



MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2019-2020

Trabajo Fin de Máster

La vivencia psicológica de la cuarentena por COVID-19: consecuencias y factores influyentes en el bienestar psicológico

Autora: Bárbara Senia Requena

Tutora: María José Quiles Sebastián

Convocatoria: Junio

Resumen: La pandemia por COVID-19 se ha convertido en una situación de emergencia que abruma las capacidades locales, produciendo en muchas ocasiones pérdidas humanas y daños en las comunidades. El objetivo del proyecto es evaluar la influencia de variables personales (tales como el apoyo social, estrategias de afrontamiento, resiliencia o condiciones de su cuarentena) y el impacto en el bienestar psicológico (antecedentes de salud mental, ansiedad, depresión o estrés percibido) por la vivencia de la cuarentena por COVID-19. Para evaluar la experiencia de privación de libertad y el estar expuestos a la inestabilidad que genera una pandemia se ha contado con una muestra de 454 personas. Los resultados mostraron relaciones significativas entre todas las variables mencionadas, suponiendo un deterioro del bienestar psicológico la presencia de ansiedad, depresión, estrés percibido, estrategias de afrontamiento evitativas, psicopatología previa, ser vulnerable al virus o tener un entorno muy expuesto. Mientras que, el apoyo social, la resiliencia y las estrategias de afrontamiento activas mejoran el bienestar psicológico en la muestra. Se plantea desarrollar futuras líneas de actuación para apoyar y ayudar a todas las personas que tras esta vivencia presenten problemas psicológicos o dificultades para gestionar el trauma, adaptarse a la rutina o gestionar los niveles de ansiedad.

Abstract: The COVID-19 pandemic has become an emergency worldwide, overwhelming local capacity, often producing loss of lives and damage to communities. The aim of the project is to evaluate the influence of personal variables (such as; social support, coping strategies, resilience and conditions of quarantine) and the impact on the psychological well-being (history of mental health, anxiety, depression and perceived stress) due to the lockdown caused by COVID-19. To measure the experience of lack of freedom and exposure to global instability caused by the pandemic, a sample of 454 people was used. The results showed significant correlations between all mentioned variables, assuming a deterioration in psychological well-being, as well as anxiety, depression, perceived stress, avoidant coping strategies, previous mental health issues, being vulnerable to the virus or having a highly exposed environment. Meanwhile, social support, resiliencia and active coping strategies improved psychological well-being. Future lines of action are discussed in regards to supporting all people who, after this experience, have psychological problems in managing trauma, adjusting to a routine or managing anxiety levels.

INTRODUCCIÓN

Las catástrofes son eventos que abruman las capacidades locales, produciendo en muchas ocasiones pérdidas humanas y daños en las comunidades o lugares afectados. Debido a la probabilidad que existe de que estos desastres aumenten en las próximas décadas, se considera fundamental fortalecer la capacidad de la sociedad para poder resistir y recuperarse de estos acontecimientos de la forma más rápida posible (Rodríguez-Llanes, Vos y Guha-Sapir, 2013). Entre la multitud de situaciones o eventos preocupantes, en este caso se decide poner el foco en las pandemias; donde la amenaza de una pandemia mundial por infección microbiana o bioterrorismo se ha convertido en un problema de salud internacional dominante (Ursano, 2005).

El día 14 de Marzo, el Gobierno Español declaraba el estado de alarma debido a la expansión del COVID-19, llegado a ser declarado oficialmente como pandemia (OMS, 2020), con el objetivo de gestionar de la mejor forma posible la crisis sanitaria existente.

El estado de alarma se define según la RAE como “una situación extraordinaria que declara el Consejo de Ministros cuando se produce una alteración grave de la normalidad por causa de catástrofes, calamidades, desgracias públicas, crisis sanitarias, paralización de los servicios públicos esenciales o desabastecimiento de productos de primera necesidad”. Es importante conocer que, a diferencia del estado de excepción, el estado de alarma no tiene un límite de prórrogas por lo que la inestabilidad a la que supedita a la población española está causando estragos a todos los niveles: laboral, psicológico, social, familiar, etc. Aunque, de los tres estados que regula nuestra Constitución este es el más leve y el que menos Derechos Fundamentales limita, la población española está viviendo con un malestar muy intenso la privación de libertad para extremar las medidas sanitarias y prevenir el contagio y la expansión de la pandemia.

Actualmente, el COVID-19 está cobrando importancia a nivel internacional y nacional debido a que el número de casos confirmados alcanza aproximadamente a 7,69 millones a nivel mundial y 244.000 en el caso de España (OMS, 2020). Esta situación no solo está produciendo un desajuste y crisis a nivel sanitario, sino también a nivel

social, económico y personal, ya que la mayoría de poblaciones están realizando cuarentena. En especial, en España, la población que se dedica a servicios no esenciales está recluida en sus hogares a excepción de acudir a realizar aprovisionamiento de alimentos o hacer uso de los servicios relacionados con la salud.

En definitiva, una situación totalmente novedosa y estresante para toda la población. Aunque aún no existan datos científicos sobre cómo está afectado la vivencia del COVID-19 a la población española así como a la población mundial, sí que existen otra serie de estudios que nos pueden dar pistas sobre las posibles consecuencias que va a tener a nivel psicológico y físico esta pandemia. Algunos ejemplos serían pandemias como la de SARS, atentados de terrorismo como el 11S en Nueva York o el 11M en Madrid; así como situaciones de encarcelamiento o viajes espaciales donde los sujetos pueden pasar largas temporadas en aislamiento y alejados de la sociedad.

El SARS fue una pandemia que comenzó en 2002 en la provincia de Guangdong, extendiéndose de forma rápida y afectando a más de 8.000 personas en más de 30 países diferentes, en la primavera de 2003 y cobrándose más de 800 vidas (Ho, Kwong-Lo, Mak, y Wong, 2005; Ho, 2003; Peiris et al., 2003).

Estudios realizados para comprender y explicar las consecuencias psicológicas de eventos como el SARS han indicado que, sobre todo en China, se dieron altos niveles de miedo y distrés, tanto en los profesionales sanitarios como en población general (Ho, et al., 2005). En la misma línea de investigación, algunos estudios compararon el ajuste psicológico antes y después del brote, encontrando posteriormente mayores niveles de depresión y estrés emocional en la población general (Yu, Ho, So y Lo, 2005) así como mayores tasas de suicidio (Chan, Chiu, Lam, Leung, & Conwell, 2006). Además, como es esperable, las consecuencias psicológicas fueron peores en aquellas personas hospitalizadas por un positivo en SARS que en las personas sanas de una misma zona geográfica (Chua et al., 2004).

La reacción de una persona para enfrentar un suceso estresante, siguiendo el paradigma de Lazarus y Folkman (1984), depende de la vivencia de otros acontecimientos estresantes (intensidad, duración y acumulación de sucesos estresantes a lo largo de la vida) y de la evaluación cognitiva que la persona realiza de sus propios recursos psicológicos. Además, la vulnerabilidad de la persona para presentar afectación emocional negativa ante un suceso está relacionada con la fragilidad emocional previa,

con una red de apoyo social inexistente, la historia personal de sucesos traumáticos o estresantes y la existencia de psicopatología previa (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002; Echeburúa, 2007).

Concretamente, en los profesionales sanitarios, el SARS produjo un distrés emocional significativo relacionado con factores como la cuarentena, miedo al contagio propio, preocupación por familiares y estrés relacionado con el desempeño del rol laboral (Maunder, et al., 2006). Asimismo, en un estudio realizado en 2006 (Maunder, et al., 2006) se destacó la importancia tras la pandemia de SARS, de preparar psicológicamente a los profesionales sanitarios para situaciones futuras parecidas, con buenas relaciones interpersonales así como una reducción del burnout y un fuerte vínculo institucional.

Otro evento de gran impacto fue el atentado del 11 de Septiembre en Nueva York, los datos recogidos denotaron que aquellas personas con una exposición extrema, profesionales que atendieron el lugar del atentado o personas directamente involucradas, mostraron altos niveles de psicopatología a largo plazo así como una reducción en resiliencia (Bonanno, Rennie y Dekel, 2005). La variable resiliencia se está empezando a incorporar en los estudios de tipo psicológico en los últimos años, cobra mucha importancia en situaciones de catástrofe y emergencia. Se considera necesario llevar a cabo programas para aumentar la resiliencia en población general y, sobre todo, en profesionales sanitarios para prepararse psicológicamente para enfrentar posibles pandemias futuras y reducir así las consecuencias negativas (Maunder, et al., 2008). Otros factores que influyen en la resiliencia ante una catástrofe son: el sexo (siendo las mujeres más vulnerables que los varones), la exposición al suceso traumático, existencia de trauma previo y condición de bienestar físico y mental (Rodríguez-Llanes, Vos y Guha-Sapir, 2013).

Aunque no del todo comparable con la vivencia del COVID-19, merece especial mención un estudio realizado sobre un equipo de seis hombres que realizaban una misión simulada a Marte. Se observan una serie de consecuencias psicológicas adversas, en dicho estudio, los participantes estuvieron confinados durante 520 días en un espacio de 550m³; donde periódicamente se midieron aspectos relacionados con la actividad física, depresión, estado de ánimo, conflictos, estrés, sueño y fatiga. Aunque los

resultados diferían entre los seis sujetos, de forma general se observaron estados moderados de depresión, conflictos interpersonales, altos niveles de estrés y fatiga, falta de atención y desarrollo de patologías de sueño como el insomnio (Basner, Dinges, Mollicone, Savelev, Ecker, Di Antonio et al., 2014).

La teoría de selectividad socioemocional afirma que cuando a las personas se les recuerda que sus vidas no son infinitas, su atención cambia de objetivos focalizados en el futuro a objetivos con valor emocional (Carstensen, Isaacowitz y Charles, 1999; Carstensen, Fung, y Charles, 2003). Esta teoría en principio se postuló para estudiar las diferencias en motivación a lo largo de la vida. Sin embargo, acontecimientos estresantes como son las pandemias u atentados también pueden hacer a las personas reflexionar en maneras parecidas.

Esta teoría fue estudiada en los dos acontecimientos importantes descritos anteriormente: los atentados del 11-S en Nueva York y la epidemia del SARS en Hong Kong. En el estudio de Fung y Cartensen (2006) se encontró que cuando las personas se veían en situaciones de trauma o catástrofe, se cambiaban sus prioridades al sentir la fragilidad de la vida y del tiempo, lo cual les motivaba a conseguir un significado emocional de la vida, tanto en personas mayores como jóvenes. Sin embargo, una vez finalizado la etapa de alarma, cada grupo de edad volvió a su patrón anterior, con los jóvenes enfocándose en objetivos de futuro mientras que los mayores seguían atendiendo al valor emocional de las relaciones interpersonales en la vida.

También, es importante resaltar que se encontraron consecuencias positivas en la vivencia de estos eventos traumáticos. Como, por ejemplo, un aumento del sentido de pertenencia a la comunidad. En el estudio sobre SARS de Lau, Chi, Cummins, Lee, Chou y Chung (2008), se midió el bienestar subjetivo de la población tanto joven como mayor de Hong Kong, encontrado que aunque las personas mayores sí mostraron niveles inferiores de bienestar subjetivo que los jóvenes, las puntuaciones de ambos grupos se mantenían dentro de los valores normales, atribuyéndose estos resultados al incremento en la sensación de conexión en la comunidad y entre vecinos. Asimismo, se encontró que el bienestar variaba más en función del tipo y lugar de vivienda que la edad de los participantes.

Cómo es de esperar, hay una serie de variables que cobran importancia ante estos acontecimientos estresantes por el papel significativo y modulador que juegan. Variables personales, tales como estrategias de afrontamiento de evitación, hostilidad o auto-culpa, junto a un apego de tipo ansioso se han visto correlacionadas con peor afrontamiento ante situaciones pandémicas (Mauder, Lancee, Balderson, Bennett, Borgundvaag, Evans et al., 2006).

Asimismo, ser de sexo femenino se ha relacionado de forma consistente con ser un factor de riesgo ante situaciones traumáticas, mientras que ser varón se ha asociado con mayor resiliencia (Brewin Andrews y Valentine, 2000; Bonanno et al., 2007). Por otro lado, un estudio destaca que características como ser mujer, tener más edad, mayor nivel educativo o ser una persona de una raza distinta a la predominante, se asocian con comportamientos de protección durante las pandemias; ya sean conductas preventivas, de evitación o de gestión de la enfermedad. Además, se consideran predictores fiables del comportamiento el nivel de susceptibilidad, severidad percibida, confianza en las medidas impuestas por las autoridades y rasgo de ansiedad (Bish y Michie, 2010).

Otro factor de importancia son las estrategias de afrontamiento empleadas o típicas de cada persona. Las estrategias de afrontamiento se definen como el conjunto de estrategias cognitivas y conductuales que la persona utiliza para gestionar demandas internas o externas que sean percibidas como excesivas o desbordante para los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1984). En un estudio realizado en un grupo de expedicionarios antárticos se observó que el tipo de estrategia de afrontamiento utilizada se relacionaba con el entorno donde se encontraban los sujetos. Hubo un incremento de estrategias de distanciamiento de los problemas, procrastinación y regulación de las emociones, creyendo que esta actitud apática surge de la necesidad de adaptarse al entorno, donde tienen poco control externo y la necesidad de ahorrar energía y reducir el estrés (Barbarito, Baldanza y Peri, 2001).

Otra variable a tener en cuenta es el apoyo social, correlacionándose con una mejor salud y bienestar psicológico, además de promover un mejor ajuste ante situaciones traumáticas (Brewin et al. 2000). De hecho, en un estudio realizado por Bonanno et al. (2007) se encontró que aquellas personas con una mejor red de apoyo social tenían mayor resiliencia y recuperación ante un suceso traumático.

Citando otro estudio sobre un acontecimiento traumático, se obtuvieron datos sobre los habitantes de Ecuador tras estar expuestos al terremoto del 2016. Esta muestra presentaba afectación del sueño, presencia de recuerdos involuntarios de carácter negativo y relacionados con el suceso y escenas donde revivían el acontecimiento. Se concluyó que los habitantes presentaban malestar fisiológico y psicológico que causaba disminución del interés en todos los ambientes personales (Rodríguez, 2018).

Además Rodríguez (2018) remarca que la pérdida de familiares y bienes económicos también produjo una condición de inestabilidad emocional en estas víctimas. Estas pérdidas, sin lugar a duda, tienen un gran impacto porque además del duelo en sí implican, como en el caso del COVID-19, el aumento de la curva de contagio, la crisis económica y social constante y el recordatorio de lo ocurrido; agravando más su situación y afectando al bienestar psicológico. Se concluye este estudio mencionando la importancia que tiene la lucha por recuperar las vidas paralizadas o afectadas por la crisis sanitaria, teniendo en cuenta la posible angustia y ansiedad que pudiese causar en la población; para poder ayudar del mejor modo a recuperar el bienestar psicológico de las víctimas. Y en este caso concreto, de la población española.

Otra consecuencia muy habitual son problemas psicológicos como la ansiedad y depresión. En un estudio sobre los efectos psicológicos de la privación de libertad se encontraron alteraciones psíquicas y del estado de ánimo, trastornos del estado del ánimo y ansiedad (Osasona y Koleoso, 2015). Los efectos de la privación de libertad no están presentes únicamente durante el cumplimiento de la condena sino que algunos persisten durante un largo periodo de tiempo e incluso otros efectos aparecen cuando se reincorporan a la sociedad, observándose una mayor severidad e incidencia en las mujeres respecto a los hombres. Crewe, Hulley y Wright (2017) afirman que esto puede deberse a que las mujeres suelen haber sufrido situaciones de vulnerabilidad previa derivadas de experiencias de victimización y exclusión en la comunidad (Toledo, Bellvís y Buil-Gil, 2019).

La vulnerabilidad del entorno también es un factor a tener en cuenta, ya que, según la literatura científica las víctimas afectadas por trastornos psicológicos relacionados con la vivencia traumática son muy diversas. Puede haber víctimas directas (como heridos y supervivientes) o indirectas (personal sanitario, familiares de fallecidos, residentes de

lugares más o menos afectados, etc.); y en todas ellas, desde la infancia a la adultez tardía, la prevalencia de que aparezcan estos trastornos es superior a la habitual (antes de la crisis o el evento)(García-Vera y Sanz, 2016).

En resumen, siguiendo las conclusiones de otros estudios, se puede esperar que (igual que tras un atentado terrorista) a medida que pasa el tiempo haya una disminución significativa del número de personas que sufren trastorno de estrés postraumático (TEPT) u otros trastornos psicológicos derivados (como trastornos depresivos o trastornos de ansiedad). Según Rodríguez (2018) la reducción de sintomatología no seguirá la misma evolución en todas las personas, las personas afectadas por COVID-19 o sus familiares y los residentes en zonas muy afectadas presentaran sintomatología durante más tiempo que el personal sanitario o personas residentes en lugares menos afectados. Incluso, dentro de 5, 10 o 20 años se prevé que un porcentaje importante de personas muy afectadas por COVID-19 y sus familiares sigan presentando trastornos psicológicos.

Es por ello, que el objetivo del presente estudio es estudiar las consecuencias psicológicas y físicas que tiene la vivencia de la cuarentena a causa del COVID-19 en la población general de España. Además de explicar qué rasgos pueden estar influyendo en el bienestar psicológico, con el fin de , mejorar la atención psicológica que puedan recibir estas personas tras esta catástrofe, considerando que una gran parte de la población requerirá algún tipo de intervención psicológica debido al carácter estresante, traumático e inestable de la pandemia por COVID-19.

Las hipótesis planteadas fueron:

- 1) Diferentes factores sociodemográficos tales como el sexo, edad y situación laboral influirán en el bienestar psicológico, con la hipótesis de que mujeres y personas en activo tendrán un menor nivel de bienestar y niveles más altos de ansiedad, depresión y estrés percibido.
- 2) Diferentes factores relacionados con la cuarentena, como son la vivienda o la duración de cuarentena, influirán en el bienestar psicológico. Aquellas personas con menos comodidades de vivienda y con una cuarentena de mayor duración tendrán un mayor deterioro del bienestar psicológico y mayor presencia de ansiedad, depresión y estrés percibido.

- 3) El deterioro del bienestar psicológico se verá influido por el grado de afectación del entorno y la percepción de la propia vulnerabilidad al COVID-19. De forma que aquellas personas que viven en comunidades más afectadas por COVID-19, aquellos que pertenecen a los grupos de riesgo, los que han sido diagnosticados o aquellos que han perdido un familiar/conocido presentarán peor bienestar psicológico y mayor ansiedad, depresión y estrés percibido.
- 4) Las personas con un mayor grado de resiliencia, así como un mayor apoyo social y estrategias de afrontamiento activas presentaran un mayor bienestar psicológico.
- 5) Las personas con un deterioro significativo en su bienestar psicológico, también presentaran puntuaciones elevadas en ansiedad, depresión y estrés percibido.

MÉTODO

Participantes

Se reclutaron 467 participantes que estaban realizando la cuarentena por COVID-19. Se eliminaron 13 personas que residían fuera de España, por ello, la muestra final fue de 454 personas. De éstas, 355 (78,2%) eran mujeres y 98 (21,6%) varones. Sólo 1 participante declinó informar sobre su sexo. La edad media de la muestra fue de 32,68 años (DT=10,194), en un rango de 18 a 66. A continuación se presenta la Tabla 1 que recoge los datos sociodemográficos.

Tabla 1

Datos sociodemográficos de la muestra

		<i>n</i>	%
Nacionalidad	Española	423	93,2
	Rumana	4	0,9
	Polaca	2	0,4
	Ucraniana	1	0,2
	Guatemalteca	1	0,2
	Cubana	1	0,2
	Colombiana	2	0,4
	Paraguaya	1	0,2
	Mexicana	3	0,7
	Ecuatoriana	3	0,7
	Británica	2	0,4
	Costarricense	1	0,2
	Italiana	2	0,4
	Doble nacionalidad	2	0,4

Comunidades autónomas	Comunidad Valenciana	236	52,0
	Comunidad de Madrid	32	7,0
	Andalucía	31	6,8
	Asturias	7	1,5
	Islas Baleares	11	2,4
	Islas Canarias	10	2,2
	Cantabria	1	0,2
	Castilla y León	12	2,6
	Castilla la Mancha	35	7,7
	Cataluña	15	3,3
	Extremadura	4	0,9
	Galicia	12	2,6
	Región de Murcia	10	2,2
	Comunidad Foral de Navarra	1	0,2
	País Vasco	4	0,9
La Rioja	2	0,4	
Aragón	6	1,3	
Nivel formativo	Primaria	8	1,8
	ESO	16	3,5
	FP	11	2,4
	Grado medio	23	5,1
	Grado superior	22	4,8
	Bachillerato	56	12,3
	Grado universitario	174	38,3
	Máster	137	30,2
	Doctorado	7	1,5
<i>Situación laboral</i>	Activo	249	54,8
	Parado	107	23,6
	Estudiante	98	21,6
<i>Estado del sector</i>	Sector paralizado por COVID-19	271	59,7
	No paralizado	183	40,3

Variables e instrumentos

Para llevar a cabo el presente estudio se seleccionaron las siguientes variables para su evaluación:

Datos sociodemográficos, se evaluaron con un instrumento ad hoc en que se recogía información relativa al sexo, edad, nacionalidad, lugar de residencia, nivel académico, situación laboral y estado de su sector de trabajo por COVID-19.

Del mismo modo, se elaboró un cuestionario adhoc para recoger datos sobre la variable *cuarentena por COVID-19*. Compuesto por 10 ítems donde se pregunta por el lugar donde se realiza la cuarentena, fecha de inicio del confinamiento, días sin salir, comodidades de la vivienda y espacio disponible, personas convivientes y relación con las mismas antes y durante la cuarentena.

Para evaluar la variable *percepción de vulnerabilidad* se elaboró un cuestionario adhoc con 3 ítems para conocer la apreciación de los síntomas propios de COVID-19, la pertenencia a los grupos de riesgo o si han sido diagnosticados de COVID-19.

Con el objetivo de conocer el impacto que el COVID-19 está causando en cada persona de la muestra se estableció la variable *afectación del entorno* evaluada mediante un *cuestionario adhoc* de 6 ítems donde se recogían datos sobre la presencia de la enfermedad en el lugar donde residen, en sus familiares y círculos cercanos, así como la vivencia de algún fallecimiento a causa de COVID-19.

Para registrar el estado de salud mental previo a la vivencia de la cuarentena se ha elaborado un *cuestionario adhoc* para la variable *antecedentes de salud mental*. Este, consta de 3 ítems donde se recoge si tenían psicopatología previa, si había sido diagnosticada y cuáles eran.

Ansiedad y Depresión: variable evaluada con la “*Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión*” (Zigmond y Snaith, 1983). Esta escala está compuesta por 14 ítems y dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión, contando con 7 ítems cada una. Se ha utilizado la versión adaptada al castellano por Terol, López-Roig, Rodríguez-Marin, Martín-Aragón, y Reig (2007), con una $\alpha = 0.80$ para la subescala de ansiedad y un $\alpha = 0.76$ para la subescala de depresión. En este estudio un $\alpha = 0,914$.

Estrategias de afrontamiento: utilizando el “*Inventario breve de afrontamiento*” (Brief COPE Inventory; Carver, 1997), este inventario en su versión española (COPE-28) de Morán, Landero y González (2010) no dio resultados concluyentes. A pesar de ello, se ha utilizado esta versión ya que en el estudio realizado por Mate, Andreu y Peña (2016) se obtuvo una consistencia interna de 0,78. El COPE 28 está compuesto por 28 ítems y

14 subescalas que utilizan una escala Likert de 4 puntos (desde 0= “nunca hago esto” hasta 3= “siempre hago esto”). Las 14 subescalas son: afrontamiento activo (ítems 2 y 10), planificación (ítems 6 y 26), apoyo emocional/apoyo social instrumental (ítems 9 y 17), apoyo social (ítems 1 y 28), religión (ítems 16 y 20), reevaluación/reinterpretación positiva (ítems 14 y 18), aceptación (ítems 3 y 21), negación (ítems 5 y 13), humor (ítems 7 y 19), autodistracción (ítems 4 y 22), autoinculpación (ítems 8 y 27), desconexión (ítems 11 y 25), desahogo emocional (ítems 12 y 23) y consumo de sustancias (ítems 15 y 24). Presenta en este estudio un $\alpha = 0,770$.

Apoyo social: para evaluarla se hizo uso de la “*Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido*” (Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988), adaptada y validada al castellano por Landeta y Calvete en 2002. Consta de 12 ítems utilizando una escala Likert de 5 opciones (desde 1= “totalmente en desacuerdo” hasta 5= “totalmente de acuerdo”). Presenta un Alfa de Cronbach de $\alpha = 0,916$ (Landeta y Calvete, 2002) y en el presente estudio un $\alpha = 0,938$.

Resiliencia: evaluada utilizando la *Escala Breve de Afrontamiento Resiliente* (Sinclair y Wallston, 2004), adaptada al castellano por Moret-Tatay, Fernández-Muñoz, Civera-Mollá, Navarro-Pardo y Alcover-de-la-Hera (2015) que consiste en 4 ítems que se contestan en una escala Likert de 5 puntos (desde 1= “no hice esto nunca” hasta 5= “hice esto con mucha frecuencia”). La escala tiene unas propiedades psicométricas muy positivas, un alfa de Cronbach de $\alpha = 0,86$ en el estudio mencionado y de $\alpha = 0,766$ en este estudio.

Bienestar psicológico: evaluada a través del *Cuestionario de Salud de Goldberg* (Goldberg, 1972, 1978). Nos permite evaluar los problemas mentales y el bienestar psicológico, ofreciendo una visión de la salud general, con 12 ítems y 4 opciones de respuesta tipo Likert (desde 0= “mucho menos que habitualmente” hasta 3= “mejor que habitualmente”). Presenta una puntuación máxima de 36 estableciendo su punto de corte en ≥ 15 para mala salud mental. Siguiendo la interpretación por rangos sería del siguiente modo: 0-9= “bajo deterioro de salud mental”, 10-16= “normal deterioro de salud mental” y 17-36= “alto deterioro de salud mental”. Ha sido validada en diferentes poblaciones en castellano y se han realizado varios estudios donde el formato 0-1-2-3 con punto de corte 11 o 12, tiene indicadores aceptables y más estables para modelos bi y tridimensionales (Urzúa, Caqueo-Úrizar, Bargsted e Irrázaval,

2015; Arias, 2007; Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell y Obiols, 2011)). Presenta en este estudio un $\alpha = 0,830$.

Estrés percibido: evaluada utilizando la *Escala de Estrés Percibido (PSS-14)* de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983). Esta evalúa el grado en que los sujetos valoran lo ocurrido durante el último mes como impredecible y fuera de control. Se compone de 14 reactivos con respuestas que siguen escala tipo Likert de 5 opciones que varían de 0 “nunca” a 4 “siempre”. El mínimo es 0 indicando un mínimo estrés percibido, mientras que el máximo es 56 e indica máximo estrés percibido (Cohen & Williamson, 1988). Se utiliza la versión validada en población española por Remor y Carrobles (2001) en su estudio: “Versión Española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y estrés*.”. Presenta en este estudio un $\alpha = 0,871$.

Procedimiento

Se contactó con la Oficina de Investigación Responsable con el objetivo de obtener la aprobación del mismo por parte del Órgano Evaluador de Proyectos de la Universidad Miguel Hernández.

Una vez aprobado, se procedió a administrar el cuestionario a la muestra en formato online. Se redactó un mensaje explicativo sobre el cuestionario enfatizando en la confidencialidad de los datos proporcionados y en la voluntariedad del mismo, pudiendo ser abandonada su realización en cualquier momento o pedir la retirada de sus datos gracias al código que permite identificarles si lo desean pero que salvaguarda su anonimato. También, se especificaban los requisitos que debía cumplir la muestra que lo cumplimentase: mayoría de edad, residencia dentro de España y estar realizando la cuarentena por COVID-19. En este mensaje se incorporada un link que permitía el acceso al cuestionario para ser respondido de manera sencilla y flexible. El cuestionario se difundió utilizando el alcance actual que nos facilitan las redes sociales (Whatsapp, Facebook e Instagram). Además se contactó con otros profesionales de la psicología para la difusión mediante sus redes sociales.

Tipo de diseño

El estudio fue una investigación empírica de tipo no experimental con estrategia asociativa. Posee carácter predictivo y/o explicativo con el objetivo de poder exponer la relación existente entre las distintas variables. Específicamente, poder predecir o explicar qué rasgos están influyendo en la variable principal, bienestar psicológico.

Análisis de datos

Se realizó el análisis de datos con el programa estadístico IBM: SPSS Statistics 25. Primero, se obtuvieron los estadísticos descriptivos básicos para cada una de las variables, en los que se incluyen las medias, desviaciones típicas y porcentajes. Se realizaron también *Correlaciones de Pearson* entre variables para medir las relaciones existentes. A posteriori se comprobaron los supuestos del modelo (homocedasticidad, independencia y normalidad) para la variable dependiente *bienestar psicológico* con el objetivo de poder aplicar *T-Student* y *Anova de 1 factor* (y sus respectivas pruebas de contrastes múltiples a posteriori) para conocer la existencia de diferencias significativas entre grupos en función de las distintas variables del estudio. Por último, se realizó un modelo de regresión lineal con el objetivo de poder predecir la variable principal.

Resultados

Se exponen en primer lugar los cálculos descriptivos. La variable principal del estudio, *bienestar psicológico*, mostró que el 64,1% de la muestra presenta alto deterioro de salud mental. Véase la tabla 2.

Tabla 2

Frecuencias de la variable bienestar psicológico por rangos

	<i>N</i>	%
Bajo deterioro de salud mental	54	11.9
Normal deterioro de salud mental	109	24.0
Alto deterioro de salud mental	291	64.1

Respecto a *ansiedad y depresión*, el HADS establece tres puntos de corte: no caso, borderline y caso. El 45,8% se consideraban “caso” en la variable de ansiedad y un 19,8% “caso” para la variable de depresión (Tabla 3).

Tabla 3

Número de participantes en cada punto de corte de HADS

	No caso	Borderline	Caso	<i>M (DT)</i>
Ansiedad	197	116	141	8,61 (4,537)
Depresión	337	61	56	5,30 (4,047)

Respecto a la resiliencia, los resultados fueron homogéneos en los tres grupos (Tabla 4).

Tabla 4

Frecuencias de la escala resiliencia por rangos

	<i>N</i>	%
Baja resiliencia	158	34,8
Resiliencia media	168	37,0
Resiliencia alta	128	28,0

La variable estrés percibido mostró que el 63,4% presentaba un estrés percibido moderado y un 14% estrés alto (Tabla 5).

Tabla 5

Frecuencias de la escala estrés percibido por rangos

	<i>N</i>	%
Bajo estrés	102	22,5
Estrés moderado	288	63,4
Estrés alto	64	14,1

A continuación, se presentan las medias y desviaciones típicas de todas las escalas utilizadas. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas en la muestra fueron:

aceptación, afrontamiento activo, autodistracción y planificación. Y las menos utilizadas: consumo de sustancias, negación y religión. La media para apoyo social fue alta ($M= 49,70$). (véase la tabla 6).

Tabla 6

Medias y desviaciones típicas de las escalas y subescalas utilizadas

Escala	Subescala	<i>M</i>	<i>DT</i>
Bienestar psicológico		17,38	6,281
Estrategias de afrontamiento	Afrontamiento activo	3,92	1,261
	Apoyo social	2,62	1,294
	Autodistracción	3,60	1,402
	Negación	0,69	1,043
	Planificación	3,33	1,406
	Humor	2,76	1,740
	Autoculpa	1,59	1,417
	Apoyo social instrumental	3,21	1,539
	Desconexión conductual	0,80	1,067
	Desahogo emocional	2,28	1,332
	Reinterpretación positiva	3,27	1,458
	Religión	0,83	1,280
	Aceptación	4,15	1,216
Consumo de sustancias	0,57	1,210	
Estrés percibido		26,32	9,222
Apoyo social		49,70	9,976
Ansiedad y depresión	Ansiedad	8,61	4,537
	Depresión	5,30	4,047
Resiliencia		14,47	3,202

Se encontraron correlaciones positivas, y significativas ($p= 0,000$ para todas las correlaciones), entre bienestar psicológico y subescalas de estrategias de afrontamiento como: negación ($r=0,196$), autoculpa ($r=0,195$) y desconexión conductual ($r=0,225$). Frente a correlaciones negativas, y significativas ($p= 0,000$ para todas las correlaciones), con: afrontamiento activo ($r=-0,274$), planificación ($r=-0,81$) y

reinterpretación positiva ($r=-0,292$). Es necesario recordar que las puntuaciones más elevadas en la escala de bienestar psicológico indican un mayor deterioro de la salud mental. También se observó que cuanto más presencia de ansiedad, depresión y estrés percibido mayor era el deterioro del bienestar psicológico. Por otro lado, cuanto mayor era la presencia de apoyo social y resiliencia mejor era el bienestar psicológico. (Véase la tabla 7).

Tabla 7

Correlaciones de Pearson entre bienestar psicológico y el resto de variables

		Bienestar psicológico
Estrategias de afrontamiento	Afrontamiento activo	
	Correlación de Pearson	-0,274
	<i>p</i>	0,000
	Negación	
	Correlación de Pearson	0,196
	<i>p</i>	0,000
	Planificación	
	Correlación de Pearson	-0,81
	<i>p</i>	0,000
	Autoculpa	
Correlación de Pearson	0,195	
<i>p</i>	0,000	
Desconexión conductual		
Correlación de Pearson	0,225	
<i>p</i>	0,000	
Reinterpretación positiva		
Correlación de Pearson	-0,292	
<i>p</i>	0,000	
Aceptación		
Correlación de Pearson	-0,290	
<i>p</i>	0,000	
Consumo de sustancias		
Correlación de Pearson	0,196	
<i>p</i>	0,000	

Apoyo social	Correlación de Pearson	-0,222
	<i>p</i>	0,000
Resiliencia	Correlación de Pearson	-0,361
	<i>p</i>	0,000
Estrés percibido	Correlación de Pearson	0,624
	<i>p</i>	0,000
Ansiedad y depresión	Correlación de Pearson	0,573
	<i>p</i>	0,000
	Depresión	
	Correlación de Pearson	0,606
	<i>p</i>	0,000

La variable ansiedad aumenta cuando aparecen estrategias como apoyo social ($r=0,117$; $p=0,012$), autodistracción ($r=0,142$, $p=0,002$), negación ($r=0,320$, $p=0,000$), autculpa ($r=0,300$, $p=0,000$), desconexión conductual ($r=-0,262$, $p=0,000$), desahogo emocional ($r=0,217$, $p=0,000$), religión ($r=0,107$, $p=0,023$) y consumo de sustancias ($r=0,257$, $p=0,000$); y disminuye con estrategias como afrontamiento activo ($r=-0,179$, $p=0,000$), reinterpretación positiva ($r=-0,207$, $p=0,000$) y aceptación ($r=-0,352$, $p=0,000$). Ver tabla 8.

Respecto a la variable depresión, correlaciona con estrategias comopresentes: negación ($r=0,330$, $p=0,000$), autculpa ($r=0,203$, $p=0,000$), desconexión conductual ($r=0,354$, $p=0,000$) y consumo de sustancias ($r=0,228$, $p=0,000$). Y, correlaciona de manera negativa con: afrontamiento activo ($r=-0,353$, $p=0,000$), planificación ($r=-0,223$, $p=0,000$), apoyo social instrumental ($r=-0,149$, $p=0,001$), reinterpretación positiva ($r=-0,301$, $p=0,000$) y aceptación ($r=-0,391$, $p=0,000$).

Los valores de estrés percibido aumentaron cuando aparecía: autodistracción ($r=0,106$, $p=0,024$), negación ($r=0,345$, $p=0,000$), autculpa ($r=0,342$, $p=0,000$), desconexión conductual ($r=0,319$, $p=0,000$), desahogo emocional ($r=0,177$, $p=0,000$) y consumo de sustancias. Y, se encontró sus puntuaciones más bajas cuando había presencia de: afrontamiento activo ($r=-0,349$, $p=0,000$), planificación ($r=-0,187$, $p=0,000$), reinterpretación positiva ($r=-0,295$, $p=0,000$) y aceptación ($r=-0,425$, $p=0,000$).

Resiliencia y apoyo social correlacionan de forma positiva con afrontamiento activo, planificación, apoyo social instrumental, reinterpretación positiva y aceptación; y de manera negativa con negación, autculpa, desconexión conductual y consumo de sustancias (Véase Tabla 8).

Tabla 8.

Correlaciones de Pearson entre las subescalas de estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión, estrés percibido, apoyo social y resiliencia

	Ansiedad	Depresión	Estrés percibido	Resiliencia	Apoyo social
Estrategias de Afrontamiento activo	-0,179**	-0,353**	-0,349**	0,462**	0,352**
Apoyo social	0,117*	-0,41	0,063	0,046	0,235**
Autodistracción	0,142**	0,064	0,106*	0,150**	0,064
Negación	0,320**	0,330**	0,345**	-0,262**	-0,172**
Planificación	-0,056	-0,223**	-0,187**	0,362**	0,255**
Humor	-0,033	-0,060	-0,009	0,182**	0,043
Autoculpa	0,300**	0,203**	0,342**	-0,127**	-0,100*
Apoyo social instrumental	0,049	-0,149**	-0,024	0,190**	0,380**
Desconexión conductual	-0,262**	0,354**	0,319**	-0,248**	-0,246**
Desahogo	0,217**	0,055	0,177**	0,057	0,151**
Reinterpretación positiva	-0,207**	-0,301**	-0,295**	0,416**	0,224**
Religión	0,107*	0,008	-0,004	0,046	0,026
Aceptación	-0,352**	-0,391**	-0,425**	0,433**	0,213**
Consumo de sustancias	0,257**	0,228**	0,230**	-0,118*	-0,143**
Ansiedad	1	0,723**	0,736**	0,344**	-0,230**
Depresión	0,723**	1	0,709**	-0,440**	-0,401**
Estrés percibido	0,736**	0,709**	1	-0,451**	-0,297**
Apoyo social	-0,230**	-0,401**	-0,297**	0,340**	1
Resiliencia	-0,344**	-0,440**	-0,451**	1	0,340**

Nota. * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$

Se analizaron las diferencias entre sexo en bienestar psicológico, se obtuvieron diferencias significativas ($p = 0,000$) entre hombres y mujeres para todas las variables. Siendo las medias de las mujeres superiores en las variables, presentando mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés percibido unido a un deterioro más alto del bienestar psicológico ($p = 0,007$). Ver Tabla 9.

Respecto al estado del sector laboral (“¿Mi sector está paralizado por la situación de alarma?”) cuyas respuestas posibles eran “Sí” o “No”, y la variable bienestar psicológico; se encontró mayor deterioro del bienestar psicológico entre los que contestaron “sí” ($p=0,027$).

Tabla 9

Comparación de medias de sexo y estado del sector laboral en función de bienestar psicológico, ansiedad, estrés percibido y depresión

	Sexo	N	Media	DT	T	p	r
Bienestar psicológico	Mujer	355	17,79	6,315	2,724	0,007	0.0316
	Hombre	98	15,85	5,951			
Ansiedad	Mujer	355	9,16	4,538	5,284	0,000	0.0629
	Hombre	98	6,51	3,856			
Depresión	Mujer	355	5,64	4,538	4,161	0,000	0.0415
	Hombre	98	4,01	3,196			
Estés percibido	Mujer	355	27,22	9,211	4,200	0,000	0.0491
	Hombre	98	22,89	8,378			
	Estado del sector						
Bienestar psicológico	Sí	271	17,92	6,455	2,223	0,027	0.0216
	No	183	16,58	5,942			

Asimismo, en lo relativo a la percepción de vulnerabilidad (ítem 1: “¿Te encuentras dentro de los grupos de riesgo del COVID-19?”) cuyas respuestas posibles eran “Sí” o “No”, y la variable ansiedad, las personas que pertenecían a los grupos de riesgo del COVID-19 presentaban más ansiedad. Por su parte, respecto al ítem 3 “¿Has sido diagnosticado por COVID-19?” y la variable depresión se observó diferencias significativas, con más depresión entre las personas diagnosticadas de COVID-19. Ver tabla 11.

Tabla 11

Comparación de medias de percepción de vulnerabilidad en función de la variable ansiedad y depresión

	Percepción de vulnerabilidad (ítem 1)	N	Media	DT	T	p	R
Ansiedad	Sí	73	9,78	4,782	2,428	0,016	0.0307
	No	381	8,36	4,460			
Depresión	Percepción de vulnerabilidad (ítem 3) Sí	4	9,50	1,915	2,090	0,037	0.1337
	No	450	5,27	4,043			

En cuanto a la afectación del entorno (ítem 1: “¿Conoces algún caso de COVID-19 en la ciudad o pueblo donde estás realizando la cuarentena?”) y la variable ansiedad, hubieron diferencias significativas, con mayores niveles de ansiedad entre los que respondieron que sí. Además, en el ítem 2, “¿Alguien muy cercano a ti (madre, padre, hermano/a, pareja, amigo/a, etc.) se encuentra dentro de los grupos de riesgo del COVID-19?” y las variables de depresión y estrés percibido se halló diferencias significativas, con mayores niveles de depresión y estrés percibido entre los que respondieron que sí.

Tabla 12

Comparación de medias de afectación del entorno en función de las variables ansiedad, depresión y estrés percibido

	Afectación del entorno (ítem 1)	N	Media	DT	T	P	R
Ansiedad	Sí	303	1,94	0,857	2,386	0,017	0.0236
	No	151	1,74	0,836			
Depresión	Afectación del entorno (ítem 2) Sí	360	5,51	4,003	2,085	0,038	0.0240
	No	94	4,53	4,142			
Estés percibido	Sí	360	26,81	9,228	2,230	0,026	0.0259
	No	94	24,44	9,005			

Entre antecedentes de salud mental (ítem 1: “*Antes de esta situación, ¿padecías algún problema psicológico?*”) y las variables de bienestar psicológico, ansiedad, depresión y estrés percibido se encontró niveles más bajos de bienestar psicológico, mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés percibido entre los que respondieron que sí. Ver Tabla 13.

Tabla 13

Comparación de medias de antecedentes de salud mental en función de bienestar psicológico, ansiedad, estrés percibido y depresión

	Antecedentes de salud mental (ítem 1)	N	Media	DT	T	p	r
Bienestar psicológico	Sí	110	20,38	7,178	5,291	0,000	0.0613
	No	344	16,42	5,649			
Ansiedad	Sí	110	12,47	4,110	11,710	0,000	0.1267
	No	344	7,37	3,936			
Depresión	Sí	110	8,43	4,367	9,068	0,000	0.1054
	No	344	4,31	3,383			
Estrés percibido	Sí	110	33,50	8,684	10,444	0,000	0.1125
	No	344	24,02	8,156			
	No	37	29,43	8,986			

Se recodificó en 2 categorías (1=Madrid/Barcelona, 2=resto de comunidades) el ítem relativo al lugar de la cuarentena, siguiendo el nivel de afectación, encontrando diferencias significativas, donde las personas que residían en Madrid o Barcelona presentando niveles más altos de depresión, ansiedad, estrés percibido y menos bienestar psicológico.

También, se obtuvieron diferencias significativas en cuanto a las comodidades de la vivienda, donde las personas con ninguna o pocas comodidades presentaron mayores niveles de estrés percibido.

Tabla 14

Comparación de medias de cuarentena por COVID-19 en función de bienestar psicológico, ansiedad, estrés percibido y depresión

	Cuarentena por COVID-19 (ítem 2)	N	Media	DT	t	P	R
Bienestar psicológico	Resto de comunidades Madrid y Barcelona	407	17,10	6,077	-2,772	0,006	0.0391
	Resto de comunidades Madrid y Barcelona	47	19,77	7,490			
Ansiedad	Resto de comunidades Madrid y Barcelona	407	8,44	4,457	-2,338	0,020	0.0342
	Resto de comunidades Madrid y Barcelona	47	10,06	4,997			
Depresión	Resto de comunidades Madrid y Barcelona	407	5,14	3,959	-2,516	0,012	0.0365
	Resto de comunidades Madrid y Barcelona	47	6,70	4,554			
Estés percibido	Resto de comunidades Madrid y Barcelona	407	26,02	9,107	-1,996	0,047	0.0297
	Resto de comunidades Madrid y Barcelona	47	28,85	9,908			
	Cuarentena por COVID-19 (ítem 4)						
Estrés percibido	Ninguna o 1 comodidad	95	28,31	9,093	2,375	0,018	0.0275
	De 2 a 7 comodidades	359	25,79	9,197			

Continuando con las diferencias entre grupos, se pudo ver diferencias significativas entre los tres grupos para la variable de estrés percibido, aumentando el nivel de estrés percibido a medida que aumenta el deterioro del bienestar psicológico.

En ansiedad ($p= 0,000$ y $0,001$) y depresión ($p= 0,010$ y $0,000$), se vio también diferencias entre los tres grupos, aumentando los niveles de depresión y ansiedad cuanto más deteriorado se encontraba el bienestar psicológico. Ver Tabla 16.

Para apoyo social se observó diferencias significativas entre los grupos de “leve deterioro” y “alto deterioro” ($p= 0,040$); y entre “moderado deterioro” y “alto deterioro” ($p= 0,000$), con niveles más bajos de apoyo social en el grupo de alto deterioro de bienestar psicológico.

En resiliencia también se encontraron diferencias significativas entre “alto deterioro” y “leve deterioro” ($p=0,000$) y “alto deterioro” y “moderado deterioro” ($p=0,000$), presentando menos resiliencia el grupo de alto deterioro del bienestar psicológico.

Tabla 16

Anova de 1 factor para bienestar psicológico por rangos y las variables: ansiedad, depresión, estrés percibido, apoyo social y resiliencia.

	Bienestar psicológico	N	Media	DT	F	P	ω^2
Estrés percibido	Leve deterioro	54	17,04	5,740	59,484	0,000	0,204
	Moderado deterioro	109	23,28	6,452			
	Alto deterioro	291	29,18	9,143			
Ansiedad	Leve deterioro	54	4,39	2,923	56,399	0,000	0,196
	Moderado deterioro	109	6,90	3,097			
	Alto deterioro	291	10,03	4,538			

Depresión	Leve deterioro	54	1,78	1,633	55,175	0,000	0,192
	Moderado deterioro	109	3,62	2,596			
	Alto deterioro	291	6,59	4,191			
					10,482	0,000	0,040
Apoyo social	Leve deterioro	54	51,83	10,144			
	Moderado deterioro	109	52,81	6,801			
	Alto deterioro	291	48,14	10,607			
Resiliencia	Leve deterioro	54	16,39	2,968	21,900	0,000	0,084
	Moderado deterioro	109	15,33	2,674			
	Alto deterioro	291	13,80	3,214			

Respecto a la situación laboral, se han hallado diferencias significativas entre el grupo de personas activas y el de personas estudiantes, mostrando peor bienestar psicológico este último grupo. Ver tabla 17.

Con el ítem 3 de antecedentes de salud mental (“¿Qué problema psicológico padecías antes de la cuarentena por COVID-19?”) y las variables bienestar psicológico, ansiedad, depresión y estrés percibido se han encontrado diferencias significativas entre los grupos. Viendo que las personas que no presentaban antecedentes de salud mental tenían mejor bienestar psicológico que los que presentaban trastornos mixtos ($p=0,000$) y los que presentaban trastornos de personalidad ($p=0,017$).

En la variable ansiedad y la variable depresión, las personas sin antecedentes de salud mental tienen niveles de ansiedad y depresión más bajos que los que presentan trastornos de ansiedad ($p=0,000$), trastornos del estado de ánimo ($p=0,006$), trastornos mixtos ($p=0,000$) y trastornos de personalidad ($p=0,015$).

Por último, en la variable estrés percibido las personas sin antecedentes de salud mental presentan niveles más bajos que los que presentan trastorno de ansiedad ($p=0,000$), trastorno mixto ($p=0,000$) y trastornos de personalidad ($p=0,035$).

Tabla 17

Anova de 1 factor para situación laboral y antecedentes de salud mental en función del bienestar psicológico, ansiedad, depresión y estrés percibido

	Situación laboral	N	Media	DT	F	p	ω^2		
Bienestar psicológico	Activo	249	16,76	5,905	3,768	0,024	0,012		
	Parado	107	17,54	6,930					
	Estudiante	98	18,79	6,289					
Bienestar psicológico	Antecedentes de salud mental (ítem 3)								
	Trastornos de ansiedad	57	19,12	6,806	9,056	0,000	0,081		
	Trastornos del estado de ánimo	18	19,33	7,054					
	Sin antecedentes de salud mental	345	16,47	5,729					
	Trastornos mixtos	27	22,41	7,292					
	Maltrato	2	15,50	4,950					
	Trastornos de personalidad	5	26,00	4,827					
	Trastornos de ansiedad	57	12,56	4,058				27,443	0,000
Trastornos del estado de ánimo	18	11,33	3,548						
Sin antecedentes de salud mental	345	7,39	3,952						
Trastornos mixtos	27	12,89	4,440						
Maltrato	2	9,00	2,828						
Trastornos de personalidad	5	14,20	5,253						

	Trastornos mixtos	27	9,37	4,049			
	Maltrato	2	3,50	0,707			
	Trastornos de personalidad	5	11,40	2,510			
Depresión	Trastornos de ansiedad	57	7,51	4,106	23,724	0,000	0,200
	Trastornos del estado de ánimo	18	9,44	5,349			
	Sin antecedentes de salud mental	345	4,33	3,403			
Estrés percibido	Trastornos de ansiedad	57	32,16	6,923	23,979	0,000	0,201
	Trastornos del estado de ánimo	18	30,33	9,242			
	Sin antecedentes de salud mental	345	24,10	8,264			
	Trastornos mixtos	27	37,89	9,889			
	Maltrato	2	24,00	1,414			
	Trastornos de personalidad	5	37,00	7,450			

Se recodificó el ítem 5 (“¿Qué día empezaste a hacer la cuarentena?”) de la variable cuarentena en 3 grupos según las fechas. Se han hallado resultados significativos. Presentando mayores niveles de depresión los que empezaron “antes del 12/03” que los que empezaron “entre el 13/03 y el 16/03” (0,027). Y, los que empezaron “después del 17/03” tienen mayores niveles de estrés percibido que los que empezaron “entre el 13/03 y el 16/03” (0,006). Véase tabla 18.

En el ítem 6 (“¿Cuántos días llevas sin salir de casa? (Número de días)”) se hallaron niveles más altos de ansiedad (0,018), de estrés percibido (0,039) y de depresión (0,048) en los que llevan “de 14 a 20 días sin salir” que en los que llevan menos de 13 días sin salir.

Respecto al ítem 2 de la variable percepción de vulnerabilidad (¿Crees que tienes síntomas de COVID-19?), se obtuvo que en depresión y ansiedad se encontraban puntuaciones mayores en las personas que marcaban “algún síntoma” frente a las que “ningún síntoma”. Ver Tabla 18.

Tabla 18

Anova de 1 factor para cuarentena por COVID-19 y percepción de vulnerabilidad en función del bienestar psicológico, ansiedad, depresión y estrés percibido.

	Cuarentena por COVID-19 (ítem 5)	N	Media	DT	F	P	ω^2
Depresión	Antes del 12/03	66	6,42	4,455	4,875	0,008	0,016
	Entre el 13/03 y el 16/03	343	4,97	3,939			
	Después del 17/03	45	6,20	3,888			
Estrés percibido	Antes del 12/03	66	27,71	10,489	5,758	0,003	0,020
	Entre el 13/03 y el 16/03	343	25,56	8,888			
	Después del 17/03	45	30,07	8,792			
	Cuarentena por COVID-19 (ítem 6)						
Depresión	De 0 a 13 días sin salir	365	5,06	3,931	3,352	0,036	0,010
	De 14 a 20 días sin salir	77	6,26	4,366			
	De 21 a 31 días sin salir	12	6,50	4,661			
Ansiedad	De 0 a 13 días sin salir	365	8,32	4,387	4,090	0,017	0,013
	De 14 a 20 días sin salir	77	9,92	4,850			
	De 21 a 31 días sin salir	12	9,00	5,768			
Estrés percibido	De 0 a 13 días sin salir	365	25,87	8,974	3,210	0,041	0,009
	De 14 a 20 días sin salir	77	28,69	9,461			
	De 21 a 31 días sin salir	12	24,58	13,035			

		Percepción de vulnerabilidad (ítem 2)					
Depresión	Ningún síntoma	380	5,02	3,869	4,275	0,005	0,021
	Algún síntoma	60	6,73	4,456			
	Bastantes síntomas	9	7,67	5,568			
	Estoy seguro/a de tener COVID-19	5	5,80	5,541			
Ansiedad	Ningún síntoma	380	8,22	4,435	6,722	0,000	0,036
	Algún síntoma	60	10,57	4,409			
	Bastantes síntomas	9	12,11	5,600			
	Estoy seguro/a de tener COVID-19	5	7,80	4,324			

Para finalizar, se calculó un modelo de regresión lineal con el objetivo de valorar qué variables podían predecir los niveles de bienestar psicológico. Las variables que resultaron fueron ansiedad, depresión, estrategias de afrontamiento (reinterpretación positiva) y estrés percibido. Estas variables predicen un 45,6% de la variable bienestar psicológico (Tabla 19 y Tabla 20).

Tabla 19

Modelo de regresión lineal

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.675	.456	.451	4,652	1,980

Tabla 20

Componentes y su peso en el modelo de regresión lineal

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Error estándar	Beta	t.	Sig.
1	9,338	0,975		9,574	0,000
Ansiedad	0,191	0,079	0,138	2,424	0,016
Depresión	0,395	0,086	0,254	4,615	0,000
Estrategias de afrontamiento (reinterpretación positiva)	-0,406	0,159	-0,094	-2,552	0,011
Estrés percibido	0,214	0,038	0,314	5,596	0,000

DISCUSIÓN

Teniendo como objetivo analizar las consecuencias y factores influyentes en el bienestar psicológico durante la cuarentena por COVID-19, se han estudiado las variables de estrategias de afrontamiento, el apoyo social, ansiedad, depresión, resiliencia, estrés percibido, afectación del entorno, percepción de vulnerabilidad y aspectos relacionados con la cuarentena

El 64,1% de la muestra presenta alto deterioro del bienestar psicológico, el 45,8% presenta ansiedad, el 19,8% depresión, el 63,4% tiene un estrés percibido moderado y un 14% estrés alto. Además, se han encontrado diferencias significativas en bienestar psicológico, las personas con alto deterioro del bienestar presentan puntuaciones más altas de ansiedad, estrés percibido y depresión. Estos datos sobre el estado de afectación psicológica de la población española ante una crisis sanitaria concuerdan con los expuestos en múltiples estudios (Yu, Ho, So y Lo, 2005; Bonanno, Rennie y Dekel, 2005; Chan, Chiu, Lam, Leung, & Conwell, 2006; Dinges, Mollicone, Savelev, Ecker, Di Antonio et al., 2014; Osasona y Koleoso, 2015; García-Vera y Sanz, 2016; Rodríguez, 2018).

Por otra parte, se ha obtenido que cuanto mayor es el bienestar psicológico hay más apoyo social y resiliencia. Estos datos concuerdan con otros estudios que afirman la

correlación del apoyo social y la resiliencia con mejor salud y bienestar en situaciones traumáticas (Brewin et al. 2000; Bonanno et al., 2007).

Respecto al sexo de las personas participantes, se ha obtenido que las mujeres presentaban mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés percibido que los hombres. Además, presentan mayor deterioro del bienestar psicológico. Estos datos corroboran que el hecho de ser mujer se relaciona con mayor probabilidad de sufrir reacciones intensas ante situaciones de emergencia. También, los efectos causados por la privación de libertad (ansiedad, depresión y alteración del estado de ánimo) presentan mayor severidad e incidencia en las mujeres respecto a los hombres (Brewin et al., 2000; Bonanno et al., 2007; Bish y Michie, 2010; Crewe, et al., 2017; Toledo, et al., 2019). Justificando así, la necesaria inclusión de la perspectiva de género en los estudios presentes y futuros.

En otros eventos traumáticos, las consecuencias fueron peores en aquellos que estuvieron hospitalizados o más próximos a la situación (Chua et al., 2004). En este estudio se encontraron mayores niveles de depresión entre las personas diagnosticadas por COVID-19 y más ansiedad entre las personas que pertenecen a los grupos de riesgo del COVID-19.

Como era esperable, los niveles de ansiedad entre las personas que conocían algún caso positivo de COVID-19 en su pueblo o ciudad eran más altos. También, aparecen niveles más elevados de depresión y estrés percibido entre las personas que tienen a alguien muy cercano dentro de los catalogados como “grupos de riesgo” para combatir con éxito la enfermedad. El miedo al contagio propio, la pérdida de seres queridos o la preocupación por los familiares producen mayor afectación emocional (Mauder, et al., 2006; Rodríguez, 2018). Sin embargo, no hubo diferencias entre aquellos que habían sufrido el fallecimiento de un familiar.

También, respecto al lugar donde se está realizando la cuarentena, las personas que residen en las dos comunidades más afectadas de España por COVID-19 (Madrid y Barcelona) presentan niveles más altos de depresión, ansiedad, estrés percibido y peor bienestar psicológico que el resto de la muestra. La percepción de vulnerabilidad y la afectación del entorno son relevantes en la vivencia de una situación traumática ya que podemos encontrar víctimas directas o indirectas que presentan trastornos psicológicos

durante la crisis (García-Vera y Sanz, 2016). En el caso del COVID-19, el aumento de la curva de contagio, la crisis económica y social constante y el recordatorio de lo ocurrido puede estar agravando más su situación y afectando al bienestar psicológico.

A su vez, se arrojan datos sobre las fechas de inicio de la cuarentena. Mayores niveles de depresión en las personas que empezaron “antes del 12/03/20” que los que empezaron “entre el 13/03/20 y el 16/03/20”. Y, los que empezaron “después del 17/03/20” tienen mayores niveles de estrés percibido que los que empezaron “entre el 13/03/20 y el 16/03/20”. Respecto al número de días sin salir a la calle, encontramos niveles más altos de ansiedad, depresión y estrés percibido en los que llevan “de 14 a 20 días sin salir” que en los que llevan menos de 13 días sin salir. Concuerdan con los datos obtenidos en la misión simulada a Marte, donde las personas confinadas 520 días presentaban consecuencias psicológicas adversas como depresión, estrés, alteración del estado de ánimo, etc. (Basner, Dinges, Mollicone, Savelev, Ecker, Di Antonio et al., 2014).

Lau, Chi, Cummins, Lee, Chou y Chung (2008) obtuvieron que los valores del bienestar subjetivo variaban más en función del tipo y lugar de vivienda que la edad de los participantes. En este estudio no se han obtenido resultados en función de la edad ni de las dimensiones de la vivienda pero sí sobre las comodidades que presentaba la vivienda. Presentando mayor estrés percibido las personas que tenían ninguna o 1 comodidad.

Otro factor influyente ha resultado ser la psicopatología previa, las personas con antecedentes de salud mental antes de la cuarentena por COVID-19 presentan niveles más bajos de bienestar psicológico, mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés percibido. Estos datos reafirman que la afectación emocional negativa ante un suceso está relacionada con la fragilidad emocional previa, con una red de apoyo social inexistente, la historia personal de sucesos traumáticos o estresantes y la existencia de psicopatología previa (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002; Echeburúa, 2007).

Respecto a la situación laboral de la muestra, los resultados no son los esperados, ya que hay peor bienestar psicológico en las personas que pertenecen a un sector paralizado por el estado de alarma. Además, las personas que únicamente están estudiandopresentan peor bienestar psicológico que las personas que se encuentran en activo durante la

cuarentena. Sin embargo, en la bibliografía se encontró estrés emocional asociado al desempeño del rol laboral durante una situación de crisis (Bonanno, Rennie y Dekel, 2005; Maunder, et al., 2006).

Respecto a las estrategias de afrontamiento, los estudios previos muestran que las estrategias de afrontamiento de evitación, hostilidad o auto-culpa correlacionan con peor afrontamiento ante situaciones pandémicas con poco control externo (Maunder, Lancee, Balderson, Bennett, Borgundvaag, Evans et al., 2006; Barbarito, Baldanza y Peri, 2001). En el presente estudio, de acuerdo con lo expuesto, las personas que hacían uso del afrontamiento activo, planificación y reinterpretación positiva presentaban mejor salud y bienestar. Frente a estrategias como la negación, autculpa y desconexión conductual que correlacionan con un deterioro significativo del bienestar psicológico.

En general, las estrategias significativas y presentes en todas las variables han sido: afrontamiento activo, reinterpretación positiva y aceptación; correlacionando con menores niveles de psicopatología (ansiedad, depresión y estrés percibido) y más presencia de apoyo social y resiliencia. Por otro lado, en todas las variables la presencia de estrategias de afrontamiento relacionadas con la evasión y evitación (negación, autculpa, desconexión conductual y consumo de sustancias) correlacionan con puntuaciones más altas en ansiedad, depresión, mayor estrés percibido y puntuaciones bajas en apoyo social y resiliencia.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 227-246.
- Arias, A. C. (2007). Cuestionario general de salud-12: análisis de factores en población general de Bucaramanga, Colombia. *Iatreia*, 20(1), 29-36.
- Barbarito, M., Baldanza, S., & Peri, A. (2001). Evolution of the coping strategies in an isolated group in an Antarctic base. *Polar Record*, 37(201), 111-120.

- Basner, M., Dinges, D. F., Mollicone, D. J., Savelev, I., Ecker, A. J., Di Antonio, A., & Sutton, J. P. (2014). Psychological and behavioral changes during confinement in a 520-day simulated interplanetary mission to mars. *PloS one*, 9(3).
- Bish, A. y Michie, S. (2010). Determinantes demográficos y de actitud de los comportamientos protectores durante una pandemia: una revisión. *Revista británica de psicología de la salud*, 15 (4), 797-824.
- Bonanno, G. A., Rennie, C., & Dekel, S. (2005). Self-enhancement among high-exposure survivors of the September 11th terrorist attack: Resilience or social maladjustment?. *Journal of personality and social psychology*, 88(6), 984.
- Brewin, CR, Andrews, B. y Valentine, JD (2000). Metaanálisis de factores de riesgo para el trastorno de estrés postraumático en adultos expuestos a trauma. *Revista de psicología clínica y consultoría*, 68 (5), 748.
- 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, 92-100.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American psychologist*, 54(3), 165.
- Carstensen, L. L, Fung, H. H. y Charles, S. T. (2003). Teoría de la selectividad socioemocional y la regulación de la emoción en la segunda mitad de la vida. *Motivación y emoción*, 27 (2), 103-123.
- Chan, S. M. S., Chiu, F. K. H., Lam, C. W. L., Leung, P. Y. V., & Conwell, Y. (2006). Elderly suicide and the 2003 SARS epidemic in Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 21(2), 113-118.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). Una medida global del estrés percibido. *Revista de Salud y Comportamiento Social*, 24, 385 - 396.
- Cohen, S. y Williamson, G. M. (1988) Percibieron el estrés en una muestra de probabilidad de los Estados Unidos. En Špacapan, S. y Oskamp, S. (Eds.), *La psicología social de la salud* (pp. 31 de - 67). Newbury Park, CA : Sabio.
- Crewe, B., Hulley, S., & Wright, S. (2017). The gendered pains of imprisonment. *British Journal of Criminology*, 57 (6), 1359-1378.

- Echeburúa, E. (2007). Treatment guidelines for victims of terrorism: a comprehensive approach. En S. Begeç (dir.), *The integration and management of traumatized people after terrorist attacks* (pp. 108-118). Amsterdam: IOS Press (Nato Science Series).
- Francis, L. J., Brown, L. B., & Philipchalk, R. (1992). The development of an abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): Its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Personality and individual differences*, 13(4), 443-449.
- Fung, HH y Carstensen, LL (2006). Los objetivos cambian cuando la fragilidad de la vida está preparada: lecciones aprendidas de adultos mayores, los ataques y los sars del 11 de septiembre. *Cognición social*, 24 (3), 248-278.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2016). Psychopathological consequences of terrorism: the prevalence of posttraumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. En J. A. del Real Alcalá (Ed.), *Fundamental rights and vulnerable groups*. Sharjah, UAE: Bentham Science Publishers.
- Goldberg, D. (1972). *La detección de enfermedades psiquiátricas por cuestionario*. Oxford University Press : Londres .
- Goldberg, D. (1978). *Manual del cuestionario general de salud*. Editorial NFER : Windsor .
- Ho, S. M., Kwong-Lo, R. S., Mak, C. W., & Wong, J. S. (2005). Fear of severe acute respiratory syndrome (SARS) among health care workers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(2), 344.
- Landeta O., y Calvete E. (2002). Adaptación y validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Ansiedad y Estrés*, 8(23), 173-182.
- Lau, A. L., Chi, I., Cummins, R. A., Lee, T. M., Chou, K. L., & Chung, L. W. (2008). The SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) pandemic in Hong Kong: Effects on the subjective wellbeing of elderly and younger people. *Aging and mental health*, 12(6), 746-760.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Estrés, valoración y afrontamiento*. Empresa editorial Springer.

- Martínez, Y., Gomà-i-Freixanet, M., y Fornieles, A. (2016). The COPE-48: An adapted version of the COPE inventory for use in clinical settings. *Psychiatry Research*, 30, 808-814.
- Mate, A. I., Andreu, J. M., & Peña, M. E. (2016). Propiedades psicométricas de la versión española del " inventario breve de afrontamiento"(COPE-28) en una muestra de adolescentes. *Psicología Conductual*, 24(2), 305.
- Maunder, R. G., Lancee, W. J., Balderson, K. E., Bennett, J. P., Borgundvaag, B., Evans, S., Fernandez, C., Goldbloom, D., Gupta, M., Hunter, J., y Hall, L. M. (2006). Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerging infectious diseases*, 12(12), 1924.
- Maunder, R. G., Leszcz, M., Savage, D., Adam, M. A., Peladeau, N., Romano, D., Rose, M., y Schulman, R. B. (2008). Applying the lessons of SARS to pandemic influenza. *Canadian Journal of Public Health*, 99(6), 486-488.
- 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, 543-552.
- Moret-Tatay, C., Fernández-Muñoz, J. J., Civera-Mollá, C., Navarro-Pardo, E., & Alcover-de-la-Hera, C. (2015). Psychometric properties and Factor structure of the BRCS in an elderly Spanish sample. *Anales de Psicología*, 31(3), 1030-1034.
- OMS (2020). *Informe sobre brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19)*, Organización Mundial de la Salud (en preparación).
- Osasona, S. O., & Koleoso, O. N. (2015). Prevalence and correlates of depression and anxiety disorder in a sample of inmates in a Nigerian prison. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 50 (2), 203-218.
- Peiris, J. S. M., Lai, S. T. , Poon, LL. M. , Guan, Y., Yam, L. Y. C. , Lim, W., & Cheng, V. C. C. (2003). El coronavirus como posible causa del síndrome respiratorio agudo severo. *The Lancet* , 361 (9366), 1319-1325.
- Puigcerver, M. J. B., Soler, E. V., Mateo, M. A. B., Badia, M. C. R., & Reig, R. (2001). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala Revisada de Impacto del Estrés (EIE-R). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(114), 581-604.

- Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., y Obiols, J. E. Propiedades psicométricas y valores normativos del Cuestionario General de Salud (GHQ-12) en población general española. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2011; 11 (1): 125-139.
- Rodríguez-Llanes, J. M., Vos, F., & Guha-Sapir, D. (2013). Measuring psychological resilience to disasters: are evidence-based indicators an achievable goal?. *Environmental Health*, 12(1), 115.
- Rodríguez Proaño, P. I. (2018). *Trastorno de estrés post-traumático en víctimas de terremoto Manta, 2016* (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
- Remor, E., & Carrobles, J. A. (2001). Versión Española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y estrés*.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Montes, M. O., & Germán, M. A. S. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A) (I): Análisis exploratorio de la estructura factorial. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 7(3), 195-205.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Montes, M. O., Chorot, P., & Germán, M. A. S. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A)(II): Replicación factorial, fiabilidad y validez. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 7(3), 207-216.
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94-101.
- Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marin, J., Martín-Aragón, M., Pastor, M. A. y Reig, M. T. (2007). Escala hospitalaria de ansiedad y depresión. En M^a. C. Terol, Y. Quiles y M^a. V. Pérez (coord.), *Manual de Evaluación Psicosocial en Contextos de Salud* (pp. 53-84). Madrid: Pirámide.
- Toledo, F. J. C., Bellvís, A. B. G., & Buil-Gil, D. (Eds.). (2019). *La Criminología que viene. Resultados del I Encuentro de Jóvenes Investigadores en Criminología*. Red Española de Jóvenes Investigadores en Criminología.
- Ursano, R. J. (2005). Preparedness for SARS, influenza, and bioterrorism. *Psychiatric Services*, 56(1), 7-7.

- Urzúa, A., Caqueo-Urizar, A., Bargsted, M. e Irarrázaval, M. (2015). ¿Afecta la forma de puntuación la estructura factorial del GHQ-12? Estudio exploratorio en estudiantes iberoamericanos. *Cadernos de Saúde Pública* , 31 , 1305-1312.
- Weiss, D. S. y Marmar, C. R. (1997). El impacto de la escala de eventos: revisado, evaluando el trauma psicológico y el TEPT. *Nueva York, Guilford* , 399-411.
- Yu, H. Y. R., Ho, S. C., So, K. F. E. y Lo, Y. L. (2005). La carga psicológica experimentada por las mujeres de mediana edad de Hong Kong durante la epidemia de SARS. *Estrés y salud* , 21 (3), 177-184.
- Zigmond, A. S, y Snaith R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67 (6), 361-370.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., y Farley, G.K., (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment* 52, 30–41.