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatría Integral*, XVI (9), 707-714.
49. Ochando Perales, G., (2015). Trastornos de ansiedad en la infancia. *Programa Action: Patologías y problemas prevalentes en el niño*, (pp. 95-110). Madrid: IMC.

50. López-Ibor, J. J. (1969). *La angustia vital*. Madrid: Paz Montalvo.
51. Tayeh, P., Agámez González P.M., Chaskel, R., (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. *CCAP*, 15(1), 6-18.
52. Moreno B., (2007). *Psicología de la personalidad. Procesos*. Madrid: Thomson.
53. Becerra-García A. M., Madalena A. C., Estanislau C., Rodríguez-Rico J. L., Dias H., Bassi A et al. (2007) Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y maladaptaciones. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(1), 75-81.
54. Öhman, A. (2008). Fear and anxiety: Overlaps and dissociations. En M. Lewis, J. M. Haviland-Jones y L. F. Barrett (Eds.). *Handbook of emotions* (3rd ed., pp. 709-729). New York, NY: Guilford Press
55. Siegel, R. D. (2011). *La solución mindfulness: Prácticas cotidianas para problemas cotidianos* (2ª ed.). Bilbao: Desclée De Brouwer.
56. Miguel-Tobal, J. J. y Casado, M. I. (1999). Ansiedad: Aspectos básicos y de intervención. En E. G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Eds.), *Emociones y salud* (pp. 91-124). Barcelona: Ariel.
57. Marks, I. M. (1986). *Tratamiento de la neurosis*. Barcelona: Martínez-Roca.
58. Echeburúa, E. (2002). *Trastornos de ansiedad en la infancia* (6ª ed.). Madrid: Pirámide.
59. Sandín, B. (1999). Delimitaciones conceptuales. En B. Sandín (Ed.), *Las fobias específicas*. (pp. 13-24) Madrid: Autor.
60. Marks, I. M. (1969). *Fears and phobias*. New York, NY: Academic Press.
61. Rojas, E. (1995). *La ansiedad*. Madrid: Temas de Hoy.
62. Spielberger, C. D., Pollans, C. H. y Wonden, T. J. (1984). Anxiety disorders. En S. M. Turner y M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (pp. 263-303). New York, NY: Willey

63. Guerrero Alzola, F., Sánchez Mascaraque, P., (2019) Trastornos por ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo en la adolescencia y la adolescencia. *I curso de psiquiatría del niño y del adolescente para pediatras*. Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA): 135-162.
64. Papalia D. E., Wendkos S., (1988). *Psicología*. Madrid: McGraw-Hill.
65. Nagpal, J. y Bhave, S. (2005). Trastornos de ansiedad y depresión en jóvenes universitarios. *Clínicas pediátricas de Norteamérica*, 1, 97-134.
66. Spielberger, C. D. (1979). *Tensión y ansiedad*. México: Harla.
67. Guillén-Riquelme, A., Buela-Casal, G. (2011) Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
68. Matud M. P., Díaz F., Aguilera L., Rodríguez M. V., Matud M. J., (2003). Diferencias de género en ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes universitarios. *Psicopatología Clínica, Legal y forense*, 3(1), 5-15.
69. Santabárbara, J., Lasheras, I., Lipnicki, D. M., Bueno-Notivol, J., Pérez-Moreno, M., López-Antón, R., De la Cámara, C., Lobo, A., Gracia-García, P., (2021). Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 109: 110207.
<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110207>
70. Carlucci, L., Watkins, M. W., Sergi, M. R., Cataldi, F., Saggino, A., Balsamo, M. (2018) Dimensions of anxiety, age, and gender: Assessing dimensionality and measurement invariance of the state-trait for cognitive and somatic anxiety (STICSA) in an Italian Sample. *Frontiers in Psychology*, 9, 2345.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02345>
71. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(s420), 21-27.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>

72. Rodríguez Hernández P. J., Ajoy Chao, M. *Ansiedad*.
73. Ballesteros Alcalde, M. C., Aguado Mañas, J. A., Pérez Puente, C. (2001). Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. *Tratado de Psiquiatría*; (pp. 651-685). Barcelona: Masson.
74. Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L., Piqueras, J. A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 115-120.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.005>
75. Imaz Roncero, C., González Serrano, F., Martínez de Salazar Arboleas, A., Arano López, C., Bellido Zanin, G., Payá González, B., et al. (2020). Salud Mental en la infancia y la adolescencia en la era del COVID-19. Evidencias y recomendaciones de las asociaciones profesionales de Psiquiatría y Psicología Clínica. *Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental*. Madrid.
https://www.sepyrna.com/documentos/2020_InformeCOVID_final.pdf
76. Antón San Martín, J. M., Seguí Durán, J. D., Antón Torre, L., (2016). Prevalencia de los trastornos psicológicos en edad pediátrica. Efecto del sexo y la edad. *Psicopatología Salud Mental*, 28, 33-40.
77. Ruiz, I. M. (2020, September 5). *España, Décimo País del mundo con más casos de covid cuando ocupa el puesto 30 por Población*. El Español. Consultado el 21 de agosto de 2020.
https://www.elespanol.com/espana/20200817/espana-decimo-mundo-casos-covid-puesto-poblacion/513449200_0.html
78. Salud Mental e Infancia en el escenario de la COVID-19. Propuestas de UNICEF España. (2020) *UNICEF España*.
https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/COVID19_UNICEF_Salud_Mental.pdf

79. Altemus, M., (2006). Sex differences in depression and anxiety disorders: potential biological determinants. *Hormones and Behavior*, 50(4), 534-538. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2006.06.031>
80. Posada-Villa J. A., Buitrago-Bonilla J. P., Medina-Barreto Y., Rodríguez-Ospina M., (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. *NOVA Publicación Científica en Ciencias Biomédicas*, 4(6), 33-41. <https://doi.org/10.22490/24629448.358>
81. Parsons, J., (2020). COVID-19, children and anxiety in 2020. *Australian Journal of General Practice*, 49. <https://doi.org/10.31128/AJGP-COVID-27>
82. Zimmerman, P., Curtis, N. (2020). Coronavirus Infections in Children Including COVID-19. An Overview of the Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Treatment and Prevention Options in Children. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 39 (5), 355-368. <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000002660>
83. Rodríguez-Quiroga, A., Buiza, C., Mon, M. A. Á., Quintero, J., (2020). COVID-19 y salud mental. *Medicine - Programa De Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(23), 1285-1296. <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.12.010>
84. Kock, R. A., Karesh W. B., Veas, F., Velavan, T. P., Simons, D., Mboera, L. E., Dar, O., Arruda, L. B., Zumla, A. (2020). 2019-nCoV in context: lessons learned?. *Lancet Planetary Health*, 4(3), e87-e88. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30035-8](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30035-8)
85. Dong Y., Mo X., Hu Y., Qi, X., Jiang, F., Jiang, Z., Tong, S. (2020) Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. *Pediatrics*, 145(6), e20200702. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0702>

86. 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. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
87. Götzinger, F., Santiago-García, B., Noguera-Julián, A., Lanaspá, M., Lancelli, L., Calò Carducci, F. I., et al. (2020). COVID-19 in children and adolescents in Europe: a multinacional, multicentre cohort study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(9), 653 - 661. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30177-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30177-2)
88. Calvo Rey C. Lecciones aprendidas de la COVID-19. *En Cursos de formación. Continuum 2021*. Consultado: febrero 2021. <http://continuum.aeped.es>
89. Barco, A. A., Ortega, M. A., (2020). Epidemiología y salud pública en la epidemia de la COVID-19. *Medicine - Programa De Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(23),1297-304. <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.12.011>
90. Orgilés, M., Espada, J. P., Morales, A., (2020). How super skills for life may help children to cope with the COVID-19: Psychological impact and coping styles after the program. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 7(3), 88-93. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2048>
91. Maltezou, H. C., Magaziotou, I., Dedoukou, X., et al. (2020). Children and Adolescents With SARS-CoV-2 infection. Epidemiology, Clinical Course and Viral Loads. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 39(12), e388-e392. <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000002899>
92. Organización Panamericana de la Salud. (2020). COVID-19 Glosario sobre brotes y epidemias. Un recurso para periodistas y comunicadores. <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-glosario-sobre-brotes-epidemias-recurso-para-periodistas-comunicadores>

93. Porta M. S., (2014). *A dictionary of epidemiology*. Oxford University Press.
94. Orgilés, M., (2020). Presentación del monográfico: Impacto psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7 (3), 1-2.
95. Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Fang, S. F., Jiao, Y., Pettoello-Mantovani, M., Somekh, E., (2020). Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *The Journal of Pediatrics*, 221, 264-266.e1.
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>
96. Rawat, D., Dixit, V., Gulati, S., Gulati, S., Gulati, A., (2020) Impact of COVID-19 outbreak on lifestyle behaviour: A review of studies published in India. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 15(1), 331-336.
<https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.12.038>
97. Pollan, M., Pérez-Gómez, B., Pastor-Barriuso, R., Oteo, J., Hernán, M. A., Pérez-Olmeda, M., et al. (2020). Prevalence of SARS-CoV-2 in Spain (Ene-COVID): a nationwide, population-based seroepidemiological study. *The Lancet*, 396 (10250), 535-544.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31483-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31483-5)
98. Galli, L., Chiappini, E., Schumacher, R.F. (2020). After the First Wave of COVID-19 Reflections From Italy. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 39 (8), e192-e194.
<https://doi.org/10.1097/INF.0000000000002806>
99. Suárez Alonso, A.G., (2020). La salud mental en tiempos de la COVID-19. *Revista Española de Salud Pública*, 94 (1), e1-e2
100. Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., Choo, F. N., Tran, B., Ho, R., Sharma, V. K., Ho, C., (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 pandemic in China. *Brain, Behavior and Immunity*, 87, 40-48.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>

101. González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. A., Saiz, J., Muñoz, M., (2021). Mental health consequences of the COVID-19 outbreak in Spain. A longitudinal study of the alarm situation and return to the new normality. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 107, 110219. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110219>
102. Muñoz Lozón A., Rivas García A., González Vives L., Ferrero García-Loygorri C., Jové Blanco A., Muñoz López M. (2022) El impacto de la epidemia Covid-19 en los pediatras: Factores estresantes y sus consecuencias. *Andes pediátrica*, 93 (6), 815-825. <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v93i6.4127>
103. Martínez Muñoz, M., Rodríguez Pascual, I., Velásquez Crespo, G. (2020). *Infancia Confinada. ¿Cómo viven la situación de confinamiento niñas, niños y adolescentes?* Madrid. Infancia Confinada y Enclave de Evaluación.
104. Tagarro, A. (2020). Evolución de la pandemia por SARS COVID-19 en población pediátrica. *Revista Española de Salud Pública*, 94(1), e1-e3.
105. Actualización nº 668. *Enfermedad por el coronavirus (COVID-19)*. 05.05.2023. Ministerio de Sanidad - Profesionales - Situación actual Coronavirus. Consultado el día 13 de mayo 2023. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_668_COVID-19.pdf
106. Erades, N., Morales, A., (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. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2041>
107. Marques de Miranda, D., da Silva Athanasio, B., Sena Oliveira, A. C., Simoes-e-Silva, A. C., (2020). How is Covid-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 51, 10185. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101845>

108. Chi, X., Liang, K., Chen, S. T., Huang, Q., Huang, L., Yu, Q., Jiao, C., Guo, T., Stubbs, B., Hossain, M. M., Yeung, A., Kong, Z., Zou, L., (2021). Mental health problems among Chinese adolescents during de covid-19: The importance of nutrition and physical activity. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(3), 100218.
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.100218>
109. Ren, H., He, X., Bian, X., Shang, X., Liu, J., (2021). The protective roles of exercise and maintenance of daily living routines for Chinese adolescents during the Covid-19 Quarantine Period. *Journal of Adolescent Health*, 68(1), 35-42.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.026>
110. Tamarit, A., De la Barrera, U., Mónaco, E., Schoeps, K., Montoya-Castilla, I. (2020). Psychological impact of covid-19 pandemic in Spanish adolescents: Risk and protective factors of emotional symptoms. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 73-80.
<https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2037>
111. García Ron, A., Cuéllar-Flores, I. (2020). Impacto psicológico del confinamiento en la población infantil y como mitigar sus efectos: Revisión rápida de la evidencia. *Anales de Pediatría*, 93(1), 57-58.
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.04.015>
112. Morgül, E., Kallitsoglou, A., Essau, C. A., (2020). Psychological effects of the COVID-19 lockdown on children and families in the UK. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 42-48.
<https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2049>
113. United Nations (April 2020). *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on children*.
<https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-impact-covid-19-children>
114. O’Sullivan, K., Clark, S., McGrane, A., Rock, N., Burke, L., Boyle, N., Joksimovic, N., Marshall, K., (2021). A qualitative study of child and adolescent mental health during the COVID-19 pandemic in Ireland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1062.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18031062>

115. Kiliñel, S., Kiliñel, O., Muratdagi, G., Aydin, A., Usta, M. B., (2020). Factors affecting the anxiety levels of adolescents in home-quarantine during covid-19 pandemic in Turkey. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(2), e12406 .
<https://doi.org/10.1111/appy.12406>
116. Hamoda, H. M., Chuimento, A., Alonge, O., Hamdami, S. U., Saeed, K., Wissow, L., Rahman, A. (2020). Addressing the consequences of the COVID-19 lockdown for children's mental health: Investing in school mental health programs. *Psychiatric Services*, 72(6), 729-731.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000597>
117. Orgilés, M., Espada, J. P., Delvecchio, E., Francisco, R., Mazeschi, C., Pedro M., Morales, A., (2021). Anxiety and Depressive Symptoms in Children and Adolescents during COVID-19 Pandemic: A Transcultural Approach. *Psicothema*, 33(1), 125-130.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2020.287>
118. Lacomba-Trejo, L., Valero-Moreno, S., Postigo-Zegarra, S., Pérez-Marín, M., Montoya-Castilla, I. (2020). Ajuste familiar durante la pandemia de la COVID-19: Un estudio de díadas. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 66-72.
<https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2035>
119. Coronavirus, última hora - Confirman un caso de contagio en Sevilla, el décimo en España. (26 de febrero de 2020). *El Mundo*. Consultado el 15 de octubre de 2021.
120. *Indicaciones de la CEE ante el coronavirus*. Conferencia Episcopal Española. (12 de marzo de 2020). Consultado el 15 de octubre de 2021.
<https://www.conferenciaepiscopal.es/indicaciones-de-la-cee-ante-el-coronavirus/>
121. Orgilés, M., Espada, J. P., Morales, A. (2020). How super skills for life may help children to cope with the COVID-19: Psychological impact and coping styles after the program. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 88-93.
<https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2048>

122. Madrid deja sin clases a 1,5 millones de alumnos y cancelará operaciones y citas para combatir el coronavirus. (9 de marzo de 2020) *El País*. Consultado el 15 de octubre de 2021.
<https://elpais.com/espana/madrid/2020-03-09/la-comunidad-estudia-endurecer-sus-medidas-para-combatir-la-expansion-del-virus.html>
123. Primera muerte en La Rioja por coronavirus. (10 de marzo de 2020) *La Vanguardia*. Consultado el 15 de octubre de 2021.
<https://www.lavanguardia.com/politica/20200310/474077569127/primera-muerte-en-la-rioja-por-coronavirus.html>
124. Euskadi suspende las clases en Álava para frenar la expansión de la enfermedad. (11 de marzo 2020). *El País*. Consultado el 15 de octubre de 2021.
<https://elpais.com/sociedad/2020-03-11/euskadi-suspende-las-clases-en-alva-por-la-expansion-de-la-enfermedad.html>
125. Sanidad aplaza las Fallas de València 2020. (10 de marzo de 2020). *Levante-EMV*. Consultado el 15 de octubre de 2021.
<https://www.levante-emv.com/fallas/2020/03/10/sanidad-aplaza-fallas-11597178.html>
126. *El Gobierno valenciano aplaza las Fallas de València y la Magdalena de Castellón por el coronavirus*. (29 de septiembre de 2020). *ElDiario.es*. Consultado el 15 de octubre de 2021.
https://www.eldiario.es/sociedad/ultima-hora-coronavirus-mundo-espana_6_1108630_1005091.html
127. *El Gobierno suspende los eventos a cubierto de más de mil personas en Madrid, La Rioja y Vitoria*. (10 de marzo de 2020). *ElDiario.es*. 15 de octubre de 2021.
https://www.eldiario.es/sociedad/sanidad-consejo-ministros-medidas_1_1034640.html
128. *El Gobierno valenciano aplaza las Fallas de València y la Magdalena de Castellón por el coronavirus*. (10 de marzo de 2020). *ElDiario.es*. Consultado el 15 de octubre de 2021. Disponible en: https://www.eldiario.es/sociedad/ultima-hora-coronavirus-mundo-espana_6_1108630_1005091.html

129. El País Vasco declara la emergencia sanitaria y podrá obligar al confinamiento de poblaciones. (13 de marzo de 2020). *El País*. Consultado el 15 de octubre de 2021.
<https://elpais.com/espana/2020-03-13/el-pais-vasco-declara-la-emergencia-sanitaria-y-podra-obligar-al-confinamiento-de-poblaciones.html>
130. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. *Boletín Oficial del Estado*, 67, 25390-25400, de 14 de marzo de 2020.
<https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>
131. El Gobierno informa de que es la única autoridad en toda España, limita los desplazamientos y cierra comercios. (14 de marzo de 2020). *El País*. Consultado el 15 de octubre de 2021.
<https://elpais.com/espana/2020-03-14/el-gobierno-prohibe-todos-los-viajes-que-no-sean-de-fuerza-mayor.html>
132. Spain government set to order nationwide coronavirus lockdown. (14 de marzo de 2020). *The Guardian*. Consultado el 15 de octubre de 2021.
<https://www.theguardian.com/world/2020/mar/14/spain-government-set-to-order-nationwide-coronavirus-lockdown>
133. Spain to impose nationwide lockdown - El Mundo. (14 de marzo de 2020). *National Post*. Consultado el 15 de octubre de 2021.
<https://nationalpost.com/pmn/health-pmn/spain-to-impose-nationwide-lockdown-el-mundo>
134. Los niños de 14 años no podrán salir a pasear. (25 de abril de 2020) *El Mundo*. Consultado el 15 de octubre de 2021.
<https://www.elmundo.es/espana/2020/04/25/5ea41e3421efa0483a8b4581.html>
135. Los niños salen por fin de casa: “No me acuerdo de pedalear”. (26 de abril de 2020) *El País*. Consultado el 15 de octubre de 2021.
<https://elpais.com/sociedad/2020-04-26/los-ninos-salen-por-fin-a-la-calle-todo-le-parece-mas-grande.html>

136. Los niños salen a la calle: con el coronavirus no se juega. (26 de abril de 2020). *ABC Toledo*. Consultado el 15 de octubre de 2021.
https://www.abc.es/espana/castilla-la-mancha/toledo/ciudad/abci-ninos-salen-calle-coronavirus-no-juega-202004261948_noticia.html
137. Ya se puede pasear o hacer deporte respetando horario y distancia. (2 de mayo de 2020). *Publico*. Consultado el 15 de octubre de 2021.
<https://www.publico.es/actualidad/ya-pasear-o-deporte-respetando-horario-y-distancia.html>
138. Antena 3 Noticias. (2 de mayo de 2020). *Fase 0: Qué se puede hacer en la fase 0 de la desescalada del coronavirus*. Consultado el 19 de octubre de 2021.
https://www.antena3.com/noticias/sociedad/fase-que-puede-hacer-fase-desescalada-coronavirus_202005015eacf1c24f9cd500019f06c9.html
139. Así se puede salir a la calle desde este sábado. (2 de mayo de 2020) *Expansión*. Consultado el 19 de octubre de 2021.
<https://www.expansion.com/economia/politica/2020/04/30/5eaafbaf5fdea44108b4583.html>
140. Madrid y Barcelona se estrenan en la fase 1 mientras que el 47% de España comienza la 2. (25 de mayo de 2020) *El Confidencial*. Consultado el 19 de octubre de 2021.
https://www.elconfidencial.com/espana/2020-05-25/madrid-barcelona-fase-1-47-espana-fase-2_2608728/
141. *El Congreso autoriza a Sánchez a ampliar el "indispensable" estado de alarma*. (26 de marzo de 2020) *Eldiario.es*. Consultado el 19 de octubre de 2021.
https://www.eldiario.es/politica/congreso-autoriza-sanchez-ampliar-indispensable_1_1007547.html
142. El Congreso aprueba hoy la prórroga del estado de alarma con menos apoyos. (9 de abril de 2020). *Cinco Días*. Consultado el 19 de octubre de 2021.
https://cincodias.elpais.com/cincodias/2020/04/08/economia/1586365831_127850.html

143. El Congreso prorroga el estado de alarma con duras críticas a la gestión del Gobierno. (22 de abril de 2020). *El País*. Consultado el 19 de octubre de 2021.
144. *Sánchez saca adelante la cuarta prórroga del estado de alarma en un Congreso que le pide un "plan B"*. RTVE. (6 de mayo de 2020). Consultado el 19 de octubre de 2021.
<https://www.rtve.es/noticias/20200506/sanchez-saca-adelante-cuarta-prorroga-del-estado-alarma-congreso-pide-plan/2013437.shtml>
145. El Consejo de Ministros aprueba la sexta y última prórroga del estado de alarma. (5 de junio de 2020). *20 minutos*. Consultado el 19 de octubre de 2021.
<https://www.20minutos.es/noticia/4281857/0/consejo-ministros-aprueba-ultima-prorroga-estado-alarma/>
146. España abrirá el día 21 sus fronteras con el espacio Schengen, salvo con Portugal. (14 de junio de 2020) *Euronews*. Consultado el 19 de octubre de 2021.
<https://es.euronews.com/2020/06/14/espana-abrira-el-dia-22-sus-fronteras-con-el-espacio-schengen-salvo-portugal>
147. El BOE publica la extensión de la fase 3 a la mayor parte del país el lunes. (13 de junio de 2020). *20 minutos*. Consultado el 19 de octubre de 2021. Disponible en:
<https://www.20minutos.es/noticia/4290488/0/boe-extension-fase-3-espana-lunes-15-junio/>
148. El fin del estado de alarma en España, en imágenes». (21 de junio 2020). *El País*. Consultado el 19 de octubre de 2021.
https://elpais.com/elpais/2020/06/21/album/1592732219_498850.html
149. El Gobierno ve margen para confinamientos puntuales con la legislación sanitaria si se agravan los rebrotes de coronavirus. (23 de junio 2020). *El Mundo*. Consultado el 19 de octubre de 2021.
<https://www.elmundo.es/espana/2020/06/23/5ef1b9b621efa038358b45f6.html>

150. El Govern ordena el confinamiento de la comarca leridana del Segrià por los últimos brotes de Covid. (04 de julio 2020). *La Vanguardia*. Consultado el 19 de octubre de 2021.
<https://www.lavanguardia.com/vida/20200704/482084284506/govern-confinamiento-lleida-segria-covid.html>
151. Galicia confina a los 70.000 habitantes de la comarca de A Mariña (Lugo) durante cinco días para controlar el brote. (05 de julio 2020). *RTVE*. Consultado el 19 de octubre de 2021. Disponible en:
<https://www.rtve.es/noticias/20200705/galicia-confina-comarca-marina-cinco-dias/2025448.shtml>
152. Sanidad prohíbe fumar en la calle a menos de dos metros de otra persona y cierra las discotecas ante el avance del coronavirus. (14 de agosto 2020). *El Mundo*. Consultado el 19 de octubre de 2021.
<https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/08/14/5f367a8afc6c83bc678b4593.html>
153. Cronología del 2020, el exilio de los abrazos. (27 de diciembre 2020). *Las Provincias*. Consultado el 3 de noviembre de 2021.
<https://www.lasprovincias.es/comunitat/cronologia-2020-exilio-20201226193038-nt.html>
154. La vacunación contra la covid empezará el día 27 en la Comunitat Valenciana. (18 de diciembre 2020). *Levante-EMV*. Consultado el 3 de noviembre de 2021.
<https://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2020/12/18/vacuna-coronavirus-inicio-valencia-27-diciembre-26477686.html>
155. Waisgrais, S., Aulicino, C., Paredes F, Berho, F., Beccaria, A., Hoszowski, A. (2020). *Encuesta de percepción y actitudes de la población. El impacto de la pandemia COVID-19 en las familias con niñas, niños y adolescentes*. UNICEF Argentina.
<https://www.unicef.org/argentina/media/11316/file/Encuesta%20de%20percepci%C3%B3n%20y%20actitudes%20de%20la%20poblaci%C3%B3n.%20El%20impacto%20de%20la%20pandemia%20COVID-19%20en%20las%20familias%20con%20ni%C3%B1as,%20ni%C3%B1os%20y%20adolescentes..pdf>

156. Tang, S., Xiang, M., Cheung, T., & Xiang, Y.-T. (2021). Mental health and its correlates among children and adolescents during COVID-19 school closure: The importance of parent-child discussion. *Journal of Affective Disorders*, 279, 353-360.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.016>
157. Nearchou, F., Flinn, C., Niland, R., Subramaniam, S. S., Hennessy, E., (2020). Exploring the Impact of COVID-19 on Mental Health Outcomes in Children and Adolescents: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8479.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17228479>
158. Luijten M. A., van Muilekom, M. M., Teela, L., van Oers, H. A., Terwee, C. B., Zijlmans, J., Klaufus, L., Popma, A., Oostrom, K. J., Polderman, T. J., Haverman, L. (2021). The impact of lockdown during the COVID-19 pandemic on mental and social health of children and adolescents. *Qual Life Res* 30, 2795-2804.
<https://doi.org/10.1007/s11136-021-02861-x>
159. Mallik, C.I., Radwan, R.B., (2021). Impact of lockdown due to COVID-19 pandemic in changes of prevalence of predictive psychiatric disorders among children and adolescents in Bangladesh. *Asian Journal of Psychiatry*, 56, 102554.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102554>
160. Fernández Bretón, E., García San Miguel, L., (2020). COVID-19 y Salud Mental. *Revista Española de Salud Pública*, 94(1), e1-e5.
https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/Suplementos/Perspectivas/perspectivas4_fernandez_garcia.pdf
161. Gadermann, A.C., Thomson, K.C., Richardson, C.G., Gagné, M., McAuliffe, C., Hirani, S., Jenkins, E. (2021). Examining the impacts of the COVID-19 pandemic on Family Mental Health in Canada: Findings from a national cross-sectional study. *British Medical Journal Open*, 11,1, e042871
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042871>

162. Varma, P., Junge, M., Meaklim, H., Jackson M. L., (2021). Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: A Global Cross-sectional survey. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 109, 110236.
<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110236>
163. Burke, T., Berry, A., Taylor, L. K., Stafford, O., Murphy, E., Shevlin, M., McHugh, L., Carr, A., (2020). Increased Psychological Distress during COVID-19 and Quarantine in Ireland: A National Survey. *Journal of Clinical Medicine*, 9 (11), 3481.
<https://doi.org/10.3390/jcm9113481>
164. Korukco, O., Ozkaya, M., Faruk Boran, O., Boran, M., (2021). The effect of the COVID-19 pandemic on Community Mental Health: A psychometric and prevalence study in Turkey. *Health and Social Care in the community*, 29(5), 1-10.
<https://doi.org/10.1111/hsc.13270>
165. Parekh, B. J., Dalwai, S. H. (2020). Psychosocial Impact of covid-19 Pandemic on Children in India. *Indian Pediatrics*, vol 57(12), 1107.
<https://doi.org/10.1007/s13312-020-2060-y>
166. Gómez-Becerra, I., Fluja, J. M., Andrés, M., Sánchez-López, P., Fernández-Torres, M., (2020). Evolución del Estado Psicológico y el miedo en la infancia y la adolescencia durante el confinamiento por la COVID-19. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 11-18.
<https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2029>
167. De Figueiredo, C. S., Sandre, P. C., Portugal, L. C., Mázala-de-Oliveira, T., da Silva Chagas, L., Raony, Í., Ferreira E.S., Giestal-de-Araujo, E., dos Santos, A. A., Bomfim, P. O. S. (2021). Covid-19 pandemic impact on children and adolescents' mental health: Biological, environmental, and social factors. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 106, 110171.
<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110171>

168. Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R., Otto, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on the quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31 (6), 879-889.
<https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>
169. Cusinato, M., Iannattone, S., Spoto, A., Poli, M., Moretti, C., Gatta, M., Miscioscia, M. (2020). Stress, resilience, and well-Being in Italian children and their parents during the covid-19 pandemic. *International Journal of Enviromental Research and Public Health*, 17(22), 8297.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17228297>
170. Vélez, M. Vélez, V. Patiño, D. Ramírez, PA. (2020). *Impacto del cierre de escuelas en el comportamiento epidemiológico de la enfermedad COVID-19 y en la salud física y mental de los niños, niñas y adolescentes*. Medellín: Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones-UNED. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia; 31p.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.22895.87203>
171. Gómez-Gómez, M., Gómez-Mir, P., Valenzuela, B., (2020). Adolescencia y edad adulta emergente frente al COVID-19 en España y República Dominicana. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 35-41.
<https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2043>
172. Bignardi, G., Dalmaijer E. S., Anwyl-Irvine, A. L., Smith, T. A., Siugzdaite, R., Uh, S., Astle, D. E. (2020). Longitudinal increases in childhood depression symptoms during the COVID-19 lockdown. *Archives of Disease in Childhood*, 106(8), 791-797.
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-320372>
173. Grös, D. F., Antony, M. M., Simms, L. J., McCabe R. E., (2007). Psychometric Properties of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA): Comparison to the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psychological Assessment*, 19(4):369-381.
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.4.369>

174. Ross, C. J., Davis, T.M., Hogg, D.Y., (2007). Screening and assessing adolescent asthmatics for anxiety disorders. *Clinical Nursing Research*, 16(1), 5-24.
<https://doi.org/10.1177/1054773806295235>
175. Spielberger, C.D, Edwards, C. D. (2009). *Manual STAIC. Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños*. Adaptación española de Seisdedos. Madrid, España. TEA Ediciones S.A.
176. Pons, G., Frías, D., Del Barrio M. V. (1994). Estudio psicométrico del State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC). *Psicológica: Revista de metodología y psicología experimental*, 15(1), 45-53.
177. Pharisa, C., Gaucher, N., Bailey, B., (2014). Measuring anxiety in children: Agreement Between the State Trait Anxiety Inventory (STAI) and other anxiety scales. *Paediatrics & Child Health*, 19(6), e98-e98.
<https://doi.org/10.1093/pch/19.6.e35-180>
178. Banda González, O. L., Maldonado Guzmán, G., Ibarra González, C. P., Martínez Hernández, P. J., (2011). Valoración de la Ansiedad Estado/rasgo en Pacientes Pediátricos Hospitalizados. *Desarrollo Científico en Enfermería*, 19(9), 313-318.
179. Oliveria, J. M, Buttini, L., Pauletto P., Lehmkuhl, K. M. Stefani, C. M, Bolan, M., Guerra, E., Dick, B., De LucaCanto, G., Massignan, C. (2022). Mental health effects prevalence in children and adolescents during the Covid-19 pandemic: A systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 19(2), 130-137.
<https://doi.org/10.1111/wvn.12566>
180. López Garza, M. I., Núñez del Prado J., Vázquez P., Guillén Martínez, E. A., Bracho Blanquet, E. (2021). Ansiedad en niños y adolescentes debido a la cuarentena por Covid-19. Una encuesta en línea. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 19 (4), 519-523.
<https://dx.doi.org/10.35366/102539>
181. Bautista Rodríguez, E. et al. (2020). *Sintomatología y efectos psicológicos en persona sobrevivientes de la COVID-19*. Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Puebla.

182. Ozbaran, B., Turer, F., Yilancioglu H.Y., Kose, S., Senturk pilan, B., Guzel, O., Baskol, D., Polat, F., Bildik, T., Sertoz, S. R., Arda, B., Ozhan, M. H. (2021). Covid-19 related stigma and mental health of children and adolescents during pandemic. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 27(1), 185-200.
<https://doi.org/10.1177/13591045211059408>
183. Adams, B. L., Applebaum, J. W., Eliasson, M. N., McDonald, S. E., Zsembik, B. A. (2021). Child and pet care-planning during Covid-19: Considerations for the evolving family unit. *Family Relations* 70(3), 705-716.
<https://doi.org/10.1111/fare.12542>
184. Martin F., Bachert K. E., Snow L., Tu H.-W., Belahbib J., Lyn S. A. (2021). Depression, anxiety, and happiness in dog owners and potential dog owners during the COVID-19 pandemic in the United States. *PLOS ONE* 16(12), e0260676.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260676>
185. Henríquez, C., Scheuermann, J., San Martín, I., Sol, R., Antivilo, A., Rehbein, L. (2021). Valor de las mascotas como acompañantes durante la pandemia de COVID-19. *IOSR Journal of Humanities and Social Science (IOSR-JHSS)*, 26(12), 19-28.
186. Bowen, J., García, E., Darder, P., Argüelles, J., Fatjó, J. (2020). The effects of the Spanish covid-19 lockdown on people, their pets, and the human-animal bond. *Journal of Veterinary Behavior* 40, 75-91.
<https://doi.org/10.1016/j.jveb.2020.05.013>
187. Mueller, M. K., Richer, A. M., Callina, K. S., Charmaraman, L. (2021) Companion animal relationships and adolescent loneliness during COVID-19. *Animals*: 11(3), 885.
<https://doi.org/10.3390/ani11030885>
188. Phillipou, A., Tan, E., Toh, W., Van Rheenen, T., Meyer, D., Neill, E., Sumner, P., Rossell, S. (2021). Pet ownership and mental health during COVID-19 lockdown. *Australian Veterinary Journal*, 99(10), 423-426.
<https://doi.org/10.1111/avj.13102>

189. Denis-Robichaud, J., Aenishaenslin, C., Richard, L., Desmarchelier, M., Carabin, H. (2022). Association between pet ownership and mental health and well-being of Canadians assessed in a cross-sectional study during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2215. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042215>
190. Viner, R., Russell, S., Saulle, R., Croker, H., Stansfield, C., Packer, J., Nicholls, D., Goddings, A.-L., Bonell, C., Hudson, L., Hope, S., Ward, J., Schwalbe, N., Morgan, A., & Minozzi, S. (2022). School closures during Social Lockdown and Mental Health, health behaviors, and well-being among children and adolescents during the first COVID-19 wave. *JAMA Pediatrics*, 176(4), 400-409. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.5840>
191. Chaabane, S.; Doraiswamy, S.; Chaabna, K.; Mamtani, R.; Cheema, S. (2021). The impact of covid-19 school closure on child and adolescent health: A rapid systematic review. *Children*, 8(5), 415. <https://doi.org/10.3390/children8050415>
192. Haleemunnissa, S., Didel, S., Swami, M. K., Singh, K., Vyas, V., (2021). Children and covid-19: Understanding impact on the growth trajectory of an evolving generation. *Children and Youth Services Review*, 120, 105754. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105754>
193. 2020, el año en el que redescubrimos los ERTes para sostener el empleo en plena crisis COVID-19. (1 de enero 2020). *Newtral*. Consultado el 15 de enero 2022. <https://www.newtral.es/ertes-2020-empleo-crisis-covid-19/20210101/>
194. El empleo continuó recuperándose en el cuarto trimestre de 2020 y las tasas de paro se redujo hasta cerrar el año en el 16,1%, mejorando las previsiones del Gobierno. (28 de enero 2021). Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. Consultado el 15 de enero 2022. https://portal.mineco.gob.es/ca-es/comunicacion/Pagines/210128_np_EPA.aspx#:~:text=De%20esta%20forma%20la%20tasa,en%20el%2015%2C5%25

195. Oblitas Gonzales, A., Herrera Ortiz J. U., Hernández Fiestas, R.W., Asenjo Alarcón, J. A., Sánchez Delgado, A. (2021). Caracterización de niños diagnosticados con COVID-19 en una provincia de la sierra norte del Perú. *Revista Cubana de Pediatría*, 93(3), e1480.
196. Ye, J., (2020). Pediatric Mental and Behavioral Health in the Period of Quarantine and Social Distancing with COVID-19. *JMIR Pediatrics and Parenting*, 3 (2), e19867.
<https://doi.org/10.2196/19867>

