

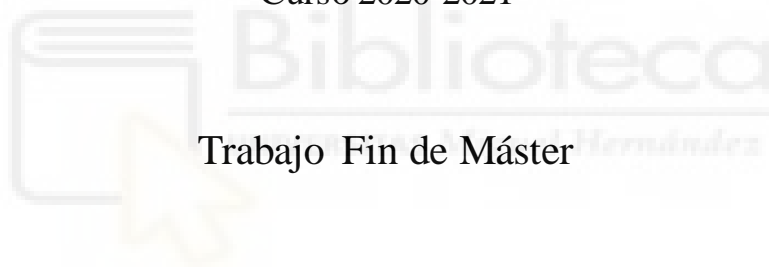


UNIVERSITAS
Miguel Hernández

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL

SANITARIA

Curso 2020-2021



Trabajo Fin de Máster

**Covitalidad e impacto emocional por COVID-19: papel
amortiguador de las competencias socioemocionales en la
aparición de síndromes clínicos psicológicos**

Autora: Ana Isabel Pinteño González

Tutores: José Antonio Piqueras

Rodríguez Victoria Soto Sanz

Convocatoria: junio 2021.

Resumen

La pandemia producida por la COVID-19 ha generado un impacto psicosocial, negativo sobre la salud mental de las personas. Desde la psicología positiva se plantea la importancia de las fortalezas y recursos personales como fuerzas para amortiguarlo. Uno de estos modelos es el de Covitalidad de Furlong, que incluye una serie de competencias socioemocionales (confianza en uno mismo, confianza en los demás, competencia emocional y compromiso con la vida). El objetivo del trabajo fue estudiar la relación entre la Covitalidad, el impacto de la COVID-19 y la aparición de síndromes clínicos psicológicos. Se diseñó un protocolo online, "PsicorecurSOS COVID-19". De 1.020 participantes, 595 completaron la encuesta completa, contando con mayor representación de mujeres (72.0%). La edad de los participantes osciló entre los 18 y 83 años, ($M = 37.21$; $DT = 13.19$). Se calcularon valores alpha de Cronbach, realizaron análisis de estadísticos descriptivos, correlaciones entre las variables de estudio y análisis de regresión lineal. Los resultados indicaron que las chicas presentaron puntuaciones estadísticamente significativas en estrés agudo, agorafobia, pánico, ansiedad generalizada, fobia social, ansiedad ante la salud y depresión. Sin embargo, los tamaños del efecto fueron pequeños. Los modelos de regresión lineal indicaron que la Covitalidad amortigua y el estrés agudiza los síntomas de ansiedad y depresión debidos a la COVID-19, explicando conjuntamente el 46% de varianza explicada. Los datos indican la importancia de acciones para el desarrollo de competencias socioemocionales que amortigüen el impacto negativo de eventos estresantes futuros para prevenir problemas de salud mental.

Palabras clave: Covitalidad, síndromes clínicos, impacto psicológico, COVID-19, competencias socioemocionales.

Abstract

The pandemic caused by COVID-19 has had a negative psychosocial impact on people's mental health. Positive psychology suggests the importance of personal strengths and resources as a buffering force. One of these models is Furlong's Covitality model, which includes a series of socio-emotional competencies (self-confidence, trust in others, emotional competence and commitment to life). The aim of the work was to study the relationship between Covitality, the impact of COVID-19 and the occurrence of clinical psychological syndromes. An online protocol, "PsychorecurSOS COVID-19", was designed. Out of 1,020 participants, 595 completed the entire survey, with a higher representation of women (72.0%). Participants ranged in age from 18 to 83 years ($M = 37.21$, $SD = 13.19$). Cronbach's alpha values were calculated, descriptive statistical analyses, correlations between study variables and linear regression analyses were performed. Results indicated that girls had statistically significant scores on acute stress, agoraphobia, panic, generalised anxiety, social phobia, health anxiety and depression. However, effect sizes were small. Linear regression models indicated that Covitality dampens and stress exacerbates symptoms of anxiety and depression due to COVID-19, together explaining 46% of variance explained. The data indicate the importance of actions for the development of socioemotional competences that buffer the negative impact of future stressful events in order to prevent mental health problems.

Keywords: Covitality, clinical syndromes, psychological impact, COVID-19, socioemotional competencies.

Introducción

La situación de pandemia mundial producida por síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2), ha supuesto una situación excepcional de aislamiento social preventivo y obligatorio que ha ocasionado un gran impacto psicosocial para el conjunto de la humanidad. Según el estudio de Torales (2020), en su revisión sobre la literatura sobre el impacto de la COVID-19 en la salud mental, este estado de alarma internacional representa un gran desafío para la salud mental, ya que repercute de manera muy negativa, y a gran escala, sobre la psicopatología de las personas en la población general, y más en particular, en población con mayor vulnerabilidad (el sexo femenino, nivel socioeconómico más bajo, conflictos interpersonales, uso frecuente de las redes sociales y menor resiliencia y apoyo social. (Torales et al., 2020; Mowbray, 2020).

Algunas investigaciones realizadas a raíz de pandemias anteriores, han reflejado las múltiples consecuencias psicosociales que generaron, tanto de manera individual, como colectivamente, destacando la proliferación de trastornos psicológicos asociados a factores como la incertidumbre por la enfermedad, el aislamiento social, los períodos de cuarentena y el distanciamiento social (Huremovic, 2019).

Autores como Brooks et al. (2020) consideran estos mismos factores como los mayores predictores para desarrollar síntomas de estrés agudo y un empeoramiento de la salud mental de la población. Este impacto sobre la salud mental va, desde la aparición de síntomas más leves como el insomnio, hasta trastornos más complejos como ansiedad, depresión o trastorno de estrés postraumático, provocando un gran deterioro en la funcionalidad de la población (Ramírez-Ortiz et al., 2020).

Según las investigaciones de Mak et al. (2009), en las epidemias anteriores al síndrome respiratorio agudo grave SARS-CoV en 2003 y el síndrome respiratorio del medio oriente MERS-CoV en 2012, respectivamente, (cuya afectación en número de personas infectadas por este virus no es equiparable al actual SARS-CoV-2), aproximadamente el 35% de los supervivientes al SARS presentaron sintomatología psiquiátrica (Wu et al., 2005). Y, en el caso del MERS-CoV, alrededor del 40 % de las personas afectadas requirieron una intervención psiquiátrica (Kim et al, 2018). Además, la incidencia acumulada de los trastornos mentales en los supervivientes del MERS-CoV, fue del 58.9 %, donde el 44 % presentaron trastornos depresivos, el 47.8 % Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en algún momento después del brote, 13.3 % trastorno de pánico, 6.6 % agorafobia y 1.1 % fobia social. Treinta meses después de la SARS-CoV, la prevalencia de los trastornos mentales en el último mes fue de 33.3 %, siendo el TEPT el diagnóstico más común (25.6 %), seguido de los trastornos depresivos (15.6%) (Mak et al, 2009).

Recientemente, y en relación con la actual pandemia del COVID-19, en la revisión de la literatura de Brooks et al. (2020), incluyeron 24 estudios donde se estudiaron los efectos negativos de este virus sobre la salud mental. En general, se encontraron indicadores relacionados con un mayor nivel de distrés psicológico, síntomas de estrés postraumático, depresión, elevados niveles de estrés, insomnio, irritabilidad y un humor más bajo como resultado del impacto psicológico durante la cuarentena.

En concreto, durante la pandemia del COVID-19, la tasa de depresión en la población general a nivel internacional, ha sido de, entre el 3.7% y el 48.3% (Ahmed et al., 2020; Gao et al., 2020; Lei et al., 2020; Tan et al., 2020; Wang et al., 2020^a, 2020^b; Zhang et al., 2020). En cuanto a los síntomas de estrés postraumático, estudios como el

de Liu et al. (2020), destacan que el 7% de los participantes presentaba síntomas relacionados con este problema, asociándose la mayor parte de estos a trastornos de estrés agudo, siendo mayor la prevalencia en mujeres que en hombres y manifestando un mayor impacto psicológico y deterioro de la salud mental de ellas.

En España, un estudio con 5545 participantes de todo el territorio español, reveló que el 65% de las personas, mayoritariamente mujeres (73%), con una edad media de 47 años, informaron de la presencia de síntomas de ansiedad o depresión (Fullana et al, 2020), donde las emociones de miedo, nerviosismo, tristeza y culpa fueron las más experimentadas.

Por otra parte, en relación con las variables predictoras de la depresión, datos de estudios longitudinales destacan la soledad y una menor edad (González-Sanguino et al., 2020). Las medidas de salud pública adoptadas, como el distanciamiento social, son la causa principal para que las personas se sientan aisladas y en soledad, posibilitando el aumento del estrés, la ansiedad y, en consecuencia, el miedo ante los brotes de la enfermedad del COVID-19 (Usher et al., 2020).

El estudio de Valiente et al. (2020) con población española indica que la sintomatología de depresión se activa cuanto más miedo se experimenta hacia la pandemia y sus consecuencias económicas, donde uno de cada cinco españoles presenta síntomas clínicamente significativos de depresión (22.1%), siendo éstos síntomas más frecuentes en mujeres (27.8%) que en hombres (17.0%) y más frecuentes los síntomas de depresión (42.9% de los entrevistados) en el grupo de edad más joven (18-24 años). En cuanto a la ansiedad, las diferencias más significativas fueron en relación al sexo, más frecuentes en mujeres (26.8%) que en hombres (13.2%). Los mayores de 45 años muestran tasas menores de ansiedad. Los síntomas, prácticamente se duplican en los grupos de personas a quienes les preocupa el COVID-19 (46%), o sus consecuencias

económicas (32.4%). Este estudio también evidencia que los síntomas relacionados con haber vivido una experiencia potencialmente traumática amenazante para la vida, llegan a ser significativos, 19.7%. Predominan los síntomas de estrés postraumático relacionados con sensación de amenaza (39%), no habiendo diferencias significativas en el género y entre los grupos más jóvenes (18-45 años) (Valiente, et al., 2020).

En cuanto a los factores que disminuyen la probabilidad de aparición de síntomas, el bienestar psicológico se ha evidenciado como protector ante la aparición de sintomatología depresiva y ansiedad (González-Sanguino et al. 2020). En este mismo estudio, las mujeres presentaron mayor puntuación en cuanto a la soledad, los problemas previos de salud mental y la edad, (también aparecen como predictor de la misma). Según el estudio de González-Sanguino et al. (2020), el bienestar espiritual, el apoyo social y el sentido de pertenencia, actúan como factores de protección frente al desarrollo de depresión, ansiedad y trastornos de estrés postraumático, mientras que la soledad, el género femenino y trabajar presencialmente son los predictores más potentes, existiendo diferencias significativas entre hombres y mujeres, siendo ellas las más vulnerables a desarrollar este tipo de trastornos.

Diversos autores señalan la necesidad de desarrollar intervenciones efectivas para afrontar la situación, mejorar la recuperación psicológica y minimizar el impacto psicosocial de la epidemia en la población (Wang et al., 2020), considerando como elemento clave a desarrollar en este proceso, el afrontamiento emocional (Idoiaga et al., 2017).

Atendiendo a esta necesidad, se han encontrado diversos estudios que han demostrado que la covitalidad es un excelente predictor del bienestar psicológico, y que, además, reduce el impacto psicológico frente al SARS-CoV-2, disminuyendo los síndromes clínicos que de ella se puedan derivar (p. ej., Boman et al., 2017; Falcó et al.,

2020; Kim et al., 2019; Kim et al., 2014; Pašková, 2017; Pennell et al., 2015; Telef y Furlong, 2017b; You et al., 2018). El modelo de Covitalidad de Michael Furlong considera que determinadas competencias socioemocionales, como son las creencias en uno mismo, las creencias en los demás, la competencia emocional y el compromiso con la vida, amortiguan los efectos negativos de la exposición a situaciones de riesgo, promoviendo un adecuado ajuste psicosocial y previniendo el desarrollo de problemas de salud mental (Furlong et al., 2013).

Parafraseando a Falcó et al., (2020), los datos indican una mayor tendencia a presentar mayores síndromes clínicos y menor competencia socioemocional a mayor edad, así como una mayor sintomatología emocional negativa en mujeres, donde ellas presentaron mayores puntuaciones en competencia social y ellos en habilidades de autorregulación emocional.

Por tanto, el objetivo de este trabajo es estudiar la relación entre la Covitalidad, el impacto de la COVID-19 y la aparición de síndromes clínicos psicológicos.

Según la evidencia revisada, se espera hallar: 1. Mayor puntuación de síndromes clínicos en mujeres que en hombres; 2. Mayor puntuación total en las diferentes dimensiones de la Covitalidad (Creencia en uno mismo, Creencia en los demás, Competencia emocional y Compromiso con la vida) en mujeres que en hombres; 3º Menor puntuación en síndromes clínicos en mujeres que en hombres; 4º. A mayor puntuación en las diferentes dimensiones de la Covitalidad, el estrés agudo debido a la COVID-19 será menor; 5º A mayor puntuación en las diferentes dimensiones de la Covitalidad, la puntuación en los síndromes clínicos será menor.

Método

Diseño de estudio

El presente estudio es parte de un proyecto forma parte del Plan de Continuidad de la Universidad Miguel Hernández de Elche, donde se pretende estudiar y ayudar al comunidad universitaria a través de un plan de acción coordinado en relación a posibles problemas psicológicos causados por la actual crisis de salud del COVID-19 (más información en <https://pdc.umh.es/>).

Para ello se diseñó un protocolo específico, "PsicorecurSOS COVID-19", cuyo objetivo principal fue autoevaluar los recursos personales de los participantes frente al impacto psicológico de la crisis sanitaria. Los datos se fueron recopilando mediante una encuesta en línea a través de la plataforma DetectaWeb (Piqueras et al., 2017), donde al finalizar la encuesta, cada participante recibió de manera personalizada un informe con sus resultados, recomendaciones y sugerencias para mejorar sus recursos personales y reducir así el impacto negativo producido por la crisis sanitaria.

El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Miguel Hernández (Referencia: DPS.JPR.01.20). Para fomentar la participación, la universidad, la española Red de Universidades Saludables (REUS), Universidad Católica San Antonio de Murcia, y la Universidad de Alicante, difundieron información sobre el estudio a través de sus sitios web y redes sociales, invitando a participar a toda la comunidad universitaria. Antes de completar el protocolo, los participantes debían aceptar su participación y proporcionar consentimiento informado. Los datos aportados en este estudio se corresponden con el lanzamiento del protocolo (21 de abril de 2020) y el fin del estado de alerta en España (21 de julio de 2020). Del mismo modo este trabajo

cuenta con el Código de Investigación Responsable (COIR):

TFM.MPG.JAPR.AIPG.201219.

Participantes

Se contabilizaron un total de 1.020 personas que aceptaron participar en este estudio, sin embargo, sólo se incluyeron para el análisis de este estudio a aquellos participantes que dieron su consentimiento informado, los que completaron todo el protocolo y los que eligieron la opción “hombre” o “mujer” en la pregunta sobre la identificación de sexo, por lo que la muestra total fue de 595 participantes, teniendo una mayor participación y representación de mujeres (72.0%) frente a los hombres (27.4%). La edad de los participantes osciló entre los 18 y los 83 años, ($M = 37.21$; $DT = 13.19$).

Variables

Las principales variables que se contaron para el presente estudio, fueron las que se detallan a continuación:

Estrés agudo

La IES-R (Weiss y Marmar, 1997), es un autoinforme de 22 ítems agrupados en 3 dimensiones: intrusión (7 ítems: 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20); hiperactivación (7 ítems: 4, 10, 15, 18, 19, 21) y evitación (8 ítems: 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, y 22). Los índices iniciales de fiabilidad fueron calculados en dos muestras diferentes con valores para la dimensión de intrusión de 0.87 y 0.91, evitación 0.85 y 0.84 e hiperactivación 0.79 y 0.90. La adaptación española del cuestionario (de Gracia et al., 2005) muestra una agrupación de ítems en tres factores, semejante a la versión original excepto en el ítem 14 que aparece integrado en la dimensión de hiperactivación en vez de intrusión. El formato de respuesta es de tipo Likert con cinco categorías asociadas a un criterio temporal, en un rango de puntuación de 0 (nunca) a 4 (siempre) en sentido positivo, a

más puntuación más sintomatología ansiosa manifestada. En este estudio, el coeficiente de fiabilidad para el total de la escala es 0.95, en cada dimensión los valores de alfa son 0.96, 0.97 y 0.94 para evitación, intrusión e hiperactivación, respectivamente (de Gracia et al., 2005).

Competencias emocionales: Creer en uno mismo, Creer en otros, Competencia emocional, Compromiso con la vida

La Encuesta de salud socioemocional (SEHS; Furlong et al., 2017) se utiliza para estudiar la presencia de fortalezas personales o socioemocionales competencias y tiene dos versiones: una para estudiantes universitarios (SEHS-HE) y otra para la población general (SEHS-GP) de Piqueras et al. (2020). Ambas versiones son idénticas, salvo las preguntas referidas al ámbito universitario que en la SEHS-GP se refieren a un entorno laboral (por ejemplo, SEHS-HE: "Tengo un amigo en mi universidad que se preocupa por mí". versus SEHS-GP: "Tengo un amigo en mi trabajo que se preocupa por mí"). Este instrumento es una medida multidimensional de la covitalidad, que se refiere a la coexistencia de habilidades intrapersonales y recursos interpersonales, cuya combinación aumenta la probabilidad de que una persona tenga resultados positivos en su desarrollo y bienestar psicológico. Esto se logra sumando los resultados obtenidos en términos de creencia en uno mismo (subescalas: autoeficacia, persistencia, autoconciencia), creencia en los demás (subescalas: apoyo familiar, apoyo institucional, apoyo de pares), competencia emocional (subescalas: reevaluación cognitiva, empatía, autorregulación) y vida comprometida 10 (subescalas: gratitud, entusiasmo, optimismo). Esta medida se obtiene a través de 36 ítems con una escala de respuesta de 1, "muy poco característico de mí", a 6, "muy característico" (para más información www.covitalityucsb.info). Los análisis de consistencia interna mostraron un valor alfa

de Cronbach de 0.94, que fue igual al obtenido por Furlong, et al. (2017). También obtuvimos un valor de McDonald's de 0.77.

Síndromes clínicos: Agorafobia, Pánico, TAG, Fobia social, Ansiedad por enfermar, TOC, Depresión.

Escala de Síntomas de Trastornos de Ansiedad y Depresión (ESTAD) (Sandín et al., 2013). La ESTAD es una escala de autoinforme la cual fue diseñada para evaluar los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión de acuerdo con la sintomatología descrita en el DSM-5 (APA, 2013). La escala consiste en 35 ítems y 7 subescalas (cada subescala tiene 5 ítems). Seis subescalas evalúan la sintomatología correspondiente a los principales trastornos de ansiedad y depresión: agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad a la enfermedad, y trastorno depresivo mayor. La escala incluye también una subescala destinada a evaluar los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo. La prueba se contesta de acuerdo con una escala de frecuencia que varía entre 0 («nunca») y 4 («muchas veces»). Los análisis de consistencia interna mostraron un valor alfa de Cronbach de 0.77.

Análisis estadístico

La codificación y tratamiento de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS 25.0 para Windows. Primero, para determinar la prevalencia de los Síndromes Clínicos, Covitalidad y el Estrés Agudo, se realizaron análisis descriptivos y comparación de medias (M y DT). En consecuencia, las puntuaciones medias de las variables (*t* de Student, prueba para muestras independientes) se compararon según el sexo y edad, proporcionando tamaños de efecto utilizando la *d* de Cohen (Cohen, 1988).

Se considera que valores inferiores a 0.2 indican un efecto de pequeño tamaño, 0.5 de magnitud media y 0.8 indica un efecto de alta magnitud.

En segundo lugar, en relación con las escalas, se evaluó la consistencia interna mediante los valores alfa de Cronbach. (Cronbach, 1951). Un análisis de consistencia internase realizó de acuerdo con los valores de referencia de George y Mallery (2003), en cuyo alfa de Cronbach se considera cuestionable si está entre 0.61 y 0.70, aceptable si está entre 0.71 y 0.80, bueno si está entre 0.81 y 0.90 y excelente si por encima de 0.90. En cuarto lugar se realizaron correlaciones bivariadas (Pearson), para examinar la asociación entre las variables de estudio. En cuarto lugar, el análisis de regresión lineal simple con el método introducir, para comprobar qué porcentaje de varianza quedaba explicada por las variables de estudio.

Resultados

Los resultados obtenidos de los análisis descriptivos se reflejan en la Tabla 1, donde, la mayor participación de mujeres (72.0%). La edad de los participantes osciló entre los 18 y los 83 años, ($M = 37.21$; $DT = 13.19$). Las mayores puntuaciones las observamos en las variables de Covitalidad (Creer en uno mismo, Creer en otros, Competencia emocional y Compromiso con la vida), frente a la presencia de síndromes clínicos. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación obtenidas entre hombres y mujeres, aunque con un tamaño del efecto pequeño, en los síndromes clínicos de estrés agudo, agorafobia, pánico y TAG, donde las mujeres presentaron las puntuaciones más elevadas.

Tabla 1.*Estadísticos descriptivos y diferencias por sexo*

	Total (N=595)		Mujeres (N=431)		Hombres (N=164)		t	d
	M	D	M	D	M	D		
Creer en uno mismo	42.29	7.37	42.37	7.15	42.34	7.55	-.05	.4
Creer en otros	40.96	8.7	41.26	8.66	4.27	8.68	-1.24	.11
Competencia emocional	42.83	6.61	42.84	6.34	43.07	6.83	.38	-.03
Compromiso con la vida	42.38	7.91	42.34	7.62	42.76	8.26	.57	-.05
Agorafobia	3.9	4.20	4.19	4.26	3.07	3.78	-2.94	.27*
Pánico	2.13	3.40	2.37	3.52	1.38	2.65	-3.26	.31***
TAG	6.19	5.12	6.92	5.19	4.17	4.24	-6.06	.58***
Fobia Social	4.17	4.11	4.5	4.11	3.17	3.75	-3.61	.33
Ansiedad por enfermar	3.89	3.86	4.08	3.89	3.35	3.57	-2.09	.19
TOC	4.64	3.75	4.7	3.65	4.48	3.81	-.65	.05
Depresión	3.56	3.86	3.83	3.89	2.76	3.46	-3.08	.29
Estrés Agudo	23.68	15.08	25.45	15.27	18.99	13.39	-4.76	.44*

Nota: * $p < .05$; *** $p < .001$; M = Media; SD = Desviación estadística; d = efecto d de Cohen; TAG = Trastorno de ansiedad generalizada; TOC = Trastorno obsesivo-compulsivo.

La Tabla 2 se muestran los resultados de las correlaciones con las variables del estudio. Para llevar a cabo este análisis se asume un nivel de confianza del 95% ($p < 0.05$). Las correlaciones reflejan diferencias entre mujeres y hombres, siendo estadísticamente significativas y negativas con la edad, y positivas con el estrés agudo, agorafobia, pánico, ansiedad generalizada, fobia social, ansiedad por enfermar y depresión.

En cuanto a la variable edad, las correlaciones muestran asociaciones significativas y negativas entre estrés agudo, agorafobia, pánico, ansiedad generalizada, fobia social, TOC y depresión, y en positivo correlaciona con creer en uno mismo, creer en otros, competencia emocional y compromiso con la vida.

Con respecto a las diferentes dimensiones de la Covitalidad (Creencia en uno mismo, Creencia en los demás, Competencia emocional y Compromiso con la vida), los

resultados indican una correlación negativa y significativa con el estrés agudo y síndromes clínicos.

Tabla 2.
Correlaciones bivariadas entre variables de estudio

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Género	1.00													
Edad	.20**	1.00												
Estrés agudo	.19**	-.20**	1.00											
Creer en uno mismo	.00	.20**	-.33**	1.00										
Creer en otros	.05	.09*	-.17**	.48**	1.00									
Competencia emocional	-.02	.24**	-.22**	.65**	.44**	1.00								
Compromiso con la vida	-.02	.18**	-.33**	.68**	.60**	.69**	1.00							
Agorafobia	.12**	-.10*	.44**	-.16**	-.16**	-.13**	-.22**	1.00						
Pánico	.13**	-.12**	.55**	-.35**	-.26**	-.27**	-.36**	.63**	1.00					
TAG	.24**	-.27**	.64**	-.35**	-.21**	-.31**	-.44**	.54**	.69**	1.00				
Fobia social	.14**	-.23**	.42**	-.33**	-.26**	-.20**	-.38**	.57**	.57**	.61**	1.00			
Ansiedad por enfermar	.08*	-.07	.45**	-.19**	-.12**	-.15**	-.19**	.54**	.54**	.55**	.45**	1.00		
TOC	.03	-.11**	.36**	-.11**	-.07	-.07	-.11**	.58**	.48**	.45**	.43**	.59**	1.00	
Depresión	.12**	-.29**	.53**	-.50**	-.37**	-.40**	-.61**	.41**	.61**	.69**	.55**	.36**	.32**	1.00

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; El género se codificó 0 = masculino. 1 = femenino. TAG = Trastorno de ansiedad generalizada; TOC = Trastorno obsesivo-compulsivo.

Finalmente, en cuanto al análisis de regresión lineal realizado para comprobar la importancia del valor predictivo de los síndromes clínicos sobre las variables, sexo, Covitalidad y estrés agudo (Tabla 3), el análisis informó que el 46% de la varianza, era explicada por la Covitalidad (R^2 ajustada= 46%). Esta relación fue significativa y positiva para el ESTAD en las variables sexo ($\beta = 0.07$) y el estrés agudo ($\beta = 0.53$). Sin embargo, la variable de compromiso con la vida ($\beta = -0.22$) lo predecía de manera significativa pero negativamente, por lo que, un menor grado de compromiso con la vida se asocia a mayores síndromes clínicos y viceversa.

En cuanto a los análisis de regresión lineal para el resto de variables de los síndromes clínicos como agorafobia, pánico, ansiedad por enfermar y TOC, se predijo de manera positiva la relación con el estrés agudo ($\beta = 0.42$, $\beta = 0.47$, $\beta = 0.43$ y $\beta =$

0.37 respectivamente), explicando el 20, 35, 20 y 12% de la varianza explicada ($p = 0.001$).

Los análisis para el TAG pronosticaron de manera significativa y positiva la relación con las variables sexo ($\beta = 0.13$) y estrés agudo ($\beta = 0.53$), sin embargo, la variable compromiso con la vida, lo pronosticó de manera negativa ($\beta = -0.28$), explicando el 48% de la varianza ($R^2 = 0.48$).

En cuanto a la fobia social, la variable sexo ($\beta = 0.09$), la competencia emocional ($\beta = 0.15$), y el estrés agudo ($\beta = 0.29$), resultaron significativas para predecir este síndrome clínico, sin embargo, las variables de creer en uno mismo ($\beta = -0.11$) y compromiso con la vida ($\beta = -0.27$), resultaron negativas para desarrollar este trastorno, explicando el 26% de la varianza.

Por último, el valor predictivo de la variable depresión, presentaba una relación significativamente negativa con creer en uno mismo ($\beta = -0.10$) y compromiso con la vida ($\beta = -0.44$). Por el contrario, presentaba una relación positiva con el estrés agudo ($\beta = 0.35$), explicando así el 49% de la varianza total ($R^2 = 0.49$).

Tabla 3.

Análisis de regresión lineal de los Síndromes Clínicos (ESTAD) en la predicción del sexo. Covitalidad y Estrés Agudo.

Variable Dependiente	Variables Independientes	B	Error estándar	β	t	Sig.	R ² Ajustado
ESTAD	Sexo	3.47	1.48	.07	2.34	.01*	.46
	SEHS – Creer en uno mismo	-.11	.13	-.03	-.86	.38	
	SEHS – Creer en otros	-.11	.09	-.04	-1.15	.25	
	SEHS – Competencia emocional	.12	.14	.03	.81	.41	
	SEHS – Compromiso con la vida	-.62	.14	-.22	-4.41	.00***	
	IES	.78	.04	.53	16.19	.00***	

Variable Dependiente	Variables Independientes	B	Error estándar	β	t	Sig.	R ² Ajustado
Agorafobia	Sexo	.44	.34	.04	1.29	.19	.2
	SEHS – Creer en uno mismo	.42	.03	.07	1.34	.17	
	SEHS – Creer en otros	-.04	.02	-.08	-1.83	.06	
	SEHS – Competencia emocional	-	.3	-	.12	.89	
	SEHS – Compromiso con la vida	-.04	.03	-.08	-1.39	.16	
	IES	.11	.01	.42	1.52	.00***	
Variable Dependiente	Variables Independientes	B	Error estándar	β	t	Sig.	R ² Ajustado
Pánico	Sexo	.43	.25	.05	1.73	.08	.35
	SEHS – Creer en uno mismo	-.04	.02	-.09	-1.94	.05	
	SEHS – Creer en otros	-.03	.01	-.08	-1.92	.05	
	SEHS – Competencia emocional	-	.02	-	-.04	.96	
	SEHS – Compromiso con la vida	-.03	.02	-.09	-1.61	.1	
	IES	.1	-	.47	13.03	.00***	
Variable Dependiente	Variables Independientes	B	Error estándar	β	t	Sig.	R ² Ajustado
TAG	Sexo	1.47	.33	.13	4.38	.00***	.48
	SEHS – Creer en uno mismo	.01	.03	.01	.35	.72	
	SEHS – Creer en otros	.02	.02	.04	1.1	.26	
	SEHS – Competencia emocional	-.01	.03	-.01	-.36	.71	
	SEHS – Compromiso con la vida	-.18	.03	-.28	-5.73	.00***	
	IES	.18	.01	.53	16.5	.00***	
Variable Dependiente	Variables Independientes	B	Error estándar	β	t	Sig.	R ² Ajustado
Fobia Social	Sexo	.88	.32	.09	2.74	.00***	.26
	SEHS – Creer en uno mismo	-.06	.02	-.11	-2.1	.03*	
	SEHS – Creer en otros	-.02	.02	-.06	-1.38	.16	
	SEHS – Competencia emocional	.09	.03	.15	2.98	.00***	
	SEHS – Compromiso con la vida	-.14	.03	-.27	-4.65	.00***	
	IES	.08	.01	.29	7.68	.00***	
Variable Dependiente	Variables Independientes	B	Error estándar	β	t	Sig.	R ² Ajustado
Ansiedad Enfermar	Sexo	.1	.31	.01	.33	.74	.2
	SEHS – Creer en uno mismo	-	.02	-.01	-.2	.83	
	SEHS – Creer en otros	-.01	.02	-.02	-.62	.53	

	SEHS – Competencia emocional	-.01	.03	-.02	-.43	.66	
	SEHS – Compromiso con la vida	-	.03	.01	-.17	.86	
	IES	.11	.01	.43	1.88	.00***	
Variable Dependiente	Variables Independientes	B	Error estándar	β	t	Sig.	R ² Ajustado
TOC	Sexo	-.31	.32	-.03	-.99	.32	.12
	SEHS – Creer en uno mismo	-	.02	-	-.15	.88	
	SEHS – Creer en otros	-	.02	.01	-.36	.71	
	SEHS – Competencia emocional	.01	.03	.01	.33	.73	
	SEHS – Compromiso con la vida	-	.03	.01	.28	.77	
	IES	.09	.01	.37	09.05	.00***	
Variable Dependiente	Variables Independientes	B	Error estándar	β	t	Sig.	R ² Ajustado
Depresión	Sexo	.45	.25	.05	1.82	.06	.49
	SEHS – Creer en uno mismo	-.05	.02	-.1	-2.33	.02*	
	SEHS – Creer en otros	-.01	.01	-.03	-.82	.4	
	SEHS – Competencia emocional	.03	.02	.06	1.43	.15	
	SEHS – Compromiso con la vida	-.21	.02	-.44	-9.05	.00***	
	IES	.09	-	.35	11.05	.00***	

Nota: * p <.05; *** p <.001; TAG: Trastorno de ansiedad generalizada; TOC: Trastorno obsesivo compulsivo; IES: Estrés agudo.

Discusión

El objetivo de este estudio era analizar la relación entre la Covitalidad, el impacto de la COVID-19 y la aparición de los síndromes clínicos psicológicos. Los resultados hallados en este estudio arrojan datos sobre la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación de las mujeres y hombres, aunque con tamaños de efecto pequeños, en el estrés agudo debido a la COVID-19, y los síndromes clínicos como agorafobia, pánico, TAG, fobia social, ansiedad por enfermarse y depresión. Por otro lado, apenas existieron diferencias significativas entre ambos sexos, en las diferentes dimensiones de la Covitalidad.

Las correlaciones también reflejaron diferencias según el sexo, siendo estadísticamente significativas y negativas con la edad, y positivo con el estrés agudo, agorafobia, pánico, ansiedad generalizada, fobia social, ansiedad por enfermarse y depresión. La variable edad pareció no influir en la aparición de los síndromes clínicos, pero sí con la Covitalidad, que a su vez correlacionó de manera negativa y significativa con el estrés agudo y síndromes clínicos, encontrando efectos pequeños-moderados.

Los análisis de regresión lineal nos indicaron que el estrés agudo y el ser mujer, fueron un factor de riesgo para el desarrollo de síndromes clínicos relacionados con la ansiedad, tales como TAG y fobia social. Sin embargo, los factores que actuaron como protectores frente al desarrollo de problemas de salud mental fueron el creer en uno mismo y el compromiso con la vida.

Por tanto, en cuanto a la primera hipótesis de este estudio, se confirma, puesto que se da una mayor presencia de síndromes clínicos en mujeres, manifestando un mayor impacto psicológico y deterioro de la salud mental, al igual que en el estudio de Liu et al., (2020). Múltiples estudios apoyan esta hipótesis, entre ellos, el que se realizó en España, (Fullana et al., 2020), donde 65% de los participantes informaron de síntomas de ansiedad o depresión, (siendo el 73% de la muestra mujeres con una edad media de 47 años).

En otro estudio realizado por Valiente et al., (2020), indicó que uno de cada cinco españoles presentó síntomas clínicamente significativos de depresión (22.1%), con una mayor frecuencia de estos síntomas en mujeres (27.8%) que en hombres (17.0%). Lo mismo ocurrió para la ansiedad, donde las diferencias más significativas las encontramos en las mujeres (26.8%) frente a los hombres (13.2%).

La segunda hipótesis de nuestro estudio también se ve confirmada por los resultados obtenidos, ya que nos indica que las mujeres son las que obtienen en general, una mayor puntuación total en las diferentes dimensiones de la Covitalidad (Creencia en uno mismo, Creencia en los demás, Competencia emocional y Compromiso con la vida). Estudios como el González-Sanguino et al. (2020), Idoiaga et al., (2017) y Falcó et al., (2020), apuntan al desarrollo de mayores competencias socioemocionales en las mujeres y un mejor afrontamiento emocional (frente al sexo masculino), siendo el apoyo social, el sentido de pertenencia y la competencia social, los factores de protección para ellas.

Frente a la aparición de los síndromes clínicos, no se confirma nuestra tercera hipótesis en este estudio, ya que se observó una mayor puntuación en el desarrollo de problemas de salud mental en las mujeres que en hombres. Esta hipótesis la desmienten múltiples estudios como el de Torales (2020), donde destaca un mayor impacto en la salud mental en las mujeres, debido a una mayor vulnerabilidad asociada al sexo femenino para sufrir trastornos mentales.

Liu et al. (2020) en su estudio, también hacen referencia a la mayor prevalencia de síndromes clínicos en las mujeres y un mayor impacto psicológico en ellas. Otros estudios como los de Valiente et al. (2020), confirman una mayor sintomatología en trastornos de ansiedad y depresión en las mujeres. Por su parte, autores como González-Sanguino et al. (2020) y Falcó et al. (2020), en sus respectivos estudios, confirman lo citado anteriormente y destacan el mayor deterioro en la salud mental de las mujeres frente al de los hombres.

En cuanto a la cuarta y quinta hipótesis de nuestro estudio se ven confirmadas puesto que a mayor puntuación en las diferentes dimensiones de la Covitalidad, el estrés

agudo debido a la COVID-19 es menor, así como también es menor el desarrollo de síndromes clínicos cuando se observan mayores puntuaciones en Covitalidad.

Tanto el estrés agudo como el desarrollo de síndromes clínicos, afectan de manera negativa a la calidad de vida de las personas. Unas mayores puntuaciones de estrés agudo debido a la COVID-19, han confirmado una mayor presencia de síndromes clínicos, destacando la proliferación de trastornos psicológicos, que van desde síntomas más leves como el insomnio, hasta trastornos más complejos como ansiedad, depresión o trastorno de estrés postraumático, y que van asociados a la incertidumbre por la enfermedad, el aislamiento social, los períodos de cuarentena y el distanciamiento social (Huremovic, 2019).

Según lo establecido en la literatura, autores como Brooks et al., (2020) consideran estos mismos factores como los más predictivos para desarrollar síntomas de estrés agudo, agravando la salud mental de la población y provocando un mayor deterioro en la funcionalidad de la población. (Ramírez-Ortiz, et al. 2020). En investigaciones pasadas, (cuya afectación en número de personas no es equiparable al actual COVID-19), Mak et al. (2009) pudo evidenciar que cerca del 35% de los sobrevivientes tuvieron sintomatología psiquiátrica (Wu et al., 2005).

En contraposición, surge la posibilidad de desarrollar competencias socioemocionales que actúen como factor de protección frente al desarrollo de problemas de salud mental. En especial surge el concepto de Covitalidad como amortiguador, donde unas mayores puntuaciones en Covitalidad (Creencia en uno mismo, Creencia en los demás, Competencia emocional y Compromiso con la vida), menor impacto del estrés agudo en las personas, debido a la COVID-19, y por lo tanto también se reduce la presencia de síndromes clínicos, (dando respuesta así, a nuestro quinto objetivo de estudio). Así, Falcó et al. (2020) demostraron en su estudio que la

covitalidad resultó ser un excelente predictor del bienestar psicológico, y que además reducía el impacto psicológico frente al COVID-19, disminuyendo los síndromes clínicos.

En cuanto limitaciones encontradas en este estudio, destacamos la relativa a la representatividad y homogeneidad de la muestra, la que hace referencia al sexo de los participantes, (formada en su mayoría por mujeres frente a los hombres). Esto limita las conclusiones de este estudio puesto que, no pueden ser generalizables ni consistentes en la población, aunque sí suponen una primera aproximación al estudio de estas variables.

Otra de las limitaciones la encontramos en que es un estudio transversal y por lo tanto no podemos observar el impacto a lo largo del tiempo. Tampoco se pueden hacer deducciones de los factores de riesgo en épocas anteriores al estudio.

Por último, también cabe destacar las limitaciones en el tamaño del efecto, con un impacto pequeño sobre la muestra, donde la potencia estadística es pequeña y por tanto menos generalizable a la población estudiada.

De esta manera, para futuras investigaciones y a modo de mejoras sobre las presentes limitaciones, se hace necesario seguir con la investigación y apostar por un modelo longitudinal que arroje resultados más generalizables y consistentes en el tiempo. Aun así, los resultados obtenidos nos indican la necesidad de implantar estrategias para minimizar el impacto psicosocial de la pandemia en la población, y, para ello, se podría proponer el modelo de Covitalidad. Por ello es importante desarrollar programas específicos que amparen a la población, en especial los dirigidos a minimizar el impacto psicológico en las mujeres.

Este estudio ha aportado una contribución importante para la investigación debido a que la temática es de gran relevancia en la actualidad para diversos ámbitos

como el sanitario y el educativo. Por lo que, el desarrollo de determinadas competencias socioemocionales, como son las creencias en uno mismo, las creencias en los demás, la competencia emocional y el compromiso con la vida, amortiguan los efectos negativos de la exposición a situaciones de riesgo, promoviendo un adecuado ajuste psicosocial y previniendo el desarrollo de problemas de salud mental en la población.

Referencias

- Ahmed, M. Z., Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L. y Ahmad, A. (2020). Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian Journal of Psychiatry*, 51. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102092>.
- Boman, P., Mergler, A. y Pennell, D. (2017). The effects of covitality on well-being and depression in Australian high school adolescents. *Clinical Psychiatry*, 3(2), 15. <https://doi.org/10.21767/2471-9854.100046>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J. (2020). El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirla: revisión rápida de las pruebas. *Lancet*, 395, 912-20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cronbach, L. J. (1951). Coeficiente alfa y la estructura interna de las pruebas. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Falcó, R., Marzo, J. C. y Piqueras, J. A. (2020). La Covitalidad como factor protector ante los problemas interiorizados y exteriorizados en adolescentes españoles. *Psicología Conductual* 28(3), 393-413.
- de Gracia, M., Costa, A. y Zaragoza, S. (2005). Adaptación de las escalas de valoración del estrés postraumático IES-R y Civilian Mississippi Scale for PTSD. IX Congreso Nacional de Psiquiatría, Pamplona.

- Fullana, M. A., Hidalgo-Mazzei, D., Vieta, E. y Radua, J. (2020). Coping behaviors associated with decreased anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Journal of Affective Disorders*, 275, 80-81.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.027>
- Furlong, M. J., You, S., Renshaw, T. L., O'Malley, M. D. y Rebelez, J. (2013). Preliminary development of the positive experiences at school scale for elementary school children. *Child Indicators Research*, 6, 753-775. <https://doi.org/10.1007/s12187-013-9193-7>
- Furlong, M. J., You, S., Shishim, M. y Dowdy, E. (2017). Development and validation of the Social Emotional Health Survey-Higher Education version. *Applied Research in Quality of Life*, 12, 343-36
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S. y Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS One* 15(4).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. A., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C. y Muñoz, M. (2020). Mental Health Consequences during initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior and Immunity*, 87, 172-176. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
- Huremovic, D. (2019). *Psychiatry of pandemics: A mental health response to infection outbreak*. Springer International, Switzerland. 10.1007/978-3-030-15346-5
<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-15346-5>
- Idoiaga, N., Gil, L. y Valencia, J. (2017). Understanding an Ebola outbreak: Social representations of emerging infectious diseases. *Journal of Health Psychology*, 22(7), 951-60. <https://doi.org/10.1177/1359105315620294>

- Kim, E. K., Furlong, M. J., Dowdy, E. y Felix, E. D. (2014). Exploring the relative contributions of the strength and distress components of dual-factor complete mental health screening. *Canadian Journal of School Psychology*, 29(2), 127-140. <https://doi.org/10.1177/0829573514529567>
- Kim, H-C., Yoo, S-Y., Lee, B-H., Lee, SH. y Shin, H-S. (2018). Psy-chiatric findings in suspected and confirmed middle east respiratory syndrome patients quarantined in hospital: A Retrospective chart analysis. *Psychiatry Investigation* 15(4), 355-360. [10.30773/pi.2017.10.25.1](https://doi.org/10.30773/pi.2017.10.25.1)
- Lei, L., Huang,X., Zhang, S., Yang, J., Yang, L. y Xu, M. (2020). Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *Medical science monitor*, 26. <https://doi.org/10.12659/MSM.924609>
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y-T., Liu, Z., Hu, S. y Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 17-18. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)
- Liu N, Zhang F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L et al. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 Outbreak in China Hardest-hit Areas: Gender differences matter. *Psychiatry Res.* 2020;287. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>.
- Mak, I. W. C., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G. C. y Chan, V. L. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *General Hospital Psychiatry* 31(4), 318-26. <https://doi.org/10.1016/j.genhos-ppsyh.2009.03.001>
- Mowbray, H. (2020). In Beijing, coronavirus 2019-nCoV has created a siege mentality. *British Medical Journal* 368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m516>.

- Pašková, L. (2017). Social emotional health of secondary school students. *The New Educational Review*, 48(2), 117-131. <https://doi.org/10.15804/tner.2017.48.2.09>
- Pennell, C., Boman, P. y Mergler, A. (2015). Covitality constructs as predictors of psychological well-being and depression for secondary school students. *Contemporary School Psychology*, 19(4), 276-285. <https://doi.org/10.1007/s40688-015-0067-5>
- Piqueras, J. A., Gómez-Gómez, M., Marzo, J. C., Gómez-Mir, P., Falco, R., Valenzuela, B., & The PSICO-RECURSOS COVID-19 study group (2020) Validation of the Spanish version of Fear of COVID-19 Scale: Its association with acute stress and coping (en prensa) *International Journal of Mental Health and Addiction*
<https://doi:10.1007/s11469-020-00353-6>
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F. y Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Colombian Journal of Anesthesiology* 48(4).
<https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Sandín, B., Valiente, R.M., Pineda, D., García-Escalera, J., y Chorot, P. (2018). Escala de Síntomas de los Trastornos de Ansiedad y Depresión (ESTAD): Datos preliminares sobre su estructura factorial y sus propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 23, 163-177. <https://doi: 10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.22976>
- Tan, W., Hao, F., McIntyre, R.S., Jiang, L., Jiang, X., Zhang, L., y Tam, W. (2020). Is returning to work during the COVID-19 pandemic stressful? A study on immediate mental health status and psychoneuroimmunity prevention measures of Chinese workforce. *Brain, Behavior, and Immunity* 87, 84-92.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.055>

- Telef, B. B. y Furlong, M. J. (2017). Social and emotional psychological factors associated with subjective well-being: a comparison of Turkish and California adolescents. *Cross-Cultural Research*, 51(5), 491-520. <https://doi.org/10.1177/1069397117694815>
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, JM. y Ventriglio, A. (2020) The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal Social Psychiatry*, 66(4), 317-320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- Usher, K., Durkin, J., y Bhullar, N. The COVID-19 pandemic and mental health impacts. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(3), 315-318. <https://doi.org/10.1111/inm.12726>
- Valiente, C., Vázquez, C., Peinado, V., Contreras, A., Truchante, A., Bentall, R., y Martínez, A. (2020). *Estudio nacional representativo de las respuestas de los ciudadanos de España ante la crisis de COVID-19: respuestas psicológicas. (Informe 2.0)* UCM.es <https://www.ucm.es/tribunacomplutense/revcul/tribunacomplutense/doc24997.pdf>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. y Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wang, Y., Di, Y., Ye, J., y Wei, W. (2020). Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China *Psychology. Health Medicine*. 1-10. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1746817>
- Wu, KK., Chan, SK. y Ma. TM. (2005). Posttraumatic stress after SARS. *Emerging Infectious Diseases* 11(8), 1297-1300. <https://doi.org/10.3201/eid1108.041083>

You, S., Lim, S. A. y Kim, E. K. (2018). Relationships between social support, internal assets, and life satisfaction in Korean adolescents. *Journal of Happiness Studies*, 19, 897-915.

<https://doi.org/10.1007/s10902-017-9844-3>

Zatzick, D. F., Marmar, C. R., Weiss, D. S., Browner, W. S., Metzler, T. J., Golding, J. M., Stewart, A., Schlenger, W. E. y Wells, K. B. (1997). Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 154(12), 1690-1695.

<https://doi.org/10.1176/ajp.154.12.1690>

Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., Min, B. Q., Tian, Q., Leng, H.X., Du, J. L., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F. F., Yan, T. Y., Dong, H. Q., Han, Y., Wang, Y. P., Cosci, F y Wang, H. X. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(4), 242-250.

<https://doi.org/10.1159/000507639>