



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2020-2021

Trabajo Fin de Máster

**Estrategias de Afrontamiento, Resiliencia y Estado Emocional en población con
COVID-19 superado: Un estudio preliminar**

Autora: Rocío Sánchez Masero

Tutor: Carlos J. van-der Hofstadt Román

Convocatoria: septiembre 2021

Resumen

La actual pandemia por COVID-19 está impactando en la salud de la población mundial a niveles cognitivos, comportamentales, afectivos y físicos, siendo las personas con COVID-19 uno de los grupos vulnerables. Para afrontar situaciones vitales estresantes como ésta, juegan un papel crucial las estrategias de afrontamiento de estos, sus niveles de resiliencia y su estado emocional, los cuales son modificables en el tiempo. Este estudio preliminar de tipo descriptivo y correlacional de corte transversal, exploró las estrategias de afrontamiento empleadas en 63 sujetos con COVID-19 superado, y analizó las relaciones entre éstas, los niveles de resiliencia, el estado emocional (ansiedad/depresión) y la edad de estos. Los resultados mostraron que las estrategias más usadas son aceptación, afrontamiento activo, planificación, autodistracción, reevaluación positiva y apoyo emocional; y las menos empleadas son uso de sustancias, religión, desconexión y negación. Asimismo, se encontró que ansiedad y depresión correlacionaron negativamente con resiliencia; que la utilización de estrategias adaptativas correlacionaba positivamente con resiliencia; y que el uso de estrategias desadaptativas correlacionaba positivamente con depresión y ansiedad, y negativamente con resiliencia. Por otra parte, se halló que los adultos tenían niveles más altos de resiliencia que los jóvenes; y que estos últimos tenían niveles más altos de depresión y ansiedad que los adultos.

Palabras clave: resiliencia, afrontamiento, estado emocional, ansiedad, depresión, covid-19.

Abstract

The COVID-19 pandemic is impacting the health of the world population at a cognitive, behavioral, affective and physical level, with people with COVID-19 being one of the vulnerable groups. To cope with stressful life situations like this, play a crucial role

coping strategies of them, their levels of resilience and emotional state, which are modifiable over time. This preliminary, descriptive and correlational cross-sectional study, explored the coping strategies used in 63 subjects with COVID-19 passed, and analyzed the relationships between their levels of resilience, emotional state (anxiety / depression) and their age. The results showed that the most used strategies are acceptance, active coping, planning, self-distraction, positive reevaluation and emotional support; and the least used are substance use, religion, disconnection and denial. Likewise, it was found that anxiety and depression were negatively correlated with resilience; that the use of adaptive strategies was positively correlated with resilience; and that the use of maladaptive strategies correlated positively with depression and anxiety, and negatively with resilience. On the other hand, it was found that adults had higher levels of resilience than youth; and that young people had higher levels of depression and anxiety than adults.

Key Words: resilience, coping, emotional state, anxiety, depression, covid-19

Introducción

A finales de 2019, apareció un brote de una nueva neumonía vírica en Wuhan (China) (Chen et al., 2020), tomando conocimiento de ello la Organización Mundial de la Salud el 31 de diciembre de 2019. A inicios de 2020, este virus llamado SARS-CoV2 (en adelante COVID-19) comenzó a extenderse por toda China, y de ahí hacia el resto del mundo gradualmente, siendo el 11 de marzo cuando la OMS decretó oficialmente el virus COVID-19 como una pandemia mundial (OMS, 2020). Tres días después, el 14 de marzo, el Gobierno de España (2020) mediante el Real Decreto 463/2020 declaró el estado de alarma en todo el Estado Español llevando al confinamiento a toda la población.

Desde entonces, el mundo que conocíamos se detuvo repentinamente, provocando una crisis de impacto mundial sin precedentes, con importantes cambios a

todos los niveles, tanto en la economía, en las condiciones de vida, como en la salud mental de las personas, y como afirma Ramírez-Ortiz et al. (2020) representando un gran desafío a la salud mental. Pues, esta pandemia representa un problema de salud pública por su impacto físico y también en el bienestar emocional (Taylor et al., 2008; Brooks et al., 2020; Asenjo-Alarcón, 2021), resultando el mayor problema de salud pública enfrentado en muchos años (Ochoa-Sangrador et al., 2020). Dado que son múltiples los efectos psicosociales que puede experimentar una población expuesta a una epidemia, llegando a desencadenar diversas reacciones cognitivas, comportamentales, afectivas y físicas (Ramírez-Ortiz et al., 2020).

España es uno de los países donde mayor impacto ha tenido la pandemia en la población y también donde las medidas de confinamiento y aislamiento social preventivo han sido más severas (Pérez et al., 2020). Como afirma Huremovic (2019), según las características de este aislamiento social, muchos eventos pueden llegar a ser traumáticos, e incluso contar con síntomas por trastorno de estrés postraumático, de hecho, Liu et al. (2020) encontraron en las zonas de China más afectadas por la pandemia, una prevalencia del 7%, lo cual supera lo registrado en otras epidemias y revela un mayor impacto.

Estas disposiciones decretadas para frenar el contagio masivo se implementaron en millones de personas, dando como resultado una realidad diaria difícil, tanto por el riesgo de contagiarse, como también, como afirma Xiang et al. (2020), por las limitaciones secundarias a éstas, entre ellas, la posibilidad de que los planes de futuro se vean modificados de forma dramática y la separación abrupta del contexto social y familiar, los cuales son catalizadores frecuentes de cuadros de depresión y ansiedad (Llorca-Bofí et al., 2020). Precisamente, tras la declaración de emergencia en China (Li et al., 2020), un estudio expuso que hubo un incremento de las emociones negativas

(depresión, ansiedad e indignación) y una disminución de las emociones positivas (satisfacción y felicidad) (Ho et al., 2020).

El impacto que el COVID-19 ha originado en la sociedad y la falta de certezas científicas sobre la enfermedad, ha generado una percepción global de indefensión e incertidumbre, e intensificado los factores de riesgo relacionados con la vulnerabilidad ante esta desconocida situación (Andrades-Tobar, 2021). Según Velázquez (2020), el estar constantemente enfrentando numerosos cambios en el entorno, la ruptura abrupta de la cotidianidad, además de la instauración de hábitos poco saludables como patrones de sueño irregulares, sedentarismo y un mayor uso de las pantallas tecnológicas (Wang et al., 2020), el alto contagio, junto con la temida transmisión asintomática e incluso la muerte, ha producido un temor real, que junto con la elevada mortalidad y tórpida evolución de muchos casos, pueden ocasionar una sensación de impotencia, frustración, miedo, ansiedad, y una hipervigilancia constante para no contagiarse (Muñoz-Fernández et al., 2020; Puentes-Cruz et al., 2020), sumado a sentimientos de soledad, tristeza e irritabilidad, según la experiencia de epidemias y pandemias pasadas (Chen et al., 2005; Jeong et al., 2016; Khalid et al., 2016).

En un estudio llevado a cabo en Shanghái durante la fase inicial del brote en China, se encontró que el 20.4% de las personas presentaban niveles significativos de ansiedad, y en Wuhan, epicentro de la pandemia, fue de un 32.7%. En otros estudios recientes realizados fuera de Asia, también han hallado elevadas tasas de ansiedad y depresión (Lee et al., 2020; Shevlin et al., 2020). En España, durante los meses de marzo y abril del 2020, se realizó también un estudio que detectó niveles elevados de problemas emocionales como depresión, ansiedad y estrés en una amplia muestra de personas expuestas al riesgo de contraer el virus (Sandín et al., 2020).

Las investigaciones realizadas en China y España apuntan a que el miedo a lo desconocido y la incertidumbre pueden llevar a evolucionar a distintos problemas de salud mental (Sandín et al. 2020; Shigemura et al., 2020). De hecho, el miedo inicial se incrementó aún más por los mitos, desinformación y noticias erróneas en algunos medios de comunicación y especialmente en las redes sociales (Bao et al., 2020). Se abrumó a la población con noticias alarmantes y sobreinformación, provocando reacciones como la ansiedad, estrés, frustración y malestar (Duan y Zhu, 2020), dado que, fundamentalmente la sobreinformación, es un factor que amplifica las emociones con efectos inmediatos en la salud mental (Lorenzo-Ruiz et al., 2020). La OMS (2020), llegó a identificar esta situación como infodemia, llamando así a la sobreabundancia de información durante una epidemia, sea correcta o no, que hace que sea difícil encontrar fuentes fiables cuando se necesitan, y en consecuencia, la información errónea se propaga cada vez más y a mayor velocidad, añadiendo complejidad en la respuesta a las emergencias sanitarias.

Desde hace algo más de un año, vivir con estas emociones, y como se ha mencionado, con miedo a la infección, la preocupación por el bienestar nuestro y de personas cercanas y queridas, incertidumbre y ansiedad, se ha convertido en elementos fijos de la vida diaria de muchas personas, lo cual ya está teniendo y tendrá profundos efectos en salud mental de la población en general a largo plazo (Gausman, et al., 2020). Tal como menciona Brooks et al. (2020), la situación vivida ha supuesto ya un aumento importante del nivel de estrés, que podría derivar en ansiedad y agravar problemas mentales previos o generar otros nuevos. Ya que, en una pandemia, el miedo incrementa los niveles de estrés y ansiedad en individuos sanos e intensifica los síntomas en aquellos con trastornos mentales preexistentes (Shigemura et al., 2020).

Todo el malestar emocional que acarrea esta situación prolongada de pandemia, en la que hemos tenido sucesivas olas de contagios, medidas y restricciones que se

amplían o reducen constantemente, pueden ocasionar, según Muñoz-Fernández et al. (2020), trastornos adaptativos, pues cuando las personas se enfrentan a un estresor prolongado o mayor de lo esperado, sus reacciones emocionales y conductuales se tornan persistentes y contribuyen a su vulnerabilidad y a la aparición de síntomas de ansiedad o depresión. De la misma manera que, pueden además tener un efecto acumulativo, pues como refieren Coleman y Hendry (2003) aunque existan irritantes cotidianos que puedan parecer ser de escala relativamente menor, si son muchos y si se combinan con factores generadores de estrés normativo, no normativo, o de ambos, éstos pueden tener un efecto acumulativo en las personas.

Sucede entonces que, una persona no considerada vulnerable a priori puede convertirse en vulnerable, pudiendo tener dificultades para afrontar física, emocional o financieramente esta crisis actual (Armitage y Nellums, 2020). Entre los grupos más vulnerables, se encuentran las personas diagnosticadas con COVID-19 y el personal de salud (Maher et al., 2020), por lo que la identificación de estos grupos de forma adecuada es crucial, de lo contrario, los efectos de esta pandemia serían aún más dañinos, y dentro de la vulnerabilidad, la resiliencia es un factor clave.

En ese sentido, la resiliencia es una reducción de la vulnerabilidad al riesgo de las experiencias ambientales, sobreponerse al estrés o la adversidad, o un relativo buen resultado a pesar de las experiencias de riesgo (Rutter, 2007). Pues, aunque aquellos que viven situaciones muy adversas pueden padecer serias consecuencias en su desarrollo psicológico, también se ha corroborado que algunos logran además de superar la adversidad, salir fortalecidos de ella, llamándose a estas personas resilientes (Reivich y Shatté, 2002).

La resiliencia es un constructo que ha adquirido creciente relevancia en la comunidad científica, el cual hace referencia a la capacidad del individuo para afrontar

situaciones de adversidad o experiencias negativas, y salir fortalecido de las mismas, resultando la adaptación positiva en un contexto de gran adversidad, subrayándose las potencialidades del individuo y la importancia de su entorno (Luthar et al., 2000).

Son numerosas las definiciones aportadas por los autores que la estudian, no habiendo logrado establecer un consenso sobre una definición común, pero si coincidiendo en bastantes aspectos y ampliando otros. Entre ellas, Windle et al. (2011), la consideran como un proceso dinámico en el que el individuo desarrolla habilidades adaptativas a pesar de experimentar significativas adversidades, tratándose de una medida de la habilidad para afrontar el estrés. La resiliencia estaría compuesta por las habilidades y recursos del individuo, de su vida y entorno que facilitan esta capacidad de adaptación y recuperación al hacer frente a la adversidad. Rutter (1993; 2007) también hace hincapié en lo dinámico del proceso, ya que un individuo puede considerarse resiliente bajo determinadas circunstancias de su vida y en un determinado momento, aunque en otro ya no. Y es que, la resiliencia no es unidimensional o un atributo dicotómico que las personas tienen o no tienen; implica la posesión de múltiples habilidades en varios grados que ayudan a los individuos a afrontar (Reivich & Shatté, 2002). Al respecto, Palomar-Lever y Gómez-Valdez (2010) agregan que es un constructo multidimensional, asociándose a un crecimiento positivo y a superación de los desafíos. Y todo sea dicho, para que un individuo pueda considerarse resiliente, es primero necesaria la presencia de determinadas condiciones como la exposición a situaciones de adversidad, al riesgo, para que se pueda producir la adaptación positiva frente a esas dificultades, ocurriendo así el crecimiento personal (Masten, 2007; 2011).

Estudios anteriores sobre epidemias (Lating, 2005; Gardner y Moallef, 2015; Taylor, 2019) han mostrado que las personas relacionadas con alguna de ellas, las perciben como eventos vitales estresantes y también como situaciones amenazantes.

Manciaux, Cyrulnik y Vanistendal (como se citó en Oliva-Delgado et al., 2008), mencionan al respecto que estos estresores vitales no afectan de igual manera a todos los individuos, pues cada persona responde ante una situación de distinta manera, por lo que, con los recursos que tiene en el momento, llega a enfrentar esas situaciones para al final dar paso a una solución, y es por ello el uso necesario de estrategias de afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento son “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 164), y también de sus habilidades sociales, creencias, valores, limitaciones personales, ambiente y el grado de amenaza que se percibe (Lazarus y Monat, 1977). Además, según Macías et al. (2013), son los recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes, y aunque la puesta en marcha de éstos no siempre garantiza el éxito, sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en las personas, atribuyéndoles beneficios personales y contribuyendo a su fortalecimiento. Por lo que, un afrontamiento apropiado a una determinada situación conducirá a un adecuado ajuste, y como muestra de esto hallaremos el bienestar, el funcionamiento social y la salud somática (Lazarus et al., 1985).

Cabe destacar que, el afrontamiento, tal como ya se ha mencionado brevemente, no es algo permanente en el individuo, sino que es modificable, y por eso hablamos de estrategias en lugar de estilos, pues estos son permanentes de la persona.

En definitiva, el afrontamiento es un proceso complejo y multidimensional, en el que una persona realiza los esfuerzos cognitivos y conductuales necesarios para el manejo tanto de demandas externas (ambiente, diversos estresores) como de las internas

(características de la personalidad, estado emocional) y que son evaluadas como algo que excede los recursos o posibilidades de la persona (Lazarus y Folkman, 1984; Campos et al., 2004; Simpson et al., 2018).

Todo lo mencionado hasta el momento, pone de relieve que el impacto psicológico de esta pandemia es indiscutible, afectando la salud mental de la población, en especial a los grupos más vulnerables, como son las personas diagnosticadas con COVID-19, por lo que en una emergencia de salud pública internacional como la actual, consideramos relevante, y por tanto es nuestro objetivo general, explorar las estrategias de afrontamiento empleadas en población con COVID-19 superado, al igual que conocer y analizar las relaciones entre éstas, los niveles de resiliencia, el estado emocional (ansiedad/depresión) y la edad de los sujetos.

Objetivos específicos e hipótesis:

- Explorar las estrategias de afrontamiento más utilizadas en nuestra muestra de individuos con COVID-19 superado.
- Analizar la relación entre: estrategias de afrontamiento, resiliencia y ansiedad/depresión.
- Analizar las diferencias en ansiedad, depresión, y resiliencia en función de la edad. - H1: el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas correlacionará positivamente con ansiedad y depresión (relación directa).
- H2: el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas correlacionará negativamente con resiliencia (relación inversa).
- H3: el uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas correlacionará positivamente con resiliencia (relación directa).
- H4: la variable resiliencia correlacionará negativamente con las variables ansiedad y depresión (relación inversa).
- H5: los niveles de resiliencia en adultos serán más elevados que en jóvenes.

- H6: los niveles de depresión y ansiedad serán superiores en jóvenes que en adultos.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por un total de 63 personas que habían tenido y superado COVID-19, tal como muestra la Figura 1, de edades comprendidas entre los 20 y los 61 años ($M=35,98$; $D.T.= 11,11$). En la Figura 2 se puede observar cómo predominaban con un 61,9% (39) el sexo femenino, un 36,5% (23) correspondía al masculino, y un 1,6% (1) a otros. Respecto a su estado civil, en la Figura 3 se refleja que, primaban con un 49,21% (31) los que estaban solteros, seguidos con un 44,44% (28) de los casados, y un 6,35% (4) estaban divorciados. Y en cuanto nivel de estudios más alto completado, un 47,6% (30) de los participantes contaban con estudios universitarios, un 36,5% (23) con estudios secundarios, y un 15,9% (10) con estudios primarios, como se expone en la Figura 4.

Figura 1

Edad de la muestra de participantes

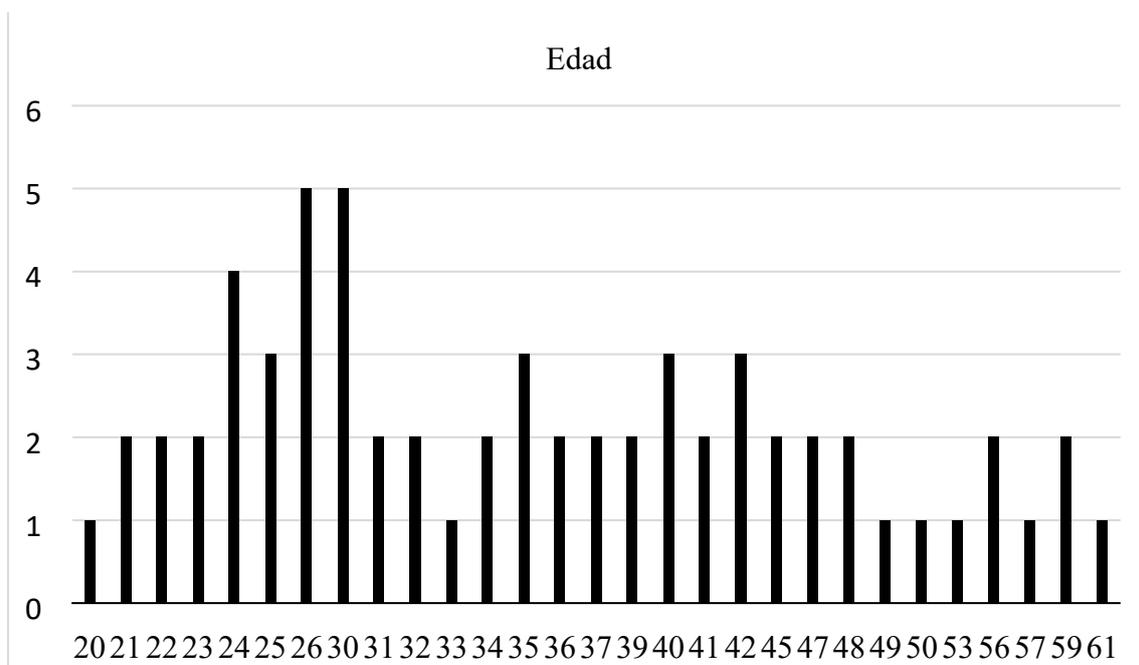
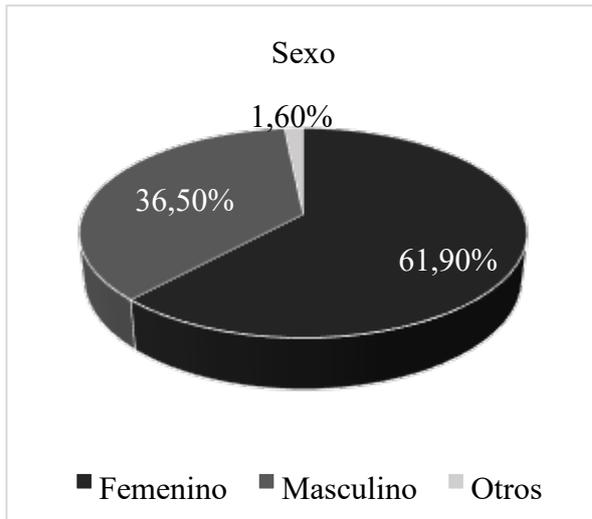


Figura 2

Figura 3

Sexo de los participantes



Estado civil de los participantes

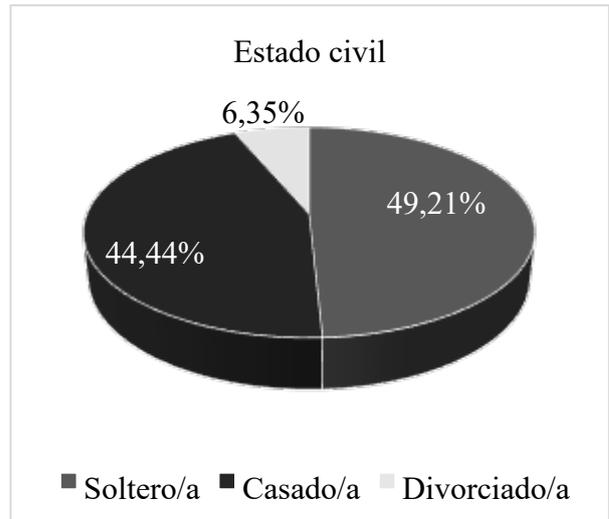
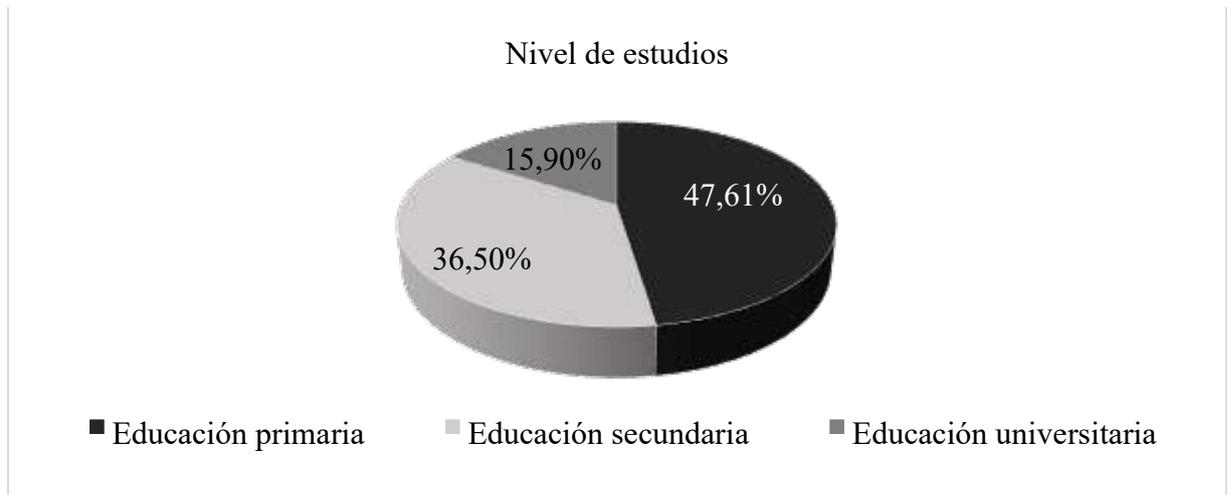


Figura 4

Nivel de estudios de los participantes



Variables e Instrumentos

Para evaluar el estado emocional de los sujetos se utilizaron las variables Ansiedad y Depresión, las cuales fueron medidas mediante la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) de Zigmond y Snaith (1983), en la versión española de Terol et al. (2007). Es un instrumento breve, que considera dimensiones cognitivas y afectivas, omitiendo aspectos somáticos (Vázquez et al. 2015), formado por 14 ítems

con dos subescalas, de ansiedad (ítems impares) y depresión (ítems pares) para evaluar dicha sintomatología. Sus respuestas son tipo Likert oscilando entre 0 y 3, y sus puntuaciones van de 0 y 21 en cada subescala. A mayor puntuación, mayor ansiedad y depresión. Los autores sugieren para ambas subescalas que puntuaciones de 0 a 7 estarían dentro del “rango de normalidad”, de 8 a 10 mostrarían “caso probable”, y por encima de 11 señalarían “caso” (Zigmond y Snaith, 1983). Presenta buenas propiedades psicométricas, con una alta consistencia interna ($\alpha > 0,80$) y es útil como instrumento de "screening" (Terol et al. 2007).

Para medir la variable de resiliencia en los individuos se empleó la Escala de Resiliencia (RS-14) de Wagnild (2009), basada en la Escala de Resiliencia (RS-25) de Wagnild y Young (1993), está formada por 14 ítems que miden el grado de resiliencia individual unidimensional que permite la adaptación del individuo a situaciones adversas (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2019). La componen dos factores, el Factor I hace referencia a la Competencia Personal (11 ítems, autoconfianza, independencia, decisión, ingenio y perseverancia) y el Factor II a la aceptación de uno mismo y de la vida (3 ítems, adaptabilidad, balance, flexibilidad y perspectiva de vida estable). Las respuestas son tipo Likert en el rango de 0 a 7, con un máximo de 98 puntos. Wagnild (2009) agrupa en cinco niveles de resiliencia las puntuaciones resultantes, “muy baja” sería de 14 a 30, “baja” de 31 a 48, “normal” de 49 a 63, “alta” de 64 a 81, y “muy alta” de 82 a 98. Las propiedades psicométricas que presenta son adecuadas, con una buena consistencia interna ($\alpha = 0,79$) (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2019).

Para la variable Estrategias de Afrontamiento, se utilizó el Inventario COPE-28, versión española traducida por Morán y Manga (citado por, Morán, Landero y González, 2010) del Brief COPE de Carver (1997), basado en el inventario COPE de

Carver, Scheier y Weintraub (1989), adaptado en España por Crespo y Cruzado (1997). Lo componen un total de 28 ítems formando 14 escalas de dos ítems cada una, que evalúan las estrategias de afrontamiento utilizadas (afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional, apoyo social, religión, reevaluación positiva, aceptación, negación, humor, autodistracción, autoinculpación, desconexión, desahogo y uso de sustancias). Sus respuestas son en una escala ordinal tipo Likert de 0 a 3. Ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas en población española, con una apropiada consistencia interna ($\alpha = 0,79$) (Rueda y Valls, 2003).

Procedimiento

La recolección de datos se llevó a cabo entre el 11 de julio y el 2 de agosto de 2021 a través de un cuestionario online auto administrado elaborado con Google Forms (<https://www.google.com/forms/about>), el cual fue divulgado mediante redes sociales, aplicaciones de mensajería instantánea y correos electrónicos.

Al tratarse de un estudio preliminar, el muestreo fue de conveniencia pues se buscó seleccionar intencionadamente a aquellos individuos de la población que hubieran pasado COVID-19, y por tanto era el principal criterio de inclusión de nuestra investigación, junto con ser mayor de 18 años, residir en España, y aceptar el consentimiento informado. Como criterios de exclusión, el incumplir cualquiera de los criterios anteriores, no completar el 100% del cuestionario y/o no ser capaz de contestar con autonomía.

Los sujetos aceptaron voluntariamente la participación en el estudio tras leer en la primera página del cuestionario la hoja informativa del mismo y el consentimiento informado, el cual aceptaron primero para poder participar después en esta investigación, que fue admitida a trámite por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Durante el proceso se garantizó la

confidencialidad de todos los datos obtenidos en el estudio, además del cumplimiento de todos principios éticos y deontológicos.

Tipo de diseño

En esta investigación hemos utilizado un tipo de diseño descriptivo y correlacional, de corte transversal, pues se persigue describir las variables de estudio y analizar su incidencia e interrelación en un momento concreto.

Análisis de datos

Para explorar las estrategias de afrontamiento se emplearon análisis descriptivos en términos de medias y desviaciones típicas. Para analizar las relaciones entre las variables ansiedad, depresión, resiliencia y estrategias de afrontamiento se usó el Coeficiente de correlación de Pearson con un intervalo de confianza del 95%. Para conocer las diferencias en las variables ansiedad, depresión y resiliencia respecto a la edad, se utilizó una comparación de medias utilizando ANOVA de 1 Factor.

Para la realización de los diferentes análisis se ha empleado el software estadístico IBM SPSS Statistics, versión 28 .0 (IBM Corp.).

Resultados

En primer lugar, se exploraron las estrategias de afrontamiento más utilizadas en nuestra muestra de sujetos con COVID-19 superado. Así, atendiendo a la Tabla 1, se encuentran los estadísticos descriptivos para el conjunto muestral, mostrando que, la estrategia más usada es la de aceptación (M= 4,33; DT= 1,178), seguida de afrontamiento activo (M= 3,63 ; DT= 1,462), planificación (M= 3,11; DT= 1,567), autodistracción (M= 2,92; DT= 1,753), reevaluación positiva (M= 2,83; DT= 1,622), y apoyo emocional (M= 2,78; DT= 1,453). Las estrategias menos empleadas son uso de sustancias (M= 0,57; DT= 1,266), seguida de religión (M= 0,73; DT= 1,234),

desconexión (M= 0,75; DT= 0,967), y negación (M= 0,84; DT= 1,081). La representación gráfica de los mismos se expone en la Figura 5.

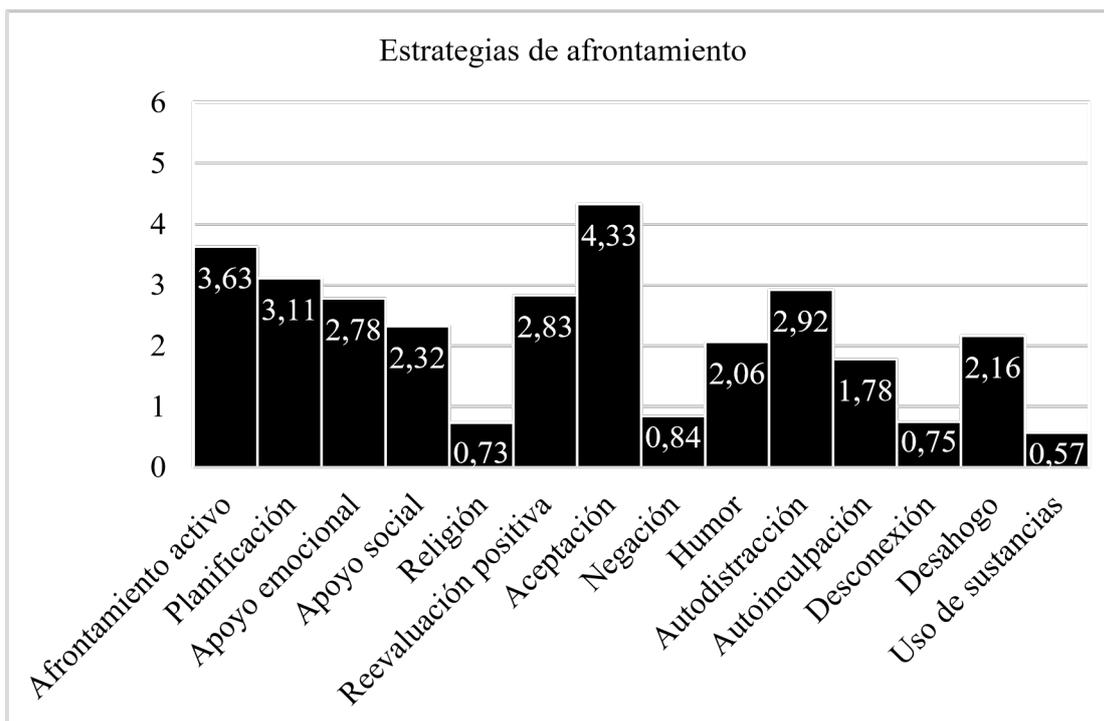
Tabla 1

Estadísticos descriptivos de las estrategias de afrontamiento

Estrategia de Afrontamiento	Media	Desviación Típica	Moda
Afrontamiento activo	3,63	1,462	3
Planificación	3,11	1,567	2
Apoyo emocional	2,78	1,453	2
Apoyo social	2,32	1,229	2
Religión	0,73	1,234	0
Reevaluación positiva	2,83	1,622	2
Aceptación	4,33	1,178	4
Negación	0,84	1,081	0
Humor	2,06	1,740	2
Autodistracción	2,92	1,753	5
Autoinculpación	1,78	1,518	0
Desconexión	0,75	0,967	0
Desahogo	2,16	1,310	2
Uso de sustancias	0,57	1,266	0

Figura 5

Representación gráfica de las medias obtenidas en las estrategias de afrontamiento



En segundo lugar, se analizó la relación entre estrategias de afrontamiento, resiliencia y ansiedad/depresión mediante el estadístico de Correlación de Pearson con un intervalo de confianza del 95%. Como puede observarse en la Tabla 2, existe una fuerte relación estadísticamente significativa y negativa entre las variables resiliencia y depresión ($r = -0,651$; $p < 0,01$), al igual que entre resiliencia y ansiedad ($r = -0,478$; $p < 0,01$).

Al examinar la asociación de las diferentes estrategias de afrontamiento con las demás variables, encontramos entre la estrategia negación y depresión una relación significativa ($r = 0,311$; $p < 0,05$), y aún más significativa es entre negación y ansiedad ($r = 0,582$; $p < 0,01$). Respecto a la estrategia desconexión, ésta tiene una correlación estadísticamente significativa con ansiedad ($r = 0,320$; $p < 0,05$), muy significativa con depresión ($r = 0,347$; $p < 0,01$), y también altamente significativa pero negativa, con resiliencia ($r = -0,487$; $p < 0,01$). La estrategia autoinculpación a su vez, correlaciona fuertemente con ansiedad ($r = 0,521$; $p < 0,01$), depresión ($r = 0,443$; $p < 0,01$), y con resiliencia, pero en sentido inverso ($r = -0,548$; $p < 0,01$).

Asimismo, la variable resiliencia, tiene una relación estadísticamente significativa con las estrategias de afrontamiento, afrontamiento activo ($r= 0,533$; $p<0,01$), con reevaluación positiva ($r= 0,406$; $p<0,01$), y con aceptación ($r=0,618$; $p<0,01$).

Tabla 2*Correlaciones entre estrategias de afrontamiento, resiliencia y ansiedad/depresión*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. HADS-A																	
2. HADS-D	,678**																
3. RS-14	-,478**	-,651**															
4. Afrontamiento activo	,005	-,158	,533**														
5. Planificación	,235	,038	,154	,574**													
6. Apoyo emocional	,042	,019	,107	,310*	,216												
7. Apoyo social	,375**	,211	-,210	,245	,501**	,429**											
8. Religión	,014	,085	,105	,222	,166	,119	,217										
9. Reevaluación positiva	-,063	-,267*	,406**	,456**	,363**	,223	,117	,194									
10. Aceptación	-,433**	-,379**	,618**	,325**	,163	,063	-,275*	-,115	,343**								
11. Negación	,582**	,311*	-,174	,075	,277*	,018	,488**	,173	-,034	-,351**							
12. Humor	-,088	-,237	,071	-,130	,009	,012	-,213	-,105	,353**	,037	-,072						
13. Autodistracción	,189	,045	-,227	-,005	,226	,196	,394**	-,100	,239	-,026	,112	,097					
14. Autoinculpación	,521**	,443**	-,548**	-,182	,166	-,059	,255*	,036	-,140	-,481**	,470**	,189	,308*				
15. Desconexión	,320*	,347**	-,487**	-,420**	-,088	,028	,069	-,018	,023	-,321*	,239	,202	,378**	,390**			
16. Desahogo	,253*	,030	-,011	,191	,062	,392**	,149	-,222	,120	-,056	,223	,215	,167	,123	,147		
17. Uso de sustancias	-,079	,118	-,278*	-,251*	-,008	,026	-,004	-,168	-,053	,119	-,286*	,239	,202	,092	,265*	,110	

Nota. **La correlación es significativa en el nivel 0.01 *La correlación es significativa en el nivel 0.05

En cuanto a las diferencias entre las variables resiliencia, depresión y ansiedad en función de la edad de nuestros individuos, se procedió primero a dividir en dos grupos a éstos según su rango de edad, el primero, denominado jóvenes, alcanzaba hasta los 30 años, situándose esta cifra como punto de corte por tanto entre ambos grupos, pues se pretendía dividir a la muestra en dos, haciendo hincapié en diferenciar generacionalmente a la población más joven actualmente, generación *Z* y *millennials* más jóvenes, de las generaciones *X* y *babyboom*; el segundo grupo, categorizado como adultos, empezaría entonces a partir de los 31 años. A continuación, para comparar ambos grupos respecto a las mencionadas variables, se procedió a realizar ANOVA de 1 Factor, exponiéndose sus resultados en la Tabla 3. En ésta podemos observar diferencias significativas entre las medias de ambos grupos respecto a las tres variables, tanto en resiliencia ($F = 8,536; p <,001$), en la cual la puntuación de los jóvenes ($M = 67,71; DT = 19,512$) es inferior a la de los adultos ($M = 81,74; DT = 11,927$); como en el caso de ansiedad ($F = 2,984; p <,001$), cuya media de los jóvenes ($M = 9,00; DT = 4,283$) es superior a la de adultos ($M = 5,13; DT = 2,677$); y también y por último en depresión ($F = 7,356; p <,001$), con una media en los jóvenes ($M = 6,17; DT = 4,556$) de nuevo superior a la de adultos ($M = 3,97; DT = 2,700$). En las Figuras 6 y 7 se pueden observar las representaciones gráficas de las diferencias encontradas entre las tres variables mencionadas según el rango edad.

Tabla 3

Diferencias entre los niveles de resiliencia, depresión y ansiedad, en base a la edad

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
RS-14	Jóvenes	24	67,71	19,512	8,536	<,001
	Adultos	39	81,74	11,927		

Ansiedad	Jóvenes	24	9,00	4,283	2,984	<,001
	Adultos	39	5,13	2,677		
Depresión	Jóvenes	24	6,17	4,556	7,356	<,001
	Adultos	39	3,97	2,700		

Figura 6

Representación gráfica de los niveles de depresión y ansiedad según el rango de edad

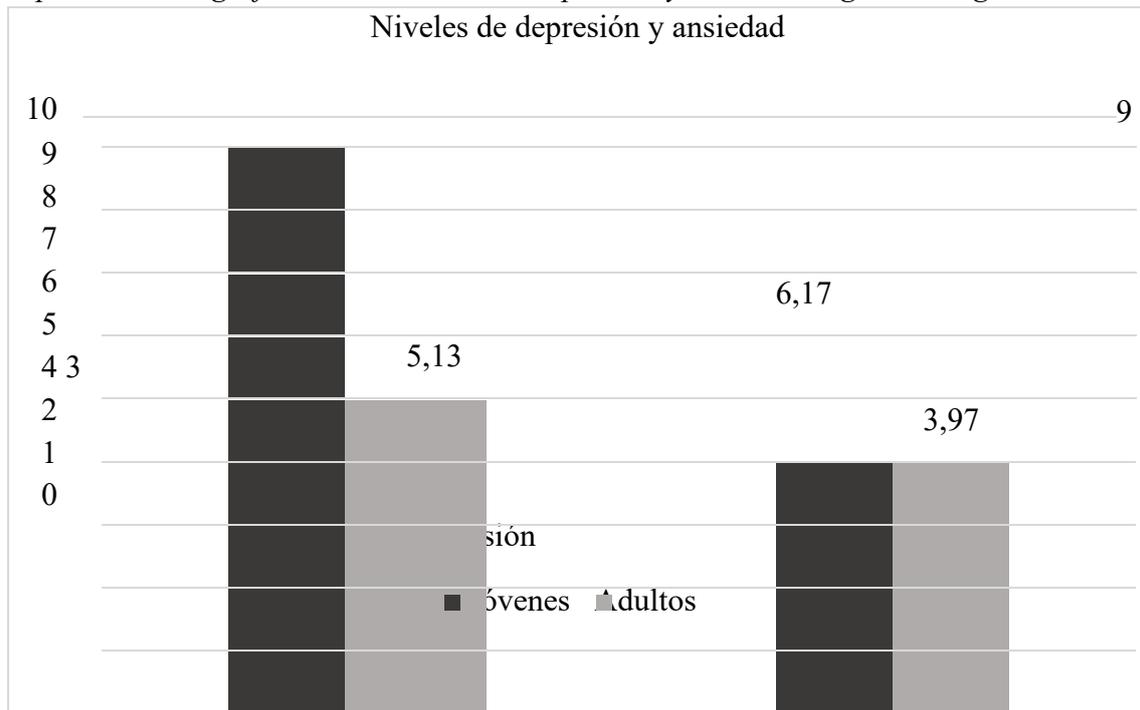
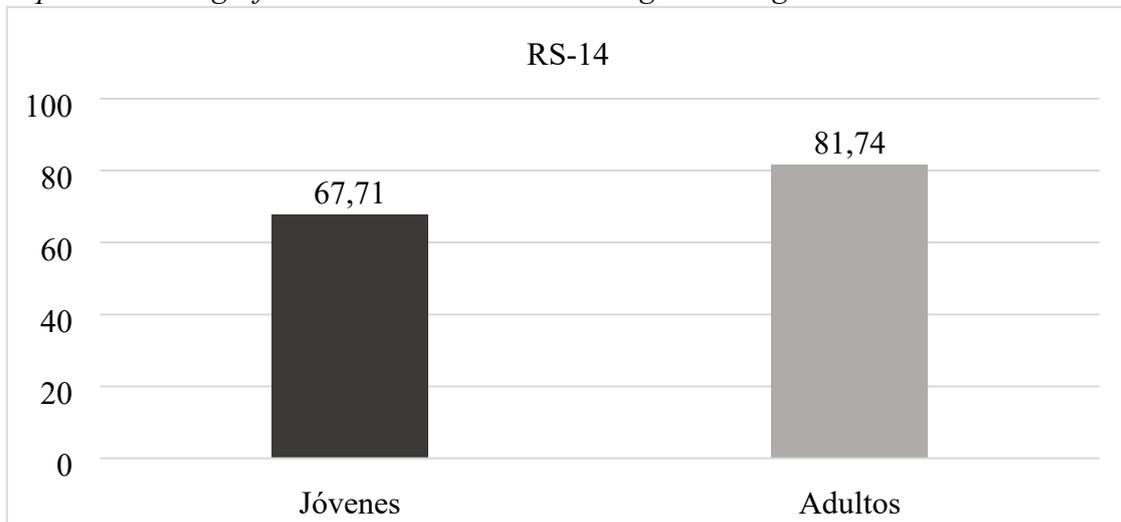


Figura 7

Representación gráfica del nivel de resiliencia según el rango de edad



Discusión

Actualmente no cabe la menor duda de que la pandemia originada por el COVID-19 en 2019, y presente aún a día de hoy, ha repercutido en la salud mental de la población mundial. Es clave, por tanto, en una emergencia de salud pública como ésta, investigar el estado en que se encuentra la salud mental de la población, el impacto psicológico que está ocasionando en poblaciones concretas y más aún si éstas son vulnerables. En nuestro caso, en personas con COVID-19 superado, para poder desarrollar acciones con el fin de disminuir este impacto psicológico.

A partir de este planteamiento, en nuestro estudio nos hemos centrado en explorar, en una muestra de sujetos con COVID-19 superado, las estrategias de afrontamiento usadas, en medir los niveles de resiliencia, ansiedad y depresión, y la relación entre estos, y con la edad. Pues el afrontamiento y la resiliencia no son algo permanente en las personas, sino cambiantes a lo largo del ciclo vital, de la misma manera que los estados emocionales depresivos y/o ansiosos no son estables, son modificables tanto en un sentido como entro, ya sea con las herramientas y ayuda necesarias, o la falta de ellas.

En investigaciones anteriores sobre epidemias, de cómo repercutían en la sociedad y en cómo las afrontaban, destacó como parte fundamental de este proceso el afrontamiento (Idoiaga et al., 2017), volviéndose las estrategias de afrontamiento un posible mecanismo para hacer frente a la situación pandémica que estamos viviendo. Este estudio exploró las estrategias de afrontamiento usadas, cuyos resultados muestran que las estrategias menos utilizadas son, uso de sustancias, desconexión, religión y negación, coincidiendo las dos primeras con investigaciones anteriores (Carver, citado por Morán et al, 2010). El uso de sustancias se refiere a tomar alcohol u otras drogas con el fin sentirse mejor, o para poder soportar el estresor, lo cual indica un tipo de

estrategia evitativo y desadaptado, además. Desconexión, en alusión a reducir e incluso renunciar a tratar con el estresor; y negación, en cuanto a que el sujeto niega la realidad del hecho estresante, todo ello para evitar o negar las emociones o situaciones a las que se enfrentan. Éstas son estrategias consideradas como negativas a largo plazo para el sujeto, pues estas formas evitativas de afrontamiento no ayudan a solucionar la causa ni es adaptativa para el individuo, sin embargo, puede afianzarse su uso recurrente en éste si consigue disminuir a corto plazo la respuesta emocional que desea evitar, pues según Díaz-Rojas (2015) la función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que se tiene, las funciones no se definen en términos de resultados. El menor uso de religión, en cuanto a buscar alivio espiritual en las creencias religiosas de uno, puede deberse a que en España la pérdida de peso de la religión está siendo vertiginosa desde los años sesenta, y en especial en la última década, siendo el cambio generacional el mecanismo fundamental de transformación (Pérez-Agote, 2010).

En cuanto a las estrategias más usadas, éstas fueron, aceptación, afrontamiento activo, planificación, autodistracción, reevaluación positiva, y apoyo emocional, coincidiendo todas entre las encontradas por Reynoso y Seligson (2002), y afrontamiento activo en particular un estudio de Umucu y Lee (2020) cuyo objetivo era describir los mecanismos de afrontamiento relacionados con COVID-19 en personas con afecciones crónicas y discapacidades. Todas ellas, a excepción de autodistracción, se consideran factores protectores que pueden evitar la emergencia de problemas emocionales durante la pandemia (Muñoz-Fernández et al., 2020) y a su vez reflejando un afrontamiento positivo y adaptativo, pues reducen el distrés y promueven la salud a largo plazo (Zanini y Forns, 2014). La primera, aceptación, se refiere a cuando la persona asume y reconoce lo que está sucediendo, de que es real. Un afrontamiento activo sería aquel en que se ponen en marcha acciones directas, se incrementan

esfuerzos para suprimir o reducir el evento estresante. En planificación, se va a pensar, planificar y dirigir acciones sobre cómo afrontar el suceso. Autodistracción sería un afrontamiento de tipo evitativo, en el que se pretende desviar la atención del hecho estresor, para concentrarse y enfocarse en otras cosas, que eviten que tenga que a corto plazo enfrentarse a él. Respecto a la reevaluación positiva, implica buscar aspectos positivos de la situación, modificar o crear un nuevo significado de ésta, para generar pensamientos positivos que favorezcan su afrontamiento. Por último, apoyo emocional, que conlleva el hecho de tener alguien de quien se pueda recibir un soporte afectivo, emocional, sentirse querido, protegido y valorado por otras personas cercanas, siendo todo este apoyo, según Vázquez et al. (2000), un amortiguador del estrés.

En nuestra investigación, encontramos una relación significativa entre las estrategias, negación, desconexión y autoinculpación, consideradas desadaptativas en línea con lo anteriormente mencionado, con las variables depresión y ansiedad. Confirmando así nuestra Hipótesis 1, dado que los sujetos que utilizan estrategias desadaptativas tienen puntuaciones elevadas tanto en depresión como en ansiedad, al igual que en el estudio de Mella-Morambuena et al. (2020), en el cual además el uso adaptativo de estrategias de afrontamiento se han vinculado con la reducción de la ansiedad y la depresión, considerándose factores protectores que deben tenerse en cuenta en contextos de situaciones complejas para el ser humano (Simpson et al., 2018).

Retomando en cuanto a la función adaptativa o desadaptativa de las estrategias de afrontamiento, el uso de unas u otras, dependerá de diferentes circunstancias. Según Manciaux et al. (2003), estos tipos de afrontamiento desadaptativos, a través de conductas evitativas o que reducen la tensión, puede acarrear problemas de salud, pues reducen el estrés sólo a corto plazo, provocando un efecto nocivo en la salud a largo plazo. Mientras que quienes usan estrategias de afrontamiento más adaptativas llegan a

ser más saludables, al reducir el estrés y promover la salud a largo plazo (Díaz-Rojas, 2015; Zanini y Forns, 2014). Con respecto a estas estrategias consideradas más adaptativas, otra importante relación que hemos encontrado en la presente investigación, es que las estrategias afrontamiento activo, reevaluación positiva, y aceptación, correlacionaban muy significativamente con la variable resiliencia, corroborando nuestra Hipótesis 3, de que aquellos sujetos que usan estrategias adaptativas tienen un mayor nivel de resiliencia. Este resultado está en consonancia, además, con la investigación de Thompson et al. (2017) sobre estrategias de afrontamiento como mediadores en relación con la resiliencia y el trastorno por estrés postraumático. En este trabajo, se demostró que la mayoría de las estrategias de afrontamiento activas se correlacionaron positivamente con la resiliencia, y la mayoría de las estrategias de afrontamiento evasivas se correlacionaron negativamente con resiliencia. Esta última confirmación está en la línea de los resultados hallados aquí también, en que el uso de estrategias desadaptativas por los sujetos, ha correlacionado negativamente con resiliencia, poniendo de relieve que quienes las usan tienen niveles más bajos de resiliencia, y corroborando así nuestra Hipótesis 2.

Como apuntan Parra y Sánchez (2008), no todas las personas se verán afectadas de la misma manera por los estresores vitales, pues cada sujeto responde ante estos de distinta forma, con soluciones muy diversas, como resultado de la variabilidad natural de la respuesta individual, y con los recursos que tiene en ese momento, tendiendo cada uno, según Fantin et al. (2005), a utilizar aquellas estrategias que domina, ya sea mediante un aprendizaje previo o por casualidad de la situación, dado que las estrategias empleadas, están condicionadas por la percepción hecha de la situación (evaluación primaria) y de los recursos personales que se disponen para hacerle frente (evaluación secundaria) (Gómez et al., 2006).

Muñoz-Fernández et al. (2020) refieren que, a la hora de afrontar una situación estresante, la intensidad de las reacciones emocionales puede ser leve o excesiva, pudiendo hacer que los sujetos logren desarrollar medidas de afrontamiento adaptativas con el fin de adaptarse a ese nuevo entorno, en este caso a una pandemia internacional. O en cambio, origina conductas desadaptativas, tanto a nivel emocional, como conductual y/o cognitivo, que solo limitan el funcionamiento del individuo e incluso, en muchas ocasiones, no le permite una adecuada toma de decisiones. Y es más, cuando la persona se enfrenta al estresor de manera prolongada o éste es mayor de lo esperado, las reacciones emocionales y conductuales pueden volverse persistentes y contribuir por tanto, a la aparición de síntomas de ansiedad o depresión.

En nuestro estudio, se halló una fuerte relación inversa entre resiliencia y depresión, de la misma manera que entre resiliencia y ansiedad, al igual que en otros estudios (Abiola y Udofia, 2011; Muñoz-Fernández et al., 2020; Nishi et al., 2010; Serrano-Parra et al., 2012; Thompson et al., 2017). Confirmando con ello nuestra Hipótesis 4, pues las personas con un mayor nivel de resiliencia, puntúan más bajo en depresión y ansiedad, y su estado emocional es mejor, dado que la resiliencia es considerada un importante factor de salud mental y bienestar (Friedli, 2009; Garnezy y Masten, 1986; Maddi y Khosaba, 1994; Seligman, 1975). Siendo además aquellos sujetos que la poseen en un óptimo nivel, más tenaces, optimistas, tendiendo a poseer una personalidad bien estructurada, y mostrando menor riesgo de enfermedad mental (Muñoz-Fernández et al., 2020), dada la estrecha relación entre resiliencia y bienestar psicológico y social, considerándose además como un indicador de bienestar subjetivo (Luthar y Cicchetti, 2000).

Como ya se ha mencionado, la resiliencia es un constructo dinámico y modificable a lo largo de la vida, considerada además como una característica de

personalidad positiva que permite la adaptación del sujeto a situaciones adversas. En nuestro estudio se encontraron medias superiores en los niveles de resiliencia de los adultos respecto a los jóvenes, encontrándose un mayor nivel de resiliencia cuanto mayor edad tenía el sujeto, confirmando nuestra Hipótesis 5, en sintonía con los resultados obtenidos por Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2015) y coincidiendo con hallazgos anteriores (Lundman et al., 2007; Rutter, 2012). Esto puede ser debido a que cuando un individuo tiene un proceso de envejecimiento saludable, una buena resiliencia se contempla como resultado de ello (Ong et al., 2006, 2009; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2019). Por tanto, los adultos tendrán mejores niveles que la población más joven y menos resiliente en ese momento de sus vidas, con menos experiencias adversas a sus espaldas que les hayan capacitado para resistir y crecer ante ellas, y de las que hayan podido salir reforzados y resilientes.

Asimismo, respecto a la edad, se encontraron medias más elevadas tanto en depresión como en ansiedad en la población más joven, confirmándose nuestra Hipótesis 6, en consonancia con los resultados obtenidos por Andrades-Tobar (2021) en los que los sujetos de menor edad presentaron niveles más altos de problemas de salud mental (depresión, ansiedad y estrés) que aquellos de mayor edad, coincidiendo también con el estudio de Valiente et al. (2020) en ambas variables. Es por tanto un hecho que los jóvenes presentan un peor estado emocional y una mayor vulnerabilidad que los hace proclives a presentar niveles de depresión y de ansiedad superiores a los de los adultos. Puede deberse a múltiples factores, entre ellos el no contar con el bagaje del que puede disponer un adulto, su capacidad de resiliencia, el repertorio de estrategias de afrontamiento más adaptativas y eficaces aprendidas en cada situación y desarrolladas a lo largo del ciclo vital; esa inexperiencia juega en su contra y se pone de manifiesto especialmente en momentos como el actual, que está conllevando todo un desafío para

la salud mental de la población mundial. En este contexto, Bao et al. (2020) apuntaron al cuidado que se debe prestar a la información sin filtros que los medios de comunicación y redes sociales transmiten, la mencionada ya infodemia, cuya accesibilidad es especialmente fácil para los jóvenes, y añadiéndose éste como otro factor más de su actual vulnerabilidad psicológica (Ozamiz-Etxebarria, 2020).

La presente investigación nos ha mostrado que el bienestar psicológico es clave a la hora de afrontar el COVID-19, gestionar las emociones y prevenir enfermedades mentales, lo cual implicará que las personas se deban preparar psicológicamente ante las probables situaciones adversas que aún tienen que vivir. También implica prevenir y afrontar la crisis gestionando medidas socio sanitarias efectivas, pues a pesar de las similitudes con pandemias anteriores, las singulares características del COVID-19 ponen de claro manifiesto la necesidad de investigar en relación a todos los factores de riesgo asociados a la vulnerabilidad ante la pandemia, en la búsqueda de acciones encaminadas a reducir su impacto global (Arden y Chilcot, 2020). Y es más, en el momento presente, sería crucial el poner en marcha estrategias de intervención clínica, orientadas a abordar el malestar emocional y el impacto psicológico causado por la pandemia por COVID-19, pues partiendo de la identificación de las necesidades de la población, los profesionales de la psicología pueden ayudar a promover las capacidades y herramientas adecuadas para mitigarlas.

Se hace necesario desarrollar programas preventivos y de intervención, especialmente en población más susceptible, para promover tanto la resiliencia de los individuos, como desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas que les permitan afrontar con mayor eficacia, las situaciones que vayan sobreviniendo y contribuir con eso a mejorar su estado emocional y calidad de vida. Para concluir, sería también

interesante el crear escalas validadas para medir variables psicológicas específicas asociadas a la pandemia.

En cuanto a las limitaciones, la primera es que puede que ciertas personas se hayan quedado excluidas del estudio debido al formato exclusivamente online de los cuestionarios, impidiendo que población sin conexión a internet o con reducidas destrezas con las nuevas tecnologías haya podido acceder a ella. La segunda es que, al ser un estudio transversal, no permite poner a prueba relaciones causales y por tanto no es posible afirmar la existencia de relaciones causa-efecto entre las variables al no poderse concluir que nuestros resultados fueron inequívocamente consecuencia de estar en la pandemia actual y/o por haber tenido y superado COVID-19. Por último, pese a que esta investigación se presenta como un estudio preliminar, otra limitación es el reducido número de participantes del estudio, el cual convendría aumentar en futuras investigaciones para conseguir un elevado tamaño muestral.

Referencias

- Abiola, T., & Udofia, O. (2011). Psychometric assessment of the Wagnild and Young's resilience scale in Kano, Nigeria. *BMC Research Notes*, 4(1), 1-5.
- Andrades-Tobar, M., García, F. E., Concha-Ponce, P., Valiente, C., y Lucero, C. (2021). Predictores de síntomas de ansiedad, depresión y estrés a partir del brote epidémico de COVID-19. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(1), 13-22.
- Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). Considering inequalities in the school closure response to COVID-19. *Lancet Glob Health* 8(5), e644.
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30116-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30116-9)
- Asenjo-Alarcón, J. A., Linares-Vásquez, O., y Díaz-Dávila, Y. Y. (2021). Nivel de estrés académico en estudiantes de enfermería durante la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Investigación en Salud*, 5(2), 59-66.
- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., & Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*, 395(10224), e37-e38.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Gideon, J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cabrera, V., Martín-Aragón, M., Terol, M. D. C., Núñez, R., y Pastor, M. D. L. Á. (2015). La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad. *Terapia psicológica*, 33(3), 181-193.
- Campos, M., Páez, D. y Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes. Un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, (82), 25-44.

- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.
- Chen, W. K., Cheng, Y. C., Chung, Y. T., & Lin, C. C. (2005). The impact of the SARS outbreak on an urban emergency department in Taiwan. *Medical care*, 43(2), 168-172.
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X. & Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e15-e16.
- Coleman, J. C., y Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Ediciones Morata
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Crespo, M. y Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 23, pp. 797-830.
- Díaz Rojas, C. (2015). *Validez y confiabilidad del cuestionario cope en adolescentes escolares en una zona rural del estado de México*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*. *Advance online publication*.
- Fantin, M., Florentino, M. T., y Correché, M. S. (2005). Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de San Luis.

Fundamentos en Humanidades, 6(1), 159-176.

- Friedli, L. (2009). Mental health, resilience and inequalities. Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Gardner, P. J., & Moallem, P. (2015). Psychological impact on SARS survivors: Critical review of the English language literature. *Canadian psychology/psychologie canadienne*, 56(1), 123-135. <https://doi.org/10.1037/a0037973>
- Garnezy, N. y Masten, A. S. (1986). Stress, competence and resilience: Common frontiers for therapist and psychologist. *Behaviour Therapy*, 17, 500-521.
- Gausman, J., Austin, S. B., Subramanian, S. V., & Langer, A. (2020). Adversity, social capital, and mental distress among mothers of small children: a cross-sectional study in three low and middle-income countries. *PLoS One*, 15(1), e0228435.
- Gobierno de España (2006). Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo. Boletín Oficial del Estado, (106), pp. 25390-25400. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>
- Gómez, J. A., Luengo, A., Romero, E., Villar, P., y Sobral, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 581-597.
- Ho, C. S., Chee, C. Y., & Ho, R. C. (2020). Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singapore*, 49(1), 1-3.
- Huremovic D. (Ed.). (2019). *Psychiatry of pandemics: a mental health response to infection outbreak*: Springer International Publishing.
- Idoiaga, N., Gil de Montes, L., & Valencia, J. (2017). Understanding an Ebola outbreak: Social representations of emerging infectious diseases. *Journal of health psychology*, 22(7), 951-960.

- Jeong, H., Woo, H., Song, Y. J., Ki, M., Min, J., Cho, J., & Chae, J. H. (2016). *Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. Epidemiology and Health, 38*, e2016048. doi: 10.4178/epih.e2016048.
- Khalid, I., Khalid, T. J., Qabajah, M. R., Barnard, A. G. & Qushmaq, I. A. (2016). Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak [J]. *Clinical Medicine & Research, 14*(1), 7-14. doi: 10.3121/ cmr.2016.1303.
- Lating, J. M. (2005). Psychological contagion effect. *Everly Jr, Parker CL. Mental health aspects of disaster: Public health preparedness and response. Johns Hopkins Center for Public Health Preparedness, 51-68.*
- Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist, 40*, 770-779
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Ediciones Martínez-Roca.
- Lazarus, R. S., & Monat, A. (1977). *Cognitive and coping processes in emotion, 21.*
- Lee, S. A., Jobe, M. C., & Mathis, A. A. (2021). Mental health characteristics associated with dysfunctional coronavirus anxiety. *Psychological medicine, 51*(8), 1403-1404.
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., & Zhu, T. (2020). The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active Weibo users. *International journal of environmental research and public health, 17*(6), 20-32.

- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., & Sun, L. L. ea (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research*, 287, 112921
- Llorca-Bofí, V., Palacios, R., Buil-Reiné, E., Adrados-Pérez, M., Sánchez, M., Pàmpol, S., Gisbert-Solà, A., Torterolo, G. y López-Fernández, E. (2020). Psicopatología en la población general durante las fases iniciales de confinamiento por COVID-19 en España. *Psicosomática y Psiquiatría*, (15), 93110.
- Lorenzo-Ruiz, A., Díaz-Araño, K., y Zaldivar-Pérez, D. (2020). La psicología como ciencia en el afrontamiento a la COVID-19: apuntes generales. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 10(2), 839.
- Lundman, B., Strandberg, G., Eisemann, M., Gustafson, Y., & Brulin, C. (2007). Psychometric Properties of the Swedish Version of the Resilience Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 229-237.
- Luthar, S.S. & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857-85.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562.
- Macías, M. A., Madariaga-Orozco, C., Valle-Amarís, M. y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.
- Maddi, S.R. & Khoshaba, D.M. (1984). Hardiness and mental. *Journal of Assessment*, 63, 265-274.
- Maher, S., Hill, A. E., Britton, P., Fenichel, E. P., Daszak, P., Zambrana-Torrelío, C., &

- Bayham, J. (2020). A COVID-19 risk assessment for the US Labor Force. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.04.13.20063776>
- Manciaux, M. (2003). Pour une éthique sociale au quotidien. *Santé publique, 15*(2), 161-166.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and psychopathology, 19*(3), 921-930.
- Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and psychopathology, 23*(2), 493-506.
- Mella-Morambuena, J., López-Angulo, Y., Sáez-Delgado, Y. y Del Valle, M. (2020). Estrategias de afrontamiento en apoderados durante el confinamiento por la covid-19. *CienciAmérica, 9*(2), 322-333.
- Morán, C., Landero, R. y González, M. T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica, 9*(2), 543-552.
- Muñoz-Fernández, S. I., Molina-Valdespino, D., Ochoa-Palacios, R., SánchezGuerrero, O., y Esquivel-Acevedo, J. A. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediátrica de México, 41*(4S1), 127-136.
- Nishi, D., Uehara, R., Yoshikawa, E., Sato, G., Ito, M., & Matsuoka, Y. (2013). Culturally sensitive and universal measure of resilience for Japanese populations: Tachikawa Resilience Scale in comparison with Resilience Scale 14-item version. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 67*, 174-181
<http://dx.doi.org/10.1111/pcn.12028>
- Ochoa-Sangrador, C., Garmendia-Leiza, J. R., Pérez-Boillos, M. J., Pastrana-Ara, F.,

- Lorenzo-Lobato, M. D. P., y Andrés de Llano, J. M. (2020). Impacto de la COVID-19 en la mortalidad de la comunidad autónoma de Castilla y León. *Gaceta Sanitaria*.
- Oliva-Delgado, A., Jiménez-Morago, J. M., Parra-Jiménez, A., y Sánchez-Queija, M. I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 13 (1), 53-62*.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., Bisconti, T. L., & Wallace, K. A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of personality and social psychology, 91(4), 730*.
- Ong, A.D., Bergeman, C.S. & Boker, S.M. (2009). Resilience comes of Age: Defining Features in Later Adulthood. *Journal of Personality, 77, 1777-1804*.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19*. OMS. <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
- Organización Mundial de la Salud. (30 de junio – 16 de julio de 2020). *Primera Conferencia de la OMS sobre Infodemiología*. <https://www.who.int/es/newsroom/events/detail/2020/06/30/default-calendar/1st-who-infodemiologyconference>
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M. y IdoiagaMondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública, 36, e00054020*.
- Palomar-Lever, J., y Gómez-Valdez, N. E. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria, 27(1), 7-22*.
- Pérez-Agote, A. (2010). La irreligión de la juventud española. *Juventud y laicidad*,

- Revista de Estudios de Juventud*, 91, 49-63.
- Pérez, J., Dorado, A., Rodríguez-Brioso, M., y López, J. (2020). Resiliencia para la promoción de la salud en la crisis Covid-19 en España. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, 26(4), 52-63.
- Puentes-Cruz, V., Vergaño-Sánchez, L. J. y Ortiz-Suarez, A. M. (2020). *Estudio descriptivo sobre el impacto emocional (depresión, ansiedad y estrés) durante el aislamiento social preventivo ocasionado por la pandemia del COVID-19 en la población del municipio de Girardot*. Corporación Universitaria Minuto de Dios.
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., y Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la Salud Mental asociadas al aislamiento social. *SciELO Preprints*, 1, 1-21.
- Reivich, K., & Shatté, A. (2002). *The resilience factor: 7 essential skills for overcoming life's inevitable obstacles*. Broadway books.
- Reynoso, L., y Seligson, L. (2002). *Psicología y Salud*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rueda, E. y Valls, E. (2003). Personalidad, afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Boletín de Psicología*, 109, pp. 51-72.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health* 14, 626-631.
- Rutter, M. (2007). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 1-12.
<https://doi.org/10.1196/annals.1376.002>
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24, 335–344 <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579412000028>
- Sánchez-Teruel, D. y Robles-Bello, M. A. (2015). Escala de resiliencia 14 ítems (RS14): propiedades psicométricas de la versión en español. *Revista*

- Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(40), 103-113.
- Sánchez-Teruel, D. y Robles-Bello, M. A. (2019). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia de 14 ítem en personas mayores. *Paraninfo Digital*, 1-3.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J. y Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1).
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On development, depression and death*. San Francisco: Freeman. (Traducción al castellano: Indefensión. Debate, Madrid, 1981).
- Serrano-Parra, M. D., Garrido-Abejar, M., Notario-Pacheco, B., Bartolomé-Gutierrez, R., Solera-Martínez, M. y Martínez-Vizcaino, V. (2012). Validez de la escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años. *International Journal of psychological research*, 5(2), 49-57.
- Shevlin, M., McBride, O., Murphy, J., Miller, J. G., Hartman, T. K., Levita, L., Mason, L., Martínez, A. P., McKay, R., Stocks, T. V. A., Bennett, K. M., Hyland, P., Karatzias, T. & Bentall, R. P. (2020). Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Open*, 6(6).
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 74(4), 281.

- Simpson, D., Suarez, L., Cox, L., & Connolly, S. (2018). The role of coping strategies in understanding the relationship between parental support and psychological outcomes in anxious youth. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 35(4), 407-421. <https://doi.org/10.1007/s10560-018-0531-y>
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing.
- Taylor, M. R., Agho, K. E., Stevens, G. J., & Raphael, B. (2008). Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: data from Australia's first outbreak of equine influenza. *BMC public health*, 8(1), 1-13.
- Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martí-Aragón, M., Pastor, M. A. y Reig, M. T. (2007). Propiedades psicométricas de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en población española. *Ansiedad y estrés*, 13.
- Thompson, N. J., Fiorillo, D., Rothbaum, B. O., Ressler, K. J., & Michopoulos, V. (2018). Coping strategies as mediators in relation to resilience and posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 225, 153-159. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.049>
- Umucu, E., & Lee, B. (2020). Examining the impact of COVID-19 on stress and coping strategies in individuals with disabilities and chronic conditions. *Rehabilitation psychology*, 65(3), 193. <https://doi.org/10.1037/rep0000328>
- Vázquez, C., Crespo, M., & Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*, 1.
- Vázquez, Ó. G., García, A. M., Gómez, Á. H., Tinoco, M. D. R. C. y Ponce, J. L. A. (2015). Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas.

Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología, 12(2), 383-392.

- Valera, M. M. F., de Pedro, M. M., y Sánchez, M. I. S. (2018). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de 10 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC 10) en una muestra de desempleados. *Summa Psicológica UST*, 15(1), 1-9.
- Valiente, C., Vázquez, C., Peinado, V., Contreras, A. y Trucharte, A. (2020). Estudio nacional representativo de las respuestas de los ciudadanos de España ante la crisis del COVID-19: respuestas psicológicas.
- Velázquez, L. G. (2020). Estrés académico en estudiantes universitarios asociado a la pandemia por COVID-19. *Espacio I+ D: Innovación más Desarrollo*, 9(25). <https://doi.org/10.31644/IMASD.25.2020.a10>
- Wagnild, G. (2009). A review of the Resilience Scale. *Journal of nursing measurement*, 17(2), 105-113.
- Wagnild, G. M. & Young, H. M. (1993). Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *Journal of nursing measurement*, 1(2), 165-178.
- 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), 17-29.
- Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and quality of life outcomes*, 9(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-8>

- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The lancet psychiatry*, 7(3), 228-229.
- Zanini, D. S., & Forns, M. (2014). Does coping mediate personality and behavioural problems relationship?. *Psychology*, 2014.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

Apéndice A. Hoja informativa de la investigación, consentimiento informado y

cuestionario

1/9/2021

Estrategias de afrontamiento, resiliencia y estado emocional en población con COVID-19 superado

Estrategias de afrontamiento, resiliencia y estado emocional en población con COVID-19 superado

INFORMACIÓN DEL ESTUDIO

Le invitamos a participar en una investigación sobre las estrategias de afrontamiento, resiliencia y estado emocional en población con COVID-19 superado. Antes de participar, tómese el tiempo necesario para leer atentamente la información que aparece a continuación.

1. ¿Cuál es el motivo del estudio?

Conocer en personas que han tenido y superado COVID-19, las estrategias de afrontamiento empleadas, y estudiar la relación de estas estrategias con, sus niveles de resiliencia y estado emocional.

2. ¿Quién puede participar?

Personas mayores de 18 años, residentes en España y que hayan tenido y superado COVID-19.

3. ¿En qué consiste este estudio y su participación?

Este es un estudio voluntario, donde pediremos que responda una encuesta online, en una sola ocasión. El cuestionario está compuesto por los siguientes apartados: datos demográficos (edad, sexo, estado civil y nivel de estudios completado), un inventario para conocer los estilos de afrontamiento empleados, una escala para medir el nivel de resiliencia, y una última escala que mide niveles de ansiedad y depresión.

4. Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio

La participación en el estudio ayudará a conocer los estilos de afrontamiento, nivel de resiliencia, y niveles de ansiedad y depresión en personas que hayan superado COVID-19. El estudio no supone ningún riesgo para su salud. Al finalizar la investigación podrá ser informado/a, si lo desea, sobre los principales resultados y las conclusiones generales del estudio.

5. Destino de los datos y confidencialidad

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento UE general de protección de datos 2016/679. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a los investigadores responsables de su custodia (mediante correo electrónico: rocio.sanchez05@goumh.umh.es).

El cuestionario se realizará de forma anónima y los únicos datos personales que se piden son las variables sociodemográficas. Los datos no serán tratados de manera individual, sino que serán analizados en bloque.

En ningún caso se empleará con fines comerciales o para promoción de artículos.

6. Participación voluntaria y retirada del estudio

La participación en este estudio es voluntaria y puede decidir no participar, así como retirar el consentimiento al uso de sus datos en cualquier momento. En tal caso, contacte

<https://docs.google.com/forms/d/15wQPRxADE00LdSluVBSQShoXOU3yDgBLtyQGIUPco/edit>

1/17

con alguno de los responsables mediante correo electrónico:

rocio.sanchez05@goumh.umh.es

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable
Rocío Sánchez Masero

Finalidad del tratamiento
Gestión de los datos de carácter personal de los participantes en el proyecto "Estrategias de afrontamiento, resiliencia y estado emocional en población con COVID-19 superado".

Legitimación
Investigación científica.

Destinatarios
Los cuestionarios pueden ser gestionados únicamente por el equipo investigador.

Derechos
Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad, y a la limitación o la oposición al tratamiento contactando con los responsables de la investigación.

Confirme su participación en el estudio.
Acepto participar de forma voluntaria en el estudio: "Estrategias de afrontamiento, resiliencia y estado emocional en población con COVID-19 superado". Doy mi consentimiento para que la Lic. Rocío Sánchez Masero lleve a cabo el tratamiento de mis datos personales, de acuerdo con la información indicada en la tabla "Información básica sobre protección de datos". He leído la Hoja de Información al participante, comprendo que mi participación es voluntaria y que me puedo retirar o solicitar que retiren mis datos siempre que quiera. Comprendo que la información del estudio será confidencial y que ninguna persona no autorizada tendrá acceso a los datos. Sé cómo ponerme en contacto con los investigadores si lo necesito.

***Obligatorio**

1. Marca solo uno *

Marca sólo un óvalo.

- Acepto las condiciones anteriores y quiero participar en el estudio
- No acepto las condiciones anteriores

1. Datos demográficos

2. 1.1. Edad *

3. 1.2. Sexo *

Marca solo un óvalo.

- Femenino
 Masculino
 Otro

4. 1.3. Estado civil *

Marca solo un óvalo.

- Soltero/a
 Casado/a
 Viudo/a
 Divorciado/a

5. 1.4. Nivel de estudios completado *

Marca solo un óvalo.

- Educación primaria
 Educación secundaria
 Educación universitaria

2. Escala Ansiedad/Depresión

En esta situación actual, de pandemia prolongada durante el último año, ¿Puedes decirnos cómo te has sentido durante la última semana? Debes elegir una de entre las cuatro posibilidades con respecto a la pregunta realizada.

6. 2.1. Me he sentido tenso/a o nervioso/a *

Marca solo un óvalo.

0. Nunca
 1. A veces
 2. Muchas veces
 3. Todos los días

7. 2.2. He seguido disfrutando con lo que antes me gustaba *

Marca solo un óvalo.

0. Como siempre
 1. No lo bastante
 2. Sólo un poco
 3. Nada

8. 2.3. He tenido una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder *

Marca solo un óvalo.

0. Nada
 1. Un poco pero eso no me preocupa
 2. Sí, pero no es muy fuerte
 3. Definitivamente, y es muy fuerte

9. 2.4. He podido reírme y ver el lado divertido de las cosas *

Marca solo un óvalo.

0. Al igual que siempre lo hice
 1. No tanto ahora
 2. Casi nunca
 3. Nunca

10. 2.5. He tenido mi mente llena de preocupaciones *

Marca solo un óvalo.

0. Sólo en ocasiones
 1. A veces, aunque no muy a menudo
 2. Con bastante frecuencia
 3. La mayoría de las veces

11. 2.6. Me he sentido alegre *

Marca solo un óvalo.

0. Casi siempre
1. A veces
2. No muy a menudo
3. Nunca

12. 2.7. He podido estar sentado/a tranquilamente y sentirme relajado/a *

Marca solo un óvalo.

0. Siempre
1. Por lo general
2. No muy a menudo
3. Nunca

13. 2.8. Me he sentido como si cada día estuviera más lento/a *

Marca solo un óvalo.

0. Nunca
1. A veces
2. Muy a menudo
3. Por lo general en todo momento

14. 2.9. He tenido una sensación extraña, como de "aleteo" en el estómago *

Marca solo un óvalo.

0. Nunca
1. En ciertas ocasiones
2. Con bastante frecuencia
3. Muy a menudo

15. 2.10. He perdido interés por mi aspecto personal *

Marca solo un óvalo.

0. Me preocupo al igual que siempre
1. Podría tener algo más de cuidado
2. No me preocupo tanto como debiera
3. Totalmente

16. 2.11. Me he sentido inquieto/a, como si no pudiera parar de moverme *

Marca solo un óvalo.

0. Nada
1. No mucho
2. Bastante
3. Mucho

17. 2.12. Me siento optimista respecto al futuro *

Marca solo un óvalo.

0. Igual que siempre
1. Menos de lo que acostumbraba
2. Mucho menos de lo que acostumbraba
3. Nada

18. 2.13. Me han asaltado pensamientos repentinos de pánico *

Marca solo un óvalo.

0. Nada
1. No muy a menudo
2. Bastante a menudo
3. Muy frecuentemente

19. 2.14. Me he divertido con un buen libro, la radio o un programa de televisión *

Marca solo un óvalo.

0. A menudo
 1. A veces
 2. No muy a menudo
 3. Rara vez

**3. Inventario
Estilos de
Afrontamiento**

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Marca 0, 1, 2 o 3, según refleje mejor tu propia forma de enfrentarse a ello, al problema.

20. 3.1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
 1. Un poco
 2. Bastante
 3. Mucho

21. 3.2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
 1. Un poco
 2. Bastante
 3. Mucho

22. 3.3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
 1. Un poco
 2. Bastante
 3. Mucho

23. 3.4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
 1. Un poco
 2. Bastante
 3. Mucho

24. 3.5. Me digo a mí mismo/a "esto no es real" *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
 1. Un poco
 2. Bastante
 3. Mucho

25. 3.6. Intento pensar en una estrategia sobre qué hacer *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
 1. Un poco
 2. Bastante
 3. Mucho

26. 3.7. Hago bromas sobre ello *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
1. Un poco
2. Bastante
3. Mucho

27. 3.8. Me critico a mi mismo/a *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
1. Un poco
2. Bastante
3. Mucho

28. 3.9. Consigo apoyo emocional de otros/as *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
1. Un poco
2. Bastante
3. Mucho

29. 3.10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
1. Un poco
2. Bastante
3. Mucho

30. 3.11. Renuncio a intentar ocuparme de ello *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
1. Un poco
2. Bastante
3. Mucho

31. 3.12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
1. Un poco
2. Bastante
3. Mucho

32. 3.13. Me niego a creer que haya sucedido *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
1. Un poco
2. Bastante
3. Mucho

33. 3.14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
1. Un poco
2. Bastante
3. Mucho

34. 3.15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
 1. Un poco
 2. Bastante
 3. Mucho

35. 3.16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
 1. Un poco
 2. Bastante
 3. Mucho

36. 3.17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
 1. Un poco
 2. Bastante
 3. Mucho

37. 3.18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
 1. Un poco
 2. Bastante
 3. Mucho

38. 3.19. Me río de la situación *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
1. Un poco
2. Bastante
3. Mucho

39. 3.20. Rezo o medito *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
1. Un poco
2. Bastante
3. Mucho

40. 3.21. Aprendo a vivir con ello *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
1. Un poco
2. Bastante
3. Mucho

41. 3.22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
1. Un poco
2. Bastante
3. Mucho

42. 3.23. Expreso mis sentimientos negativos *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
1. Un poco
2. Bastante
3. Mucho

43. 3.24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
1. Un poco
2. Bastante
3. Mucho

44. 3.25. Renuncio al intento de hacer frente al problema *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
1. Un poco
2. Bastante
3. Mucho

45. 3.26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
1. Un poco
2. Bastante
3. Mucho

46. 3.27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
1. Un poco
2. Bastante
3. Mucho

47. 3.28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen *

Marca solo un óvalo.

0. No, en absoluto
1. Un poco
2. Bastante
3. Mucho

**4. Escala
de
Resiliencia**

Lee las siguientes afirmaciones y marca del 1 (totalmente en desacuerdo) al 7 (totalmente de acuerdo), el número que mejor indique tus sentimientos acerca de esa afirmación, puedes graduar según esta escala tus percepciones y sentimientos con el resto de números intermedios.

48. 4.1. Normalmente, lidio con los problemas de una forma o de otra *

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo					

49. 4.2. Me siento orgulloso/a de las cosas que he logrado *

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo					

50. 4.3. En general, me tomo las cosas con calma *

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo					

51. 4.4. Soy una persona con una adecuada autoestima *

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo					

52. 4.5. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo *

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo					

53. 4.6. Soy resuelto/a y decidido/a *

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo					

54. 4.7. No me asusta enfrentar tiempos difíciles porque ya experimenté dificultades antes *

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo					

55. 4.8. Soy disciplinado/a *

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo					

56. 4.9. Pongo interés en las cosas *

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo					

57. 4.10. Normalmente, puedo encontrar algo sobre lo que reirme *

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo					

58. 4.11. La seguridad en mi mismo/a me ayuda a atravesar momentos difíciles *

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo					

59. 4.12. En situaciones de emergencia soy una persona con quién los otros pueden contar *

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo					

60. 4.13. Mi vida tiene sentido *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo:	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo						

61. 4.14. Cuando estoy en una situación difícil normalmente puedo encontrar una salida. *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo:	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo						

¡Recuerda pulsar ENVIAR para hacernos llegar tu información! Gracias.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Investigación Responsable de la UMH



Elche, 4/07/2021

El Secretario del Comité de Ética e Integridad en la Investigación (CEII), constata que se ha presentado en la Oficina de Investigación Responsable, la solicitud de evaluación del TFG/TFM:

Tutor/a	Dr. Carlos J. van-der Hofstadt Román
Estudiante	Rocio Sánchez Masero
Tipo de actividad	2. TFM (Trabajo Fin de Máster)
Grado/Máster	Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
Título del TFG/TFM	Estrategias de afrontamiento, resiliencia y estado emocional en población con COVID-19 superado
Código Provisional	210704195141

Dicho proyecto ha sido admitido a trámite para su evaluación por la Oficina de Investigación Responsable y, si procede, por el Comité de Ética e Integridad en la Investigación de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Secretario CEII
Vicerrectorado Investigación

Página 1 de 7



A continuación se adjuntan la información introducidas en la solicitud:

Dirección de correo electrónico	rocio.sanchez05@goumh.umh.es
A.0 ¿En qué fecha (mes y año) va a defender su TFG/TFM?	Septiembre 2021
A.1 ¿De qué trabajo se trata?	2. TFM (Trabajo Fin de Máster)
A.1.1.1 Seleccione el Grado	
A.1.2.1 Seleccione el Máster	Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
B.1.1 Nombre completo del tutor/a de TFG/TFM	Dr. Carlos J. van-der Hofstadt Román
B.1.2 Nombre completo de el/la estudiante de TFG/TFM	Rocío Sánchez Masero
B.1.3 ¿Es usted estudiante o tutor/a?	Estudiante
B.2.1.1 Dirección de correo electrónico institucional del tutor/a	cjvander@umh.es
B.2.2.1 Dirección de correo electrónico del estudiante	rocio.sanchez05@goumh.umh.es
B.3.1 Título descriptivo del TFG/TFM	Estrategias de afrontamiento, resiliencia y estado emocional en población con COVID-19 superado
B.3.2 Describa el objetivo principal, la metodología y el equipamiento necesario para llevar a cabo su TFG/TFM de manera muy breve (no más de 5 líneas)	Objetivo: conocer en personas que han tenido y superado COVID-19, las estrategias de afrontamiento empleadas, y estudiar la relación de estas estrategias con, sus niveles de resiliencia y su estado emocional. Metodología: estudio descriptivo de tipo trasversal, con análisis de correlaciones de las variables: estrategias de afrontamiento, resiliencia y estado emocional. Instrumentos: formulario anónimo, autoadministrado y vía online, donde se incluyen las pruebas necesarias para la evaluación de las variables del estudio.
B.3.2 ¿El estudiante va a trabajar en un proyecto autorizado por el OEP/CEII o algún comité de ética externo? Si es así marque "Otro" e indique el código OEP/CEII/OIR y el título de dicho proyecto	No
B.4.1 Ha declarado que el TFG/TFM se enmarca en un proyecto previamente autorizado. Si dispone de dicho documento, cárguelo en este apartado. En caso contrario no conteste a esta pregunta.	
C.1.1 Tipo de actividad	11. Uso de datos procedentes de humanos
C.1.1.1 Origen de los datos procedentes de humanos	1. Datos procedentes de humanos (que se pretenden obtener en el marco de esta actividad de investigación mediante acceso a historias

Página 2 de 7



	clínicas/entrevista/encuesta/exploración física/prueba diagnóstica y/o maquinaria no invasiva)
C.2.1 ¿Tiene su actividad alguna implicación ético-legal adicional?	0. No, mi actividad no tiene ninguna implicación ético-legal adicional a la ya descrita
C.2.1.1 Origen de los datos procedentes de humanos	
F.1.1 Concrete la implicación:	
F.1.2.1 ¿La utilización que pretende hacer con los animales puede causarles un nivel de dolor, sufrimiento, angustia o daño duradero equivalente o superior al causado por la introducción de una aguja conforme a las buenas prácticas veterinarias?	
F.2.1 Concrete la implicación:	
F.2.2.1 ¿La utilización que pretende hacer con los animales puede causarles un nivel de dolor, sufrimiento, angustia o daño duradero equivalente o superior al causado por la introducción de una aguja conforme a las buenas prácticas veterinarias?	
G.1.1 Si las muestras se han originado en un proyecto de investigación anteriormente aprobado marque "Otro" e indique el nombre de dicho proyecto y el código de autorización del mismo	
G.1.2 Si las muestras se han originado en un proyecto de investigación anteriormente aprobado, indique qué tipo de muestras son y el modo de obtención. En caso contrario no conteste a esta pregunta	
G.2.1 Si las muestras se han originado en un proyecto de investigación anteriormente aprobado marque "Otro" e indique el nombre de dicho proyecto y el código de autorización del mismo	
G.2.2 Si las muestras se han originado en un proyecto de investigación anteriormente aprobado, indique qué tipo de muestras son y el modo de obtención. En caso contrario no conteste a esta pregunta	
H.1.1 ¿Este proyecto incluye el uso de células madre embrionarias humanas?	
H.1.2 ¿Este proyecto contempla el uso de embriones humanos?	
H.1.3 ¿Se trata de células madre pluripotenciales inducidas?	



H.1.4 Defina el origen de dichas muestras:	
H.2.1 ¿Este proyecto incluye el uso de células madre embrionarias humanas?	
H.2.2 ¿Este proyecto contempla el uso de embriones humanos?	
H.2.3 ¿Se trata de células madre pluripotenciales inducidas?	
H.2.4 Defina el origen de dichas muestras:	
I.1.1 ¿Cuál es la finalidad de la cesión?	
I.2.1 ¿Cuál es la finalidad de la cesión?	
P.1.1 Procedimiento de obtención de la muestra:	
P.2.1 Procedimiento de obtención de la muestra:	
R.1.1 ¿La intervención puede suponer un riesgo físico/psíquico, por pequeño que sea, a los participantes del grupo tratado o grupo control?	
R.1.2 Si ha seleccionado la opción 1/3 en la pregunta anterior, describa brevemente el tipo de riesgo o cuáles son sus dudas. En caso contrario, no responda a esta pregunta	
R.2.1 ¿La intervención puede suponer un riesgo físico/psíquico, por pequeño que sea, a los participantes del grupo tratado o grupo control?	
R.2.2 Si ha seleccionado la opción 1/3 en la pregunta anterior, describa brevemente el tipo de riesgo o cuáles son sus dudas. En caso contrario, no responda a esta pregunta	
R.3.1 ¿La intervención puede suponer un riesgo físico/psíquico, por pequeño que sea, a los participantes del grupo tratado o grupo control?	
R.3.2 Si ha seleccionado la opción 1/3 en la pregunta anterior, describa brevemente el tipo de riesgo o cuáles son sus dudas. En caso contrario, no responda a esta pregunta	
J.1.1 Reclutamiento de los participantes:	8. Los participantes no pertenecen a ningún colectivo concreto, la información se recoge indiscriminadamente de todo tipo de personas
J.1.2 Número estimado de participantes:	50
O.1.1 Los participantes en su estudio de investigación:	2. El reclutamiento se basa en una condición patológica aguda o crónica actual o histórica. Ejemplo: Obesidad,

Página 4 de 7



	diabetes, cardiopatías, enfermedades mentales...
J.2.1 Reclutamiento de los participantes:	
J.2.2 Número estimado de participantes:	
O.2.1 Los participantes en su estudio de investigación:	
K.1.1 Defina qué tipo de datos va a utilizar:	
K.1.2 Describa el origen y la fuente de los datos:	Muestreo incidental en el que seleccionamos intencionadamente a los individuos de la población que han superado el COVID-19. Instrumentos: formulario anónimo, autoadministrado y vía online, donde se incluyen las pruebas necesarias para la evaluación de las variables del estudio, además de la recolección de datos sociodemográficos.
K.1.3 Tipo de datos que se van a usar en este estudio según su anonimato:	2. Datos procedentes de humanos que que el investigador (o un tercero) va a recoger de forma anónima, con motivo de esta actividad de investigación (ni siquiera el/la IP puede identificar en ningún momento a una persona dentro del colectivo donde se recogen dichos datos)
K.1.4 Defina cómo se obtienen los datos:	2. De manera online
K.2.1 Defina qué tipo de datos va a utilizar:	
K.2.2 Describa el origen y la fuente de los datos:	
K.2.3 Tipo de datos que se van a usar en este estudio según su anonimato:	
K.2.4 Defina cómo se obtienen los datos:	
L.1.1 Seleccione los datos que vaya a utilizar:	2. Estado civil, 2. Sexo, 2. Edad, 4. Formación/Titulaciones
L.1.3 ¿Ha seleccionado en la pregunta anterior solamente la última opción: "8. Ninguno de los anteriores"?	1. No, he seleccionado, al menos, otra de las opciones de respuesta de la pregunta anterior
L.2.1 Seleccione los datos que vaya a utilizar:	
L.2.3 ¿Ha seleccionado en la pregunta anterior solamente la última opción: "8. Ninguno de los anteriores"?	
C.3.1 Tipo de actividad según la asignación del factor de estudio	
C.3.2 Tipo de actividad según la secuencia temporal	
C.3.3 Tipo de actividad según la cronología de los	



hechos	
D.01.1 Para acceder a esta sección debemos preguntarle de nuevo: ¿De qué tipo de trabajo se trata?	2. TFM (Trabajo Fin de Máster)
D.1 Conocimiento del Código de Buenas Prácticas Científicas de la UMH	1. Conozco el concepto de Investigación e Innovación Responsable que recoge el CBPC, 2. Conozco las obligaciones de conocimiento y difusión del CBPC, 3. Conozco los 4 principios de integridad en la investigación, 4. Conozco cómo debe ser la relación entre supervisor/a y estudiante en formación en investigación, 5. Conozco las consideraciones que debo tener en cuenta a la hora de preparar o modificar un protocolo/proyecto de investigación, 6. Conozco la importancia de la buena gestión de los datos de investigación y las implicaciones legales del uso de datos personales, 7. Conozco las consideraciones básicas acerca de la propiedad y custodia de los datos y muestras, 11. Soy consciente de la necesidad de mejora continua de la calidad, transparencia y reproducibilidad de las publicaciones, 14. Conozco las conductas y prácticas indeseables en investigación, 15. Conozco los requerimientos normativos y éticos para investigar con personas y/o animales
D.2 Difusión de la actividad	1. No hay publicación/patente/transferencia a terceros
D.3 Compromiso público: ¿Los resultados de su investigación pueden mejorar la vida de las personas de su entorno de alguna manera?	2. A nivel regional
D.4 Participación ciudadana: ¿Ha colaborado con alguna entidad o asociación civil a la hora de diseñar la presente actividad de investigación?	7. No, con ninguna
D.5 Si el objetivo de su investigación/trabajo técnico es mejorar la vida de algún colectivo en riesgo de exclusión, indique cuál es el origen de dicha exclusión:	
D.6 Perspectiva de sexo/género: ¿Ha tenido en cuenta la perspectiva de sexo/género en su investigación?	2. No, pese a que el estudio se basa en personas o animales, no se va a considerar el sexo/género como una variable
D.7 Educación científica:	0. Los resultados no se van a exponer ni divulgar de ninguna forma
D.8 Indique qué Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) aborda su actividad	3. Salud y bienestar
N.1 ¿Su actividad de investigación puede suponer un riesgo medioambiental significativo que deba conocer el personal del Área Ambiental y de Desarrollo Sostenible de la UMH?	8. NO, la actividad CARECE DE RIESGOS MEDIOAMBIENTALES SIGNIFICATIVOS. Los posibles impactos ambientales no significativos asociados a la actividad (consumos de recursos naturales, emisiones de gases de efecto invernadero, generación de residuos no peligrosos, etc.) se minimizarán y gestionarán de

Página 6 de 7



	acuerdo a la legislación vigente en materia medioambiental
N.2 ¿Va a utilizar organismos alterados genéticamente?	2. No
N.3 ¿Su actividad de investigación tiene carácter exclusivamente intelectual y se puede realizar íntegramente en un despacho con ayuda de un ordenador?	1. Sí, la actividad se puede realizar íntegramente en despachos y zonas de libre acceso (como un aula o un área deportiva de la UMH) y el personal NO se expone a los efectos de: maquinaria o instalaciones, productos químicos, agentes biológicos, organismos modificados genéticamente ni nanomateriales
Q.1 Ha marcado que para realizar esta actividad es necesario trabajar en laboratorios y/o talleres. ¿Dónde se desarrolla la actividad?	
Q.2 Si su actividad se realiza total o parcialmente en la UMH marque la opción "Otro" e indique los Códigos GIS de las estancias dónde se lleva a cabo la actividad de investigación. Puede consultar los códigos en: http://universite.umh.es/localizaciones/	
D.2.1 Indique qué Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) aborda su actividad	
D.2.2 Difusión y/o transferencia de resultados	
D.2.3 Participación ciudadana: ¿Ha colaborado con alguna entidad o asociación civil a la hora de diseñar este TFG?	
D.2.4 Perspectiva de sexo/género: ¿Ha tenido en cuenta la perspectiva de sexo/género en su investigación?	