

Volumen 18

Número 1

Junio 2021

ISSN: 1578-908X

ACCIÓN PSICOLÓGICA

Director: José Luis Martorell

Monográfico

Psicología y COVID-19

Coordinadores: Miguel Ángel Carrasco y Purificación Sierra



Open Acces online

<http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica>

Acción Psicológica

REVISTA SEMESTRAL DE PSICOLOGÍA
VOLUMEN 18, NÚMERO 1, JUNIO 2021 - ISSN: 2255-1271

Acción Psicológica es una revista semestral editada por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia desde el año 2002. Publica artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas, como también estudios de casos sobre diversas áreas de la Psicología.

Editor jefe / Chief Editor: José Luis Martorell Ypiens

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Editor / Editor: Miguel A. Carrasco

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Editores asociados / Associate Editors

Donald H. Saklosfke

University of Western Ontario, Canadá

Annamaria Di Fabio

Università degli Studi di Firenze - UniFI

Gabriela Topa Cantisano

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Coordinadora editorial/ Editorial Coordination

M. Ángeles López González

Universidad Rey Juan Carlos

CONSEJO EDITORIAL / EDITORIAL ADVISORY BOARD

Rubén Ardua (Universidad Nacional de Colombia)

Farah Malik (University of the Punjab, Pakistan)

M^a Dolores Avia Aranda (UCM)

Jesús Ignacio Martín Cordero (UNED)

José Bermúdez Moreno (UNED)

José Carlos Mingote Adán, Soc. Esp. Medicina Psicosomática

Lluís Botella García del Cid (Universitat Ramon Llull)

Maritza Montero (Universidad Central de Venezuela)

Helio Carpintero Capell (UDIMA)

José Muñoz Fernández (Universidad de Oviedo)

Eric J. de Bruyn (Radboud Universiteit Nijmegen, Holanda)

K. Paulick (Universität Hamburg, Alemania)

Gian Vittorio Caprara (Sapienza-Università di Roma, Italia)

José María Peiró Silla (Universitat de València)

Jean Paul Caverni (Université d'ÁixMarseille, Francia)

Ana María Pérez García (UNED)

Enrique Echeburúa Odriozola (UPV/EHU)

Susan Pick (Universidad Central de México)

Michael W. Eysenck (University of London, UK)

Karen Ripoll-Núñez (Universidad de los Andes, Colombia)

Lourdes Ezpeleta Ascaso (Universitat de Barcelona)

Juan Fco. Rodríguez Testal (Universidad de Sevilla)

Guillem Feixas (Universitat de Barcelona)

Donald K. Routh (Universidad of Miami, USA)

Rocío Fernández Ballesteros (Universidad Autónoma Madrid)

Fernando Rubio Garay (COP, España)

María Forns Santacana (Universitat de Barcelona)

M. Salas (Universidad Católica de Chile)

Akis Giovazolias (University of Crete, Greece)

N. Salgado (Universidad Central de México)

Francisco Pablo Holgado (UNED)

Encarnación Sarriá Sánchez (UNED)

David Jaúregui Camasca (Univ. de San Marcos, Perú)

D. Silva (Universidade de Lisboa, Portugal)

Phillipe N. Johnson Laird (Princeton University, USA)

Charles Spielberger (University of Florida, USA)

Julian Lloyd (University of Chester, UK)

Richard E. Tremblay (University of Montreal, USA)

Francisco Machado (Maia University Institute, Portugal)

Bernhard Wilpert (Technische Universität Berlin, Alemania)

COMITÉ DE ÉTICA / ETHICS COMMITTEE

M^a José Contreras

UNED

Roberto Domínguez Bilbao

Universidad Rey Juan Carlos

Marcela Paz González Brignardello

UNED

Itziar Iruarrizaga Díez

Universidad Complutense de Madrid

Ricardo Pellón Suárez de Puga

UNED

ASESOR TÉCNICO / TECHNICAL ADVISOR

Alexis Moreno Pulido

UNED

Acción Psicológica

REVISTA SEMESTRAL DE PSICOLOGÍA
VOLUMEN 18, NÚMERO 1, JUNIO 2021 - ISSN: 2255-1271

Acción Psicológica es una revista semestral editada por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia desde el año 2002. Publica artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas, como también estudios de casos sobre diversas áreas de la Psicología.

NORMAS PARA EL ENVÍO Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

Acción Psicológica publica artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas, como también estudios de casos sobre diversas áreas de la Psicología.

Las normas de envío de originales se detallan en la web de la revista:

<http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/about/submissions#onlineSubmissions>

Copyright: la revista *Acción Psicológica* se publica bajo licencia Creative Commons Reconocimiento – NoComercial (CC BY-NC).

Contacto: Servicio de Psicología Aplicada. Facultad de Psicología (UNED). C/ Juan del Rosal nº 10, 28040 Madrid, Spain. Email: accionpsicologica@psi.uned.es

Acción Psicológica

SEMIANNUAL JOURNAL OF PSYCHOLOGY
VOLUME 18, NUMBER 1, JUNY 2021 - ISSN: 2255-1271

Acción Psicológica is a semiannual journal published by the Faculty of Psychology of the Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) since 2002. Publishes original research, review, theoretical or methodological contributions, as well as case studies on different areas of Psychology.

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

Manuscript Preparation

Prepare manuscripts according to the <https://apastyle.apa.org/products/publication-manual-7th-edition>

The manuscripts will be upload in formats: ".doc" or ".docx" in the journal website <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/about/submissions#onlineSubmissions> Manuscripts will be accepted in English or Spanish languages. If the paper is written in English, an abstract of 100-200 words in Spanish will be required

The articles will be double-spaced in **Times New Roman, 12 point**, with all margins to 1 in. The maximum length of articles will be **6000 words** (including title, abstract, references, figures, tables and appendices). The numbering of the pages will be located in the upper right.

Other formatting instructions, as well as instructions on preparing tables, figures, references, metrics, and abstracts, appear in the *Manual*.

The articles are scholarly peer-reviewed.

Acción Psicológica is indexed in the following databases:

Bibliographical International: Emerging Source Citation Index (ESCI-Clarivate Analytics), Academic Search Complete, Academic Search Premier and Fuente Academica Plus (EBSCO), ProQuest Psychology Journals, ProQuest Central, ProQuest Central K-12, ProQuest Health Research Premium Collectium, ProQuest Hospital Premium Collection, DOAJ, FirstSearch (OCLC), PubPsych (ZPID), SciELO, Open J-Gate, Dialnet, e-Revistas, Redalyc.

Bibliographical National: Compludoc, ISOC (CSIC-CINDOC), Psicodoc, Psyke.

Web site of the journal, with information, index, abstracts and full text (in pdf format) of articles:

<http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/index>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

Servicio de Psicología Aplicada

ACCIÓN PSICOLÓGICA

Monográfico: Psicología y COVID-19

Contribuciones de temática libre

VOLUMEN 18

JUNIO 2021

NÚMERO 1

ÍNDICE

Contribuciones al monográfico

1. Malestar, afrontamiento e intervención en la pareja durante el confinamiento por el COVID-19.....	1
José Luis Martorell	
2. Perfil de Usuarios de Una Clínica Universitaria Durante El Estado de Alarma Sanitaria COVID 19.....	11
Purificación Sierra-García, Luis Ángel Saúl, Miguel Ángel Carrasco y Marcela Paz González-Brignardello	
3. Impacto emocional de la pandemia de COVID-19 durante el periodo de confinamiento en España: Factores protectores y factores de riesgo/vulnerabilidad.....	27
Bonifacio Sandín, Paloma Chorot, Julia García-Escalera y Rosa M. Valiente	
4. Inteligencia emocional y calidad de vida en período de aislamiento social, preventivo y obligatorio durante la pandemia por COVID-19	45
Natalia Jimena Pallotto, María C. De Grandis y Lucas G. Gago-Galvagno	
5. Intervención de emergencia en formato online basado en act en un caso de Trastorno Adaptativo.....	57
Javier Mohd Tarifa, Laura Cerezo Carrizo y Miguel Ángel Carrasco	
6. El Conflicto entre la Necesidad física y psíquica del contacto humano y el Miedo a las personas curso.....	69
Mónica Rodríguez-Zafra, Antonia Martín-Sánchez y Juan Carlos Cenicerros-Estévez	
7. El continuo de salud mental durante el confinamiento por COVID-19 en adultos argentinos.....	83
Leandro Eidman	
8. Intervención psicológica online en un caso de sintomatología fóbica infantil desde la Terapia de Juego Cognitivo Conductual durante el confinamiento por COVID-19	93
Alicia Oltra, Paloma Salamanca, Sandra Helena Veras y Purificación Sierra-García	
9. Estado de salud en adolescentes de España, México y Chile durante la COVID-19: un estudio transcultural	107
Alicia Tamarit, Konstanze Schoeps, Constanza Del Rosario, Nancy A Amador Esparza e Inmaculada Montoya-Castilla	
10. Resiliencia y satisfacción vital durante la pandemia por COVID-19 en España: su relación con variables emocionales y sociodemográficas	121
Lourdes López de la Llave, Andrés López de la Llave, Laura Moral-Bofill y Carmen Pérez-Llantada	
11. Resiliencia y satisfacción vital durante la pandemia por COVID-19 en España: su relación con variables emocionales y sociodemográficas	135
Alfonso López-Núñez, José Antonio Piqueras, Raquel Falcó y PSICO-RECURSOS COVID-19 study group	
12. Impacto psicológico del confinamiento en una muestra de personas mayores: estudio longitudinal antes y durante el COVID-19	151
M ^a Ángeles Molina Martínez, Teresa Paniagua Granados y Virginia Fernández-Fernández	
13. Estudio longitudinal de la percepción de soledad durante el confinamiento derivado de la Covid-19 en una muestra de población española.....	165
Berta Ausín, Clara González-Sanguino, Miguel Ángel Castellanos y Manuel Muñoz	
14. Reacciones psicológicas durante la primera semana de aislamiento por COVID-19 en México	179
Lucía del Carmen Quezada Berumen y Mónica Teresa González Ramírez	
15. [Malestar psicológico y respuestas de afrontamiento al confinamiento por la COVID-19].....	189
Dolores Seijo, Álvaro Montes, Verónica Marcos, Jessica Sanmarco y Mercedes Novo	
16. [Ansiedad y percepción de riesgo de contagio entre mexicanos socialmente distanciados durante la pandemia por COVID-19].....	205
Isaac Maldonado-Castellanos e Ignacio Mora-Magaña	

Contribuciones de temática libres/no monográfica

17. Estudio de los efectos de los mitos sobre las agresiones sexuales en la verosimilitud de una víctima-denunciante de una agresión sexual.....	221
Yurena Gancedo, Jéssica Sanmarco, Adriana Selaya, Andrea González-Dapía y Mercedes Novo	

CONTENTS

Monographic articles

1. **[Discomfort, coping and intervention in couple relationship during confinement by COVID-19]**..... 1
José Luis Martorell
2. **[User Profile in an University Clinic during the COVID-19 Health Alarm]**..... 11
Purificación Sierra-García, Luis Ángel Saúl, Miguel Ángel Carrasco, and Marcela Paz González-Brignardello
3. **[Emotional Impact of the COVID-19 Pandemic during the Spanish National Lockdown: Protective and Risk/Vulnerability Factors]**..... 27
Bonifacio Sandín, Paloma Chorot, Julia García-Escalera, and Rosa M. Valiente
4. **[Emotional Intelligence and Life quality in Times of Mandatory and Preventive, Social Isolation during the Pandemic by COVID-19]**..... 45
Natalia Jimena Pallotto, María C. De Grandis, and Lucas G. Gago-Galvagno
5. **[Emergency intervention on online format based on act used in a case of Adapative Disorder]**..... 57
Javier Mohd Tarifa, Laura Cerezo Carrizo, and Miguel Ángel Carrasco
6. **[The conflict between the physical and psychic need for human contact and the fear of people]**..... 69
Mónica Rodríguez-Zafra, Antonia Martín-Sánchez, and Juan Carlos Cenicerros-Estévez
7. **[The Mental Health Continuum during Confinement for COVID-19 in Argentinean Adults]**..... 83
Leandro Eidman
8. **[Online Psychological Intervention during Confinement by COVID-19 in a Case of Phobic Symptomatology in Children using Cognitive Behavioral Game Therapy]**..... 93
Alicia Oltra, Paloma Salamanca, Sandra Helena Veras, and Purificación Sierra-García
9. **[Health Status of Adolescents in Spain, Mexico, and Chile during COVID-19: a cross-cultural study]**..... 107
Alicia Tamarit, Konstanze Schoeps, Constanza Del Rosario, Nancy A Amador Esparza, and Inmaculada Montoya-Castilla
10. **[Resilience and Life Satisfaction during the COVID-19 Pandemic in Spain: The Relationship between Emotional and Socio-Demographic Variables]**..... 121
Lourdes López de la Llave, Andrés López de la Llave, Laura Moral-Bofill, and Carmen Pérez-Llantada
11. **[The Mediating Role of Psychological Strengths Between Academic/Work Interference and Mental Health during COVID-19 Lockdown]**..... 135
Alfonso López-Núñez, José Antonio Piqueras, Raquel Falcó, and PSICO-RECURSOS COVID-19 study group
12. **[Psychological impact of confinement in a sample of older adults: longitudinal study before and during COVID-19]** 151
M^a Ángeles Molina Martínez, Teresa Paniagua Granados, and Virginia Fernández-Fernández
13. **[Longitudinal Study on Perception of Loneliness during Confinement derived from COVID-19 in a Spanish Population Sample]**..... 165
Berta Ausín, Clara González-Sanguino, Miguel Ángel Castellanos, and Manuel Muñoz
14. **[Psychological Reactions during the First Week of Isolation by COVID-19 in Mexico]**..... 179
Lucía del Carmen Quezada Berumen, and Mónica Teresa González Ramírez
15. **Psychological Distress an Coping Responses to Confinement for COVID-19**..... 189
Dolores Seijo, Álvaro Montes, Verónica Marcos, Jessica Sanmarco, and Mercedes Novo
16. **Anxiety and perception of risk of contagion among socially distanced Mexicans residents during the National Healthy Distance Campaign related to the COVID-19 epidemic**..... 205
Isaac Maldonado-Castellanos, and Ignacio Mora-Magaña

Others Articles

17. **Assessing the Effects of Myths about Sexual Aggression on the Verisimilitude of a Victim-Complainant of Sexual Assault** 221
Yurena Gancedo, Jéssica Sanmarco, Adriana Selaya, Andrea González-Dapía, and Mercedes Novo

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

Servicio de Psicología Aplicada

ACCIÓN PSICOLÓGICA

Monográfico. Psicología y COVID-19
[Psychology and COVID-19]

MALESTAR, AFRONTAMIENTO E INTERVENCIÓN EN LA PAREJA DURANTE EL CONFINAMIENTO POR EL COVID-19

DISCOMFORT, COPING, AND INTERVENTION IN COUPLE RELATIONSHIP DURING CONFINEMENT BY COVID-19

JOSÉ LUIS MARTORELL¹

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Martorell, J. L. (2021). Malestar, afrontamiento e intervención en la pareja durante el confinamiento por el COVID-19 [Discomfort, Coping, and Intervention in Couple Relationship during Confinement by COVID-19]. *Acción Psicológica*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.29394>

Resumen

En el presente trabajo se aborda el impacto que el confinamiento impuesto por la pandemia del COVID-19 ha tenido sobre la pareja. Se presentan los resultados de los primeros estudios publicados sobre la relación de pareja en el confinamiento y se analizan los elementos específicos del confinamiento que afectaron a dicha relación. Se describen los elementos y las características de los conflictos que presentaron las personas que demandaron atención psicológica y se describen las intervenciones que se realizaron, resaltando la utilidad en este tipo de intervenciones del concepto de distancia emocional ideal.

Palabras clave: Pareja; conflicto; terapia de pareja; confinamiento; COVID-19; distancia emocional ideal.

Abstract

This work addresses the impact that confinement imposed by the COVID-19 pandemic has had on the couple. The results of the first published studies on the couple's relationship in confinement are presented and the specific elements of confinement that affected couple relationship are analyzed. The elements and characteristics of the conflicts presented by the people who demanded psychological attention are described and the interventions that were

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: José Luis Martorell, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Email: jmartorell@psi.uned.es

ORCID: José Luis Martorell (<https://orcid.org/0000-0003-4818-3750>).

¹ Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Recibido: 14 de febrero de 2021.

Aceptado: 11 de junio de 2021.

carried out are described, highlighting the usefulness of the concept of ideal emotional distance in this kind of intervention.

Keywords: Couple; conflict; couples therapy; confinement; COVID-19; ideal emotional distance.

Introducción

El impacto de la pandemia producida por el COVID-19 ha sido brutal y ha afectado a todas las áreas importantes de nuestra vida: ha amenazado nuestra vida, ha hecho tambalearse nuestra economía y ha llenado de incertidumbre nuestra relación con el presente y el futuro. Desde el primer momento se vio que la dimensión psicológica de la pandemia era uno de los elementos cruciales que había que afrontar: la incertidumbre, la angustia, el miedo y, a partir de un cierto momento, el agotamiento psicológico han sido, y son, elementos centrales de lo que estamos viviendo. La respuesta a estas reacciones naturales y generales han sido determinantes para conformar la calidad de nuestro modo de estar en el mundo después del primer impacto y de la fase de confinamiento estricto. En nuestro país la respuesta de la psicología profesional ha participado de la respuesta del mundo sanitario general: los individuos –los psicólogos y las psicólogas– han respondido, como no podía ser de otra manera en una profesión como la nuestra, desde el primer momento con profesionalidad y entrega, tanto si operaban desde el ámbito público como desde el privado. Las limitaciones han estado, por un lado, en la escasez de medios con que cuenta la Psicología en la Sanidad pública, algo ya endémico, lejos de los medios con que cuentan los países de nuestro entorno y, por otro, el cutre comportamiento de algunas instituciones políticas y profesionales que no han sabido supeditar sus intereses a la urgente necesidad de atención psicológica a la ciudadanía. Pero no éste el tema del presente trabajo así que vamos al asunto que nos compete.

De entre todos los temas psicológicos que hemos nombrado y su impacto en la vida del individuo, desde el primer momento llamó la atención el impacto que la pandemia en general y el confinamiento en particular tenía sobre la relación de pareja. En seguida se vio que la pareja, la

relación de pareja, era un elemento muy sensible a los cambios en nuestra vida cotidiana que la pandemia provocaba.

De hecho, en seguida comenzaron a llegar noticias que hablaban de ello. Particularmente, impacto en la población, a juzgar por la intensidad con que los medios de comunicación la reproducían, la noticia de que en la ciudad de Wuhan, en China, el primer lugar donde se produjo un confinamiento, se había dado un incremento de las demandas de divorcio que sólo se podía explicar por el impacto que dicho confinamiento había tenido en la relación de pareja. Aunque los datos no eran definitivos parece que apuntaban en la dirección de señalar una tendencia de incremento de crisis de pareja (Global Times, 2020; Prasso, 2020) y, en todo caso, la noticia desató una verdadera avalancha de páginas web y secciones en los medios de comunicación, no siempre de profesionales, con consejos, advertencias y sugerencias sobre la convivencia en pareja durante el confinamiento que van desde lo tópico y lo infundado a lo sensato y razonable sin que sea fácil para el lector distinguir entre unos y otros. En todo caso, reflejaban la preocupación y, por tanto, el interés de una buena parte de la ciudadanía por este tema.

A partir de un cierto momento, ya comienzan a aparecer los primeros trabajos científicos sobre esta cuestión y se van aclarando algunos de los elementos que han sido y son relevantes en esta cuestión. Queda claro, a partir de estos estudios y de la intervención de los profesionales que atendieron temas de pareja que el impacto ha sido importante y que la vida de muchas parejas ha quedado afectada por la situación vivida. Por otro lado, el tema está lejos de terminar, pues siguen vigentes las situaciones que han provocado este impacto y los profesionales, tanto en este como en otros aspectos de las consecuencias psicológicas de la pandemia, seguiremos siendo requeridos para intervenir aun durante un largo tiempo. En lo que sigue trataré de dar cuenta de algunos de los aspectos, en mi opinión, más relevantes del tema de la pareja en el confinamiento y lo haré tanto desde la recogida de datos que han sido ya publicados como desde mi experiencia personal como psicólogo clínico trabajando con parejas en el confinamiento.

Peculiaridades de la intervención en pareja en cualquier situación

Pero antes de entrar en el tema del confinamiento conviene recordar, aunque sea brevemente; algunos de los elementos de la terapia de pareja que la distinguen, hasta cierto punto, de otras modalidades de intervención terapéutica, o quizá expresado con más precisión, señalar las peculiaridades de la terapia de pareja que hace que determinados fenómenos se den con más claridad o intensidad en la pareja que en otros ámbitos de la intervención psicológica.

En primer lugar hay que resaltar el peso de los elementos ideológicos. Sobre la pareja hay una presión ideológica muy fuerte. No es que no la haya en otros asuntos humanos pero aquí aparece muy rápidamente y con mucho peso: en qué consiste ser una buena pareja, un buen compañero o compañera, un buen marido o esposa, hasta qué punto hay que luchar por la permanencia de la pareja, qué pasa si ya no estoy enamorado ¿me puedo ir o debo aguantar? ¿cómo de malo es engañar a la pareja? ¿la separación es aceptable? ¿en alguna circunstancia o en ninguna? Todos estos asuntos, y otros muchos, están cargados de ideología, es decir, de aseveraciones que se tratan de imponer haciéndose pasar por razonamientos (no digo que algunas de las respuestas a estas cuestiones no sean razonables sino que se imponen en nuestra mente por el peso de la autoridad más que por su razonabilidad). Sobre todo esto ha opinado tu papá, tu mamá, tus abuelos, el partido que te gusta, el que no te gusta, el Papa, el gran Mufti, Aristóteles, Nietzsche y todos los cuñados de Putin. No es broma. La presión primero es externa y luego se interioriza y se puede vivir como exigencia superyoica, como culpa, como angustia o como una mezcla de esos sentimientos produciendo en el extremo paralización, huida o agresión. Como se ha dicho muy acertadamente, en una terapia de pareja hay mucha más gente que sólo los dos miembros de la pareja (y no nos olvidamos de la ideología del terapeuta en estos temas).

En segundo lugar tenemos la posible existencia de elementos negativos no patológicos de una intensidad muy alta. El desamor es una de las experiencias vitales más penosas. De entrada sabemos que si se vive de niño es de-

moledora y propicia una organización psicológica donde es difícil que la felicidad tenga lugar. Pero si se experimenta en la vida adulta por parte del objeto de nuestro amor es un poco menos demoledora (cabe esperar recuperarse) pero no menos penosa. A veces, en una situación de desamor en la pareja no hay nada que curar sino decir “lo siento” y acompañar en la tristeza. Otras veces ayudar a que la persona acepte ese desamor, lo “oiga” y lo “sienta” es toda una tarea terapéutica. La antropóloga Helen Fisher (2004) ha estudiado la resistencia de las personas no queridas a aceptar el no de su objeto de amor, y ha encontrado a nivel cerebral una similitud de sus respuestas con la de los adictos a sustancias.

Un tercer elemento distintivo de la terapia de pareja es que al ser dos personas no es raro encontrarse con que la motivación para la terapia es asimétrica, no tienen las dos personas la misma motivación. Sin entrar en profundidades que nos apartarían del propósito de este artículo es muy revelador ver a los miembros de la pareja por separado y comprobar que cada uno tiene un interés distinto. Detrás de esta motivación asimétrica está el hecho de que cada uno de los miembros de la pareja tiene objetivos distintos y, en número relevante de casos, incompatibles. En el extremo está la situación en el que uno quiere la continuidad de la pareja y el otro no, pero sin llegar a este caso es muy frecuente en la terapia de pareja que aun queriendo los dos la continuidad de la pareja, cada uno quiera un modelo de pareja incompatible con el modelo que quiere el otro. Esta incompatibilidad no siempre se explicita en la demanda inicial que hacen los dos miembros de la pareja en la terapia. Volveremos sobre este asunto más adelante.

El impacto del confinamiento en la relación de pareja

Ya se ha señalado que desde el primer momento de la pandemia llegaron noticias sobre el incremento de divorcios en China. Es obvio que la situación de amenaza y el confinamiento son factores altamente estresantes y la pareja tiene que responder a ello. Es igualmente importante señalar que las parejas llegaron a esta situación con su propia historia, con su capacidad alta o baja de afrontar problemas, con su nivel de cohesión previo y con sus visiones particulares de sus vidas y sus relaciones. El confina-

miento pudo enfatizar las debilidades, pero también poner en marcha las fortalezas. Veamos algunos datos que ya han salido a la luz.

En primer lugar la investigación muestra que en torno al 86 % de la ciudadanía experimento sintomatología traumática como respuesta a la pandemia (Case Western Reserve University, 2020). Un incremento tan alto de la sintomatología traumática lleva a un peor manejo de los asuntos personales y la pareja lo acusa. La ruptura o la amenaza de ruptura aparece o puede aparecer y los recursos habituales (aislamiento, toma de distancia, contacto personal con otros) en el caso del confinamiento no están disponibles. Un interesante estudio de Lebow (2020) señala que mientras aumentaron los pensamientos y deseos de divorcio en el contexto del COVID-19, las posibilidades de llevarlo prácticamente a cabo fueron mucho más restrictivas debido al propio confinamiento, lo que habla simultáneamente de tensión y convivencia obligada.

Son indicadores también del nivel de estrés al que se vieron sometidas muchas parejas las infidelidades. Algunos datos hablan de un incremento (Gordon y Mitchell, 2020) lo cual llama la atención porque la situación de confinamiento no parece precisamente la más adecuada para tener una aventura extramarital. En realidad, estas autoras han recogido datos sobre el incremento durante la pandemia de conductas asociadas a la experiencia de la infidelidad, fundamentalmente contactos en las redes sociales. Por ejemplo, un sitio web específico para personas casadas que contactan al margen de sus parejas ha incrementado en 17000 nuevos miembros por día durante la pandemia, frente a los 1500 diarios desde 2019. Otro dato revelador es que en torno al 20 % de la gente (con pareja o no) ha contactado con una expareja durante la pandemia y la mitad de ellos han contactado con varias exparejas. De las personas con pareja el 13 % ha contactado con una expareja durante la pandemia, reconociendo el deseo expreso de reactivar una relación (Lehmiller, 2020).

Por el otro lado, la pandemia y el confinamiento también ha sido para algunas parejas una ocasión para mostrar su fortaleza y bienestar o, incluso, para fortalecerlos. Así, Stanley y Markan (2020) encuentran parejas para las que el COVID-19 ha sido una ocasión para una mayor intimidad, igualitarismo y conexión. En esta misma línea están

los resultados del interesante trabajo de Günter-Bel et al. (2020), doblemente interesante para nosotros por la propia calidad del trabajo y por estar realizado con una muestra española. Estos autores estudian la percepción de las parejas sobre la mejora o el deterioro de sus relaciones en el confinamiento. Los índices de mejora son: conexión reconocimiento familiar, mejor comunicación, expresión emocional, espíritu de equipo y equilibrio entre las necesidades individuales y las compartidas. Los índices de deterioro son: experimentar soledad y distancia de la pareja, atmósfera de conflicto, expectativas negativas y desequilibrio entre las necesidades individuales y compartidas. Los resultados muestran que los índices de mejora, con un 61.7 %, superan a los de deterioro, con un 40.0 %. Hay que señalar, sin embargo, como hacen los propios autores que la muestra es muy posible que no sea representativa de la población general al ser mayoritariamente compuesta por mujeres, con alto nivel de educación, con empleo, interesadas por formación en el tema de las relaciones familiares y, por lo tanto, por encima de la media en funcionalidad y estabilidad económica. En poblaciones de otro nivel intelectual y además amenazadas o alcanzadas por la inestabilidad económica cabe pensar que los resultados no serían tan optimistas. Por cierto que esta cuestión, la influencia de lo económico y por tanto de lo político en el malestar psicológico, conforman un tema en buena medida ignorado en nuestra formación como clínicos en donde el énfasis en la formación técnica oscurece la necesidad de ser consciente de la influencia de lo político (el patriarcado, el capitalismo, el neoliberalismo, los movimientos populistas) en la psicopatología de la vida cotidiana.

La pareja en conflicto en el confinamiento

Ya hemos visto que el confinamiento y la pandemia en sí mismos han sido factores de estrés, pero que éste no equivale automáticamente a conflicto: algunas parejas han salido indemnes o incluso fortalecidas de esta situación. Pero también ha quedado reflejado en las investigaciones que hemos presentado que los niveles de conflicto en la pareja han sobrepasado lo esperable en una situación normal. Vamos a ver ahora los elementos principales que han conformado esos conflictos.

De un modo general, podemos decir que ha cambiado el marco de la relación y, sobre todo, han quedado minimizados los recursos habituales que las parejas y los individuos concretos utilizaban para afrontar las situaciones problemáticas que el devenir trajera. Vayamos desgranando esta aseveración.

En primer lugar hay que nombrar el incremento inesperado del estrés, que ha podido ser percibido como desbordante, tanto por temas específicos de la pareja (la pareja llega al confinamiento con una historia y en un momento concreto de su evolución) como por los generales: amenaza al empleo y a los recursos económicos, atención como progenitores al impacto en los hijos, atención y preocupación por los propios progenitores tanto si son convivientes como si viven solos. Junto con lo anterior está como factor muy ligado al manejo del conflicto el grado de adaptación personal a la situación de confinamiento.

La pérdida del modelo de pareja anterior y la imposición de un nuevo modelo apela no solo y de un modo evidente a la capacidad de adaptación y a la flexibilidad de la persona sino también a la mayor o menor distancia en cada caso que el nuevo modelo presente frente al anterior. El elemento más estresante y por tanto el más proclive a desembocar en un conflicto fue la intimidad forzada, la pérdida de privacidad. Un elemento fundamental de autorregulación para muchas personas es la soledad, pasar tiempo solos, pensando, caminando, leyendo, tocando la tuba o haciendo couching (de couch, sofá) y esto se perdió en el confinamiento. Igualmente, el contacto con personas distintas de la pareja en ámbitos diferentes del domicilio familiar es percibido como un elemento de equilibrio para la relación de pareja. Además de la intimidad personal la de la pareja se vio afectada: por un lado son 24 horas juntos pero por otro, las parejas con hijos, podían estar juntos pero no solos, lo que afecta desde a los mecanismos de discutir una situación con libertad hasta, por ejemplo, la vida sexual. Las situaciones que las distintas idiosincrasias pueden provocar en esta situación son muchas: uno de los dos siente el agobio del otro, los dos se sienten agobiados por el otro, los dos compiten por hacerse presentes al otro como prueba de su amor, etc. Más adelante iremos con el tema de la intervención psicológica en estas situaciones pero adelantaremos aquí que igual que la pareja se ha que-

dado sin sus recursos habituales y se enfrentan a una convivencia de veinticuatro horas, el o la terapeuta, además de estar él o ella viviendo probablemente una situación parecida por primera vez, se ha quedado sin los recursos de orientación conductual que solía utilizar en situaciones similares dentro de una terapia convencional, por ejemplo, la posibilidad de prescribir o sugerir el pasar tiempo sin los hijos o plantear la conveniencia de una separación temporal.

Otro elemento de estrés, muy interesante, que observamos en nuestra práctica clínica es el descubrimiento de aspectos “inquietantes” del otro. Por ejemplo, y señalando algunos temas que nombraron personas que solicitaron durante el confinamiento atención psicológica, la observación de que la pareja se angustia por encima de lo esperado lo que le lleva a comportamientos o expresiones inaceptables para quien lo percibe así. La percepción de que se deteriora su genio, insistimos, de un modo inesperado para la pareja. Otro caso: desde el punto de vista del cónyuge que lo relata aparece un comportamiento intolerante en el otro hacia la pareja, los hijos o ambos, no reconocida anteriormente. También aspectos conductuales como beber de un modo inadecuado, descuidarse físicamente, perder los modales, ser inatento, acobardado o egoísta y siempre con la misma característica: esto es percibido y señalado por la pareja y lo siente como inesperado y desagradable. Se podría decir que son reacciones que muestran una respuesta deficiente o desbordada al estrés intenso, y así es, es posible que sea la primera vez que uno ve a su pareja enfrentar una situación con este nivel de estrés y aparece una faceta de la persona que derrumba su imagen ante el otro.

Algo que puede venir derivado de lo anterior pero también tener otra motivación es el cuestionamiento del futuro de la pareja por un aumento del darse cuenta, de la lucidez sobre la propia vida. La pandemia nos ha puesto en contacto con la muerte, con la futilidad de las vanidades humanas y con la fragilidad de nuestros proyectos. Algunas de las personas que atendimos directamente habían visto deteriorarse su salud, morir a allegados o perder su modo de ganarse la vida. Estas situaciones, propias o vicarias, enfrentan al sentido de la vida y aunque es conocido el fenómeno de que pasada la situación de amenaza la lucidez tiende a oscurecerse, durante el confinamiento un cierto

número de personas reportaron que una consecuencia de esta lucidez fue cuestionar su vida de pareja (¿quiero vivir con esta persona el resto de mi vida?) a veces como consecuencia de los descubrimientos “inquietantes” sobre el otro descritos en el párrafo anterior, pero otras veces por un cambio en el modo de sentir la propia vida.

Ya se ha señalado (Lebow, op. cit) que la aparición de pensamientos y deseos de separación iba acompañada de una dificultad objetiva para llevarlos a cabo por el propio confinamiento y la paralización de muchas instituciones sociales. Cuando se daba aparecían sentimientos de urgencia, ansiedad, miedo y vértigo que, en la intervención, había que contener pero no sepultar. Iremos con ello más adelante.

También se ha señalado que hay personas que podían incrementar o desvelar comportamientos intolerantes o maniobras de poder. Todo esto fue extremadamente grave en los casos de convivencia con un maltratador, no solo por la amenaza que suponía el incremento del estrés en el maltratador sino porque éste tenía un control y una vigilancia sobre la víctima de veinticuatro horas. Una investigación con datos sobre Francia, Italia, Brasil y China durante la pandemia encontró un incremento del 50 % en violencia machista (Campbell, 2020).

Todo lo anterior se refería a parejas con relación estable y conviviendo pero observamos también una situación que se repetía en las parejas que no convivían, bien porque estaban en una primera fase de su relación o bien porque ese era el modo, vivir cada uno en su casa, en que habían establecido su relación. No podemos aportar ningún dato sobre el grado de generalización o frecuencia en que se dio y tampoco hemos visto nada publicado sobre ello, más allá de la constatación del incremento del nivel de conflictividad en la pareja durante la pandemia. Esta situación que observamos en un cierto número de casos en parejas no convivientes consistía en un alejamiento emocional por parte de uno de los miembros de la pareja, al que llamaremos A, que iba desde el planteamiento de la ruptura hasta un espaciamento y “enfriamiento” deliberado de la comunicación con el otro miembro y, por el otro lado, el otro miembro de la pareja, al que llamaremos B, se colocaba en una posición que iba desde la queja requiriendo más atención hasta la angustia por la amenaza de ruptura. Esto

no es diferente de cualquier otra situación de ruptura unilateral en una pareja, lo que da su peculiaridad es que el confinamiento por separado impedía la puesta en marcha de las estrategias para afrontar estos conflictos, sobre todo para las personas en la situación B. En este caso, pero también en el de parejas conviviendo, las demandas de atención terapéutica no eran demandas de pareja sino de individuos, tanto en A como en B, a los que desbordaba emocionalmente la situación. No fue raro que las personas en B se planteasen romper el confinamiento –en algún caso lo hicieron- llevados por la impotencia y la ansiedad. Dentro del incremento del que se ha hablado anteriormente de violencia machista se dieron casos de parejas no convivientes con un hombre maltratador de amenazar con presentarse e incluso de llegar a hacerlo.

Algunas pautas de intervención en el conflicto de pareja en el confinamiento

Aunque el confinamiento prestó su peculiaridad al conflicto de pareja los temas de pareja y su tratamiento tienen un abordaje específico como se ha descrito en un apartado anterior. Un esquema útil para entender los conflictos de pareja es la relación de los modelos de pareja queridos por cada uno de los miembros con la percepción del poder atribuido a cada uno de ellos (Martorell, 1994, 2012). El marco de un conflicto de pareja es con mucha frecuencia la existencia de modelos de relación de cada uno de los miembros de la pareja incompatibles, es decir, cada miembro de la pareja quiere un modelo de relación incompatible con el modelo del otro. Decimos incompatible y no sólo distinto porque la negociación se hace difícil y gira en redondo y es cuando hablamos de conflicto. Junto a estos modelos incompatibles se suele dar un desequilibrio del poder percibido: uno de los miembros es percibido por ambos con más poder por ambos. Ese miembro, A, tiene más poder que el otro, B, pero no tiene todo el poder. Desarrollamos estos temas en los textos citados en este párrafo y no vamos extendernos más aquí. Pero es importante al escuchar a la persona que demanda atención entender los modelos de relación de ambos miembros y la percepción del poder en la pareja.

En el contexto del confinamiento las personas llamaban con una situación que les estaba inquietando o desbor-

dando a la que se añadía la incertidumbre de lo que iba a durar el confinamiento. Hay que añadir que el terapeuta vivía la misma incertidumbre y había que hilar muy fino en una situación como la que todos vivimos para, parafraseando a Freud, distinguir entre sufrimiento normal y angustia neurótica.

De cara a la intervención el concepto teórico que resultó de más utilidad fue el de distancia emocional ideal. El concepto de distancia emocional ideal (Casado, 1991) puede ser caracterizado como sigue:

El grado de cercanía emocional y física que la persona tolera, necesita, busca o evita, y, desde el reverso semántico del concepto, el grado de alejamiento emocional y físico que la persona tolera, necesita, busca o evita: número de veces que tolero, busco, necesito o evito el contacto, intensidad del reconocimiento que necesito, grado de la necesidad o del miedo que tiene la persona de estar sola, número, importancia y significado de actividades sin la pareja, etc.

Cada uno de nosotros tenemos una distancia emocional ideal en nuestras relaciones de pareja pero también en cada una de nuestras relaciones: hijos, amigos, compañeros de trabajo, miembros de nuestra familia de origen. Esta distancia emocional ideal se deriva de las experiencias de apego (Bowlby, 1969; Critendem, 2008; Martorell, 1997, 2016) y, muy importante de cara a la intervención, se tienden a experimentar como verdades universales cuando son creencias individuales originadas en nuestras experiencias vitales. Expresiones cargadas emocionalmente del tipo «las parejas tienen que cenar juntas», «si me quisieras de verdad me dejarías más espacio», «hoy no me has dicho que me quieres», «no me preguntes todo, decide tú», y así hasta una serie infinita se pueden utilizar para expresar la insatisfacción con una distancia emocional que un miembro de la pareja considera que no cumple con su ideal. Cuando en una pareja las distancias emocionales ideales no coinciden y no se han negociado el conflicto, la queja y los juegos de poder (Martorell, 2021) aparecen. Si, como ejemplo, solo estuviéramos hablando de distancia física y uno de los miembros de la pareja quisiera estar a menos de un metro del otro pero el otro quisiera estar a más de tres metros, estarían permanentemente en una situación inestable uno tratando de acercarse y otro tratando de alejarse, ambos con la sensación de no estar bien tratados.

La clave del manejo de las distancias emocionales es la negociación, para lo cual hay que pasar de entenderlas como verdades universales a verlas como estilos personales que, salvo en los extremos, pueden ser perfectamente aceptables, hay que sentir como válida la distancia del otro y sentir que el otro siente como válida la propia.

El trabajo sobre la distancia emocional es muy importante en muchas ocasiones en situaciones, digamos, normales pero el confinamiento lo ha hecho prácticamente indispensable. En sí mismo, el confinamiento cambia por decreto –nunca mejor dicho– los equilibrios, acuerdos y adaptaciones que las parejas tenían sobre sus respectivas distancias emocionales ideales (salvo en el caso de las parejas que vivían previamente enclaustradas emocionalmente o codependientes). Ya se ha señalado que el principal factor de estrés sobre las parejas fue el hecho de tener que convivir veinticuatro horas en el domicilio común y perder los apoyos y las estrategias de vida individual que se tenían en situaciones normales. Las variantes de la intervención sobre la distancia emocional dependían, naturalmente, de la situación de quien consultase pero, en general, discutir el concepto, ayudar a comprenderlo, relativizarlo y ver si la negociación era posible fueron percibidas como útiles por los consultantes. También en el caso en que el resultado de la consulta fue mantener el cuestionamiento de la relación, el trabajo sobre el concepto de distancia emocional fue útil para autocomprenderse.

Algunas ideas enmarcaron esta intervención: una de ellas fue que en lo que respecta a la pareja el confinamiento a veces provocaba el conflicto pero otras simplemente desvelaba o magnificaba conflictos anteriores, y otra que no había que olvidar que era una intervención en crisis y no una terapia al uso. Con respecto a la primera idea convenía, aunque fuera brevemente, comparar lo que estaba sucediendo en el momento con lo que sucedía antes. Simplificando, las tres opciones cuando había conflicto eran: (a) ya estaba mal antes y esto lo magnifica o desvela; (b) estaba bien antes, o lo parecía, y esto desvela algo que lo estropea; y (c) estaba bien antes y ahora necesitamos readaptarnos. Con respecto a la segunda idea, que era una intervención en crisis y en un contexto muy específico de confinamiento, fue útil utilizar una idea central, la distancia emocional, cuando era posible utilizarla, era muy potente para esto y ver la posibilidad si la persona podía lle-

gar, consigo misma primero, a un acuerdo coyuntural que le permitiera afrontar el resto del confinamiento –las intervenciones se hacían en un marco total de incertidumbre en cuanto a la duración real del confinamiento– y en un futuro tanto la resolución de los problemas como, si era el caso, la separación.

Otro elemento de la intervención que en ocasiones fue importante era el énfasis del terapeuta sobre lo que desvela la intervención, cuando en la intervención aparecía algo relevante desde el punto de vista terapéutico (e.g., adicciones, repetición de pautas nocivas en las parejas, sintomatología persistente). Se trata de ayudar a que lo desvelado por la crisis no desaparezca después cuando las circunstancias no sean tan estresantes; específicamente, se insistía en la necesidad de realizar un tratamiento más continuado cuando las circunstancias o permitieran. Esto era especialmente importante cuando aparecía el maltrato. En estos casos se focalizó la intervención sobre el maltrato, no sobre distractores de la relación, se aseguró el contacto con la persona maltratada y, en su caso, la intervención de terceros para protegerla.

En resumen, el confinamiento ha resultado ser un elemento de estrés también para la pareja. Especialmente, la cercanía física y emocional veinticuatro horas al día fue un factor altamente perturbador para muchas parejas. Por otra parte, la investigación mostro que bajo determinadas condiciones el confinamiento también provocó una mayor cohesión en un cierto número de parejas. Las personas que demandaron atención psicológica sobre un tema de pareja durante el confinamiento lo hicieron con la sensación de estar viviendo una crisis y en un contexto de incertidumbre que, por otro lado, afectaba también al terapeuta. Además de las consideraciones generales de atención a personas con crisis de pareja, el concepto que resultó de más utilidad en la intervención fue el de distancia emocional ideal. Por otro lado, dado que todavía seguimos bajo la pandemia se necesita más investigación para saber el grado real de afectación en las parejas por las consecuencias del COVID-19.

Referencias

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss* (vol I). Basic Books.
- Campbell, A. M. (2020). An Increasing Risk of Family Violence during the COVID-19 Pandemic: Strengthening Community Collaborations to Save lives. *Forensic Science International: Reports*, 2, Artículo 100089. <https://doi.org/10.1016/j.fsir.2020.100089>
- Casado, L. (1991). *La nueva pareja* [The new Couple]. Kairós.
- Case Western Reserve University. (2020). Case Western Reserve team studying ‘unprecedented’ levels of trauma caused by COVID-19 Pandemic. Recuperado de https://newswise.com/coronavirus/case-western-reserveteam-studying-unprecedented-levels-of-trauma-caused-by-COVID-19-pandemic/?article_id=730825
- Crittenden, P. M. (2008). *Rising Parents: Attachment, Parenting, and Child Safety*. Willan.
- Fisher, H. (2004). *Why We Love- The Nature and Chemistry of Romantic Love*. Henry Holt & Co.
- Global Times (2020). *Chines City Experiencing a Divorce Peak as a Repercussion o COVID-19*. Recuperado de <https://globaltimes.cn/content/1181829.shtml>.
- Gordon, C. G. y Mitchell, E. A. (2020). Infidelity in The Time of COVID-19. *Family Process*, 59(3), 956–966. <https://doi.org/10.1111/famp.12576>
- Günter-Bel, C., Vilaregut, A., Carratala, E., Torras-Garat, S. y Perez-Testor, C. (2020). A Mixed-method Study of Individual, Couple, and Parental Functioning During the State-regulated COVID-19 Lockdown in Spain. *Family Process*, 59(3), 1060–1079. <https://doi.org/10.1111/famp.12585>

- Lebow, J. L. (2020). The Challenges of COVID-19 for Divorcing and Post-divorce Families. *Family Process*, 59(3), 967–973. <https://doi.org/10.1111/famp.12574>
- Lehmiller, J. (2020). Have you Reached out to or Heard from an ex During the Pandemic? You're not alone. *Sex and Psychology*. Recuperado de <https://www.lehmiller.com/blog/2020/5/6/have-you-reached-out-to-or-heard-from-an-ex-during-the-pandemic-youre-not-alone>
- Martorell, J. L. (1994). Mystification and Power Games in Couples Therapy. *Transactional Analysis Journal*, 24(4), 240–249. <https://doi.org/10.1177/036215379402400402>
- Martorell, J. L. (1997). John Bowlby: el origen de los vínculos afectivos [John Bowlby: The Origin of Affective Bonds]. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 34, 63–66.
- Martorell, J. L. (2012). Mistificación y juegos de poder en la terapia de pareja [Mystification and Power Games in Couple Therapy]. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(1), 1–14.
- Martorell, J. L. (2016). Hybris: el enganche con figuras parentales en la elección de pareja. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 28(88), 29–36.
- Martorell, J. L. (2021). *Los Juegos de la Familia ¿Qué nos pasa una y otra vez? Jeder*.
- Prasso, S. (2020). *China`s divorce spike is a warning to the rest of locked-down world*. Recuperado de <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-03-31/divorces-spikes-in-china-after-coronavirus-quarantine>
- Stanley, S. M. y Markan, H. J. (2020). Helping Couples in the Shadow of COVID-19. *Family Process*, 59(3), 937–955. <https://doi.org/10.1111/famp.12575>

PERFIL DE USUARIOS DE UNA CLÍNICA UNIVERSITARIA DURANTE EL ESTADO DE ALARMA SANITARIA COVID 19

USER PROFILE IN AN UNIVERSITY CLINIC DURING THE COVID-19 HEALTH ALARM

PURIFICACIÓN SIERRA-GARCÍA¹,
LUIS ÁNGEL SAÚL¹, MIGUEL ÁNGEL CARRASCO¹ Y
MARCELA PAZ GONZÁLEZ-BRIGNARDELLO¹

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Sierra-García, P., Saúl, L. Á., Carrasco, M. Á. y González-Brignardello, M. P. (2021). Perfil de usuarios de una clínica universitaria durante el estado de alarma sanitaria COVID 19 [User Profile in an University Clinic during the COVID-19 Health Alarm]. *Acción Psicológica*, 18(1), 11–26. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.29867>

Resumen

El presente estudio pretende analizar el perfil de los usuarios atendidos por el dispositivo especial de atención psicológica en línea habilitado por el Servicio de Psicología Aplicada (SPA) durante el primer período de alerta sanitaria COVID-19. La muestra, compuesta por 124 participantes (70.4 % mujeres) con una edad promedio de 41.49 años cumplimentó las versiones abreviadas del Listado de síntomas (SA-45), la medida de

resultados clínicos (CORE-OM), el Inventario de afrontamiento (COPE-28) y la Escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC). Los resultados mostraron un perfil sociodemográfico formado mayoritariamente por mujeres estudiantes o del sector servicios, solteras y de nacionalidad española, con problemas previos de salud mental. Congruentemente con los motivos de consulta, mostraron predominantemente sintomatología de depresión, ansiedad y somatización, un deficiente uso de estrategias de afrontamiento y bajos niveles de resiliencia. De las variables mencionadas puede extraerse un posible

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Miguel Ángel Carrasco, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Email: mcarrasco@psi.uned.es

ORCID: Purificación Sierra García (<https://orcid.org/0000-0003-3774-2975>), Luis Ángel Saúl (<https://orcid.org/0000-0002-6351-8283>), Miguel Ángel Carrasco (<https://orcid.org/0000-0003-3282-818X>) y Marcela Paz González Brignardello (<https://orcid.org/0000-0001-7113-7846>).

¹ Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Recibido: 2 de abril de 2021.

Aceptado: 8 de junio de 2021.

perfil de riesgo en población clínica que perfila un grupo vulnerable sobre el que se precisan medidas de prevención e intervención psicológicas.

Palabras clave: COVID-19; impacto psicológico; factores de riesgo; afrontamiento; resiliencia.

Abstract

This study aims to analyze the profile of users in an university clinic (SPA-UNED) during the first COVID-19 health alarm. The sample was composed of 124 participants (70.4 % women) with an average age of 41.49 years and four instruments were used: Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45), Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM), Coping Orientation to Problems Experienced (COPE-28) and the Scale Connor-Davidson Resilience (CD-RISC). The results showed a sociodemographic profile formed mainly by single Spanish women from the service sector. Consistent with the reasons for consultation, participants predominantly showed symptoms of depression, anxiety, and somatization, poor use of coping strategies, and low levels of resilience. These variables may be a possible risk profile in the clinical population that outlines a vulnerable group for which psychological prevention and intervention measures are required.

Keywords: COVID-19; psychological impact; risk factors; coping; resilience.

Introducción

La magnitud de la pandemia mundial causada por la COVID-19 alcanza ya, al año de su aparición en China, los 92 millones de personas infectadas y dos millones de muertos, con 215 países afectados (Organización Mundial de la Salud, 2021). Los intentos de control de la pandemia han llevado a los gobiernos a implementar estrictas medidas restrictivas que incluyen períodos de confinamiento y

cuarentenas prolongados, restricciones a la movilidad, cierre de fronteras, distancia social, entre otras. Son de especial interés las consecuencias psicológicas y sobre la salud mental que esta situación ha provocado, así como la evolución que esos efectos tienen, a medio y largo plazo.

A partir de otras situaciones previas de pandemia ocurridas en las últimas dos décadas (i.e., SARS, MERS, H1N1 y ébola) y de los primeros estudios publicados durante esta, podemos identificar los principales factores específicos que parecen impactar la salud mental: (a) la vivencia prolongada e incluso reiterada de cuarentena o confinamiento¹ (e.g., Brooks et al., 2020) y las restricciones a la movilidad (Cabrera, 2020), el aislamiento y la soledad (Killgore et al., 2020); (b) la sobrecarga laboral y emocional, especialmente de los profesionales sanitarios de primera línea y su exposición permanente al riesgo de infección, estigma y miedo a transmitir la enfermedad a los familiares (Conversano et al., 2020); (c) la infección y las sucesivas etapas del desarrollo de la enfermedad, las vivencias intra y extrahospitalarias, permanencia en las unidades de cuidados intensivos (UCIs), riesgo vital, etc. (e.g., Taquet et al., 2021; Wu et al., 2005); (d) el proceso de duelo complejo, la imposibilidad de acompañar y despedir al ser querido, así como la falta de rituales sociales que proveen de apoyo social (Araujo-Hernández et al., 2020; Mortazavi et al., 2020; Wallace et al., 2020); (e) la exposición repetida a los medios de comunicación (Garfin et al., 2020); (f) las consecuencias económicas y laborales, así como la preocupación por la crisis económica venidera (Rodríguez-Rey et al., 2020); y (g) los posibles efectos biológicos directos (e.g., afectación del SNC, alteración de estados de conciencia, etc.) relacionados con la infección vírica o su tratamiento (Kim y Su, 2020; Szcześniak et al., 2021; Taquet et al., 2021).

Los primeros estudios sobre el impacto psicológico que la situación ha provocado en los seis meses iniciales tras la pandemia refieren altas tasas de estrés, ansiedad, depresión, frustración e incertidumbre (Serafini et al., 2020); también miedos e insomnio (Sandín et al., 2020), reacciones de negación, ira y miedo (Torales et al., 2020); trastorno de estrés postraumático (North et al., 2021); al-

¹ Para precisión terminológica ver Sánchez-Villena y De la Fuente-Figuerola (2020), y Wilder-Smith y Freedman (2020).

teraciones del sueño (Casagrande et al., 2020) y abuso de sustancias (Czeisler et al., 2020), principalmente. Estudios a gran escala muestran que los trastornos de ansiedad y los síntomas depresivos son los más prevalentes a lo largo de las diferentes etapas de la pandemia, con una frecuencia informada que oscila entre el 20-25 % y el 50 % (Fancourt et al., 2021; Qiu et al., 2020). En Reino Unido, una encuesta nacional realizada a los tres meses del comienzo de la pandemia, encontró que casi el 30 % de los encuestados cumplían el punto de corte para considerar la presencia de un trastorno psiquiátrico general, con síntomas depresivos, de ansiedad y pérdida de confianza, entre otros (Li y Wang, 2020). En España, tres estudios analizan las consecuencias psicológicas ocurridas durante los meses de marzo y abril del 2020: (a) Rodríguez-Rey et al. (2020) mostraron que cerca del 36 % de los sujetos refirieron estar sufriendo impacto psicológico de grado moderado a severo, el 25 % niveles de ansiedad entre leve y severos, 41 % presentó síntomas depresivos y el 41 % refirió sentirse estresado, (b) Sandín et al. (2020) informan que las experiencias emocionales más frecuentemente referidas fueron: preocupación (49.9 %), estrés (45.5 %), desesperanza (44.9 %), depresión (39.6 %) y problemas de sueño (43.3 %); y (c) Balluerka et al. (2020) reportaron de incremento en el malestar psicológico de la siguiente manera: Incertidumbre (84.4 %), miedo a perder seres queridos (82.5 %), preocupación por contraer enfermedades graves, incluida la COVID-19 (71 %), problemas del sueño (61.4 %), sentimientos depresivos (57 %), irritación/enfado (56 %), agobio por el número de mensajes (53 %), cambios de humor (53 %), dificultades para concentrarse (52 %) y sentimientos de irrealidad (50.2 %).

En Italia, al comienzo de la pandemia, casi la mitad de los encuestados reportaron disminución de bienestar psicológico, y un 5 % refirió sintomatología de TEPT (Favieri et al., 2020); Casagrande et al. (2020) informaron que el 57.1 % presentó deterioro del sueño, el 32.1 % alta ansiedad, el 41.8 % alto distrés y el 7.6 % síntomas de TEPT. Muchas de las respuestas tempranas son adaptativas frente a la situación excepcional vivida. En paralelo, Fancourt et al. (2021) en Reino Unido encontraron que la sintomatología ansiosa y depresiva presente en la primera semana disminuyó durante las siguientes semanas de restricción estricta, estabilizándose cuando se aliviaron las medidas. Sin embargo, otros estudios muestran un aumento de sin-

tomatología a lo largo de las semanas de confinamiento (Ozamiz-Etxebarria et al., 2020).

Los factores de riesgo asociados al desarrollo de trastornos mentales son: ser personal sanitario de primera línea (Dosil Santamaría et al., 2020), ser mujer o joven (Casagrande et al., 2020; Favieri et al., 2020; Qiu et al., 2020; Rodríguez-Rey et al., 2020), tener o haber tenido diagnóstico de COVID-19 (Li y Wang, 2020; Taquet et al., 2021), tener incertidumbre de haber sido expuestos al virus (Favieri et al., 2020), tener enfermedad mental previa (Mak et al., 2009), haber perdido el trabajo (Rodríguez-Rey et al., 2020) o tener bajo nivel educativo y bajo nivel de ingresos (Fancourt et al., 2021). Por otra parte, se han identificado algunos factores protectores, entre los cuales se encuentra vivir en pareja y tener trabajo (Li y Wang, 2020).

El presente artículo tiene como objetivo analizar el perfil de los usuarios atendidos por el dispositivo gratuito especial de atención psicológica online, mediante teléfono y videoconferencias y habilitado por el Servicio de Psicología Aplicada (SPA) durante el primer período de alerta sanitaria COVID-19 en el que se produjo un estado de confinamiento generalizado en la población española durante, aproximadamente, cuatro meses. Más específicamente, se pretendió mediante este estudio: (a) analizar el perfil sociodemográfico, las principales demandas y los antecedentes de las personas que solicitaron ayuda durante el confinamiento COVID-19; (b) explorar la sintomatología y significación clínica de estos usuarios; (c) estudiar sus estrategias de afrontamiento y nivel de resiliencia; y finalmente (d) analizar las diferencias por sexo en cada uno de los objetivos anteriores.

Método

Participantes

Los participantes que componen la muestra de este estudio fueron los usuarios atendidos por el Servicio de Psicología Aplicada (SPA) de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), dentro del dispositivo de atención psicológica activado con motivo del confinamiento derivado del estado de alarma por la COVID-19 y

el cual se extendió entre los meses de marzo a junio del año 2020. Se ofreció participar a todas aquellas personas que demandaron atención psicológica en ese periodo para el dispositivo especial. El servicio de atención psicológica para los usuarios habituales quedó suspendido temporalmente. Se trata de una muestra incidental, no aleatoria, reclutada de entre aquellas personas que hicieron uso de dicho dispositivo y que aceptaron voluntariamente participar en este estudio.

El número total de participantes fue de 124 (70.4 % mujeres) con una *edad promedio* de 41.49 años (Desviación tipo = 16.60) que osciló en un *rango* de 24 a 58 años. Del conjunto de participantes, una submuestra equivalente ($n = 60$; 70.4 % mujeres) cumplimentó varios cuestionarios relativos a síntomas psicopatológicos y estrategias de afrontamiento. El resto desistió en participar en la cumplimentación de los cuestionarios mencionados.

Una información detallada sobre las características de la muestra se presenta en la Tabla 1 correspondiente al apartado de resultados.

Instrumentos de evaluación

Registro ad hoc de datos diseñado por el SPA. El registro consistía en una ficha de diferentes datos sobre el usuario que cumplimentaban los psicólogos que atendían a los pacientes. Los datos a cumplimentar incluyeron: datos sociodemográficos, motivo de consulta, antecedentes familiares y personales relacionados con la demanda.

Listado de síntomas SCL-90 de Derogatis. Versión abreviada SA-45 (Sandín et al., 2008). Este instrumento es la adaptación del Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45) de Davison et al. (1997). Es un instrumento de autoinforme de síntomas psicopatológicos de 45 ítems derivado del SCL-90 (Derogatis, 1977). Para este estudio se utilizó la versión española validada por Sandín, et al. (2008). Consiste en nueve escalas de 5 ítems cada una, que evalúan las mismas dimensiones que el SCL-90: hostilidad, sensibilidad interpersonal, somatización, ansiedad, psicoticismo, obsesión-compulsión, ansiedad fóbica e ideación paranoide. Los participantes deben indicar cuánto ha estado presente cada uno de los 45 síntomas durante la última semana según una escala Likert de cinco

puntos que va desde 0 («Nada en absoluto») hasta 4 («Mucho o extremadamente»). El cuestionario presenta propiedades psicométricas adecuadas tanto en lo que concierne a la fiabilidad (coeficientes alfa de Cronbach y correlaciones ítem escala) como a la validez. A esta versión abreviada se añadieron tres ítems adicionales: dos referidos a sintomatología rumiativa (i.e., “Siento preocupación y ansiedad por muchas cosas y no puedo controlarlo”; “Me preocupo en exceso por muchas cosas como la salud, familia, economía, trabajo, amigos... y no puedo controlarlo”) y uno referido a problemas de sueño (i.e., “He tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño”). Los coeficientes de fiabilidad en la presente muestra para cada una de las dimensiones del SA-45 obtenidos mediante alfa de Cronbach se incluyen en la Tabla 2.

Medida de resultados clínicos CORE-OM (Feixas et al., 2012). El CORE-OM, de sus siglas en inglés *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* es un instrumento de autoinforme creado por el Core System Group (Evans, et al., 1998) para la evaluación del cambio terapéutico. Contiene 34 ítems que evalúan el malestar psicológico a partir de cuatro dimensiones: Bienestar subjetivo, Problemas/Síntomas, Funcionamiento general y Riesgo. El valor se puntúa en una escala de 0 a 4. En el presente estudio se utilizó la versión adaptada al español (Feixas et al., 2012) y solo se incluyó la escala de Riesgo (6 ítems). Esta escala evalúa las conductas suicidas, autolesivas y de agresión e intimidación a terceros. Los estudios psicométricos realizados (Feixas et al., 2012; Trujillo et al., 2016) indican que el instrumento posee un nivel de validez y fiabilidad adecuadas, así como una excelente aceptación y sensibilidad al cambio terapéutico. El alfa de Cronbach en la muestra de estudio fue de .85

Inventario de afrontamiento COPE. Versión abreviada (Morán et al., 2010). El COPE (por sus siglas en inglés, Coping Orientation to Problems Experienced) es un inventario multidimensional, desarrollado para evaluar las diferentes formas de respuesta ante el estrés (Carver et al., 1989). Su versión breve (COPE-28; Carver, 1997) está compuesta por 28 ítems que se agrupan por pares en 14 estrategias, relativas al afrontamiento centrado en el problema (i.e., afrontamiento activo, búsqueda de apoyo instrumental, reinterpretación positiva, planificación, aceptación, renuncia y humor); afrontamiento centrado en la

emoción (i.e., apoyo emocional y descarga emocional); afrontamiento evitativo (i.e., autodistracción, religión, negación, consumo de sustancias) y una última escala de autocrítica. Se evalúa cada una de las estrategias con una escala Likert de cuatro puntos (de 0 a 3) según el grado que mejor refleja la manera que el usuario tiene de enfrentarse a los problemas o dificultades en su vida: 0 “no lo refleja en absoluto”; 3 “lo refleja mucho o demasiado”. En el presente estudio se utiliza la versión abreviada y adaptada al español por Morán et al. (2010). Esta versión presentó un coeficiente alfa Cronbach de .72, tanto en la versión española como en la versión inglesa (Perczek et al., 2000). En la Tabla 4 se recogen los coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach obtenidos en la presente muestra para cada una de las dimensiones del COPE

Escala de resiliencia de Connor-Davidson, CD-RISC (Connor y Davidson, 2003; Notario-Pacheco et al., 2011; Soler et al., 2016). La Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC) fue diseñada como una herramienta para el ámbito clínico con la que poder identificar conductas resilientes y valorar las respuestas de los pacientes adultos a los tratamientos psicológicos. En su versión original el CD-RISC constaba de 25 ítems autoinformados que evaluaban cinco dimensiones: competencia personal, confianza en los propios instintos, tolerancia a la adversidad, aceptación positiva del cambio, control e influencia espiritual. Cada ítem se acompañaba de una escala Likert de cinco puntos comprendidos entre 0 “nada de acuerdo” y 4 “totalmente de acuerdo”. La puntuación total proporciona una medida global de resiliencia de manera que altas puntuaciones son indicativas de alta resiliencia. Derivados de los estudios de Campbell-Stills y Stein (2007), se propone una escala unidimensional de 10 ítems con una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach de .85) y adecuadas evidencias de validez de constructo, convergente y discriminante. Así, Wang et al. (2010) encontraron un único factor y una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de .91) y fiabilidad de test–retest ($r = .90$ para un intervalo de dos semanas). Sobre la versión española, Notario-Pacheco et al. (2011) hallaron adecuadas propiedades psicométricas y, en la misma línea, Serrano-Parra et al. (2013) encontraron también un factor subyacente con apropiadas validez convergente y consistencia interna (alfa de Cronbach de .81). En la presente muestra el alfa de Cronbach fue de .89.

Procedimiento

Tras la aprobación del proyecto de investigación por parte del comité de ética de la UNED, cada terapeuta del Servicio de Psicología solicitaba la participación en el estudio a aquellos pacientes que contactaban para ser atendidos dentro del dispositivo de atención psicológica activado con motivo del estado de alarma por la COVID-19. Los terapeutas explicaban los objetivos y metodología del estudio, y solicitaban su participación voluntaria y gratuita. Una vez aceptada la participación, firmaban un consentimiento informado acorde a la protección de datos de la UNED. Todas las pruebas de evaluación se administraron a través de un procedimiento en línea idéntico para todos los participantes, utilizando la plataforma QualtricsXM© (2020). Una vez aceptada la participación los pacientes cumplimentaban los distintos instrumentos de evaluación desde su ordenador y en el orden que se ha presentado en el apartado anterior, a través de un enlace que se enviaba a su cuenta de correo electrónico. La evaluación estaba referida a la sintomatología previa a la intervención realizada. Esta evaluación se realizaba tras el primer contacto telefónico en el que se realizaba una intervención de choque dirigida a atender la demanda inicial y, en los casos que lo requería, a reducir la sintomatología en crisis. El dispositivo de intervención consistió en la aplicación de un protocolo breve de 1 a 3 sesiones acorde a una intervención en emergencias encaminado a disminuir la sintomatología inicial mediante psicoeducación y ejercicios breves de regulación. En aquellos casos en los que la persona no contaba con medios electrónicos, se ofrecía la posibilidad de cumplimentar la información solicitada mediante entrevista telefónica. En este caso, los terapeutas transcribían los datos de la entrevista telefónica a la plataforma electrónica Qualtrics. El tiempo medio empleado por los participantes en cumplimentar la evaluación fue de 50 minutos. Una vez recogidos los datos se procedió a su análisis mediante el paquete estadístico IBM SPSS version 25. Durante la implementación de este dispositivo, los usuarios habituales del SPA que acudían presencialmente vieron interrumpido su tratamiento, el cual fue retomado tras la fase de confinamiento.

Análisis de datos

Dentro de un diseño ex post facto y correlacional se analizan los datos mediante análisis descriptivo de frecuencia y porcentajes de las variables cualitativas y la obtención de medias y desviaciones tipo de las variables cuantitativas. Se analizaron las diferencias por sexo mediante Chi-cuadrado en el caso de los porcentajes y mediante análisis múltiple de la varianza en el conjunto de dimensiones pertenecientes a un mismo instrumento. Cuando los contrastes multivariados fueron significativos

se realizaron contrastes univariados mediante anovas tomando como factor la variable sexo y como variables dependientes, las diferentes dimensiones. Finalmente, para el análisis de la significación clínica se establecieron puntos de corte (PC) a partir de las medias (M) y desviaciones tipo (Dt) ($M \pm Dt$) procedentes de las muestras publicadas (ver las referencias específicas a pie de tabla de la sección de resultados). A partir de los PC se hallaron los porcentajes de participantes que lo superaban ($PC = M + Dt$), para las dimensiones del SA-45 y el CORE-OM-34) así como los porcentajes de participantes que quedaban bajo el PC ($PC = M - Dt$. Para el COPE-28 y el CD-RISC-10).

Tabla 1.

Perfil de usuarios obtenido a partir de variables sociodemográficas, motivo de consulta y antecedentes (n = 124)

Perfil sociodemográfico		Perfil de Demanda		Perfil de Antecedentes	
Variables	n (%)	Variables	n (%)	Variables	n (%)
Sexo		Ansiedad	89 (70.1)	Médicos	23 (18.1)
Hombre	37 (29.6)	Estado de ánimo	61 (48.0)	Mentales	39 (30.7)
Mujer	88 (70.4)	Relaciones Interp	10 (7.9)	Adicciones	3 (2.4)
Profesión		Pareja	11 (8.7)	Abuso/trauma	9 (7.1)
Obrero	6 (5.0)	Autoestima	12 (9.4)	Intimidación	6 (4.7)
Servicios	18 (15.3)	Estrés situacional	37 (29.1)	Viole.familiar	12 (9.4)
Administrativo	4 (2.5)	Sueño	32 (25.2)	Muerte/duelo	13 (10.2)
Empresario/autónomo	2 (1.7)	Adicciones	1 (0.8)	Nacimientos	4 (3.1)
Técnico	18 (14.4)	Alimentación	7 (5.5)	Rupturas/pareja	12 (9.4)
Ama de Casa	9 (6.8)	Rendimiento	8 (6.3)	Cambios relevante	16 (12.6)
Estudiante	36 (28.0)	Sexuales	2 (1.6)	Desempleo	13 (10.2)
Jubilado	14 (11.0)	Familiares	26 (20.5)	Economía	4 (3.1)
Desempleado	12 (9.3)	Trabajo	12 (9.4)	Trat. Farmac	42 (33.0)
Funcionario/docente	4 (2.5)	Somáticos	3 (2.4)		
Funcionario/no docen	2 (1.7)	Duelo	10 (7.9)		
Otros	2 (1.7)	Suicidio	7 (3.1)		
Nacionalidad		Acoso	4 (3.1)		
Sudamericana	12 (9.5)	Obsesiones	19 (15.0)		
Española	114 (89.7)	Personalidad	3 (2.4)		
Francesa	1 (0.8)	Técnicas Estudio	3 (2.4)		
Estado civil		Orientación	1 (0.8)		
Soltero	61 (48.4)	Discapacidad	20 (15.7)		
Casado/pareja	47 (36.9)	Otros*	(13.0)		
Separado/divorciado	16 (12.3)				
Viudo	3 (2.5)				
Nivel de Estudios					
Básicos/primarios	24 (19.3)				
Medios	41 (32.5)				
Universitarios	62 (48.2)				

Nota. Docen= docencia; Interp=interpersonal; Viole=violencia; relevante= relevante; Trat. Trarmac= tratamiento farmacológico. Los porcentajes del perfil de demanda y antecedentes no suman 100 dado que no son excluyentes

(*) Otros= se refiere a otros motivos de demanda tales como cuestiones económicas, dudas de exámenes, soledad, comunicar malas noticias o malestar indefinido.

Resultados

Perfil sociodemográfico, perfil de demanda y antecedentes

El perfil sociodemográfico se definió por un grupo poblacional de una edad promedio de 41.49 años ($DT = 16.60$) mayoritariamente mujeres (70.4 %), de nacionalidad española y cuyos estados civiles predominantes eran soltero/a (48.4 %) o emparejado/a (36.9 %). Las profesiones más frecuentes fueron las de estudiantes (28 %), seguidas de las del sector servicios (15.3 %) y las técnicas (14.4 %). Mayoritariamente los usuarios tenían un nivel de estudios universitario (48.2 %) o medio (32.5 %).

El análisis de la demanda de los usuarios mostró como motivos de consulta más frecuentes, la ansiedad (70.1 %) y el bajo estado de ánimo (48 %). En segundo lugar, el estrés situacional (29.1 %), los problemas de sueño (25.2 %) y los problemas familiares (20.5 %). Con algo más del 15 %, la situación de discapacidad física (e.g., motora, visual) fue también un motivo de consulta.

Entre los antecedentes personales que se relacionaron con el motivo de consulta destacaron los problemas previos de salud mental (30.7 %), así como problemas médicos (18.1 %) derivados de diferentes enfermedades. Con valores aproximados al 10 % destacaron antecedentes relativos a los cambios en la vida cotidiana, el desempleo y la muerte de algún familiar o ser querido. Algo más del 30 % de los usuarios recibía tratamiento farmacológico previo, y el 21 % lo hacía de forma estable por más de tres meses. Una información más detallada sobre el conjunto de estas variables se recoge en la Tabla 1.

Sintomatología y significación clínica de los usuarios

La sintomatología y significación de las puntuaciones analizadas se muestra en la Tabla 2. Los resultados proce-

Tabla 2.

Medias (M), desviaciones tipo (Dt) y significación de la sintomatología informada por los usuarios (n=60)

	M	Dt.	Significación clínica (%)	Alfa de Cronbach
SA-45				
Hostilidad	6.68*	5.50	40.4**	.81
Somatización	9.68*	6.52	59.6**	.86
Depresión	12.82*	5.84	82.5**	.85
Obsesión-compulsión	10.01*	5.55	43.9**	.79
Ansiedad	13.96*	4.87	86.0**	.80
Sensibilidad Interpersonal	9.22	6.07	63.2**	.84
Ansiedad fóbica	8.66*	7.26	54.4**	.89
Ideación Paranoide	7.85	5.13	38.6**	.73
Psicoticismo	4.08*	4.08	40.4**	.65
Índice Severidad Global	83.01*	36.69	89.5**	.94
CORE-OM-34				
Riesgo Ideación autolesiva	1.16	1.59	24.5*	--
Riesgo Planificación suicida	0.79	1.37	14*	--
Riesgo Amenaza	0.35	0.74	3.5*	--
Riesgo violencia	0.61	1.13	12.3*	--
Riesgo Ideación suicida	1.32	1.60	28.1*	--
Riesgo Autolesión	0.61	1.04	8.8*	--
Riesgo Global	0.80*	0.97	89.5**	.85

Nota: (*) Media que supera la puntuación normativa; Índice Severidad Global= puntuación total; (**) Significación clínica: % de usuarios que superan el punto de corte (media+desviación tipo) respecto de la población normativa (Sandín et al., 2008; Trujillo et al., 2016). (*) % de usuarios que puntuaron 3 “mucho” o 4 “extremadamente” en la escala Likert 0-4.

Tabla 3.

Porcentaje de participantes con puntuaciones significativas en cada par de dimensiones del SA-45

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Hostilidad	--	72.40	65	72.4	92.6	62.1	56.2	74.4	96.1
2. Somatización		--	69.8	65.7	100	69.6	80	54.3	57.1
3. Depresión			--	72.1	95.3	51.2	67.4	58.1	51.2
4. Obsesión-compulsión				--	63.3	78.3	71.9	65.6	71.4
5. Ansiedad					--	95.7	69.4	49	44.9
6. Sensibilidad Interpersonal						--	95.6	91.7	96.1
7. Ansiedad fóbica							--	51.4	64.3
8. Ideación Paranoide								--	71.4
9. Psicoticismo									--

dentes del listado de síntomas SA-45 mostraron elevadas puntuaciones en la mayoría de los síndromes evaluados así como en el nivel de gravedad global. Consistentemente con los motivos de consulta, las dimensiones que presentaron niveles más altos de sintomatología fueron las correspondientes a ansiedad, depresión y somatización. Todas las dimensiones evaluadas, con excepción de las referidas a sensibilidad interpersonal y psicoticismo, puntuaron por encima de los valores obtenidos en muestras normativas. La significación clínica o gravedad de la sintomatología estimada mediante el porcentaje de usuarios de la muestra que superaban el punto de corte establecido osciló entre el 38.6% en la dimensión de ideación paranoide y el 86 % de la de ansiedad. De nuevo, los porcentajes más elevados de usuarios que superaron el punto de corte se obtuvo en las dimensiones de Ansiedad, Depresión y Somatización. La sensibilidad interpersonal, a pesar de que la media grupal no fue diferente de la media normativa, resultó superior al punto de corte establecido en un elevado porcentaje de usuarios. Considerando el nivel global de gravedad obtenido por la puntuación total de las diferentes escalas, aproximadamente el 90 % de la muestra superaba los niveles normativos. En la misma línea se mostró la dimensión de riesgo evaluada mediante el CORE-OM que evalúa la presencia de conductas suicidas, autolesivas y de agresión e intimidación a terceros. La media obtenida por la muestra del presente estudio resultó superior a la media normativa y casi el 90 % de los usuarios superaba el punto de corte establecido. Cabe destacar que más del 20 % de la muestra estudiada mostró ideación autolesiva e ideación suicida con niveles informados de “altos” o “muy altos”.

Adicionalmente a estas dimensiones se evaluaron los niveles de rumiación y los problemas de sueño. Aunque estas puntuaciones no se pudieron comparar con muestras normativas, los usuarios informaron de elevados niveles tanto de rumiación así como de problemas de sueño. Respecto a los pensamientos rumiativos el 26.4 % y el 35.1% puntuaron respectivamente y con los niveles más altos de la escala de medida, “sentir preocupación y ansiedad por muchas cosas y no poder controlarlo” y “Me preocupo en exceso por muchas cosas como la salud, familia, economía, trabajo... y no puedo controlarlo” De manera similar ocurrió con los niveles informados relativos a los problemas de sueño: el 65 % informó tener de manera muy frecuente dificultades para conciliar o mantener el sueño.

El análisis de la comorbilidad (Tabla 3) puso de manifiesto porcentajes de sintomatología comórbida significativa que oscilaba entre el 44.9 % (i.e., ansiedad y psicoticismo) y el 100 % (i.e., somatización y ansiedad) de los participantes. Destacó la comorbilidad entre los síntomas de ansiedad y somatización (100 %), sensibilidad interpersonal con psicoticismo, ansiedad e ideación paranoide (respectivamente 96.1 %, 95.7 %, 91.7 %), hostilidad con psicoticismo y ansiedad (respectivamente 96.1 %, 92.6 %) y depresión y ansiedad (95.3%).

Estrategias de afrontamiento y resiliencia

Las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas por los usuarios fueron las de búsqueda de

Tabla 4.

Medias, desviaciones tipo y significación de las estrategias de afrontamiento y nivel de resiliencia percibida (n=60)

	Media	Desviación tipo	Significación clínica (%)**	Alfa de Cronbach
COPE-28				
Afrontamiento Activo	3.49*	1.65	70.2	.65
Planificación	2.82*	1.67	82.5	.44
Reinterpretación positiva	2.40*	1.68	73.7	.64
Aceptación	2.85*	1.76	61.4	.58
Humor	1.42*	1.63	59.6	.61
Religión	1.82	2.17	17.5	.81
Apoyo emocional	3.10*	1.81	68.4	.63
Apoyo social	3.52*	1.84	42.1	.68
Autodistracción	2.64*	1.74	70.2	.48
Negación	1.80	2.01	86.0	.64
Desahogo	2.35*	1.76	73.7	.50
Uso de sustancias	1.21*	1.97	68.4	.88
Desconexión	1.84*	1.91	68.4	.71
Autoculpa	3.08	2.20	--	.69
CD-RISC-10				
Resiliencia	18.28*	9.69	66.7	.89

Nota: (*) Media inferior al punto de corte (Media menos una Desviación tipo) de la muestra normativa (Luzdivina, 2015; Perczek et al., 2000).

(**) Significación clínica: % de usuarios que quedan por debajo del punto de corte (media menos una desviación tipo) respecto de la población normativa del COPE (Luzdivina, 2015; Perczek et al., 2000) y del CD-RISC-10 (Notario-Pacheco et al., 2011; Soler et al., 2016).

apoyo (Apoyo social y emocional), Afrontamiento activo y Autoculpa. En segundo lugar, con niveles ligeramente inferiores, las estrategias de Aceptación, Planificación y Autodistracción (Tabla 4). Los niveles de frecuencia de la mayoría de las estrategias de afrontamiento resultaron inferiores a las informadas por la población normativa, exceptuando las de Religión y Negación que resultaron similares a los niveles normativos. Los porcentajes de usuarios que utilizaban deficitariamente estas estrategias oscilaron entre el 17.5 % en la estrategia de Religión hasta el 82.5 % en la estrategia de Planificación, con valores entre el 60-70 % en un gran número de ellas. En sentido positivo, un gran porcentaje de usuarios no utilizó de manera frecuente estrategias desadaptativas como la Negación (86 %) o el Consumo de sustancias (68.4 %). Tomando el conjunto de estos resultados, los datos muestran en general un uso deficitario de estrategias de afrontamiento positivo.

En la misma dirección de estos resultados aparecieron los niveles de resiliencia informado con una puntuación media inferior a la media normativa. Más del 65 % de los

participantes mostraron niveles de resiliencia inferiores al punto de corte estimado.

Diferencias por sexo en las variables estudiadas

En relación con las características sociodemográficas, tipo de demanda y antecedentes analizados la distribución de las variables resultó estadísticamente similar entre hombres y mujeres tal y como mostraron las comparaciones de porcentajes mediante Chi-cuadrado ($p < .05$) en cada una de ellas.

El análisis de las diferencias de sexo en la sintomatología analizada se llevó a cabo mediante análisis múltiple de la varianza (MANOVA). Los resultados indicaron la ausencia de un efecto significativo multivariado para la variable sexo (Wilks' Lambda = .75, $F_{(9,50)} = 1.57$, $p = .15$, $\eta^2_p = .24$). No obstante, las comparaciones univariadas entre hombres y mujeres en cada una de las dimen-

siones mostró un efecto significativo de la variable sexo para la sintomatología depresiva $F_{(1,58)} = 5.72$; $MCE = 186.80$; $p = .020$; $\eta^2_p = .10$). Las mujeres ($M = 14.02$, $DT = 0.93$) mostraron niveles de sintomatología depresiva significativamente más altos que los hombres ($M = 9.93$, $DT = 1.42$). Adicionalmente, las diferencias por sexo en la dimensión de riesgo global, rumiaciones y problemas de sueño no resultaron significativas.

Respecto a las diferencias por sexo en las estrategias de afrontamiento y resiliencia informadas por los participantes, los resultados no mostraron diferencias significativas ni en el análisis multivariado (Wilks' Lambda = .80, $F_{(14,45)} = 0.66$, $p = .78$, $\eta^2_p = .19$) ni en el univariado ($p < .05$).

Discusión

El objetivo general de esta investigación era analizar la atención psicológica gratuita ofrecida desde el dispositivo puesto en marcha por el Servicio de Psicología Aplicada de la UNED, como consecuencia del estado de alarma por la COVID-19. Por lo que se refiere al perfil sociodemográfico de los solicitantes del servicio, los usuarios tenían una edad media de 40 años, era principalmente de nacionalidad española y, en línea con la literatura (Casagrande et al., 2020; Favieri et al., 2020; Qiu et al., 2020; Rodríguez-Rey et al., 2020), mayoritariamente mujeres. El estado civil predominante fue el de soltero/a, no obstante, un número importante vivía en pareja. Por lo que se refiere a la situación laboral, sólo una minoría tenían la condición de desempleado pero el grupo formado por estudiantes, amas de casa y jubilados (condiciones sin retribución o bajos ingresos económicos) supusieron casi la mitad de la población. En parte, los resultados fueron congruentes con aquellos estudios que muestran que estar en pareja y tener empleo son factores protectores para la aparición de sintomatología por confinamiento (Li y Wang, 2020). En relación con la formación, aunque otros estudios señalan el bajo nivel de estudios como un factor de riesgo (Fancourt et al., 2021), los participantes de este estudio tenían mayoritariamente un nivel educativo medio o universitario. Tanto el porcentaje de estudiantes como su perfil formativo pueden explicarse por el contexto universitario en el

que se ubica el SPA-UNED en el que tuvo lugar la investigación.

Los problemas mentales seguidos de las dificultades de salud física fueron los antecedentes de mayor prevalencia entre los usuarios, dato congruente con otros estudios (Mak et al., 2009). Casi un tercio de los usuarios recibían tratamiento farmacológico y un 21% lo hacía de manera estable con una duración de al menos tres meses, lo que indica la presencia de problemas de salud previos como distintivo de vulnerabilidad. Así mismo y aunque en menor medida, destacaron los antecedentes relacionados con la pérdida de un ser querido, circunstancia que se vio incrementada por el número de fallecimientos por COVID-19.

En cuanto al contenido de las demandas, los usuarios referían principalmente ansiedad, percepción de un bajo estado de ánimo relacionado con la situación, lo que resulta consistente con lo encontrado de manera sistemática en estudios con población española (Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Sandín et al., 2020) y extranjera (e.g., Fancourt et al., 2021; Qiu et al., 2020; Serafini et al. 2020). Gran parte de estas demandas derivaban, como han señalado otros estudios (Favieri et al., 2020; Li y Wang, 2020; Taquet et al., 2021), de la situación vivida por el confinamiento. También y en sintonía con otros estudios (Casagrande et al., 2020; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Sandín et al., 2020), la percepción de estrés fue otro de los motivos frecuentes de búsqueda de ayuda psicológica. Además, un tercio de los usuarios señalaron problemas de sueño, sintomatología encontrada por otros autores (Casagrande et al., 2020; Torales et al., 2020).

El análisis de la sintomatología y su significación clínica, al igual que lo encontrado por otros autores (Favieri et al., 2020; Li y Wang, 2020; Rodríguez-Rey et al., 2020; Sandín et al., 2020) constató un impacto psicológico negativo del confinamiento en el bienestar psicológico de los usuarios caracterizado por elevados niveles de ansiedad, depresión y somatización. Además, un porcentaje elevado de los usuarios informaron de elevada sensibilidad interpersonal (i.e., incompreensión, enemistad o rechazo, inferioridad) y sintomatología paranoide (i.e., pensamiento autorreferencial, de control ajeno, o suspicacia). Por último, casi la totalidad superaron los niveles promedios

normativos de los diferentes síndromes, lo que resultaba esperable tratándose de personas que buscan ayuda en un servicio de atención psicológica. Un dato a destacar, es la elevada sintomatología comórbida que presentaron los usuarios, más del 90% de los participantes informó de comorbilidad entre las dimensiones de somatización- ansiedad, depresión- ansiedad, sensibilidad interpersonal con psicoticismo, ansiedad e ideación paranoide y hostilidad con psicoticismo y ansiedad.

Para completar el análisis del ajuste y el bienestar psicológicos se evaluó la presencia de conductas autolesivas y de intimidación, el pensamiento rumiativo y las dificultades de sueño. Respecto al comportamiento autolesivo e intimidatorio, la totalidad de los usuarios estudiados informaron de niveles clínicamente significativos y casi un tercio de ellos mostraban niveles altos o muy altos de ideación autolesiva y suicida. A este respecto, en la literatura se alerta del riesgo del incremento de conductas suicidas (Reger, et al., 2020) y de la relación entre el confinamiento y estas conductas (Brooks et al. 2020, Thombs et al., 2020). Respecto de la rumiación, más de un tercio de la muestra estudiada informó de niveles altos de pensamientos repetitivos y más de la mitad de problemas de sueño sintomatologías congruentes tanto con el bajo estado de ánimo como con la ansiedad previamente informadas.

En relación con las estrategias de afrontamiento y el nivel de resiliencia de los usuarios, los resultados mostraron un uso deficitario de las diferentes estrategias de afrontamiento respecto de la población normativa, con excepción de la negación y la religión, que resultaron similares a los niveles normativos (Luzdivina, 2015; Perczek et al., 2000). De todas estas estrategias, las más utilizadas y, a la vez, deficitarias, fueron la de búsqueda de apoyo social y emocional, el afrontamiento activo y la autculpa, seguidas de estrategias de aceptación, planificación y autodistracción. El déficit de un adecuado afrontamiento es congruente con la sintomatología hallada y puede ser una de las razones que junto con la amenaza percibida del estresor (i.e., pandemia) la explique. En línea con estos resultados, se mostraron niveles de resiliencia por debajo de la población normativa (Notario-Pacheco et al., 2011; Soler et al., 2016).

En cuanto a las diferencias por sexo en los distintos perfiles (i.e., sociodemográfico, sindrómico y de afrontamiento), los usuarios fueron principalmente mujeres, quienes además, presentaron niveles significativamente superiores de sintomatología depresiva respecto de los hombres. Está ampliamente avalado por la investigación los niveles más altos de sintomatología interiorizada, particularmente en ansiedad y depresión en las mujeres frente a los hombres, y en relación con las experiencias de pandemia (i.e., Qiu et al., 2020; Rodríguez-Rey et al., 2020). No obstante, en la muestra estudiada ni los niveles de resiliencia ni las estrategias de afrontamiento resultaron diferentes entre hombres y mujeres.

El conjunto de estos resultados es compatible con un contexto de elevado estrés poblacional generalizado y confinamiento y, más aún, entre personas más vulnerables, a juzgar por sus antecedentes personales, su inadecuado afrontamiento y sus bajos niveles de resiliencia. Los resultados son congruentes con alteraciones adaptativas relacionadas a factores de estrés en los que predomina la sintomatología de ansiedad y estado de ánimo deprimido (APA, 2013) que pueden muy bien ser explicadas por los modelos generales de estrés.

Aunque, como hemos visto, los resultados obtenidos se encuentran en sintonía con los encontrados por investigaciones previas, la presente investigación tiene algunas limitaciones a considerar. En primer lugar, se trata de una muestra de estudio reducida e incidental que restringe la representación poblacional y la generalización de los resultados a la población clínica. En segundo lugar, las variables objeto de estudio se han evaluado mediante autoinformes, primando el carácter subjetivo de las medidas frente a indicadores intersubjetivos procedentes de una evaluación multimétodo o multi-informante. No obstante, a pesar de las limitaciones expuestas, nuestro estudio se llevó a cabo en condiciones de especial dificultad (un estado de alerta sanitaria bajo confinamiento y alto riesgo de contagio) que hacen que estos resultados puedan contribuir a un mayor y mejor conocimiento de las variables psicológicas personales y grupales que, a su vez, permitan la implementación de actuaciones preventivas sobre los perfiles de riesgo y vulnerabilidad identificados.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5®). Autor.
- Araujo, M., García, S. y García-Navarro, E. B. (2020). Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID-19: Revisión narrativa [Approaching grief and Death in Family Members of Patients with COVID-19: Narrative Review]. *Enfermería Clínica*, 31, S112–S116. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011>
- Balluerka, N., Gómez, J., Hidalgo, M. D., Gorostiaga, A., Espada, J. P., Padilla, J. L. y Santed, M. A. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento* [The Psychological Consequences of COVID-19 and Confinement] [Informe de investigación]. Universidad del País Vasco. https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Universidades/Ficheros/Consecuencias_psicologicasCOVID19.pdf
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J. (2020). The Psychological Impact of Quarantine and how to Reduce it: Rapid Review of the Evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cabrera, E. A. (2020). Actividad física y efectos psicológicos del confinamiento por COVID-19 [Physical Activity and Psychological Effects of Confinement by COVID-19]. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 209–220. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v2.1828>
- Casagrande, M., Favieri, F., Tambelli, R. y Forte, G. (2020). The Enemy who Sealed the World: Effects Quarantine Due to the COVID-19 on Sleep Quality, Anxiety, and Psychological Distress in the Italian population. *Sleep Medicine*, 75, 12–20. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.05.011>
- Conversano, C., Marchi, L. y Miniati, M. (2020). Psychological Distress among Healthcare Professionals Involved in the COVID-19 emergency: Vulnerability and Resilience Factors. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 17(2), 94–96. <https://doi.org/10.36131/CN20200212>
- Connor, K. M. y Davidson, J. R. (2003). Development of a new Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Czeisler, M. E., Lane, R. I., Petrosky, E., Wiley, J. F., Christensen, A., Njai, R., Weaver, M. D., Robbins, R., Facer-Childs, E. R., Barger, L. K., Czeisler, C. A., Howard, M. E. y Rajaratnam, S. M. W. (2020). Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic—United States, June 24–30, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(32), 1049–1057. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1>
- Dosil, M., Ozamiz-Etxebarria, N., Redondo, I., Jaureguizar, J. y Picaza, M. (2020). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles [Psychological impact of COVID-19 on a Sample of Spanish Health Professionals]. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 14, 106–112. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>
- Fancourt, D., Steptoe, A. y Bu, F. (2021). Trajectories of Anxiety and Depressive Symptoms during Enforced Isolation Due to COVID-19 in England: A Longitudinal Observational Study. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 141–149. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30482-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30482-X)
- Favieri, F., Forte, G., Tambelli, R., y Casagrande, M. (2021). The Italians in the Time of Coronavirus: Psychosocial Aspects of the Unexpected COVID-

- 19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Artículo 551924. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.551924>
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A, García-Grau, E. y López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure [Spanish Version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM)]. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109–135.
- Garfin, D. R., Silver, R. C. y Holman, E. A. (2020). The Novel Coronavirus (COVID-2019) Outbreak: Amplification of Public Health Consequences by Media Exposure. *Health Psychology*, 39(5), 355–357. <https://doi.org/10.1037/hea0000875>
- Kim, S.-W. y Su, K.-P. (2020). Using Psychoneuroimmunity against COVID-19. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 4–5. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.025>
- Li, L. Z. y Wang, S. (2020). Prevalence and Predictors of General Psychiatric Disorders and Loneliness during COVID-19 in the United Kingdom. *Psychiatry Research*, 291, Artículo 113267. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113267>
- Morán, C., Landero, R. y González, M. T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE [COPE-28: A Psychometric Analysis of the Spanish Version of the Brief COPE]. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543–552.
- Mortazavi, S. S., Assari, S., Alimohamadi, A., Rafiee, M. y Shati, M. (2020). Fear, Loss, Social Isolation, and Incomplete Grief Due to COVID-19: A Recipe for a Psychiatric Pandemic. *Basic and Clinical Neuroscience*, 11(2), 225–232. <https://doi.org/10.32598/bcn.11.COVID19.2549.1>
- Notario-Pacheco, B., Solera, M., Serrano, M. D., Bartolomé, R., García-Campayo, J. y Martínez-Vizcaíno, V. (2011). Reliability and Validity of the Spanish Version of the 10 item Connor-Davidson Resilience Scale (10 item CDRISC) in Young Adults. *Health Quality Life Outcomes*, 9, 63–68. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-63>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. <https://COVID19.who.int>
- Ozamiz-Etxebarria, N., Idoiaga, N., Dosil, M. y Picaza, M. (2020). Psychological Symptoms During the Two Stages of Lockdown in Response to the COVID-19 Outbreak: An Investigation in a Sample of Citizens in Northern Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, Artículo 1491. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01491>
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B. y Xu, Y. (2020). A Nationwide Survey of Psychological Distress among Chinese People in the COVID-19 Epidemic: Implications and Policy Recommendations. *General Psychiatry*, 33(2), Artículo e100213. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
- Reger, M. A., Stanley, I. H. y Joiner, T. E. (2020). Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019. A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry*, 77(11), 1093–1094. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1060>
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H. y Collado, S. (2020). Psychological Impact and Associated Factors During the Initial Stage of the Coronavirus (COVID-19) Pandemic Among the General Population in Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, Artículo 1540. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01540>
- Sánchez-Villena, A. R. y de La Fuente-Figuerola, V. (2020). COVID-19: Cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? [COVID-19: Quarantine, Isolation, Social Distancing and Lock Down: Are they the Same?].

- Anales de Pediatría*, 93(1), 73–74.
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.001>
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A. y Lostao, L. (2008). SA-45: Forma abreviada del SCL-90 [SA-45: A brief form of the SCL-90]. *Psicothema*, 20(2), 290–296.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J. y Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional [Psychological impact of the COVID-19 Pandemic: Negative and Positive Effects in Spanish People during the Mandatory National Quarantine]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1–22.
<https://doi.org/10.5944/rppc.27569>
- Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L. y Amore, M. (2020). The Psychological Impact of COVID-19 on the Mental Health in the General Population. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(8), 531–537.
<https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201>
- Soler, M. I., Meseguer, M. y García, M. (2016). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de 10 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC 10) en una muestra multiocupacional [Psychometric Properties of the Spanish Version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in a Sample of Workers]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(3), 159–166.
<https://doi.org/10.1016/Zj.rlp.2015.09.002>
- Szcześniak, D., Gładka, A., Misiak, B., Cyran, A. y Rymaszewska, J. (2021). The SARS-CoV-2 and Mental Health: From Biological Mechanisms to Social Consequences. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 104, Artículo 110046.
<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110046>
- Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J. R. y Harrison, P. J. (2021). Bidirectional Associations between COVID-19 and Psychiatric Disorder: Retrospective Cohort Studies of 62 354 COVID-19 Cases in the USA. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 130–140.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30462-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30462-4)
- Thombs, B. D., Bonardi, O., Rice, D. B., Boruff, J. T., Azar, M., He, C., Markham, S., Sun, Y., Wu, Y. y Krishnan, A. (2020). Curating Evidence on Mental Health during COVID-19: A Living Systematic Review. *Journal of Psychosomatic Research*, 133, Artículo 110113.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110113>
- Torales, J., O’Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M. y Ventriglio, A. (2020). The Outbreak of COVID-19 Coronavirus and its Impact on Global Mental Health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317–320.
<https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- Trujillo, A., Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Salla, M., Medina, J. C., Montesano, A., Soriano, J., Medeiros-Ferreira, L., Cañete, J., Coreblla, S., Grau, A., Lana, F. Y Evans, C. (2016). Psychometric Properties of the Spanish Version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation–Outcome Measure. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1457–1466.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S103079>
- Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A. y White, P. (2020). Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), e70–e76.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>
- Wilder-Smith, A. y Freedman, D. O. (2020). Isolation, Quarantine, Social Distancing and Community Containment: Pivotal Role for Old-Style Public Health Measures in the Novel Coronavirus (2019-nCoV) Outbreak. *Journal of Travel Medicine*,

27(2), Artículo taaa020.
<https://doi.org/10.1093/jtm/taaa020>

Wu, K. K., Chan, S. K. y Ma, T. M. (2005). Posttraumatic Stress, Anxiety, and Depression in Survivors of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). *Journal of Traumatic Stress, 18*(1), 39–42.
<https://doi.org/10.1002/jts.20004>

IMPACTO EMOCIONAL DE LA PANDEMIA DE COVID-19 DURANTE EL PERIODO DE CONFINAMIENTO EN ESPAÑA: FACTORES PROTECTORES Y FACTORES DE RIESGO/VULNERABILIDAD

EMOTIONAL IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC DURING THE SPANISH NATIONAL LOCKDOWN: PROTECTIVE AND RISK/VULNERABILITY FACTORS

BONIFACIO SANDÍN¹, PALOMA CHOROT¹,
JULIA GARCÍA-ESCALERA¹ Y ROSA M. VALIENTE¹

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Sandín B., Chorot, P., García-Escalera, J. y Valiente, R. M. (2021). Impacto emocional de la pandemia de COVID-19 durante el periodo de confinamiento en España: Factores protectores y factores de riesgo/vulnerabilidad [Emotional Impact of the COVID-19 Pandemic during the Spanish National Lockdown: Protective and Risk/Vulnerability Factors]. *Acción Psicológica*, 18(1), 27–44. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.29520>

Resumen

El objetivo del presente estudio fue examinar el impacto emocional de la pandemia de COVID-19 y el confinamiento nacional vivido en España durante los meses de marzo y abril de 2020. Se investigó la prevalencia de distrés emocional, así como también los

factores protectores y de riesgo/vulnerabilidad. Una muestra de 1561 participantes (*edad*: 19-84 años) cumplimentó online el Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus (CIPC), la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre-12, y las escalas PANAS de afecto positivo y negativo. Los resultados indican que muchos participantes experimentaron niveles elevados de distrés emocional reflejado a través de un perfil de distrés

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Bonifacio Sandín, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Email: bsandin@psi.uned.es

ORCID: Bonifacio Sandín (<https://orcid.org/0000-0001-7206-6410>), Paloma Chorot (<https://orcid.org/0000-0002-5442-2917>), Julia García-Escalera (<https://orcid.org/0000-0002-9288-4071>) y Rosa M. Valiente (<http://orcid.org/0000-0003-2369-3295>).

¹ Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Recibido: 26 de enero de 2021.

Aceptado: 6 de marzo de 2021.

de 10 síntomas en el que predominaron la preocupación, el agobio/estrés, la desesperanza, la tristeza/depresión y los problemas de sueño. Encontramos factores protectores (edad, nivel de ingresos, jardín en vivienda, trabajar fuera de casa), de riesgo (exposición a los medios de comunicación, vivir con enfermos crónicos, vivir con personas dependientes, trabajar como sanitario) y de vulnerabilidad (sexo, afecto negativo, intolerancia a la incertidumbre) que predecían significativamente los niveles de distrés. El afecto negativo y la intolerancia a la incertidumbre demostraron ser poderosos predictores del distrés. Adicionalmente, se proporciona evidencia empírica sobre la validación de la Escala de Distrés Emocional del CIPC.

Palabras clave: COVID-19; coronavirus; distrés; ansiedad; depresión; desesperanza; problemas de sueño; afecto positivo y negativo; intolerancia a la incertidumbre; medios de comunicación.

Abstract

The objective of this work was to study the psychological impact of the pandemic COVID-19 and the national lockdown that took place in Spain during March and April 2020. We examined the prevalence of emotional distress, as well as protective and risk/vulnerability factors. A sample of 1,561 participants (aged 19 to 84 years) completed online the Coronavirus Psychological Impact Questionnaire (CIPC), the Intolerance of Uncertainty Scale-12, and the Positive and Negative Affect Schedule. Results show that many participants experienced high levels of emotional distress reflected through a 10-symptom distress profile in which worry, stress, hopelessness, sadness/depression and sleep problems predominated. We found some protective (age, income level, home garden, working outside the home), risk (media exposure, living with chronically ill and/or dependent persons, health worker) and vulnerability (sex, negative affect, intolerance of uncertainty) factors that significantly predicted the levels of distress. Negative affect and intolerance of uncertainty demonstrated to be strong predictors of distress. In addition, empirical evidence is provided on the validation of the Distress Emotional Scale of the CIPC.

Keywords: COVID-19; coronavirus; distress; anxiety; depression; hopelessness; sleep problems; positive and negative affect; intolerance of uncertainty; media exposure.

Introducción

La población humana está viviendo actualmente una situación de pandemia mundial debida a la expansión de la enfermedad por coronavirus COVID-19 (coronavirus disease 2019). La enfermedad se ha extendido por todo el globo terráqueo a una velocidad sin precedentes tras ser declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como pandemia global el 11 de marzo de 2020. Según la OMS (datos del 3 de diciembre de 2020), el número de personas infectadas por esta enfermedad es de 63.965.092 casos, y el número de muertes de 1.488.120 casos. La pandemia adquirió en Europa, y especialmente en España, una actividad crítica durante los meses marzo y abril de 2020. Con objeto de frenar la expansión del coronavirus y reducir la emergencia sanitaria que en esos momentos se estaba produciendo en nuestro país, el gobierno español decretó el estado de alarma (BOE, 2020) y un periodo de confinamiento del 14 de marzo al 3 de mayo de 2020 obligatorio para todo el territorio español (una situación de cuarentena global en todo el territorio). Tal confinamiento implicaba condiciones de distanciamiento social, aislamiento en el propio domicilio, limitaciones drásticas de la libertad de circulación de los ciudadanos, y suspensiones de la actividad comercial y educativa; autorizándose únicamente las actividades relacionadas con los bienes de primera necesidad, como las relacionadas con adquisición de alimentos y medicinas, y la asistencia a centros sanitarios o laborales.

Los posibles efectos psicológicos negativos debidos directamente a las condiciones del propio confinamiento, las características de la pandemia y los múltiples factores asociados cualifican al confinamiento como una adversidad de elevado estrés psicosocial, en principio de mayor impacto psicológico que los sucesos vitales normativos (Sandín y Chorot, 2017). Aspectos como la ambigüedad e incontrolabilidad de la amenaza asociada a la pandemia, su carácter invisible e impredecible, la letalidad del inva-

sor, o la posible falta de rigor de la información aportada por los medios de comunicación, pueden generar por sí mismos alteraciones psicológicas relacionadas con la percepción de amenaza a la propia salud personal. Las preocupaciones, miedos y/o ansiedad de las personas confinadas podrían asociarse también a otros factores, como la salud de las personas queridas, el posible colapso de la sanidad, los problemas laborales y las pérdidas de ingresos, la expansión mundial del virus y sus consecuencias económicas y sociales, etc. (Sandín, Valiente et al., 2020).

Algunos estudios iniciales, realizados fundamentalmente con población china, pusieron de manifiesto la influencia nociva de la pandemia de COVID-19 sobre diversas variables de la salud mental. El primer estudio que examinó los efectos psicológicos de la COVID-19 en personas bajo cuarentena global fue publicado por Liu et al. (2020) con población china. Estos autores describieron que la cuarentena se asociaba a síntomas de estrés postraumático y alteraciones del sueño (relacionadas con la sintomatología de estrés postraumático). Otros estudios basados también en muestras chinas examinaron el impacto de la COVID-19 sobre diversas variables de salud mental, incluyendo los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada (Cao et al., 2020), y la exposición a las redes sociales y la sintomatología de ansiedad y depresión (Gao et al., 2020). Basándose en población india, Roy et al. (2020) investigaron los niveles de ansiedad asociados a la pandemia, los problemas de sueño, y el malestar relacionado con la información proporcionada por los medios de comunicación. Aunque todos estos estudios proporcionan información relevante respecto a los efectos de la pandemia de COVID-19 sobre la salud mental (para una descripción más detallada, véase Sandín, Valiente et al., 2020), una limitación importante es que, salvo el estudio de Liu et al. (2020), estas investigaciones no evaluaron el impacto asociado a un proceso de confinamiento (en su sentido estricto). Únicamente el trabajo de Liu et al. (2020) examinó los efectos de un confinamiento impuesto el 23 de enero de 2020 a la población china residente en Wuhan y otras ciudades limítrofes en la provincia de Hubei (no se trataba, por tanto, de un confinamiento nacional). Aunque muy preliminares, estos datos tienden a sugerir que la pandemia tiene un efecto pernicioso sobre el bienestar emocional de las personas, con un posible impacto sobre los niveles de

ansiedad, estrés postraumático, preocupación patológica, y problemas de sueño.

El primer estudio sobre el impacto psicológico del confinamiento aplicado globalmente a un país, relacionado con la pandemia de COVID-19, fue publicado por Sandín, Valiente et al. (2020). Dicho estudio se basó en el confinamiento decretado por el gobierno español durante los meses de marzo y abril de 2020. Aunque la pandemia de COVID-19 se ha extendido por todo el mundo, no todos los países han sido afectados del mismo modo. Durante dicho periodo, España fue sin duda uno de los países del mundo más castigados por el coronavirus, tanto por el número de infectados y de personas fallecidas, como por el colapso y movilización de recursos sanitarios. También fue uno de los más afectados por estrictas medidas de cuarentena y aislamiento en el propio domicilio, incluyendo la prohibición de que los niños pudieran salir a la calle.

En nuestro estudio aislamos cuatro tipos o categorías de miedos al coronavirus, los cuales están respectivamente relacionados con: (1) el contagio, la enfermedad y la muerte por el coronavirus, (2) la carencia de productos de consumo básicos (bienes de primera necesidad), (3) el aislamiento social, y (4) el trabajo y la pérdida de ingresos. Entre los 10 miedos al coronavirus más frecuentes, la mitad de ellos pertenecían a la primera categoría, 3 a miedos relacionados con el trabajo y la pérdida de ingresos económicos, y 2 eran miedos sobre el aislamiento social. Algunos miedos se daban en porcentajes muy elevados de la muestra. Así, los miedos al contagio, la enfermedad y la muerte (p.ej., que muera o se contagie algún familiar, o que se propague el virus) se daban en casi la mitad de la población estudiada (en más del 40 %). Uno de los miedos relacionados con el aislamiento social (i.e., el miedo a no poder ver a familiares o amigos), fue experimentado también por más del 40 % de los participantes. En general, las mujeres eran mucho más vulnerables que los hombres para todos los tipos de miedos examinados: por cada hombre con un miedo al coronavirus solía haber 2 mujeres con el mismo miedo. Las personas más jóvenes eran más vulnerables que las personas mayores para una parte importante de los miedos, especialmente los relacionados con el aislamiento social y el contagio/enfermedad/muerte. Entre los factores de vulnerabilidad a los miedos destacaron la intolerancia a la incertidumbre, el afecto negativo y perte-

necer al sexo femenino. Fueron factores de riesgo la excesiva exposición a los medios de comunicación, vivir con enfermos crónicos, y vivir con menores de 12 años. Ciertas variables se asociaron de forma negativa con los miedos al coronavirus (factores de protección), entre las que se incluían el nivel de ingresos, la edad, trabajar fuera de casa, disponer de jardín privado en la vivienda, y el afecto positivo.

Así mismo, el estudio constató que el perfil emocional asociado a la COVID-19 sugiere un predominio de síntomas de preocupación, estrés (sentirse estresado o agobiado), desesperanza y problemas de sueño, destacando también la depresión en el grupo de mujeres. También encontramos un impacto elevado en los niveles de ansiedad, nerviosismo e inquietud. El perfil reflejaba un menor impacto del coronavirus sobre las emociones de ira/irritabilidad y sentimiento de soledad.

Uno de los aspectos más novedosos investigados por el estudio de Sandín, Valiente et al. (2020) fue examinar la posibilidad de que también pudieran derivarse efectos positivos asociados al confinamiento. A este respecto, pusimos de relieve que la situación especial generada por la pandemia de COVID-19 y el confinamiento también puede generar efectos positivos. Muchos de los participantes indicaron haber experimentado efectos positivos como valorar nuevos aspectos de la vida, conocer o vivir nuevas experiencias positivas, aprender a valorar cosas importantes de las que antes no era consciente, o descubrir nuevas capacidades o aficiones. Nos llamó la atención constatar que el mayor grado de experiencias positivas se asociaba a ser mujer y tener menos edad. Los jóvenes y las mujeres parecían, por tanto “ser más propicios... para percibir y valorar aspectos positivos que pueden emerger entre las diversas adversidades que generan las situaciones de extremo estrés psicosocial” (Sandín, Valiente et al., 2020, p. 15).

Posteriormente se han publicado múltiples estudios relacionados con el impacto psicológico asociado a periodos de confinamiento o a la amenaza que supone la propia pandemia de COVID-19. Muchos de los estudios se han focalizado en problemas emocionales (ansiedad, depresión, problemas de sueño, síntomas de trastorno de estrés post-traumático, etc.) referidos a poblaciones de adultos en general (Alvites-Huamani, 2020; González-Sanguino et al.,

2020; Hidalgo et al., 2020; Jiménez et al., 2020; Odrizola-González et al., 2020; Rodríguez-Hidalgo et al., 2020; Subirón, 2020; personas mayores (Velasco et al., 2020), niños y adolescentes (Gómez-Becerra et al., 2020; Orgilés et al., 2020; Pedreira, 2020), y en profesionales de la salud (Romero et al., 2020; Monteiro da Silva et al., 2020). También se ha constatado que el confinamiento y la pandemia de COVID-19 puede afectar negativamente a otras facetas psicológicas como la conducta sexual (Ballester-Arnal et al., 2020; Nebot-García et al., 2020), el equilibrio laboral –balance ocupacional– (González-Bernal et al., 2020) y la perturbación de la vida cotidiana (Parada y Zambrano, 2020). Así mismo, se han llevado a cabo estudios de intervención para reducir y/o prevenir el impacto emocional de la pandemia (Jiménez et al., 2020; Lugo-González et al., 2020; Rodríguez-Ceberio, 2020), así como también propuestas de actuación (Espada et al., 2020; Pedreira, 2020).

La evidencia actual sobre el impacto psicológico de la pandemia de COVID-19, y especialmente del confinamiento asociado, indica un grado elevado y significativo de afectación reflejada a través de incrementos en los niveles de ansiedad, depresión y otras manifestaciones emocionales. No obstante, aparte de la implicación de los factores sociodemográficos, en general no se ha investigado el papel que puedan jugar las variables de vulnerabilidad individual y otros factores de riesgo en dicha afectación. Por otra parte, aunque se ha investigado el impacto sobre diversas emociones, no se ha estudiado el *distrés* psicológico como constructo comprensivo propio, ni su afectación vinculada al confinamiento relacionado con la pandemia de COVID-19. Desde el punto de vista subjetivo, suele utilizarse el término “*distrés*” para referirse a un estado general de malestar emocional caracterizado por un conjunto de respuestas emocionales negativas –preocupación, agobio, ansiedad, tristeza, enfado, etc.– (Sandín, 2020). Esta sensación de malestar constituye actualmente un concepto nuclear para establecer las decisiones diagnósticas en el DSM-5 (Sandín, 2013), siendo por tanto un constructo de gran relevancia actual en psicología clínica y psicopatología.

El objetivo del presente estudio consistió en examinar el grado y características del *distrés* emocional experimentado durante el periodo excepcional de confinamiento vi-

vido en España durante los meses de marzo y abril de 2020. Aunque el impacto emocional suele reflejarse en diferentes reacciones emocionales (Sandín, Chorot y Valiente, 2018), el conjunto de emociones como el miedo, la ansiedad, la ira, la preocupación, etc., suelen darse de forma mixta en situaciones de elevado estrés y ante amenazas de naturaleza incontrolable e impredecible (Sandín, 2020; Sandín, Chorot y Valiente, 2020). Como objetivos específicos pretendemos investigar los siguientes aspectos asociados a la situación de estrés psicosocial producido por el confinamiento: (a) proporcionar información empírica sobre la validación de la Escala de Distrés Emocional (EDE), una escala incluida en el Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus (CIPC; Sandín et al., 2020); (b) examinar el distrés emocional y sus características; (c) examinar la influencia de los factores de protección, riesgo y vulnerabilidad (incluyendo factores sociodemográficos, psicosociales y de personalidad).

Método

Participantes

Se utilizó una muestra total de 1.561 participantes. La muestra incluía participantes que vivían en todo el territorio español (véase la Tabla 1). El rango de edad de los participantes fue de 19 a 84 años ($M = 33.5$, $DT = 10.8$), de los cuales 366 (23.4 %) eran varones y 1195 (76.6 %) eran mujeres. Para información sobre el resto de características sociodemográficas véase la Tabla 2.

La muestra estuvo constituida por estudiantes de la UNED. Los protocolos fueron cumplimentados entre los días 18 y 26 de abril de 2020 de forma online por todos los participantes. Previamente se informó sobre los objetivos y características del estudio y se requirió la aceptación del consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el comité de bioética de la UNED.

Tabla 1.

Distribución de la muestra según las distintas regiones de España ($N = 1.561$)

Comunidad	Frecuencia	Porcentaje
Andalucía	229	14.7
Aragón	129	8.3
Asturias	47	3.0
Baleares	26	1.7
Canarias	48	3.1
Cantabria	27	1.7
Castilla León	84	5.4
Castilla La Mancha	83	5.3
Cataluña	59	3.8
Extremadura	49	3.1
Galicia	132	8.5
La Rioja	7	0.4
Madrid	360	23
Murcia	47	3.0
Navarra	46	2.9
País Vasco	65	4.2
Valencia	111	7.1
Ceuta Melilla	12	0.8

Instrumentos de evaluación

Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus (CIPC; Sandín, Valiente et al., 2020). Se trata de un cuestionario de autoinforme diseñado para evaluar el impacto psicológico asociado a la pandemia por COVID-19. Incluye varias preguntas iniciales sobre características sociodemográficas y las nueve escalas independientes siguientes: (1) Experiencia con el Coronavirus (ECOV); (2) Uso de los Medios de Comunicación (UMC); (3) Conductas Asociadas al Confinamiento (CAC); (4) Uso de Conductas Preventivas (UCP); (5) Escala de Miedo al Coronavirus (EMC); (6) Escala de Distrés Emocional (EDE); (7) Escala de Síntomas de Estrés Postraumático (ESEP), (8) Escala de Interferencia por el Coronavirus (EIC), y (9) Escala de Experiencias Positivas ante las Adversidades (EEPA) (para una descripción completa del cuestionario, véase Sandín, Valiente et al., 2020). En lo que concierne al presente estudio, aparte de las preguntas sobre datos sociodemográficos, se utilizaron las escalas UMC y EDE.

Uso de los Medios de Comunicación (UMC). Mediante esta escala se evalúa a través de cuatro ítems la ex-

posición a los medios de comunicación, incluyendo la televisión, internet, las redes sociales, y la prensa escrita. La escala incluye tres opciones de respuesta, que varían entre 1 (“Poco o nada” y 3 (“La mayor parte del día”).

Escala de Distrés Emocional (EDE). Consiste en una escala que evalúa 10 tipos de experiencias emocionales negativas (incluida la experiencia de problemas de sueño), que generalmente suelen producirse como reacción a las situaciones de elevado estrés psicosocial. El participante responde indicando la frecuencia con que ha experimentado cada síntoma según una escala de frecuencia de cinco puntos: 1 (“Nunca o casi nunca”), 2 (“Algunas veces”), 3 (“Bastantes veces”), 4 (“Muchas veces”) y 5 (“Siempre o casi siempre”). En el presente estudio obtuvimos los siguientes coeficientes de fiabilidad: $\alpha = .94$, $\omega = .93$.

Intolerance of Uncertainty Scale-12 (IUS-12; Carleton et al., 2007). Se utilizó la versión española de Sandín et al. (2012). Se trata de una escala de autoinforme de 12 ítems que evalúa la intolerancia ante situaciones ambiguas y de incertidumbre a los sucesos futuros. La escala se contesta según un rango de respuestas de cinco puntos, que varía entre 1 (“No es característico en mí”) y 5 (“Es totalmente característico en mí”). Se ha proporcionado evidencia sobre sus excelentes propiedades psicométricas (Pineda, 2018). En el presente estudio se obtuvieron los siguientes valores de fiabilidad: $\alpha = .93$, $\rho = .93$.

Escalas de Afecto Positivo y Negativo [Positive and Negative Affect Schedule, PANAS]. Se aplicó la versión española validada por Sandín et al. (1999). Consta de 20 ítems, 10 referidos al afecto positivo y 10 al afecto negativo. Cada ítem se puntúa según una escala de intensidad de 1 (“nada o casi nada”) a 5 (“muchísimo”). Las propiedades psicométricas de esta versión son excelentes. En el presente estudio, se obtuvieron los siguientes coeficientes de fiabilidad: $\alpha = .91$, $\omega = .91$ (escala de afecto positivo) y $\alpha = .90$, $\omega = .91$ (escala de afecto negativo).

Análisis estadístico de datos

Aparte del cálculo de los descriptivos básicos (medias y DTs), se llevó a cabo un proceso de análisis factorial de la Escala de Distrés Emocional (EDE) en dos etapas integradas aplicando el EQS 6.3 (Bentler y Hu, 2017). La pri-

mera etapa consistió en un análisis factorial exploratorio (AFE) y la segunda en un análisis factorial confirmatorio. En la primera etapa se aplicó análisis paralelo para la determinación del número de factores a extraer y el método de componentes principales basado en las correlaciones policóricas. Se estableció como criterio que las cargas factoriales fueran $\geq .50$. En la segunda etapa se aplicó análisis factorial confirmatorio partiendo de la estructura factorial establecida en la fase previa. Las varianzas de los términos de error fueron especificadas como parámetros libres (como norma no se permitió la covariación entre los residuos). La varianza de las variables latentes se fijó en 1.00 con objeto de identificar el modelo de medida. Los análisis se basaron en las correlaciones policóricas y se utilizó el método de estimación ML-robusto, el cual proporciona estadísticos robustos a partir de la prueba escalada de χ^2 de Satorra-Bentler (S-B χ^2) y errores estándar robustos, corrigiendo los errores debidos a una posible violación del principio de normalidad. La aplicación de este método significa que los valores calculados son válidos incluso aunque se violase la asunción de normalidad en el método de estimación. Como suele recomendarse, utilizamos índices de bondad de ajuste de diversas clases (absolutos, de parsimonia y comparativos): (1) S-B χ^2 (χ^2 de Satorra-Bentler), (2) CFI (robust comparative fit index), (3) SRMR (standardized root mean-square residual), y (4) RMSEA (root mean square error of approximation). Se considera un ajuste aceptable si los valores de CFI ≥ 0.90 , SRMR ≤ 0.08 , y RMSEA ≤ 0.06 (Byrne, 2009; Hu y Bentler, 1999).

Para estimar la fiabilidad de las escalas (consistencia interna) calculamos los coeficientes rho (ρ), omega (ω), y el tradicional coeficiente alfa (α). En los análisis de frecuencias utilizamos la prueba de χ^2 de Pearson y la prueba no paramétrica de tablas cruzadas (para distribuciones de frecuencias multivariadas). Para elaborar los modelos predictivos del distrés psicológico a partir de los factores de riesgo/vulnerabilidad y de protección aplicamos análisis de regresión múltiple de pasos sucesivos hacia adelante y de introducción simultánea de las variables independientes. Los análisis se efectuaron con los programas estadísticos SPSS.25 y el EQS 6.3.

Resultados

Características sociodemográficas

Las principales características sociodemográficas de la muestra se indican en la Tabla 2. Tal y como puede apreciarse, la mayor parte de los participantes vivía en áreas urbanas, no disponía de jardín privado en su vivienda, y en su núcleo familiar no superaba las tres personas (en el 33.8 % de los casos consiste en cuatro o más personas). Un porcentaje relevante de participantes vivía con alguna persona que padecía una condición de enfermedad crónica grave (19.0 %), o una persona dependiente que requería elevada atención (7.3 %). La mayor parte de los sujetos no tuvo que salir a trabajar fuera de casa (75.8 %). Un porcentaje importante (8.3 %) de participantes trabajan fuera de casa como sanitarios.

Tabla 2.

Características sociodemográficas de la muestra durante el confinamiento (N = 1.561)

Variable	n	%
<i>Ubicación vivienda</i>		
Urbana (ciudad)	1022	65.5
Rural (pueblo)	539	34.5
<i>Vivienda con jardín privado (casa o chalet)</i>		
Sí	336	21.5
No	1225	78.5
<i>Nivel económico (ingresos anuales)</i>		
Hasta 10.000 €	382	24.5
10.000-25.000 €	677	43.3
25-000-40.000 €	320	20.5
Más de 40.000 €	182	11.7
<i>Estado civil</i>		
Soltero/a	892	57.0
Casado/a, cohabitando	577	37.0
Separado/a, divorciado/a, viudo/a	92	6.0
<i>Convivencia familiar</i>		
Vivir solo	167	10.5
Entre 2-3 personas	886	55.5
Cuatro o más personas	539	33.8
<i>Vivir con menores de 12 años</i>		
Sí	284	18.2
No	1277	81.8
<i>Vivir con alguna persona con enfermedad crónica grave</i>		
Sí	297	19.0
No	1264	81.0

Variable	n	%
<i>Vivir con alguna persona dependiente que requiera elevada atención</i>		
Sí	114	7.3
No	1447	92.7
<i>Tener que trabajar fuera de casa</i>		
Sí	377	24.2
No	1184	75.8
<i>Trabajar como sanitario</i>		
Sí	129	8.3
No	1432	91.7
<i>Trabajar como miembro de las fuerzas y cuerpos de seguridad en apoyo de actividades sanitarias o del cumplimiento del confinamiento</i>		
Sí	67	4.3
No	1494	95.7

Nota: Todas las pruebas de χ^2 sobre distribución de frecuencias para las diferentes variables resultaron ser estadísticamente significativas (* $p < .001$).

Análisis factorial exploratorio y confirmatorio de la Escala de Distrés Emocional (EDE)

El análisis factorial exploratorio (AFE) reflejó que la estructura de la EDE estaba representada por un único factor, el cual explicaba el 65 % de la varianza total. Tanto el análisis paralelo como el test de scree sugerían un único factor. El valor propio del primer factor era de 6.49 (el resto de valores para los restantes factores eran inferiores a la unidad). Las cargas factoriales de cada ítem de la escala y los valores de la comunalidad (h^2) se especifican en la Tabla 3. Puede apreciarse que tanto las cargas factoriales (variaron entre .90 y .68) como las comunalidades (entre .81 y .47) alcanzan valores elevados.

Mediante el segundo paso de análisis de la estructura factorial de la EDE (i.e., a través del análisis factorial confirmatorio, AFC), se examinó la estructura unifactorial sugerida empíricamente en el primer paso (AFE), esto es, la estructura de un factor. No cabía examinar otras estructuras factoriales ya que desde el punto de vista teórico también asumíamos una estructura de un único factor de distrés. Tras un primer AFC encontramos una estructura consistente y en general buenos índices de ajuste del modelo unifactorial, si bien el valor de la

Tabla 3.

Análisis factorial exploratorio (AFE) y confirmatorio (AFC) de la EDE con muestra total (N = 1.561)

Ítems de la Escala de Distrés Emocional (EDE) ^a	AFE		AFC	
	Carga factorial	h^2	Carga factorial ^b	R^2
1. Ansiedad/miedo	.85	.76	.84	.71
2. Tristeza/depresión	.80	.72	.80	.64
3. Preocupación	.69	.64	.75	.57
4. Sentimiento soledad	.75	.48	.62	.39
5. Desesperanza	.70	.56	.68	.47
6. Irritabilidad/ira/agresión	.89	.49	.67	.45
7. Nerviosismo	.90	.79	.89	.79
8. Agobio/estrés	.88	.81	.91	.83
9. Intranquilidad/inquietud	.68	.78	.88	.77
10. Problemas sueño	.85	.47	.65	.42

Nota: ^a Se indican de forma abreviada. ^b Estimaciones paramétricas completamente estandarizadas.

RMSEA era ligeramente elevado ($> .06$). Por ello, efectuamos un análisis basado en los índices de modificación aplicando el test multiplicador de Lagrange (LM Test). Este análisis sugería mejorar el modelo permitiendo la covarianza entre los residuos del Ítem 3 y los Ítems 1, 4 y 5, así como también entre los Ítems 2, 4 y 7, 9. Estas covarianzas se basan en las estrechas relaciones que se dan entre las variables indicadas y reflejan mejor la realidad del modelo factorial confirmatorio. Por ello, optamos por mantener en el modelo final las covarianzas entre los errores especificados.

En la Tabla 3 se indican las estimaciones paramétricas completamente estandarizadas correspondientes a los ítems de la EDE (estas variaron entre .91 y .62), así como también los valores de la R^2 (variaron entre .79 y .39; R^2 expresa la proporción de varianza explicada por el factor en cada variable) correspondientes al modelo final. Los índices de bondad de ajuste fueron como sigue: $S-B\chi^2(30) = 175.2$ ($p < .001$), $CFI = .996$, $SRMR = .031$, y $RMSEA = .056$ (.048-.064). Puede apreciarse que los indicadores indican en general un excelente ajuste del modelo. Teniendo en cuenta también los valores de las estimaciones de las cargas factoriales, se demuestra que la EDE posee una estructura robusta de un único factor de distrés emocional.

Análisis de ítems de la Escala de Distrés Emocional (EDE)

La Tabla 4 muestra las puntuaciones medias en cada ítem y en la escala total para las submuestras de varones y mujeres y para la muestra total. En la tabla también se indican las correlaciones ítem-escala corregidas. Como puede apreciarse, la consistencia interna de la escala es elevada, aunque se observan diferencias en el tamaño de las correlaciones ítem-escala (las más bajas corresponden a los Ítems 4, 10 y 6). Así mismo, los coeficientes de fiabilidad α (.94) y ω (.93) son excelentes. Por otra parte, encontramos diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias entre los grupos de varones y mujeres ($p < .001$), tanto para cada uno de los ítems como para la puntuación total en la EDE. No obstante, se observa un patrón similar en ambos grupos, destacando las puntuaciones en los Ítems 3 (preocupación), 8 (agobio/estrés), 2 (tristeza/depresión) y 5 (desesperanza). También se indica en la tabla el tamaño del efecto (η_p^2) correspondiente a cada una de las variables dependientes. Los tamaños del efecto de la variable sexo sobre las variables emocionales son en general medios (a partir de .05/.06 suelen considerarse tamaños medios) y medio-bajos.

Tabla 4.

Análisis de ítems de la Escala de Distrés Emocional (EDE): Correlación ítem-escala corregida. Medias (M) y DTs (N = 1561)

Ítems de la Escala de Distrés Emocional (EDE) ^a (rango 1-5)	Media (DT)			F(1.1559) ^b (η_p^2)	Correlación ítem-escala
	Muestra total (N = 1.561)	Varones (N = 316)	Mujeres (N = 869)	Varones vs Mujeres	Muestra total (N = 1.561)
1. Ansiedad/miedo	2.48 (1.23)	1.97 (1.01)	2.64 (1.25)	86.8 (.05)	.78
2. Tristeza/depresión	2.62 (1.19)	2.14 (1.07)	2.77 (1.19)	79.5 (.05)	.77
3. Preocupación	2.93 (1.11)	2.49 (0.98)	3.06 (1.11)	79.2 (.05)	.71
4. Sentimiento soledad	1.99 (1.17)	1.79 (1.05)	2.05 (1.20)	13.6 (.01)	.58
5. Desesperanza	2.61 (1.23)	2.19 (1.07)	2.73 (1.25)	54.7 (.04)	.65
6. Irritabilidad/ira/agresión	2.03 (1.13)	1.73 (0.96)	2.12 (1.17)	32.4 (.02)	.61
7. Nerviosismo	2.46 (1.19)	2.00 (1.01)	2.60 (1.21)	72.6 (.05)	.81
8. Agobio/estrés	2.71 (1.27)	2.15 (1.09)	2.88 (1.28)	97.4 (.06)	.83
9. Intranquilidad/inquietud	2.55 (1.16)	2.18 (1.01)	2.67 (1.18)	50.9 (.03)	.81
10. Problemas sueño	2.44 (1.38)	2.00 (1.16)	2.57 (1.42)	49.9 (.03)	.59
EDE-total	27.20 (10.21)	22.68 (8.65)	28.58 (10.26)	99.5 (.06)	$\alpha = .94$ $\omega = .93$ AVE = .65

Nota. ^a Se indican de forma abreviada. ^b Todos los valores de F son significativos estadísticamente ($p < .001$); entre paréntesis se indica el tamaño del efecto (η_p^2). AVE = average variance extracted.

Porcentaje de personas que experimentaron con elevada frecuencia cada síntoma emocional

Examinamos la frecuencia con la que los participantes experimentaron cada uno de los síntomas de la EDE durante el periodo de confinamiento. En la Tabla 5 se muestran los porcentajes de participantes que respondieron a la escala indicando que habían experimentado la emoción correspondiente con la máxima frecuencia (“Muchas veces” o “Siempre o casi siempre”). Como puede observarse, encontramos diferencias significativas entre los grupos de hombres y mujeres para todas las experiencias emocionales negativas experimentadas (ítems de la escala). Aunque las diferencias entre los grupos son muy destacadas, se observa un perfil similar en ambos grupos: (a) Tanto en varones como en mujeres, los mayores porcentajes corresponden a la preocupación (32.0/14.5), el agobio/estrés (30.6/12.3), los problemas de sueño (28.6/13.1), la desesperanza (27.3/13.7), y la tristeza/depresión (27.0/11.7); (b) en ambos grupos los porcentajes más bajos corresponden

a la irritabilidad/agresión (14.3/5.5) y el sentimiento de soledad (15.1/8.2); (c) el resto de emociones (ansiedad/miedo, nerviosismo e intranquilidad/inquietud) ocupaban un lugar intermedio (véase la Tabla 5). Un aspecto llamativo es la gran diferencia entre hombres y mujeres en la experiencia de las emociones negativas, lo cual sugiere que en general las mujeres son mucho más vulnerables emocionalmente a los efectos del confinamiento que los hombres. Aunque estos resultados contrastan con evidencia de la literatura que no ha sugerido diferencias tan marcadas entre hombres y mujeres (e.g., Barrera-Herrera et al., 2019), una explicación plausible es que las diferencias son más marcadas cuando la situación es extremadamente estresante o adversa (Sandín, Valiente et al., 2020).

Tras examinar las frecuencias según los grupos de edad (19-20, 31-50 y ≥ 51 años), encontramos que estas se distribuían significativamente de forma diferente en función de los grupos de edad. Como se indica en la Tabla 6, los porcentajes de participantes que indicaron haber experimentado muchas veces o siempre/casi siempre cada síntoma emocional variaron en función del grupo de edad,

Tabla 5.

Porcentaje de personas que experimentaron cada síntoma con la máxima frecuencia (muchas veces, casi siempre o siempre) durante el periodo de confinamiento según el sexo (N = 1561)

Ítems de la Escala de Distrés Emocional (EDE) ^a	Porcentaje de personas que lo han experimentado con mucha o muchísima intensidad			$\chi^2(1)$
	Muestra total (N = 1.561)	Hombres (n = 263)	Mujeres (n = 1195)	
1. Ansiedad/miedo	21.6	9.3	25.4	42.7***
2. Tristeza/depresión	23.4	11.7	27.0	36.4***
3. Preocupación	27.9	14.5	32.0	42.6***
4. Sentimiento soledad	13.5	8.2	15.1	11.3**
5. Desesperanza	24.1	13.7	27.3	28.4***
6. Irritabilidad/ira/agresión	12.2	5.5	14.3	20.4***
7. Nerviosismo	19.3	9.8	22.3	27.7***
8. Agobio/estrés	26.3	12.3	30.6	48.5***
9. Intranquilidad/inquietud	21.8	10.9	25.2	33.3***
10. Problemas sueño	25.9	13.1	28.6	35.9***

Nota: La prueba de χ^2 se refiere a la comparación de distribución de frecuencias en función del sexo. ^a Se indican de forma abreviada (el tono más intenso denota mayor porcentaje).

** $p < .01$, *** $p < .001$.

existiendo una asociación significativa para todas las variables ($p < .001$) entre ser más joven y experimentar mayor grado de impacto emocional (distrés). Aun así, puede apreciarse que se mantiene el perfil general observado para la muestra total y para los grupos de hombres y mujeres; es decir, un perfil en el que predominan los síntomas

de preocupación, agobio/estrés, problemas del sueño, sentimiento de desesperanza y tristeza/depresión, existiendo un menor grado de impacto sobre la irritabilidad/ira/agresión y el sentimiento de soledad, y un impacto intermedio sobre la ansiedad/miedo, el nerviosismo y la intranquilidad/inquietud (véase la Tabla 6).

Tabla 6.

Porcentaje de personas que experimentaron cada síntoma con la máxima frecuencia (muchas veces, casi siempre o siempre) durante el periodo de confinamiento en función de los grupos de edad (N = 1561)

Ítems de la Escala de Distrés Emocional (EDE) ^a	Porcentaje de personas que lo han experimentado con mucha o muchísima intensidad			$\chi^2(1)$
	19-30 años (N = 764)	31-50 años (n = 615)	≥ 51 años (n = 113)	
1. Ansiedad/miedo	28.3	16.0	10.7	41.1***
2. Tristeza/depresión	30.6	17.0	14.0	43.5***
3. Preocupación	32.5	24.3	19.0	17.1***
4. Sentimiento soledad	18.5	9.0	6.6	32.6***
5. Desesperanza	32.1	17.0	7.8	52.9***
6. Irritabilidad/ira/agresión	18.1	7.0	5.0	47.6***
7. Nerviosismo	25.3	14.3	9.9	34.8***
8. Agobio/estrés	36.1	18.2	9.9	77.6***
9. Intranquilidad/inquietud	27.7	17.2	11.6	31.1***
10. Problemas sueño	35.3	15.7	11.6	85.5***

Nota: La prueba de χ^2 se refiere a la comparación de distribución de frecuencias en función de los grupos de edad. ^a Se indican de forma abreviada (el tono más intenso denota mayor porcentaje).

** $p < .01$, *** $p < .001$.

Tabla 7.

Predicción del distrés emocional (EDE) experimentado durante el confinamiento. Análisis de regresión múltiple (inclusión simultánea de las variables independientes): N = 1561

	B	ET B	Beta	r parcial	Tolerancia
Edad	-.126	.017	-.147***	-.18	.80
Sexo	2.758	.417	.125***	.16	.91
Nivel de ingresos	-.419	.194	-.042*	-.06	.85
Jardín privado en vivienda	-1.116	.412	-.049**	-.07	.98
Vivir con enfermos crónicos	1.713	.446	.072***	.10	.93
Vivir con personas dependientes	1.603	.656	.045*	.06	.94
Trabajar fuera de casa	-1.053	.468	-.048*	-.06	.71
Trabajar como sanitario	1.758	.710	.052*	.06	.71
Afecto positivo (PANAS-P)	.030	.025	.023	.03	.82
Afecto negativo (PANAS-N)	.570	.031	.440***	.42	.58
Intolerancia a la incertidumbre ((IUS-12)	.170	.022	.181***	.19	.61
Exposición medios de comunicación	.956	.135	.130***	.18	.97

Nota: $R^2 = .49$, $F_{(12,1552)} = 125.0$, $p < .001$.

Factores de riesgo/vulnerabilidad y factores de protección

Otro de nuestros objetivos fue examinar el posible papel predictivo de (1) la edad, el sexo y otras características sociodemográficas –véase la Tabla 1–, (2) la exposición a los medios de comunicación y (3) las diferencias de personalidad (afecto positivo, afecto negativo, e intolerancia a la incertidumbre) respecto a la experiencia de distrés experimentada (i.e., puntuación total en la EDE). Inicialmente llevamos a cabo un análisis de regresión múltiple de pasos sucesivos hacia adelante con objeto de seleccionar las variables sociodemográficas que fueran relevantes para predecir el nivel de distrés. En este análisis se incluyeron como variables independientes todas las variables sociodemográficas incluidas en la Tabla 2, además de la edad y el sexo. A partir de este análisis fueron seleccionadas las siguientes ocho variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel de ingresos, jardín privado en vivienda, vivir con enfermos crónicos, vivir con personas dependientes, trabajar fuera de casa, y trabajar como sanitario. Posteriormente aplicamos un análisis de regresión múltiple incluyendo en la ecuación de regresión simultáneamente estas ocho variables seleccionadas, las variables de personalidad (afecto positivo, afecto negativo, e intolerancia a la incertidumbre), y la exposición a los medios de comunicación.

Los resultados de este análisis se presentan en la Tabla 7. En la tabla se indican los coeficientes de regresión, las correlaciones parciales y los valores de tolerancia (para descartar la multicolinealidad). La tolerancia osciló entre .61 y .97, indicando ausencia de multicolinealidad entre las variables independientes. Todas las variables independientes fueron estadísticamente significativas, excepto el afecto positivo. Ateniéndonos a los valores de beta y los niveles de significación estadística, así como también a los valores de las correlaciones parciales, el mayor poder predictivo se constata para las dos variables de vulnerabilidad de diferencias individuales (afecto negativo e intolerancia a la incertidumbre), la exposición a los medios de comunicación, y tres variables sociodemográficas (edad, sexo, y vivir con enfermos crónicos). El modelo predictivo descrito en la Tabla 7 explica el 49 % de la varianza en la variable de distrés (i.e., un nivel de predicción elevado).

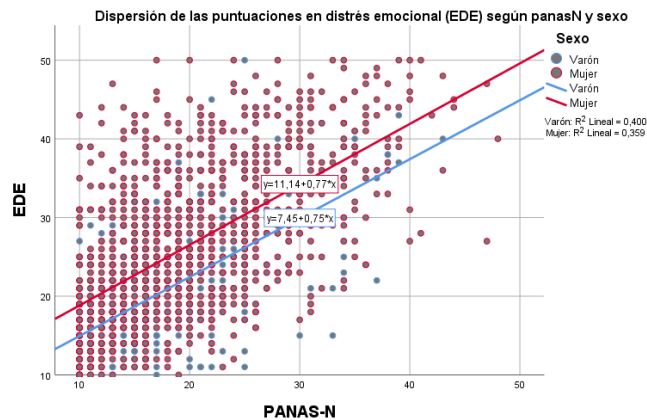
Se constató que cuatro factores sociodemográficos parecían actuar como variables protectoras del distrés, siendo estas la edad, el nivel de ingresos, disponer de jardín privado en la vivienda, y trabajar fuera de casa. Aunque todas estas variables predecían negativamente el nivel de distrés (i.e., parecían actuar como factores protectores), el efecto predictor más potente se observó con la variable edad. El afecto positivo, en contraste, no predijo significativamente el nivel de distrés. Todas las variables de riesgo

seleccionadas (vivir con enfermos crónicos, vivir con personas dependientes, trabajar como sanitario y estar expuesto a los medios de comunicación) predijeron significativamente el nivel de distrés; el mayor efecto predictor se asoció a la exposición a los medios de comunicación. Finalmente, las tres variables de vulnerabilidad de diferencias individuales (sexo, afecto negativo e intolerancia a la incertidumbre) fueron estadísticamente significativas. Aunque el poder predictivo de las tres variables fue elevado, lo fue de forma especial el del afecto negativo y la intolerancia a la incertidumbre (estas fueron las variables que mejor predijeron el distrés emocional entre todas las variables del modelo de regresión).

Teniendo en cuenta la particular relevancia que parecían jugar estos dos factores de vulnerabilidad (afecto negativo e intolerancia a la incertidumbre), examinamos la dispersión de las puntuaciones en distrés asociadas a estas dos variables y en función del sexo (véanse las Figuras 1 y 2).

Figura 1.

Gráfico de dispersión de las puntuaciones en distrés emocional en función de la afectividad negativa y el sexo.



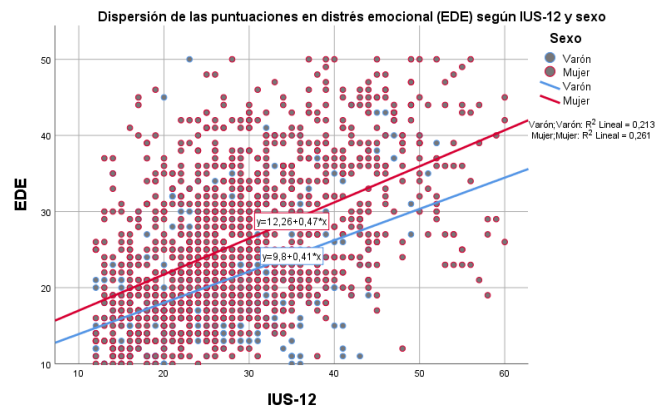
Nota: **EDE:** Escala de Distrés Emocional; **PANAS-N:** Positive and Negative Affect Schedule-Afecto negativo ($N = 1561$).

En la Figura 1 puede apreciarse una fuerte relación positiva entre el afecto negativo (PANAS-N) y el nivel de distrés (EDE), siendo dicha relación similar en los grupos de hombres y mujeres (la pendiente de las líneas de regresión es similar). Se aprecia, así mismo, que en las mujeres

son superiores las puntuaciones distrés. La Figura 2 muestra un patrón similar relacionado con la intolerancia a la incertidumbre (IUS), aunque en este caso la pendiente de la recta de regresión es ligeramente inferior, denotando que la potencia predictiva es algo inferior. No se observa, por tanto, que exista interacción del sexo con ninguna de las dos variables de personalidad en la predicción del distrés emocional.

Figura 2.

Gráfico de dispersión de las puntuaciones en distrés emocional en función de la intolerancia a la incertidumbre y el sexo.



Nota: **EDE:** Escala de Distrés Emocional; **IUS-12:** Intolerance of Uncertainty Scale-12 ($N = 1561$).

Discusión

Como objetivo general, en el presente estudio pretendíamos investigar el nivel de impacto emocional psicológico (distrés emocional) asociado al periodo de confinamiento excepcional vivido en España durante los meses de marzo y abril de 2020 debido a la pandemia de COVID-19. A partir del primer objetivo pretendíamos proporcionar información preliminar para la validación de la Escala de Distrés Emocional (EDE), una escala diseñada en el marco de nuestra investigación sobre el impacto psicológico de la COVID-19 junto a otras escalas que conforman el Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus (CIPC; Sandín, Valiente et al., 2020). Los datos obtenidos

en el presente estudio demuestran que la EDE posee una elevada consistencia interna y una estructura factorial muy robusta consistente en un único factor de distrés emocional. Esta conclusión deriva, tanto de los resultados del análisis factorial exploratorio y confirmatorio (las cargas factoriales variaron entre .90 y .68 en el AFE y entre .91 y .62 en el AFC, siendo excelentes los índices de bondad de ajuste), como de los análisis de consistencia interna (coeficientes de fiabilidad α y ω) y de la varianza media extraída (AVE; el constructo de distrés emocional explica el 65 % de la varianza de los 10 indicadores de la EDE).

Mediante nuestro segundo objetivo deseábamos examinar el nivel de distrés emocional y sus características (perfil de síntomas). Fundamentalmente pretendíamos conocer el nivel de distrés teniendo en cuenta posibles diferencias relacionadas con el sexo y la edad. Los resultados sugieren un perfil de distrés similar en los grupos de edad y sexo (véanse las Tablas 5 y 6), el cual está caracterizado por un predominio de síntomas de preocupación, agobio/estrés, problemas de sueño, desesperanza y tristeza/preocupación, y un menor reflejo de síntomas de irritabilidad/ira/agresión y de sentimiento de soledad, situándose en una posición intermedia los síntomas de ansiedad/miedo, intranquilidad/ inquietud, y nerviosismo. Este perfil es consistente con los resultados de nuestro anterior estudio (Sandín, Valiente et al., 2020), y demuestran que no todas las emociones negativas responden de igual forma ante una situación de elevado estrés psicosocial. Es importante tener en cuenta que el perfil emocional se mantiene constante con independencia de los grupos de edad y sexo, es decir, que tales patrones de respuesta se dan por igual en hombres y en mujeres, y en cualquier edad (al menos a partir de los 18 años). Por lo demás, los resultados son consistentes con los referidos por otros autores sobre el notable impacto emocional producido durante el confinamiento nacional vivido en España debido a la pandemia de COVID-19, en los que también suele constatar un mayor grado de afectación en población de menor edad y sexo femenino (Gómez-Becerra et al., 2020; Hidalgo et al., 2020; Orgilés et al., 2020; Pedreira, 2020; Sandín, Valiente et al., 2020).

El tercer objetivo se centró en estudiar la influencia de los posibles factores positivos (factores protectores) y negativos (factores de riesgo y vulnerabilidad) sobre el dis-

trés emocional experimentado por los participantes. En este sentido, de partida consideramos los factores sociodemográficos como potencialmente protectores o de riesgo, los factores de personalidad como variables protectoras (el afecto positivo) y de vulnerabilidad (el afecto negativo y la intolerancia a la incertidumbre), y la exposición a los medios de comunicación como factor de riesgo. Nuestro objetivo perseguía obtener un modelo de regresión que predijera de forma consistente el distrés experimentado durante el periodo de confinamiento. Tras haber aislado las principales variables sociodemográficas que parecían predecir de forma positiva (factores de riesgo) o negativa (factores de protección) los síntomas de distrés, se integraron como variables independientes junto a las variables de personalidad (afecto positivo y negativo, e intolerancia a la incertidumbre) en un modelo de regresión de 12 variables independientes (véase la Tabla 7). Todas las variables independientes excepto el afecto negativo predijeron significativamente la sintomatología de distrés, alcanzando el modelo un alto grado de predicción de esta variable ya que explicaba el 49 % de la varianza en la variable de distrés. Pudimos constatar, así mismo, que cuatro variables sociodemográficas predecían negativamente los síntomas, es decir, podrían actuar como factores de protección. Estas variables fueron la edad, disponer de jardín privado en la vivienda, el nivel de ingresos económicos y trabajar fuera de casa. Aunque todas estas variables resultaron ejercer un efecto predictivo significativo, excepto la edad todas ellas tenían una asociación modesta con la variable dependiente. Nos llamó la atención la ausencia de una influencia significativa del afecto positivo. Aunque en nuestro anterior estudio sobre el impacto psicológico de la COVID-19 (Sandín, Valiente et al., 2020) encontramos que el afecto positivo predecía significativamente los miedos al coronavirus, solo lo era para un tipo de miedos (los relacionados con el contagio, enfermedad y muerte por coronavirus,) y su poder predictivo era bajo.

En contraste, ateniéndonos a los valores de los coeficientes beta del análisis de regresión, las variables de riesgo o vulnerabilidad parecían ejercer un efecto predictivo mucho más potente. Encontramos que cuatro variables sociodemográficas predecían significativamente el nivel de distrés: el sexo (ser mujer), vivir con enfermos crónicos, vivir con personas dependientes y trabajar como sanitario. Aunque todas resultaron ser significativas esta-

dísticamente, el sexo poseía claramente un poder predictivo superior. Así mismo, aunque la exposición a los medios de comunicación predijo de forma elevada y consistente el distrés, el afecto negativo y la intolerancia a la incertidumbre resultaron ser las variables del modelo con mayor potencia predictiva. Si bien el afecto negativo parece ser ligeramente superior a este respecto, el patrón predictivo es similar para los grupos de hombres y de mujeres (no encontramos interacción del sexo con ninguna de estas dos variables) –véanse las Figuras 1 y 2–.

Estos resultados son consistentes con los publicados en nuestro primer estudio (Sandín, Valiente et al., 2020) en el cual constatamos que la intolerancia a la incertidumbre y el afecto negativo destacaban respecto a otras variables independientes (factores de riesgo/vulnerabilidad/protección) en la predicción de los miedos al coronavirus. También son consistentes con nuestros datos sobre la especial relevancia de la exposición de los medios de comunicación para predecir los miedos al coronavirus. En una línea similar a los resultados de dicho estudio, podríamos concluir indicando que existen múltiples factores psicológicos y sociodemográficos que están implicados en la forma en que el estrés psicosocial asociado a una situación de elevada amenaza psicológica impacta emocionalmente sobre la persona. No obstante, no parece que todos los factores tengan el mismo peso, siendo las variables de personalidad, la exposición a los medios de comunicación, el sexo y la edad los que parecen resultar más determinantes. Aunque se han publicado recientemente múltiples estudios relacionados con el grado de impacto emocional generado por la pandemia de COVID-19, y en menor grado sobre el papel que juegan las variables psicológicas, que nosotros sepamos hasta ahora no se habían propuesto modelos predictivos comprensivos basados, no solo en variables sociodemográficas, sino especialmente en variables de personalidad. El modelo que presentamos en el presente estudio sobre la predicción del distrés complementa nuestro modelo previo dirigido a la predicción de los miedos al coronavirus (Sandín, Valiente et al., 2020).

Los resultados del presente estudio poseen importantes implicaciones clínicas. Los porcentajes de personas afectadas con elevada frecuencia (“Muchas veces” / “Siempre o casi siempre”) de malestar emocional son altos (para la mayor parte de los síntomas entre el 19.3 % y el 27.9 % de

los participantes). A partir de esto podría derivarse que estas experiencias emocionales (distrés emocional) poseen una clara implicación clínica por tratarse de reacciones de malestar y sufrimiento emocional excesivamente frecuentes. El estudio proporciona evidencia relevante sobre algunos de los factores de vulnerabilidad y riesgo que pueden amplificar la sintomatología emocional relacionada con el coronavirus. El afecto negativo, la intolerancia a la incertidumbre y la exposición a los medios de comunicación destacan como posibles factores de vulnerabilidad y riesgo de primer orden. Otros factores de vulnerabilidad/riesgo destacables son pertenecer al sexo femenino, vivir con enfermos crónicos, vivir con personas dependientes (personas con algún nivel de discapacidad física o mental), y trabajar como sanitario. Los factores protectores que hemos examinado han resultado tener menor relevancia, aunque algunos parecen estar implicados y deberían ser tenidos en consideración. Consideramos que la evidencia obtenida en el presente estudio podría ser de gran relevancia para implementar programas de intervención y prevención sobre los efectos psicológicos relacionados con el coronavirus y, especialmente, con la situación de amenaza por la pandemia de COVID-19 que estamos viviendo actualmente, así como también para prevenir o intervenir sobre consecuencias futuras. Los programas podrían beneficiarse de los resultados aquí obtenidos, contemplando, por ejemplo, la posible influencia nociva del exceso de exposición a los medios de comunicación (Garfin et al., 2020), o la elaboración de programas de intervención (e.g., Espada et al., 2020; Pedreira, 2020) en los que se integren como objetivos terapéuticos variables relevantes clínicamente, así como también las variables de riesgo/vulnerabilidad y de protección (variables de personalidad, sociodemográficas y psicosociales), implementando programas basados en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (e.g., a través de internet; Sandín et al., 2019), con objeto de mejorar la atención psicológica a las personas afectadas por la especial situación psicosocial relacionada con el coronavirus.

Entre las limitaciones del estudio figura haberse centrado básicamente en el impacto emocional, desatendiendo otros posibles tipos de efectos psicológicos. Tampoco se ha establecido la relación entre el confinamiento y posibles diagnósticos psicopatológicos evaluados mediante entrevista clínica. La muestra empleada se basa en

estudiantes universitarios de la UNED, es decir en participantes con un elevado nivel de estudios. No obstante, salvo en este aspecto, los alumnos de la UNED conforman un tipo de muestra muy similar a la población general en los restantes aspectos sociodemográficos. Futuros estudios deberán incluir muestras de distinto tipo para investigar otras formas de impacto psicológico, tanto negativo como positivo.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

- Alvites-Huamaní, C. G. (2020). COVID-19: pandemia que impacta en los estados de ánimo. *CienciAmérica*, 9, 354–362.. <https://doi.org/10.33210/ca.v9i2.327>
- Ballester-Arnal, R., Nebot-García, J. E., Ruiz-Palomino, E., Giménez-García, C. y Gil-Llario, M. D. (2020). “INSIDE” Project on Sexual Health in Spain: The impact of the lockdown used by COVID-19. *Sexuality Research and Social Policy*, 16, 1–19. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-61952/v1>.
- Barrera-Herrera, A., Neira-Cofré, M., Raipán-Gómez, P., Riquelme-Lobos, P. y Escobar, B. (2019). Apoyo social percibido y factores sociodemográficos en relación con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en universitarios chilenos [Perceived Social Support and Socio-Demographic Factors in Relation to Symptoms of Anxiety, Depression, and Stress in Chilean University Students]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24, 105–115. <https://doi.org/10.5944/rppc.23676>
- Bentler, P. M. y Hu, E. J. C. (2017). *EQS 6.3 for Windows*. Multivariate software.
- Boletín Oficial del Estado. (2020). *Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19*. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>
- Byrne, B. M. (2009). *Structural Equation Modeling with EQS: Basic Concepts, Applications, and Programming* (2ª ed.). Routledge.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J. y Zheng, J. (2020). The Psychological Impact of the COVID-19 Epidemic on College Students in China. *Psychiatry Research*, 287, Artículo 112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Carleton, R. N., Norton, M. P. J. y Asmundson, G. J. (2007). Fearing the Unknown: A Short Version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 105–117. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014>
- Espada, J. P., Orgilés, M., Piqueras, J. A. y Morales, A. (2020). Las buenas prácticas en la atención psicológica infanto-juvenil ante el COVID-19. *Clínica y Salud*, 3(2), 109–113. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a14>
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., Wang, Y., Fu, H. y Dai, J. (2020). Mental Health Problems and Social Media Exposure during COVID-19 Outbreak. *Plos One*, 15, Artículo e0231924. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
- Garfin, D. R., Silver, R. C. y Holman, E. A. (2020). The Novel Coronavirus (COVID-2019) Outbreak: Amplification of Public Health Consequences by Media Exposure. *Health Psychology*, 39, 355–357. <https://doi.org/10.1037/hea0000875>
- Gómez-Becerra, I., Fluja, J. M., Andrés, M., Sánchez-López, P. y Fernández-Torres, M. (2020). Evolución del estado psicológico y el miedo en la infancia y adolescencia durante el confinamiento por la COVID-19 [Evolution of Psychological State

- and Fear in Childhood and Adolescence during COVID-19 Lockdown]. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7, 11–18. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2029>
- González-Bernal, J. J., Santamaría-Peláez, M., González-Santos, J., Rodríguez-Fernández, P., León del Barco, B. y Soto-Cámara, R. (2020). Relationship of Forced Social Distancing and Home Confinement Derived from the COVID-19 Pandemic with the Occupational Balance of the Spanish Population. *Journal of Clinical Medicine*, 9(11), Artículo 3606. <https://doi.org/10.3390/jcm9113606>
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. Á., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C. y Muñoz, M. (2020). Mental Health Consequences during the 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>
- Hidalgo, M. D., Balluerka, N., Gorostiaga, A., Espada, J. P., Santed, M. Á., Padilla, J. L. y Gómez-Benito, J. (2020). The Psychological Consequences of COVID-19 and Lockdown in the Spanish Population: An Exploratory Sequential Design. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), Artículo 8578. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228578>
- Jiménez, Ó., Sánchez-Sánchez, L. C. y García-Montes, J. M. (2020). Psychological Impact of COVID-19 Confinement and its Relationship with Meditation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), Artículo 6642. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186642>
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., Wu, L., Sun, Z., Wang, Y. y Liu, W. (2020). Prevalence and Predictors of PTSS during COVID-19 Outbreak in China Hardest-hit Areas: Gender Differences Matter. *Psychiatry Research*, 287, Artículo 112921. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>
- Lugo-González, I. V., Fernández-Vega, M., Reynoso-Erazo, L., Becerra-Gálvez, A. L. y Pérez-Bautista, Y. Y. (2020). COVID-19 Perception and Preventive Behaviors: A Descriptive, Comparative Study by Severity and Perceived Risk. *Salud Mental*, 43(6), 249–256. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2020.XXX>
- Monteiro da Silva, R., y Rodrigues, C. J., Moreira de Madeiros, P. y Rolim, M. L. (2020). COVID-19 Pandemic in Health Professionals: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 104, Artículo 110062. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110062>
- Nebot-García, J. E., Ruiz-Palomino, E., Giménez-García, C., Gil-Llario, M. D. y Ballester-Arnal, R. (2020). Frecuencia sexual de los adolescentes españoles durante el confinamiento por COVID-19 [Sexual Frequency of Spanish Adolescents during Confinement by COVID-19.]. *RPCN, 17. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7, 19–26. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2038>
- Odrizola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Iruñia, M. J. y de Luis-García, R. (2020). Psychological Effects of the COVID-19 Outbreak and Lockdown among Students and Workers of a Spanish University. *Psychiatry Research*, 290, Artículo 113108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113108>
- Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C. y Espada, J. P. (2020). Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in youth from Italy and Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, Artículo 2986. <https://doi.org/10.31234/osf.io/5bpfz>

- Parada, D. A. y Zambrano, G. E. (2020). Reinención de la vida cotidiana en mujeres cucuteñas en tiempos de COVID-19 [Reinvention of Daily Life in Women from Cúcuta in Times of COVID-19]. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 19(3), 45–56. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol20-issue3-fulltext-2046>
- Pedreira, J. L. (2020). Salud mental y COVID-19 en infancia y adolescencia: visión desde la psicopatología y la salud pública [Mental Health and COVID-19 in Children and Adolescents: Psychopathological and Public Health Approach]. *Revista Española de Salud Pública*, 94(1), Artículo e1-17.
- Pineda, D. (2018). *Procesos transdiagnóstico asociados a los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresivos* [Tesis doctoral]. Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.
- Rodríguez-Ceberio, M. R. (2020). Psicólogos en el frente: la atención durante la crisis del COVID-19. De las emociones tóxicas a la salud psicológica [Psychologists at the Front: Attention during the COVID-19 crisis. From Toxic Emotions to Psychological Health]. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 21(1), 225–237. <https://doi.org/10.30554/archmed.21.1.3941.2021>
- Romero, C.-S., Catalá, J., Delgado, C., Ferrer, C., Errando, C., Iftimi, A., Benito, A., De Andrés, J., Otero, M. y PSIMCOV group. (2020). COVID-19 Psychological Impact in 3109 Healthcare Workers in Spain: The PSIMCOV Group. *Psychological Medicine*, 14, 1–7. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001671>
- Roy, D., Tripathy, S., Kar, S. K., Sharma, N., Verma, S. K. y Kaushal, V. (2020). Study of Knowledge, Attitude, Anxiety & Perceived Mental Healthcare Need in Indian Population during COVID-19 Pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, Artículo 102083. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102083>
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? [DSM-5: A Paradigm Shift in the Classification of Mental Disorders?]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 255–286. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.3.2013.12925>
- Sandín, B. (2020). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología, Vol. 1* (3ª ed., pp. 371–412). McGraw-Hill.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2017). Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV) [Life Events Questionnaire (CSV): Factor Structure, Psychometric Properties and Normative Data]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22, 95–115. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.19729>
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M.Á. y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural [The PANAS Scales of Positive and Negative Affect: Factor Analytic Validation and Cross-cultural Convergence]. *Psicothema*, 11, 37–51. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.2.2007.4036>
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Pineda, D. (2012). *Versión española de la Intolerance of Uncertainty Scale-12* [documento no publicado] Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. M. (2018). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. En J. C. Arango-Lasprilla, I. Romero, N. Hewitt-Ramírez y W. Rodríguez (Eds.), *Trastornos psicológicos y neuropsicológicos en la infancia y la adolescencia* (pp. 119–161). Manual Moderno.
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. M. (2020). Psicopatología de la ansiedad y trastornos de ansiedad: Hacia un enfoque transdiagnóstico. En A.

Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*, Vol. 1 (3ª ed., pp. 3-34). McGraw-Hill.

Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Campagne, D. M. y Chorot, P. (2020). Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic: Negative and Positive Effects in Spanish Population during the Mandatory National Quarantine. *Journal of Psychopathology and Clinical Psychology / Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25, 1-21. <https://doi.org/10.5944/rppc.28107>

Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Pineda, D., Espinosa, V., Magaz, A. M. y Chorot, P. (2019). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes a través de internet (iUP-A): Aplicación web y protocolo de un ensayo controlado aleatorizado [Internet-delivered Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (iUP-A): Web Application and Study Protocol for a Randomized

Controlled Trial.]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24, 197-215. <https://doi.org/10.5944/rppc.26460>

Subirón, A. B., Lucha, A. C., Antón, I., Urcola, F., Satústegui, P. J. y Ánguas, A. (2020). Estudio mixto del distrés psicológico en los alumnos del Grado en Enfermería ante las prácticas curriculares externas durante la pandemia de COVID-19. *Parainfo Digital*, 14(32), Artículo e32128d-e32128d. <http://ciberindex.com/p/pd/e32128d>.

Velasco, V. M., Limones, M. L., Suárez, G. G., Reyes, H. y Delgado, V. E. (2020). Ansiedad en el adulto mayor durante la pandemia de COVID-19. *Parainfo Digital*, 14(32), Artículo e32069d-e32069d. <http://ciberindex.com/p/pd/e32069d>

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y CALIDAD DE VIDA EN PERÍODO DE AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

EMOTIONAL INTELLIGENCE AND LIFE QUALITY IN TIMES OF MANDATORY AND PREVENTIVE, SOCIAL ISOLATION DURING THE PANDEMIC BY COVID-19

NATALIA JIMENA PALLOTTO¹,
MARÍA CAROLINA DE GRANDIS¹²³ Y
LUCAS G. GAGO-GALVAGNO¹²³

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Palloto, N. J., De Grandis, M. C. y Gago-Galvagno, L. G. (2021). Inteligencia emocional y calidad de vida en período de aislamiento social, preventivo y obligatorio durante la pandemia por COVID-19 [Emotional Intelligence and Life quality in Times of Mandatory and Preventive, Social Isolation during the Pandemic by COVID-19]. *Acción Psicológica*, 18(1), 45–56. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.29221>

Resumen

Se propuso describir los niveles de las variables inteligencia emocional (IE) y calidad de vida (CV) en sujetos afectados por el contexto del aislamiento social, preventivo y obligatorio en Argentina a raíz de la pandemia por COVID-19, evaluar si existen relaciones

significativas entre ellas y analizar si presentan diferencias en función de variables sociodemográficas. Se trabajó con una muestra conformada por 923 personas de géneros femenino y masculino, mayores de 18 años, de población general. Para el relevamiento de datos se utilizó un cuestionario sociodemográfico confeccionado ad hoc, la Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) –una escala para evaluar la inteligencia emocional percibida– y el

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Natalia Jimena Pallotto. Universidad Abierta Interamericana, Argentina.

Email: nataliapallotto@gmail.com

ORCID: Natalia Jimena Pallotto (<https://orcid.org/0000-0001-9123-4205>), María Carolina De Grandis (<https://orcid.org/0000-0003-3666-8427>) y Lucas G. Gago-Galvagno (<https://orcid.org/0000-0001-5993-3866>).

¹ Facultad de Psicología y Relaciones Humanas, Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires, Argentina

² Laboratorio de Cognición y Políticas Públicas, Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires - CONICET y Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires, Argentina

³ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Buenos Aires, Argentina

Recibido: 8 de diciembre de 2020.

Aceptado: 23 de abril de 2021.

Multicultural Quality of Life Index (MQLI), o índice multicultural de calidad de vida. La muestra fue contactada virtualmente entre el 29 de marzo y el 6 de julio de 2020. Los resultados arrojaron que la correlación entre las variables IE y CV fue significativa. Las dimensiones de dichas variables presentaron una fuerza de relación débil entre sí, exceptuando atención emocional, que correlacionó con una fuerza de vínculo fuerte con plenitud espiritual y apoyo social-emocional, y moderadamente con funcionamiento interpersonal. Los niveles de la variable CV se describen como buenos para la mayoría de los sujetos de la muestra. Los niveles de IE se describen como adecuados para ambos géneros en casi todas las subescalas exceptuando la dimensión claridad emocional, resultando poca para el masculino y adecuada para el femenino. Respecto al vínculo de IE y CV en función de variables sociodemográficas, se obtuvieron diferencias significativas entre grupos; y el grupo etario 71-80 años, quienes no consumen sustancias psicoactivas suscriptas por un profesional y los que poseen una red de contención recreativa obtuvieron mayores puntuaciones. En conclusión, si bien se encontraron asociaciones, los resultados sugieren la necesidad de estudios longitudinales que contemplen las diferentes fases de la cuarentena.

Palabras clave: Inteligencia emocional; calidad de vida; aislamiento social; preventivo y obligatorio; COVID-19.

Abstract

Our goal is to describe the levels of the variables Emotional Intelligence (EI) and Quality of Life (QoL) in subjects affected by the context of Social, Preventive and Mandatory Isolation decreed on March 20 in Argentina during the COVID-19 pandemic, evaluate if there are significant relationships between them and analyze if they present differences based on sociodemographic variables such as: age and gender. We worked with a sample made up of 923 female and male people over 18 years of age from the general population. An ad-hoc sociodemographic questionnaire, the Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) instrument, and the Multicultural Quality of Life Index (MQLI) were used for data collection. The

sample was contacted online from March 29 to July 6, 2020. The results showed that the correlation between the variable IE and CV was significant. The dimensions of these variables presented weak relationship strength with each other except Emotional Attention that only significantly correlated with a strong link strength with the variables Spiritual Fullness and Social Support as well as with Interpersonal Functioning, this time with moderate link strength. The levels of the CV variable are described as good in most of the subjects in the sample. EI levels are described as adequate for both genders in almost all subscales, presenting a difference for the gender in Emotional Clarity, resulting little for the male and adequate for the female, thus corroborating the hypotheses raised. Regarding the link between the EI and QOL variables based on the sociodemographic variables, significant differences were obtained in groups, being those between 71 and 80 years old, who do not consume psychoactive substances underwritten by a professional, and those who have a recreational containment network who obtained higher scores. In conclusion the results suggest that, although associations were found, longitudinal studies are necessary to consider the different phases of quarantine.

Keywords: Emotional Intelligence; Quality of Life; Mandatory Preventive Social Isolation; COVID-19.

Introducción

A lo largo de la historia de la humanidad, diferentes enfermedades infecciosas han implicado cambios significativos en los patrones de mortalidad, generando un fuerte impacto en la salud de las poblaciones afectadas. En la actualidad una de ellas, COVID-19, se encuentra en pleno desarrollo y es causa de olas de incertidumbre mientras se llevan a cabo cuantiosos esfuerzos en busca de una vacuna para prevenirla.

Diferentes países han adoptado medidas de aislamiento para evitar el contagio o aplanar su curva. Uno de ellos fue la Argentina, que a través del decreto de necesidad y urgencia N° 297/2020 dispuso el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO), que prohíbe la circulación por el espacio público a todos los habitantes, exceptuando a

aquellas personas que trabajan en actividades y servicios declarados esenciales, tales como la salud y la alimentación.

Ante esta situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) advirtió que la amenaza del COVID-19 y el confinamiento están provocando un fuerte impacto psicológico en la sociedad. “El aislamiento social, el miedo al contagio y el fallecimiento de familiares se ven agravados por la angustia que causa la pérdida de ingresos, y a menudo, de empleos”. En este mismo sentido, las investigaciones de los últimos meses han demostrado que la cuarentena impacta de manera significativa en las diferentes poblaciones. Un estudio en Perú, cuyo objetivo fue analizar la autopercepción del estrés en 1402 individuos durante el aislamiento social, indicó que el 60 % de la muestra presentaba altos niveles de estrés, el cual era más elevado en los sujetos de género femenino, en los que realizaban su trabajo de forma virtual y en aquellos comprendidos en el rango etario 20-30 años (Marquina, 2020).

Brooks et al. (2020) realizaron una revisión de 3166 papers para analizar el impacto psicológico de la cuarentena y proponer cómo reducirla. Estudios similares a estos sugirieron efectos negativos como síntomas de estrés post-traumático, confusión e ira. Estresores como la duración prolongada de la cuarentena provocan miedo, frustración, aburrimiento y pérdidas financieras. Algunas de las investigaciones recomiendan evitar extender la cuarentena más allá de lo indispensable, proveer a los individuos de información y protocolos pertinentes para afrontarla y apelar al altruismo de los sujetos, haciendo hincapié en los beneficios sociales que el resguardo implica para la población.

En 2020, a petición del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, los equipos de la Clínica Universitaria de Psicología y de Psical, junto con profesores del Departamento de Psicología Clínica de la Universidad Complutense de Madrid, confeccionaron una guía para el abordaje no presencial de las consecuencias psicológicas del brote epidémico de COVID-19 en la población general. Una de las propuestas para trabajar problemáticas como la ansiedad consiste en un enfoque transdiagnóstico que permita ofrecer una intervención común a los trastornos con sintomatología ansiógena. Así mismo, se aconsejó la realización de una psicoeducación de la ansiedad, con la posibi-

lidad de introducir técnicas como repeticiones de respiración lenta y visualizaciones agradables para el manejo de esta problemática (Larroy et al., 2020).

Por un lado, la regulación que promueve el crecimiento emocional e intelectual y el acceso de sentimientos que propician el pensamiento y la comprensión emocional son, según Mayer y Salovey (1997), habilidades de la inteligencia emocional (IE) que facilitan la percepción, la valoración y la expresión de las emociones con exactitud. Por otro lado, González Ramírez (2013) afirma que la calidad de vida (CV) de un sujeto o una sociedad es abstracta y subjetiva, que se relaciona con el bienestar de las funciones corporales y biológicas de los sujetos, así como también con el estado de salud mental y física, y que, además, cambiaría según el tiempo, el espacio y el contexto en que se vive.

En una investigación del grado de asociación entre la IE y la CV sobre una muestra de 352 profesionales de la salud con más de tres años de experiencia en instituciones del Ministerio de Salud, se utilizaron el Inventario del Cociente Emocional de Baron (I-CE) y la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes. Los resultados mostraron que los sujetos que tienen una IE promedio poseen una baja CV. Con respecto al género, las mujeres obtuvieron mejores puntajes (Marquina, 2012).

En un estudio sobre el impacto de la distancia social en la CV de una población general de 832 personas en Mumbai durante la cuarentena por COVID-19, se utilizó una versión electrónica del instrumento de calidad de vida de la OMS y datos demográficos recolectados por medio de diferentes redes sociales. Según los resultados obtenidos, concluyeron que la CV durante la cuarentena se ve afectada por el distanciamiento social (Someshwar et al., 2020).

Así mismo, en un estudio realizado entre el 14 de febrero y el 2 de marzo de 2020 sobre 3947 pacientes de nueve hospitales y centros de salud de Vietnam, se evaluaron los cambios en la salud y la CV en individuos depresivos, especialmente, en aquellos sospechados de COVID-19. Los cuestionarios utilizados en las entrevistas incluían preguntas sobre las características de los participantes, sus parámetros clínicos, su comportamiento sanitario, sus co-

nocimientos en relación con la salud, su nivel de depresión y la CV relacionada con la salud. A partir de los resultados, los autores concluyeron que las personas con COVID-19 tienen una mayor inclinación a la depresión en comparación con aquellas que no han sido infectadas (Nguyen et al., 2020).

No se han encontrado investigaciones que evalúen la relación entre las variables IE y CV en el presente contexto. Teniendo en cuenta las descripciones de Mayer y Salover (1997) sobre EI y de González Ramírez (2013) sobre CV, comparar las respuestas relacionadas con estas variables de sujetos afectados por el ASPO durante la pandemia por COVID-19 permitirá observar la manera de pensar, comprender y regular las emociones, así como el estado de bienestar mental durante el desarrollo de esta problemática.

Los objetivos de esta investigación fueron: (a) describir los niveles de IE y CV en personas afectadas por el ASPO en la Argentina; (b) evaluar si existen relaciones significativas entre estas variables en una población argentina; y (c) analizar si hay diferencias significativas entre IE y CV en función de variables sociodemográficas.

Partiendo de la hipótesis de que existiría una correlación positiva entre ambas variables y que la IE presentaría mayores niveles en individuos de género femenino –quienes, en dicho contexto, valorarían, expresarían, regularían y utilizarían mejor las emociones y percibirían un mayor estado de bienestar psíquico y social–, este estudio se propone ampliar el campo de conocimiento y aportar información que pueda ser utilizada por los profesionales, y así ofrecer pautas de actuación para llevar a cabo estrategias idóneas para la intervención en contextos de restricción o situacionales similares.

Método

Participantes

El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional. La encuesta se llevó a cabo entre el 29 de marzo y el 6 de julio de 2020, sobre una población de 923 sujetos mayores de edad (*edad media* = 37.17; *DT* = 12.960) residentes en

la Argentina, de géneros femenino, masculino u otro, que se encontraran cumpliendo el ASPO en el territorio nacional. Del total de encuestados, 678 eran de género femenino y el 28.2 % poseía estudios universitarios incompletos. Fueron excluidos los adultos de otra nacionalidad que se encontraran cumpliendo cuarentena en su país o en la Argentina.

Instrumentos de evaluación

Escala de Inteligencia Emocional Percibida (TMMS-24)

Se trata de una adaptación realizada por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004) de la Trait Meta-Mood Scale (TMMS-48) desarrollada por Salovey y Mayer (1995). Esta sirve para evaluar la IE percibida a partir de la medición de las habilidades que nos permiten ser conscientes de nuestras propias emociones y de la capacidad para regularlas.

Este instrumento está compuesto por veinticuatro ítems y emplea una escala de tipo Likert de cinco puntos (en la que 1 = nada de acuerdo; 2 = algo de acuerdo; 3 = bastante de acuerdo; 4 = muy de acuerdo; 5 = totalmente de acuerdo). Está organizado según las siguientes tres dimensiones (cada una de las cuales incluye ocho ítems): (a) Atención emocional (AE): percepción de las propias emociones; (b) Claridad emocional (CE): comprensión de los propios estados emocionales; y (c) Reparación emocional (RE): capacidad percibida de regular correctamente los estados emocionales.

Los autores de la TMMS-24 han elaborado tablas para calcular las valuaciones del sujeto en las tres dimensiones (AE, CE y RE), con diferentes puntos de corte para hombres y mujeres. De acuerdo con esto, se establecen las categorías poca, adecuada y demasiada para cada una de las dimensiones evaluadas.

El coeficiente de fiabilidad (alfa de Cronbach) encontrado por los mismos autores para las dos primeras dimensiones (AE y CE) es de 0.9, mientras que para la tercera (RE) es de 0.8. El hallado en la muestra del presente tra-

bajo fue de 0.781 para AE; de 0.784 para CE y para IE; y de 0.799 para RE.

Índice Multicultural de Calidad de Vida (MQLI)

Este instrumento elaborado por Jatuff et al. (2007) está conformado por diez dimensiones: *bienestar físico* (BF), *bienestar psicológico-emocional* (BPE), *autocuidado y funcionamiento independiente* (AFI), *funcionamiento ocupacional* (FO), *funcionamiento interpersonal* (FI), *apoyo social-emocional* (ASE), *apoyo comunitario y de servicios* (ACS), *autorrealización* (AR), *plenitud espiritual* (PE) y *calidad de vida global* (CVG). La evaluación del índice de CV emplea una puntuación de 1 a 10, agrupada según los siguientes calificativos: mala, regular, buena o excelente.

Este índice fue validado en Argentina y desarrollado en los idiomas portugués, inglés, español, chino y coreano. Fue administrado en una muestra de 100 personas de entre 18 y 60 años, todos ellos estudiantes de la Universidad de Belgrano, y en otra conformada por pacientes psiquiátricos ambulatorios diagnosticados dentro del eje I del DSM-IV, excluyendo a los que fueron incapaces de dar su consentimiento. El tiempo estimado para completar el cuestionario era de cinco minutos. Los resultados demuestran que el MQLI tiene una alta consistencia interna, adecuada estructura factorial y que es capaz de discriminar entre grupos con diferentes niveles de CV. El coeficiente de fiabilidad (alfa de Cronbach) de referencia es de 0.85. El hallado en la muestra de este trabajo fue de 0.765 para CV.

Cuestionario sociodemográfico ad hoc

Adicionalmente, se utilizó un cuestionario ad hoc que incluyó variables sociodemográficas tales como edad, género, estado civil, máximo nivel educativo alcanzado, experiencia terapéutica, redes de contención familiar, laboral y recreativa, consumo de psicofármacos, consumo de sustancias no suscriptas por un profesional, convivencia con otras personas, con sujetos mayores y menores, y enfermedades cardíaca, respiratoria o inmunológica de familiares.

Procedimiento

La muestra se contactó de manera virtual, por medio de diferentes plataformas como Facebook, Instagram, Twitter, WhatsApp y correo electrónico. Para tales fines, se utilizó la herramienta digital de Google Forms® (Google, Mountain View, Santa Clara, CA, Estados Unidos). La recolección de los datos se llevó a cabo durante el período de cuarentena, entre el 29 de marzo y el 6 de julio de 2020.

Los formularios enviados a los participantes contenían un consentimiento informado por medio del cual los sujetos debían certificar ser mayores de edad, haber sido informados acerca de la investigación académica a la cual habían sido invitados a participar, actuar libre y voluntariamente como colaboradores, ser conscientes de su autonomía para oponerse al ejercicio académico, saber que no recibirían ninguna devolución escrita y estar al tanto de los fines de la investigación. A continuación, los participantes recibieron, siempre en el mismo orden, los correspondientes cuestionarios: datos sociodemográficos, IE, CV.

Análisis de datos

La totalidad de los datos obtenidos fue volcada en un software estadístico para ciencias sociales (SPSS Statistics Base®, v.22; IBM, Armonk, NY, Estados Unidos).

La prueba de distribución normal de Kolmogórov-Smirnov mostró una distribución anormal en todas las variables y dimensiones. Por esta razón, se optó por pruebas no paramétricas. Para evaluar las asociaciones entre variables IE y CV y sus respectivas dimensiones, se empleó la prueba de correlación rho de Spearman; para evaluar las diferencias de dos grupos, la prueba U de Mann-Whitney; y para las diferencias entre tres o más grupos se usó la prueba de Kruskal-Wallis. El nivel de significación fue establecido en $p < .05$.

Resultados

Descripción de la muestra

Las Tablas 1 y 2 representan el análisis descriptivo de las variables evaluadas.

Tabla 1.

Estadística descriptiva de las variables.

Variables	R	M	DE
Bienestar físico (BF)	9	7.32	1.68
Bienestar psicológico-emocional (BPE)	9	7.05	1.79
Autocuidado y funcionamiento independiente (AFI)	9	7.87	1.56
Funcionamiento ocupacional (FO)	9	8.40	1.54
Funcionamiento interpersonal (FI)	9	8.25	1.42
Apoyo social-emocional (ASE)	9	8.18	1.67
Apoyo comunitario y de servicios (ACS)	9	7.32	1.82
Autorrealización (AR)	9	7.57	1.69
Plenitud espiritual (PE)	9	6.65	2.49
Calidad de vida global (CVG)	9	7.60	1.70
Atención emocional (AE)	31	25.96	6.74
Claridad emocional (CE)	31	25.36	6.63
Reparación emocional (RE)	32	25.62	6.83
Inteligencia emocional (IE)	85	76.94	15.08
Calidad de vida (CV)	82	76.21	11.92

Nota: N: 923; R: Rango; M: Media; DE: Desviación Estándar.

Tabla 2.

Datos sociodemográficos de la muestra.

Variable	Etiqueta	N	%
Género	Femenino	678	73.5
	Masculino	245	26.5
	Otro	0	0.0
Grupo etario	11-20 años	44	4.8
	21-30 años	285	30.9
	31-40 años	289	31.3
	41-50 años	155	16.8
	51-60 años	85	9.2
	61-70 años	57	6.2
Estado civil	71-80 años	8	0.9
	Soltero	330	35.8
	En pareja	199	21.6
	Casado/En concubinato	307	33.3
	Divorciado/Separado	76	8.2
	Viudo	11	1.2

Variable	Etiqueta	N	%	
Máximo nivel educativo alcanzado	1 ^{ario} incompleto	0	0.0	
	1 ^{ario} completo	4	0.4	
	2 ^{ario} incompleto	37	4.0	
	2 ^{ario} completo	160	17.3	
	3 ^{ario} incompleto	76	8.2	
	3 ^{ario} completo	133	14.4	
	Universitario incompleto	260	28.2	
	Universitario completo	181	19.6	
	Posgrado incompleto	24	2.6	
	Posgrado completo	48	5.2	
Nº de personas con las que convive	0 o 1	339	36.7	
	2 o 3	400	43.3	
	4 o 5	160	17.3	
	6 o 7	20	2.2	
	7 o más	4	0.4	
	Convivencia con personas > 65 años	Sí	125	13.5
	Convivencia con personas < 18 años	No	798	86.5
Familiar con enfermedades de riesgo	Sí	404	43.8	
	No	519	56.2	
Red de contención familiar	Sí	455	49.3	
	No	468	50.7	
Red de contención laboral	Sí	821	88.9	
	No	102	11.1	
Red de contención recreativa	Sí	580	62.8	
	No	343	37.2	
Realización de tratamiento psicológico	Sí	821	88.9	
	No	102	11.1	
Consumo de sustancias psicoactivas no indicadas por un profesional	Sí	473	51.2	
	No	450	48.8	
Consumo de psicofármacos indicados por un profesional	Sí	174	18.9	
	No	749	81.1	
		97	10.5	
		826	89.5	

Nota: N = 923.

Análisis descriptivo de Inteligencia Emocional y Calidad de Vida

Según los resultados, los niveles de las dimensiones de la variable CV resultaron buenos para: la dimensión BF, buena para el 67.7 % de la muestra; la BPE, para el 60.1 %; AFI, para el 69.7 %; FO, para el 67.3 %; FI, para

Tabla 3.

Asociación entre las variables psicológicas.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. BF		.51**	.46**	.30**	.38**	.31**	.27**	.43**	.32**	.46**	-.01	.26**	.36**	.27**	.64**
2. BPE			.55**	.33**	.46**	.34**	.30**	.57**	.44**	.66**	-.03	.41**	.45**	.37**	.75**
3. AFI				.44*	.46**	.35**	.30**	.55**	.36**	.52**	.01	.37**	.36**	.33**	.70**
4. FO					.46**	.33**	.26**	.41**	.24**	.38**	-.02	.25**	.28**	.22**	.55**
5. FI						.54**	.35**	.52**	.33**	.50**	.07*	.36**	.35**	.34**	.68**
6. ASE							.38**	.42**	.27**	.44**	.08*	.27**	.25**	.26**	.61**
7. ACS								.38**	.28**	.36**	.06	.18**	.18**	.18**	.56**
8. AR									.45**	.64**	.02	.37**	.43**	.36**	.77**
9. PE										.50**	.08*	.31**	.41**	.35**	.66**
10. CVG											.04	.38**	.47**	.39**	.80**
11. AE												.31**	.17**	.66**	.05
12. CE													.51**	.80**	.45**
13. RI														.74**	.51**
14. IE															.44**
15. CV															

Nota: 1. BF: Bienestar Físico; 2. BPE: Bienestar psicológico-emocional; 3. AFI: Autocuidado y funcionamiento independiente; 4. FO: Funcionamiento ocupacional; 5. FI: Funcionamiento Interpersonal; 6. ASE: Apoyo Socio-Emocional; 7. ACS: Apoyo Comunitario y de Servicios; 8. AR: Autorrealización; 9. PE: Plenitud Espiritual; 10. CVG: Calidad de Vida Global; 11. AE: Atención Emocional; 12. CE: Claridad Emocional; 13. RI: Reparación Emocional; 14. IE: Inteligencia Emocional; 15. CV: Calidad de Vida.

* La correlación es significativa en el nivel .05 (dos colas).

** La correlación es significativa en el nivel .01 (dos colas).

el 69.4 %; ASE, para el 61.5 %; ACS, para el 64.7 %; AR, para el 66.7 %; PE, para el 51.1 %; y CVG, para el 67.3 %.

Tal como se predijo en la hipótesis inicial, a los niveles de IE les correspondieron valores distintos según el género. En el grupo femenino, AE resultó adecuada para el 50.6 % de la muestra; CE, adecuada para el 51.2 %; y RE, adecuada para el 46.2 %. En el grupo masculino, AE fue adecuada para el 49.8 % de la muestra; CE, poca para el 50.6 %; y RE, adecuada para el 45.3 %. Esto refleja una diferencia con la subescala CE, en la que al grupo femenino le correspondieron valores más elevados.

Asociación entre las variables

La correlación entre las variables IE y CV resultó significativa. Las dimensiones de dichas variables presentaron una fuerza de relación débil, excepto en el caso de AE, que solo correlacionó significativamente con una fuerza de vínculo fuerte con las variables PE y AS, así como también lo hizo con FI, esta vez con una fuerza de vínculo moderada. Nivel de significación: $p > .05$.

Tabla 4.*Diferencias según variables sociodemográficas de Inteligencia Emocional y Calidad de Vida*

Variable	Etiqueta	IE		CV	
		Rango promedio	Valor de <i>p</i>	Rango promedio	Valor de <i>p</i>
Género	Femenino			477	0.00
	Masculino			418	0.00
	Otro			0	0.00
Grupo etario	11-20 años	366	0.00	355	0.00
	21-30 años	401	0.00	396	0.00
	31-40 años	494	0.00	465	0.00
	41-50 años	512	0.00	506	0.00
	51-60 años	488	0.00	537	0.00
	61-70 años	464	0.00	585	0.00
	71-80 años	699	0.00	716	0.00
Estado civil	Soltero	426	0.00	409	0.00
	En pareja	436	0.00	445	0.00
	Casado/En concubinato	500	0.00	520	0.00
	Divorciado/Separado	521	0.00	502	0.00
	Viudo	497	0.00	436	0.00
Máximo nivel educativo alcanzado	1 ^{ario} incompleto			0	0.00
	1 ^{ario} completo			583	0.00
	2 ^{ario} incompleto			451	0.00
	2 ^{ario} completo			459	0.00
	3 ^{ario} incompleto			389	0.00
	3 ^{ario} completo			512	0.00
	Universitario incompleto			423	0.00
	Universitario completo			480	0.00
	Posgrado incompleto			534	0.00
	Posgrado completo			547	0.00
Convivencia con personas > de 65 años	Sí			520	0.00
	No			452	0.00
Familiar con enfermedades de riesgo	Sí			441	0.01
	No			482	0.01
Red de contención familiar	Sí			480	0.00
	No			311	0.00
Red de contención laboral	Sí			505	0.00
	No			387	0.00
Red de contención recreativa	Sí	479	0.00	484	0.00
	No	319	0.00	277	0.00
Realización de tratamiento psicológico	Sí			435	0.00
	No			489	0.00
Consumo de sustancias psicoactivas no indicadas por un profesional	Sí	454	0.00	400	0.00
	No	520	0.00	532	0.00
Consumo de psicofármacos indicados por un profesional	Sí			363	0.00
	No			473	0.00

Nota: IE: inteligencia emocional; CV: calidad de vida.

Diferencias según las variables socio-demográficas de Inteligencia Emocional y Calidad de Vida

La CV presentó diferencias en función de variables sociodemográficas tales como género, máximo nivel educativo alcanzado, estado civil, consumo de psicofármacos, consumo de sustancias psicoactivas no indicadas por un profesional, realización de tratamiento psicológico, redes de contención recreativa, laboral y familiar, enfermedades cardíaca, respiratoria o inmunológica de familiares y convivencia con sujetos mayores de 65 años. Los mayores porcentajes se registraron en los siguientes grupos: femenino ($p = .00$), con un rango promedio mayor de 477; primaria completa ($p = .00$), con un rango promedio mayor de 520; grupo etario 71-80 años ($p = .00$), con un rango promedio mayor de 716; personas casadas o en concubinato ($p = .00$), con un rango promedio mayor de 520; no consumo de psicofármacos ($p = .00$), con un rango promedio mayor de 473; no consumo de sustancias psicoactivas no indicadas por un profesional ($p = .00$), con un rango promedio mayor de 533; no realización de tratamiento psicológico ($p = .00$), con un rango promedio mayor de 489; red de contención recreativa ($p = .00$), con un rango promedio mayor de 484; red de contención laboral ($p = .00$), con un rango promedio mayor de 505; red de contención familiar ($p = .00$), con un rango promedio mayor de 480; enfermedad cardíaca, respiratoria o inmunológica de familiar ($p = .01$), con un rango promedio mayor de 482; y convivencia con sujetos mayores de 65 años ($p = .00$), con un rango promedio mayor de 520. Nivel de significación: $p > .05$.

La IE presentó diferencias en función de variables sociodemográficas tales como estado civil, consumo de sustancias psicoactivas no indicadas por un profesional, rango etario y red de contención recreativa. Los mayores puntajes correspondieron a los siguientes grupos: personas divorciadas/separadas ($p = .00$), con un rango promedio mayor de 521; no consumo de sustancias psicoactivas no indicadas por un profesional ($p = .00$), con un rango promedio mayor de 520; grupo etario 71-80 años ($p = .00$), con un rango promedio mayor de 716; y red de contención recreativa ($p = .00$), con un rango promedio mayor de 479. Nivel de significación: $p > .05$.

Discusión

Los objetivos de esta investigación fueron: (a) describir los niveles de IE y CV en personas afectadas por el ASPO en la Argentina; (b) evaluar si existen relaciones significativas entre estas variables en una población argentina; y (c) analizar si hay diferencias significativas entre IE y CV en función de variables sociodemográficas.

Según las hipótesis planteadas, existiría una correlación positiva entre ambas variables en sujetos afectados por el ASPO decretado el 20 de marzo en Argentina a raíz de la pandemia por COVID-19, y la IE presentaría mayores niveles en individuos del género femenino, quienes, en dicho contexto, valorarían, expresarían, regularían y utilizarían mejor las emociones, y percibirían un mayor estado de bienestar psíquico y social.

Ambas hipótesis fueron confirmadas. Los resultados obtenidos sugieren que la correlación entre las variables IE y CV es significativa, y que es positiva para la mayoría de las dimensiones de IE, a excepción de la AE, cuya correlación fue significativa solo para las variables PE, AS y FI. Esto confirma la hipótesis general sobre la existencia de relaciones significativas directas entre las variables. Además, los niveles de IE mostraron resultados distintos según el género; IE resultó adecuada para todas las subescalas en el grupo femenino, mientras que en el masculino fue adecuada para todas excepto para la subescala CE, cuyo resultado fue poca.

La dimensión AE refiere a la percepción de las propias emociones; comprende la habilidad para identificar sentimientos y pensamientos –tanto propios como ajenos– manifestados mediante el lenguaje, producciones artísticas y comportamientos, y supone también la capacidad de expresar las propias emociones de un modo adecuado (Mayer y Salovey, 1997). Según el instrumento elaborado por Jatuff et al. (2007), la PE refiere a si el sujeto experimenta sentimientos de fe, religiosidad y trascendencia, más allá de una vida material ordinaria. El AS, a si se cuenta con personas en quienes confiar y que proporcionen apoyo emocional. Y el FI, si se es capaz de responder y relacionarse bien con la familia, los amigos y demás grupos.

Por un lado, algunas investigaciones han observado el posible impacto de la pandemia en índices tales como depresión, ansiedad e intolerancia a la incertidumbre. Uno de ellos fue el informe realizado por Richaud de Minzi et al. (2020) sobre los efectos del COVID-19 en personal de salud de la Argentina durante distintos períodos de la cuarentena. Estos autores informaron que los índices de depresión, ansiedad e intolerancia a la incertidumbre fueron en aumento, al igual que las estrategias disfuncionales de afrontamiento. Otro estudio llevado a cabo en Perú durante el aislamiento social indicó que el 60 % de la muestra presentaba altos niveles de estrés, el cual era más elevado en los sujetos de género femenino, en los que realizaban su trabajo de forma virtual y en aquellos comprendidos en el rango etario 20-30 años (Marquina, 2020).

Los resultados de estas investigaciones sugieren que el aislamiento produce un impacto negativo en la salud mental de los sujetos. Si bien los resultados de la presente investigación no reflejan lo mismo, los valores obtenidos entre la subescala AE, en relación con las subdimensiones PE, AS y FI, podrían estar vinculados con la afectación del ASPO, que produciría alteraciones en la percepción en medios en los que el ser humano busca contención, ya sea en la religión, la fe o en familiares, amigos y otros grupos.

Por otro lado, autores como Gago Galvagno et al. (2020) analizaron las actitudes hacia la cuarentena en una muestra de 1066 adultos y las relacionaron con variables sociodemográficas y psicológicas por medio de la Escala de Actitudes Negativas hacia la cuarentena (AN), la Escala de Intolerancia a la Frustración (IF), el Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (CERQ) y un cuestionario sociodemográfico ad hoc. El 80 % de los encuestados afirmó que cumplía la cuarentena. Las AN aumentaron en función de mayores niveles de IF y RE no adaptativa, la duración del confinamiento, el género, la edad, en los sujetos que no cumplían de manera estricta con el aislamiento y en los desempleados. Estos hallazgos concuerdan con los encontrados en Argentina por Canet-Juric et al. (2020), quienes informaron que la ansiedad, el afecto negativo y la depresión no variaron respecto de los promedios correspondientes a poblaciones encuestadas antes del ASPO y que disminuyeron en una segunda evaluación. Los autores sugieren que esto podría relacionarse con la

demora del impacto del virus en la población argentina, la cual permitió actuar, según lo observado en otros escenarios –asiáticos y europeos–, sobre la efectividad de medidas de prevención como el aislamiento.

En consonancia con estas investigaciones, los niveles de las dimensiones de la variable CV fueron buenos en la mayoría de los sujetos de la muestra, mientras que los niveles de IE arrojaron significaciones distintas según el género, tal como se predijo inicialmente. Estos resultados coinciden así mismo con los hallados anteriormente por Arrogante y Zaldívar (2016), quienes analizaron las diferencias significativas entre IE y variables sociodemográficas tales como género y edad. Estos autores obtuvieron valores que sugieren diferencias significativas en función del género en las tres dimensiones de la variable, y mayores niveles de IE para las mujeres, a partir de lo cual concluyeron que el género influye en los niveles de IE de la población estudiada.

En cuanto a las diferencias entre IE y CV según variables sociodemográficas, los mayores puntajes correspondieron al grupo etario 71-80 años, a sujetos que no consumen sustancias psicoactivas no indicadas por un profesional y a quienes poseen una red de contención recreativa. Se infiere, por un lado, que la edad podría tener que ver con la restricción a la que ese grupo etario en particular está sujeto, y en relación con esto, una menor exposición al virus podría disminuir la preocupación de contraerlo y generar un mayor bienestar psíquico. Así mismo, el hecho de no estar expuesto a sustancias psicoactivas no indicadas por un profesional podría favorecer la claridad de pensamiento, algo que resulta indispensable para la elaboración de las situaciones en los diferentes contextos. Por otro lado, aquellos sujetos que disponen de una red de contención recreativa contarían con mayores recursos para distraerse de las preocupaciones asociadas a la enfermedad por COVID-19.

Acerca de las limitaciones en relación con este estudio, podemos consignar la dificultad del acceso a los sujetos, ya que el contexto de aislamiento implicó que la recolección de datos debiera ser realizada exclusivamente de forma virtual, lo cual reduce su alcance a la población, ya sea por falta de conocimiento, costumbre o carencia de medios. Así mismo, la escasez de investigaciones sobre el

tema es otra limitación, al no contar con gran cantidad de fuentes primarias de validez académica.

El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional. El diseño de la muestra fue de corte transversal, lo cual no permite estudiar las líneas de desarrollo de las variables psicológicas durante la totalidad del aislamiento de la pandemia, sino solamente en su primera etapa. Las futuras investigaciones deberán realizar estudios longitudinales con el fin de contemplar su progresión.

A partir de lo investigado, se recomienda implementar la promoción de algún modelo de pautas de actuación ante este tipo de situaciones que favorezcan el incremento de la IE. También, como medida de prevención, se sugiere diseñar talleres, en distintos centros de salud, que promuevan el desarrollo de la IE desde la niñez, ya que esto podría constituir una herramienta de impacto positivo en la CV de sujetos que deban hacer frente a instancias de aislamiento social semejantes a la actual.

En este contexto, el trabajo mancomunado de todas las disciplinas relacionadas con la salud puede ser de gran ayuda para llevar a cabo las propuestas mencionadas.

Referencias

- Arrogante, O. y Zaldívar, E. (2016). Factores sociodemográficos relacionados con la inteligencia emocional en los profesionales de enfermería [Sociodemographic Factors Associated with Emotional Intelligence in Nursing Professionals]. *Metas de Enfermería*, 19(6), 68–73.
- Brooks, S. K., Webster R. B., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S. y Greenberg, N. (2020). The Psychological Impact of Quarantine and how to Reduce It: Rapid Review of the Evidence. *The Lancet Journal*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Canet-Juric, L., Andrés, M. L., Urquijo, S., Poo, F., Del Valle, M., López-Morales, H., Galli, J. I., Yerro Avincetto M. y Bartolotto, F. (2020). *Evaluación del impacto emocional del aislamiento por COVID-19* [Informe de resultados de primera cohorte]. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Decreto 297 de 2020., Ministerio de Salud de la Nación. (2020). *Por el cual se establece el aislamiento social, preventivo y obligatorio. 20 de marzo de 2020.* <http://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativab/a/norma/524690>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and Reliability of the Spanish Modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94(3), 751–755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Gago Galvagno, L. G., De Grandis, C., Ferrero, F., Loss, J., Castrillón, D., Celleri, M. y Mustaca, A. (en prensa). Actitudes hacia la cuarentena. Efecto de variables sociodemográficas y psicológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*.
- González Ramírez, R. S. (2013). La calidad de vida en Tijuana y Monterrey: Un estudio exploratorio-comparativo [Quality of Life in Tijuana and

- Monterrey: An Exploratory-Comparative Study]. *Frontera Norte*, 25(49), 109–129.
- Jatuff, D., Zapata-Vega, M. I., Montenegro, R. y Mezzich, J. E. (2007). El índice multicultural de calidad de vida en Argentina: un estudio de validación [The multicultural quality of life index in Argentina: a validation study]. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(4), 253–258.
- Larroy, C., Estupiñá, F., Fernández-Arias, I., Hervás, G., Valiente, C., Gómez, M., Crespo, M., Rojo, N., Roldán, L., Vázquez, C., Ayuela, D., Lozano, B., Martínez Bernardo, A., Pousada, T., Gómez, A., Asenjo, M., Rodrigo, J. J., Florido, R., Vallejo-Achón, M., ... Pardo, R. (2020). *Guía para el abordaje no presencial de las consecuencias psicológicas del brote epidémico de COVID-19 en la población general* [informe técnico]. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, España. www.copmadrid.org/web/files/comunicacion/Inter_vencin_Psicologica_Telemtica_COVID_19_Profesionales.pdf
- Marquina, R. (2012). Inteligencia emocional y calidad de vida en personal de salud de cuatro hospitales del sector público [Emotional Intelligence and Quality of Life in the Staff of Four Government sector Hospitals in Lima] [Tesis de maestría], Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú.
- Marquina, R. (2020). Autopercepción del estrés en aislamiento social en tiempos de COVID-19 [Self-Perception of Stress in Social Isolation in Times of COVID-19]. *Revista ConCiencia EPG*, 5(1), 83–97. <https://doi.org/10.32654/CONCIENCIAEPG.5-1.6>
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). *What is Emotional intelligence? Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators*. Basic Books.
- Nguyen, H. C., Nguyen, M. H., Do, B. N., Tran, C. Q., Nguyen, T. T. P., Pham, K. M., Pham, L. V., Tran, K. V., Duong, T. T., Tran, T. V., Duong, T. H., Nguyen, T. T., Nguyen, Q. H., Hoang, T. M., Nguyen, K. T., Pham, T. T. M., Yang, S. H., Chao, J. C. J. y Duong, T. V. (2020). People with Suspected COVID-19 Symptoms were more Likely Depressed and had Lower Health-Related Quality of Life: The potential Benefit of Health Literacy. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4), 965. <https://doi.org/10.3390/jcm9040965>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Aumentar sustancialmente las inversiones para evitar una crisis de salud mental [Substantial Investment Needed to Avert Mental Health Crisis]. Recuperado de www.who.int/es/news-room/detail/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis
- Richaud de Minzi, M. C., Vargas Rubilar, J., Rodríguez de Behrends, M., Muzio, R., Eidman, L., Klos, C. y Salas, C. (2020). *Relevamiento y evaluación de efectos del COVID-19 sobre el personal de salud*. [Segundo resumen ejecutivo], Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, CONICET y Agencia, Argentina.
- Someshwar, H., Sarvaiya, P., Desai, S., Gogri, P., Someshwar, J., Mehendale, P. y Bhatt, G. (2020). Does social Distancing during the Lockdown due to COVID-19 Outbreak in Mumbai affect Quality of life? *International Journal of Clinical and Biomedical Research*, 1–4. <https://doi.org/10.31878/ijcbr.2020.62.01>

INTERVENCIÓN DE EMERGENCIA EN FORMATO ONLINE BASADO EN ACT EN UN CASO DE TRASTORNO ADAPTATIVO

EMERGENCY INTERVENTION ON ONLINE FORMAT BASED ON ACT USED IN A CASE OF ADAPATIVE DISORDER

JAVIER MOHD TARIFA¹, LAURA CEREZO CARRIZO¹ Y
MIGUEL ÁNGEL CARRASCO¹

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Tarifa, J. M., Cerezo Carrizo, L. y Carrasco, M. Á. (2019). Intervención de emergencia en formato online basado en act en un caso de Trastorno Adaptativo [Emergency Intervention on Online Format based on Act used in a Case of Adapative Disorder]. *Acción Psicológica*, 18(1), 57–68. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.29043>

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo exponer el abordaje clínico de un usuario del Servicio de Psicología Aplicada de la Facultad de Psicología de la UNED atendido durante la situación de Emergencia Sanitaria COVID-19. Se trata de un estudio de caso $N=1$ de un varón de 22 años (F.) cuya sintomatología se ajusta a un trastorno adaptativo con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido. Tras la evaluación del caso mediante entrevista no estructurada y autorregistros del paciente, se llevó a cabo una intervención breve protocolarizada con modalidad online. La aproximación terapéutica llevada a cabo fue la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), que incluyó diferentes estrategias dirigidas a que F. pudiera discriminar su patrón de conducta problemático,

aceptar los eventos privados aversivos y pudiera emprender acciones con significado personal. Los resultados mostraron un aumento de conductas adaptativas en las áreas que F. consideraba valiosas, y una disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva. En el apartado final, se discuten las limitaciones de la intervención derivadas del contexto en el que fue realizada.

Palabras clave: Intervención online; ACT; COVID-19; Emergencia; Trastorno Adaptativo.

Abstract

This article aims to present the clinical approach of a patient of the Psychological Service of the Faculty of Psychology of the UNED who was treated during the COVID-

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Javier Mohd Tarifa. Terapeuta del Servicio de Psicología Aplicada, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Email: jmohd@invi.uned.es

ORCID: Miguel Ángel Carrasco (<https://orcid.org/0000-0003-3282-818X>).

¹ Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Recibido: 16 de marzo de 2021.

Aceptado: 13 de junio de 2021.

19 Health Emergency situation. This is a case study $N = 1$ of a 22-year-old man whose symptoms are associated to an adjustment disorder with mixed anxiety and depression. After evaluating the case by means of an unstructured interview and self-reports, a brief, protocolized intervention was carried out through an online modality. The therapeutic approach was the Acceptance and Commitment Therapy (ACT), which included different strategies aimed at allowing F. to discriminate his problematic behavior pattern, accept aversive private events and take actions with personal meaning. Results showed an increase in adaptive behaviors in the areas that F. considered valuable, and a decrease in anxiety and depressive symptoms. In the final section, limitations and future recommendations are discussed.

Keywords: Online intervention; ACT; COVID-19; Emergency; Adaptive disorder.

Introducción

La aparición y propagación del virus SARS-CoV-2 es un hito histórico que ha afectado al mundo en su totalidad, las características de transmisión y el elevado índice de contagio ha llevado a los distintos gobiernos a establecer medidas de control poblacional con el objetivo de reducir la tasa de contagios y el número de muertes diarias (Misterio de Sanidad, 2020). En el caso del estado español, se declaró un estado de alarma a nivel nacional que duró desde el 15 de marzo y el 20 de junio de 2020, (Real Decreto 463/2020) esto se tradujo en una limitación de la libertad de circulación de las personas, así como en el establecimiento de numerosas medidas de restricción en la vida de los ciudadanos.

Todo ello dio lugar, en gran medida, a un contexto social que propició el aislamiento social y la reducción del contacto interpersonal por motivos sanitarios. Estudios recientes han comenzado a analizar el impacto psicológico de la pandemia COVID-19 en el corto y largo plazo. En el análisis de este impacto se evidencia la importancia de la intervención temprana, incluyendo los primeros auxilios psicológicos y el apoyo de equipos multidisciplinares en la reducción tanto de la cronificación de sintomatología

como en la exacerbación de los síntomas y trastornos mentales en población vulnerable (Ramírez-Ortiz, 2020).

El presente artículo expone el abordaje clínico de un usuario del Servicio de Psicología Aplicada de la UNED (en adelante SPA) atendido durante la situación de Emergencia Sanitaria COVID-19. Este estudio de caso muestra una intervención breve, y en modalidad online, de un usuario cuya sintomatología se ajusta a un trastorno adaptativo con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido. El motivo principal de este artículo es doble. Por una parte, mostrar la intervención realizada, así como las limitaciones y dificultades derivadas del contexto de la pandemia antes mencionada: una intervención no presencial, de carácter breve y ante una situación de emergencia; por otra parte, mostrar tanto en la evaluación como la intervención, distintos movimientos terapéuticos adaptados al contexto terapéutico particular que tuvo lugar y sus resultados.

El abordaje de este caso se llevó a cabo desde el modelo terapéutico de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes et al., 2012; Wilson y Luciano, 2002). Este modelo constituye una tecnología desarrollada sobre la base del conductismo radical y una aproximación analítico-funcional del estudio del lenguaje y la cognición humana, incluida en la Teoría de los Marcos Relaciones (TMR). Muy resumidamente, ACT tiene una doble finalidad: por un lado, que el cliente acepte aquellos eventos privados aversivos que ha estado intentado modificar sin éxito, es decir, modificar el patrón de regulación verbal inflexible y limitante, caracterizado por numerosos modos de respuesta que persiguen eludir pensamientos, sensaciones y recuerdos que se experimentan como aversivos y que suponen una respuesta operante generalizada de evitación; y, por otro lado, ayudar a la persona a que pueda fijar la atención en las funciones apetitivas de augmental (i.e., alteración de las propiedades reforzantes de estímulo vía verbal gobernada por reglas que alteran el grado en que los eventos funcionan como consecuencias), pueda realizar acciones coordinadas con ellas y así, realizar una acción con significado personal (Hayes et al., 2001; Törneke et al., 2015).

Presentación de caso clínico

Datos del usuario

F. es un varón adulto de 22 años de edad, soltero, con un nivel socio cultural medio, y con estudios realizados a nivel básico. Reside en el domicilio familiar junto con sus padres y hermanos. No aparecen antecedentes médicos ni psiquiátricos relacionados con la problemática que presenta. Solicita atención psicológica motivada por una elevada reacción de ansiedad derivada del confinamiento prolongado durante el estado de alerta sanitaria. En el momento de la consulta, presentaba dificultades durante las comidas y cenas en las que ingerir comida le provocaba atragantamiento.

Contexto de la intervención

F. fue Atendido durante la Emergencia Sanitaria COVID-19, uno de los progenitores contactó con el SPA de la Facultad de Psicología de la UNED (Madrid), expresando la preocupación por el estado emocional de su hijo. Se pusieron a disposición de los padres recursos online del SPA con el objetivo de ayudar al bienestar y regulación comportamental y emocional, tanto de su familia como de su hijo. F. fue derivado al servicio de atención psicológica online/telefónica gratuita que fue habilitado durante el periodo de emergencia sanitaria.

Evaluación

Las primeras dos sesiones se dedicaron a la exploración y el análisis de la demanda del usuario, y a una primera valoración de la sintomatología manifiesta. Dado el contexto de intervención, incluidas las limitaciones y características del servicio de emergencia implementado en este periodo, la entrevista clínica telefónica y los autorregistros fueron las técnicas de evaluación utilizadas. De la información obtenida se llevó a cabo el análisis de las respuestas problema, así como los antecedentes y consecuentes a corto y largo plazo de dichas respuestas.

Análisis y formulación del caso

Las respuestas problema que se delimitaron tras la evaluación fueron:

- Ansiedad en sus tres niveles de respuesta. A nivel fisiológico, taquicardias, respiración agitada, presión torácica y en la garganta, sequedad de boca y molestias estomacales; a nivel cognitivo, dificultades de concentración, pensamientos anticipatorios como «nada va ser lo mismo después del COVID»; «No voy a poder vivir con la ansiedad»; «No voy a poder hacerlo»; «¿Y si me contagio?»; «Me voy a volver a atragantar» y rumiaciones sobre sí mismo, como «Estoy mal de la cabeza»; «Hay gente muriendo y yo aquí pasándolo mal por una tontería»; y a nivel motor, movimientos torpes y repetitivos con alguna parte del cuerpo.

- Estado de ánimo deprimido en su triple nivel de respuesta. A nivel emocional, cansancio, anhedonia, tristeza, elevados sentimientos de culpa y miedo; a nivel cognitivo, pensamientos de inutilidad, atribuciones de responsabilidad excesiva o inapropiada, etiquetas y descalificaciones (e.g., «Estoy loco»; «Soy una persona débil»). A nivel motor, inactividad, cese de actividades placenteras y lúdicas, cesando las actividades de entretenimiento como la lectura y el visionado de películas, así como la postergación de la reincorporación laboral.

Los antecedentes, respuestas, y consecuentes inmediatos y a largo plazo se detallan en el análisis funcional del patrón comportamental problemático, recogidos en la Tabla 1. Las variables antecedentes, conductas problema y consecuentes, además de ejercer una función en sí mismas actúan de manera interrelacionada a modo de bucle circular que se retroalimenta recíprocamente.

Hipótesis explicativas, delimitación de las variables de cambio

El análisis de la historia clínica del usuario y sus antecedentes personales y familiares no fueron explorados en profundidad debido al encuadre terapéutico que se llevó a cabo y especialmente, debido a la intervención breve en el contexto de emergencia en el que tuvo lugar. Por impre-

Tabla 1.

Descripción funcional del problema

Situación	Eventos privados antecedentes	Respuesta	Consecuencias a corto plazo	Consecuencias a largo plazo
En los momentos de las comidas	Ansiedad elevada	Masticar muy lentamente	Disminución de la ansiedad percibida	Aumento del estado depresivo
	Presión en la garganta	Cese de la ingesta	Disminución de los estados fisiológicos percibidos como aversivos	Aumento de pensamientos de inutilidad y auto-etiquetas Ej. "Me siento un fracasado"
	Opresión torácica	Abandono de las comidas familiares		Aumento del nivel de ansiedad percibida
	Pensamientos repetitivos ej. "Y si me comienzo a atragantar"			Sentimientos de culpabilidad por preocupar a su familia Disminución de peso corporal
Salir de casa (incluyendo el área laboral)	Aumento de la ansiedad	Distracción	Disminución de nervios	Sensación de culpabilidad por no reincorporarse a su empleo
	Aumento de cogniciones anticipatorias ej. "¿Y si me contagio?"	Intentar relajarse: Respiraciones diafragmáticas, Contar hasta diez hacia atrás	Disminución de cogniciones anticipatorias y percibidas como aversivas	Aumentan nuevamente los nervios y estado de ánimo depresivo
	Estado de ánimo deprimido	Volver a su casa	Sensación de protección	Distanciamiento social y de pareja
Interacciones sociales a través del teléfono	Aumento del estado ansioso	Apagar el teléfono	Disminución del estado de nervios	Distanciamiento social
	No sentir fuerzas para hablar con su novia	Rumiación, dando razones. Ej. "Paso de dar pena"	Disminución de ansiedad	Distanciamiento emocional con su pareja
	Aumenta la ansiedad	Dormir		Pelear de pareja
Pareja "¿Estás mejor? ¿Te apetece hablar?"	Sentir presión para hablar			Aumento de sentimientos de culpa

Tabla 1.

Descripción funcional del problema (continuación)

Situación	Eventos privados antecedentes	Respuesta	Consecuencias a corto plazo	Consecuencias a largo plazo
Lectura de novelas y visionado de Películas/series	Pensamientos sobre sí mismo	Deja de leer	Se siente calmado	Deja a un lado sus hobbies
	Lo mal que están las cosas	Deja de ver la película		Aumento de la percepción de desaprovechar el tiempo durante el confinamiento
	“El mundo no va ser otra vez lo que era”	Intentos de pensar en que las cosas se solucionarán pronto		Aumento del estado depresivo
				Aumento de autorreproches

en la historia personal de F., ni rasgos de personalidad que pudieran ser considerados como variables específicas de vulnerabilidad para el desarrollo de una alteración ansiosa y/o depresiva. En cuanto a la adquisición del problema, apareció un claro acontecimiento estresante para F, vivir una situación de confinamiento en respuesta a la propagación del virus SARS-CoV-2. Este acontecimiento estresante y mantenido en el tiempo, junto a unas estrategias de afrontamiento ineficaces, propiciaron que distintas situaciones diarias fueran condicionadas a estados corporales y cogniciones percibidas como aversivas, sensación de atragantamiento en el momento de ingerir alimentos, una elevada tasa cardiaca al salir fuera del domicilio y pensamientos de miedo e inutilidad. A su vez, el desarrollo y puesta en marcha de estrategias de escape y evitación ineficaces fueron incompatibles con realizar conductas adaptativas con significado personal, es decir, a no poder dirigir su atención a las funciones apetitivas de augmental y realizar acciones coordinadas con ellas. Derivando esta confrontación en un aumento del estado depresivo, un aumento de las sensaciones ansiógenas y la aparición de valoraciones negativas sobre su autoconcepto.

En cuanto a la hipótesis de mantenimiento, la evitación cognitiva, en forma de distracción o rumia, que los pensamientos anticipatorios u otros pensamientos con función

aversiva ejercían, y la evitación conductual de situaciones ansiógenas, favorecieron la sensibilización a los mismos e impidió los procesos de habituación y extinción de las conductas problemas al tiempo que se vieron reforzados negativamente; mantener el teléfono móvil apagado disminuía la ansiedad y la percepción de presión social, no salir del domicilio propiciaba una disminución del miedo al contagio, todo lo cual reforzaba negativamente estas conductas. Además, la incapacidad de discriminar las consecuencias de sus conductas a largo plazo, así como el seguimiento de reglas verbales como “No puedo vivir con ansiedad” le impidieron entrar en contacto con la eficacia a largo de las estrategias de afrontamiento que llevaba a cabo.

El conjunto de estas relaciones se retroalimenta a modo de estructura circular impidiendo la mejoría y perpetuando el problema. En la Tabla 1 se recoge una descripción del análisis del patrón de conducta problemático del usuario en la que se reflejan (de izquierda a derecha) las diferentes situaciones en las que sucede el patrón, los eventos privados previos a emitir la conducta, la propia conducta, y las consecuencias que de esta se derivan a corto y largo plazo.

Impresión Diagnóstica

Según la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM5, APA, 2013) la sintomatología se ajustaría a un trastorno adaptativo con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido 309.28 (F43.23). En el momento de la evaluación se pudo apreciar la aparición de sintomatología ansiosa y depresiva en respuesta a un factor identificable como fue la situación de emergencia sanitaria nacional. La sintomatología y su respuesta ante la misma fueron clínicamente significativas debido al deterioro que producía en el ámbito social, laboral y psicológico, así como en su funcionamiento diario. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental como trastorno de estrés post traumático, trastorno por estrés agudo o fobias. La exploración de su historial clínico no indicó la posible existencia de un trastorno previo que pudiera haberse exacerbado con la aparición de un factor externo estresante.

Intervención

Objetivos terapéuticos

Los objetivos terapéuticos propuestos en este caso fueron: (a) entrenar estrategias de afrontamiento para el adecuado manejo de la ansiedad elevada; (b) reducir la rumiación excesiva e improductiva sobre hechos futuros; (c) comer sin atragantamientos; (d) reanudar la realización de tareas placenteras (e.g., lectura, visionado de películas); (e) reanudar el contacto con su círculo social y con su pareja; y (f) propiciar la reincorporación a su vida laboral.

Técnicas de intervención

Las técnicas utilizadas en la intervención fueron principalmente: técnicas de autoobservación, uso de metáforas, ejercicios experienciales de defusión cognitiva, técnicas de exposición graduada, exposición con prevención de respuesta (ambas en vivo y en imaginación) y reforzamiento de los logros alcanzados. A continuación, se expone el procedimiento y aplicación de las mismas.

Procedimiento

Se trata de una intervención breve de 10 sesiones de tratamiento (dos meses y medio), incluyendo dos seguimientos telefónicos. Las sesiones tuvieron una hora de duración, con una periodicidad semanal, exceptuando las sesiones de seguimiento que se espaciaron, primero de forma quincenal y después mensualmente. La modalidad en la que se realizó la terapia fue online, a través de la plataforma Whereby. Al comienzo de cada sesión se revisaban conjuntamente los compromisos acordados y se identificaban las barreras que habían podido surgir en el periodo intersesiones.

En la Tabla 2 se recoge el número de sesiones y una descripción breve del contenido de cada una de ellas, las cuales se detallan a continuación.

Tabla 2.

Protocolo clínico aplicado a la intervención del caso.

Sesiones	Técnicas
Sesión 1	Análisis funcional del patrón comportamental problemático. Introducción metáfora central "El conductor de autobús y los pasajeros"
Sesión 2	Análisis funcional del patrón comportamental problemático. Aplicación de protocolo para la identificación de los pensamientos aversivos jerárquicos que funcionaban como disparadores de la preocupación/rumia y la cadena de pensamientos principales.
Sesión 3	Clarificación de valores y establecimiento de compromisos semanales. Ejercicio del historiador
Sesión 4	Revisión de tareas semanales, identificación de barreras y ejercicio de defusión cognitiva. Ejercicio de chatear con la mente.
Sesión 5	Revisión de tareas semanales y exposición a estados fisiológicos aversivos autoinducidos a través de la hiperventilación intencional.
Sesión 6	Revisión de tareas semanales, ensayo conductual, aproximación sucesiva a la conducta objetivo "Comer"

Sesiones	Técnicas
Sesión 7	Revisión de tareas semanales, ensayo conductual, aproximación sucesiva a la conducta objetivo "Salir a la calle"
Sesión 8	Revisión de tareas semanales, ensayo conductual, aproximación sucesiva a la conducta objetivo "Salir a la calle"
Sesión 9	Revisión de tareas semanales, clarificación de valores y establecimiento de compromisos semanales. Ejercicio "Trazar caminos valiosos"
Sesión 10	Revisión de tareas semanales, devolución de los logros conseguidos. Tratamiento del miedo a futuras recaídas. Ejercicio "Cambiar la forma de escribir en el ordenador"

Las sesiones 1 y 2 se dedicaron a propiciar que F. pudiera discriminar su patrón comportamental. Se analizaron conjuntamente diversos ejemplos de la misma clase de regulación verbal limitante para confrontar lo que buscaba con sus acciones y los resultados que le estaban dando (desesperanza creativa). Se identificaron conjuntamente los pensamientos aversivos jerárquicos que funcionaban como disparadores de la preocupación/rumia y la cadena de pensamientos principales, para ello se realizó una adaptación del protocolo ideado por Ruiz et al. (2018). Se introdujo una metáfora central para todas las sesiones, El conductor de autobús y los pasajeros (Luciano y Wilson, 2012) en la que se ejemplificaba el patrón de respuesta flexible e inflexible de F.

La sesión 3 fue dedicada a clarificar valores y el establecimiento de compromisos semanales acordes con ellos. Se planteó "El ejercicio del historiador". Se le pidió que por unos minutos se metiera en el papel de un historiador y que escribiera los títulos de los capítulos de su vida correspondiente a distintos espacios temporales, especialmente los más recientes. A continuación, se plantearon dos formas de continuar su propio libro: una en el que estuviera abierto a sentir determinadas emociones y continuar trabajando en aquellas áreas valiosas para él; y otra en la que, ante la aparición de cualquier pensamiento o estado fisiológico aversivo se alejara de aquello que le importase para encerrarse en su habitación. Al final de sesión se esta-

blecieron los siguientes compromisos: encender el teléfono y ser el novio comprometido con su pareja, ser un amigo que participa en los grupos de WhatsApp y que atiende las llamadas, y dedicar 30 minutos de lectura diarios.

En la sesión 4 se introdujo el ejercicio "Chatear con tu mente". Esta actividad se ideó para trabajar la habilidad de poder mantenerse en aquellas acciones que F. considerase valiosas y que le ayudara a discriminar cuando comenzaba a rumiar. Aprovechando la modalidad online, el terapeuta al cargo de la intervención compartió su pantalla, en la que se mostraba un ejercicio de atención sostenida. El ejercicio que se presentó era una sopa de letras en la que debía contar mentalmente las veces que se repetía una determinada letra. En la primera fase del ejercicio se le pidió que comenzara a realizar la tarea y durante el transcurso de la misma se le advirtió que aparecerían en medio de la pantalla aquellos pensamientos que se identificaron como barreras y que le impedían centrarse en las acciones con significado personal. Se le instruyó para que acto seguido de la aparición de sus pensamientos, dejara el ejercicio a un lado para abrir el chat y contestar. Se le facilitaron claves para que pudiera realizar equivalencias funcionales con su patrón de rumia. Durante la segunda parte del ejercicio se le pidió en esta ocasión que notara nuevamente cómo "le pedían" estos pensamientos ocuparse de ellos, pero en esta ocasión debía elegir entre abrir el chat y contestar, o leer los mensajes y volver a centrarse en el ejercicio que tenía delante.

Debido a que las barreras más relevantes para F. en la fase intermedia de la intervención fueron aquellas relacionadas con sensaciones corporales desagradables, tales como alteración del ritmo cardiaco, respiración acelerada o sensación de nerviosismo, durante la sesión 5 se decidió realizar un ejercicio de exposición a dichos estados fisiológicos adversos con prevención de respuesta. Para ello, F. realizó hiperventilación intencional, mientras el terapeuta daba claves que facilitaban la discriminación de los pensamientos que aparecían, al tiempo que se le proporcionaban ayudas para que no emitiera una respuesta de escape. Ejemplos de claves facilitadoras fueron: ¿Quién está sintiendo nervios? ¿En qué parte del cuerpo los estás sintiendo? Imagínate que estos nervios tuvieran un color ¿Qué color tendrían? ¿Puedes observarlo durante 10 se-

gundos sin hacer nada? Como si fuera la primera vez que los ves... ¿Podría continuar otros 10 segundos? ¿Le das permiso para que continúen ahí un poco más? ¿Esta sensación te resulta familiar? ¿Qué has hecho otras veces cuando has sentido esto mismo? ¿Te ha servido de algo? ¿Y si hoy pudieras elegir hacer algo totalmente distinto? ¿Sería esto algo parecido a mantenerte en la carretera?

En la siguiente sesión, sesión 6, se realizó una aproximación sucesiva a la conducta objetivo “Comer”. El ejercicio comenzó pidiéndole que examinará las sensaciones que le venían al estar delante del plato; una vez identificadas por F, se le dio la opción de abandonar ejercicio o dejar estar esas sensaciones y coger el tenedor. Se le pidió que percibiera cómo se intensificaban determinadas sensaciones al acercar la comida a la boca, se le dio la opción nuevamente de elegir entre ocuparse de sus nervios y pensamientos, o dejarlos estar para poder girar su atención en las sensaciones gustativas de la propia comida que tenía en la boca.

En las sesiones 7 y 8 se realizó una aproximación sucesiva a la conducta objetivo “salir a la calle”. Las siguientes sesiones fueron realizadas vía telefónica debido a los requerimientos de la propia intervención. Se planearon dos salidas a la calle, para realizar unas compras en el supermercado. F. llevaba en el momento de la salida unos auriculares con micrófono a través de los cuales podía escuchar al terapeuta y podía comunicarse con él. Se le dieron las instrucciones para que relatara aquellos pensamientos que le acontecían con cada paso que daba y se estableció una medida subjetiva del 1 al 10 para expresar el malestar percibido. El terapeuta le facilitaba claves contextuales para que F. pudiera sentir lo que realmente elegía: emitir una respuesta de escape o continuar caminando hacia aquello que le importaba.

En la sesión 9, se introdujo el ejercicio de “Trazar caminos valiosos”. Esta sesión fue dirigida a potenciar aquellas acciones que estaban ligadas a retomar su vida normal. Se pidió que dibujara en un papel los diferentes caminos que para el F. eran importantes transitar (Pareja, Trabajo, Amigos, Entretenimiento); se le pidió que escribiera en cada camino diferentes acciones que le llevarían a recorrerlo, por ejemplo, seguir acudiendo a su puesto de trabajo, salir de casa, ser cariñoso con su novia, llamarle por las noches... A continuación, se le pidió que escribiera a

los lados del camino carteles con aquellos miedos y preocupaciones que creía que podían surgirle. Se le planteó la posibilidad de la aparición de estos carteles en el momento de tomar su vida y se le pidió que dibujara otro camino para intentar evitar dichos eventos privados, y se le cuestionó hacia dónde le dirigía tomar esos caminos alternativos.

Sesión 10. En esta sesión se realizó la devolución de los logros conseguidos, se planteó la posibilidad de recaídas y, en el caso de que aparecieran, cómo podía actuar ante ellas. Se introdujo el ejercicio “Cambiar la forma de escribir en el ordenador”. Se requirió que F. comenzara a escribir en el chat de la plataforma online aquello a lo que quería dedicarse la semana siguiente, pero se le dio la condición de que utilizara únicamente su mano no dominante. Durante la realización del ejercicio se le cuestionó sobre cómo se sentía al escribir de este nuevo modo, se le preguntó si surgía el deseo de utilizar la otra mano y se le señaló durante el ejercicio cómo utilizaba su mano dominante sin querer para borrar. Se estableció un paralelismo entre el ejercicio que estaba realizando y las recaídas, y cómo volver a las mismas respuestas aprendidas era algo natural, y lo que podía hacer cuando notara que recaía.

Posteriormente a estas sesiones se realizó un seguimiento telefónico a las 2 semanas, y otro a las 6 semanas. En la Tabla 2 se recoge una síntesis de las principales técnicas aplicadas por sesión.

Resultados

Dada la ausencia de medidas estandarizadas y sistematizadas de evaluación en el momento de la recepción del caso se tomaron como indicadores de evolución del tratamiento los resultados cualitativos de la intervención apreciados por el propio terapeuta. Entre estos indicadores se consideró: la percepción de control que tenía F. de su vida, las verbalizaciones de mejoría que fue expresando a lo largo de las sesiones, el reporte verbal de su nuevo patrón de comportamiento, así como los hitos comportamentales logrados como la reincorporación laboral, el contacto continuado con su grupo social y pareja, acompañamiento familiar en las salidas al supermercado, visionado de pelícu-

las completas y lectura de novelas, y la reincorporación a las comidas y cenas con su familia.

Las mejorías en las habilidades adquiridas por F. se hicieron palpables en cada sesión durante la revisión de los compromisos semanales. Era capaz de discriminar cuando surgían los eventos privados aversivos, detectaba las respuestas automáticas aprendidas dirigidas al control de pensamientos y evitación de estados fisiológicos aversivos, y era capaz de detenerlas para dirigir sus acciones hacia otra dirección. En la semana correspondiente a la sesión 8 se reincorporó al trabajo y, en la última sesión reportó que solo había sentido una o dos dificultades semanales en los momentos de las comidas. Explicó que volvía a sentirse unido a su pareja, compartiendo “momentos cariño” vía Skype. Además, se había vuelto a unir a la reunión grupal vía online con sus amigos. En consecuencia, sus manifestaciones de ansiedad (pensamientos anticipatorios, alteración del ritmo cardíaco, opresión torácica, ...) y el estado emocional depresivo (sentimientos de inutilidad, autoconcepto bajo...) disminuyeron sustancialmente respecto a la sesión inicial. De forma paralela a la emisión de conductas con significado personal F. fue verbalizando pensamientos que mostraron el grado de mejoría y adaptación al nuevo contexto en el que se encontraba tales como “Me siento más capacitado para enfrentarme a la ansiedad” o “Siento que ahora tengo herramientas para que no me vuelva a pasar esto”.

Seguimiento

El primer seguimiento quincenal reportó un nuevo aumento de la ansiedad debido a circunstancias laborales, aseguró sentirse molesto por volver a notar unas cotas de ansiedad elevadas que le repercutían en los momentos de las comidas y expresó miedo a volver a dejarse llevar otra vez por la ansiedad. Pero verbalizó que se sentía capaz de seguir acudiendo al trabajo y seguir comprometido con su pareja y amigos. En el segundo seguimiento mensual, reportó no sufrir ansiedad elevada desde hacía varias semanas y sentirse muy satisfecho con la manera que estaba afrontando “la nueva normalidad”. Los problemas para ingerir alimentos se habían reducido a una o dos veces al mes.

Discusión

El fin último del presente artículo fue mostrar la adaptación de una intervención psicológica basada en ACT (Hayes et al., 2012) pero con un formato online, breve y en un contexto de emergencia sanitaria. Atendiendo a los resultados del caso, la intervención se mostró eficaz en diversos aspectos relativos, tanto a la sintomatología general como, en lo más significativo, en lo relativo a la aparición e incremento de conductas adaptativas en aquellas áreas de la vida del paciente que consideraba valiosas.

De acuerdo con ACT, se intentó que F. discriminara su patrón de regulación verbal inflexible y limitante, así como las consecuencias obtenidas a corto y largo plazo resultantes de dicho patrón. Se facilitó claves contextuales para que pudiera enmarcar su conducta en relación jerárquica con el deíctico “yo”, permitiendo defusionarse con los pensamientos y estados fisiológicos aversivos. Y, por otro lado, se fomentó que F. fijase la atención en las funciones apetitivas de augmental y emitiera acciones coordinadas con ellas. El denominado augmental hace referencia a la alteración de las propiedades reforzantes de estímulo vía verbal, y augmenting se define como una conducta gobernada por reglas debido a redes relacionales que alteran el grado en que los eventos funcionan como consecuencias (Valdivia y Luciano, 2006). Estas reglas verbales permiten contactar con consecuencias abstractas, que pueden ejercer influencia sobre la conducta sin haber sido enjuiciadas personal y directamente; es el caso por ejemplo de lo que el imaginario colectivo refiere como valores. ACT ha mostrado en diferentes estudios el papel que juega la evitación experiencial como fuente de la psicopatología humana (Hayes et al., 1996), así como las ventajas que proporciona las intervenciones basadas en la aceptación frente a las intervenciones tradicionales basadas en el control o distracción (Barnes-Holmes et al., 2004). Publicaciones recientes muestran la efectividad en la tolerancia del dolor del uso de protocolos dirigidos a la defusión cognitiva con interacciones clínicas que evocan funciones augmental apetitivas (Gil-Luciano et al., 2016). De forma general, ACT es un modelo terapéutico que ha mostrado eficacia para problemas psicológicos muy diversos (Öst, 2014).

No obstante, en el contexto que tuvo lugar esta intervención, los ejercicios experienciales dirigidos a la fisicalización del patrón de conducta de F., en especial aquellos que requerían realizar movimientos físicos durante las sesiones presenciales, fueron sustituidos por ejercicios virtuales, los cuales mostraron resultados positivos. La idea de una estrategia breve centrada en los eventos privados con mayor carga aversiva facilitó una actuación eficaz, sin embargo, no se exploró la totalidad de los contextos en el que la respuesta de evitación/escape de otros eventos privados aversivos se producía. ACT es una terapia basada en un entrenamiento en múltiples ejemplos, una intervención en un contexto general presencial hubiera permitido un mayor número de sesiones de entrenamiento dirigidos a la generalización de cada una de las habilidades entrenadas. Estas modificaciones, aún siendo diferentes a la intervención que generalmente se realiza en situaciones de no pandemia, tuvieron sus frutos. F consiguió deslitalizarse de los eventos privados aversivos que habían adquirido una función discriminativa para su conducta, y consiguió reanudar su actividad laboral, el contacto social y con su pareja, e ingerir comida sin atragantamientos.

Es importante destacar que la metodología del presente caso no permite establecer con seguridad la eficacia de cada una de las técnicas utilizadas, no obstante, a juzgar por los resultados obtenidos y la evaluación realizada mediante impresión clínica se pueden realizar, las siguientes observaciones: (a) el uso de autorregistros y de metáforas resultaron útiles para facilitar que F. pudiera discriminar su patrón de conducta problemático; (b) la utilización de ejercicios experienciales, especialmente aquellos centrados en la defusión cognitiva, se mostraron eficaces para la discriminación de la rumia, y resultaron facilitadores para crear un contexto de entrenamiento durante las sesiones; en el que se permitió entrenar la emisión de respuestas incompatible a la evitación de los eventos privados aversivos. Además, se trataba de ejercicios que pudieron ser replicados por el usuario en el periodo intersesiones (como durante las charlas telefónicas, lectura o el visionado de películas); (c) la exposición a estados fisiológicos aversivos, fue una técnica muy eficaz en relación con las dificultades para ingerir comida y la reincorporación laboral; (d) la clarificación de valores, unidos al establecimiento y consecución de tareas semanales acordes a aquellos, permitió el acceso a reforzadores positivos y al incremento de

un estado de ánimo positivo. Todo ello es consistente a las estrategias fundamentales de ACT citadas en párrafos anteriores (Törneke et al., 2015).

A pesar de los resultados positivos obtenidos, la brevedad de la intervención impidió, atender ciertos miedos y dudas de carácter existencial que el usuario verbalizó en las fases de la intervención centradas en la clarificación de valores. Adicionalmente, se identificaron algunas dificultades en las sesiones que implicaron que F saliera de casa. En este sentido cabe considerar las limitaciones identificadas en relación con la adaptación de la intervención psicológica en formato telefónico, entre ellas: la única fuente de información del terapeuta fueron el resultante de las verbalizaciones del usuario (a menudo se produjeron silencios largos, siendo difícil discernir si en esos momentos el paciente ponía en marcha estrategias de afrontamiento no acordes a la intervención); las sesiones telefónicas tuvieron complicaciones derivadas de los cortes de comunicación debido a la pérdida de cobertura, siendo imposible moldear en esos momentos la conducta del paciente; y, la imposibilidad de presentar otras modalidades estímulares, como la estimulación táctil o visual, como herramienta útil para que el paciente pudiera centrar la atención. Por último, cabe mencionar la reactancia que se produjo por parte del paciente en los momentos en los que debía enseñar material escrito a través de la cámara.

Los resultados de este caso sugieren la viabilidad de ACT en nuevos formatos de intervención. Aunque ACT ha obtenido clara evidencia como una tecnología eficaz para el tratamiento de diferentes alteraciones, como la depresión (Ruiz, 2010), el trastorno de ansiedad generalizada (Roemer y Orsillo, 2007) o el trastorno de estrés post traumático (Orsillo y Batten, 2005), entre otros, más investigación sería necesario para mostrar evidencias sobre la eficacia de este tipo de terapia en un formato online y breve aplicado en situaciones de emergencias.

Del presente trabajo pueden extraerse algunas implicaciones prácticas. Entre las que cabe mencionar: la importancia de realizar una intervención rápida y breve, en situaciones de emergencia social para no cronificar la sintomatología; la posibilidad de adaptar una aproximación terapéutica diseñada para la intervención presencial a un formato online, mostrando la utilidad de la tecnología como

herramienta facilitadora del tratamiento; contar con un contexto terapéutico en línea que permite brindar la oportunidad de trabajar las conductas problemáticas en el contexto natural en el que suceden, permitiendo moldear conductas que son difíciles de realizar en una consulta presencial debido a las dificultades que conllevan dada su particular topografía (e.g., comer un plato de comida caliente); adicionalmente, la modalidad terapéutica realizada supuso la flexibilidad horaria, el bajo coste económico y el ahorro de tiempo propios de la telepsicología (e.g., ahorro de tiempo en desplazamientos); todo lo cual pudiera ser un importante facilitador de la adherencia tratamiento.

A pesar de los resultados positivos de esta intervención, la intervención realizada presentó algunas limitaciones. A saber, la ausencia de una evaluación sistematizada, con instrumentos validados, en distintas fases temporales (medidas pre- y post- tratamiento) lo que impiden contrastar el cambio en aquellas variables objeto de la intervención. El cambio de contexto social y sanitario que sucedió paralelamente al avance de la intervención, como fue el descenso del número de contagios y defunciones diarias, los cuales pudieron contribuir a la disminución del miedo y del nivel de ansiedad percibida por F, lo que impide saber con precisión si la mejora del paciente fue debido a la intervención en sí o a la mejora del contexto. Por último, al tratarse de un estudio de caso dificulta la extrapolación, interpretación y generalizaron de los resultados obtenidos en el presente trabajo.

De cara a futuros trabajos, se recomienda la conveniencia de disponer de protocolos adaptados a situaciones de emergencia y pandemia. Esto supone la adaptación de instrumentos al formato online de aplicación rápida y accesible para el paciente, así como contar con instrucciones precisas sobre el encuadre terapéutico con el paciente. Específicamente, protocolos sobre terapia online, en el que se detallan las recomendaciones concretas que favorezcan la comunicación telemática y la optimización de sus potenciales efectos. En este sentido, un claro reto de futuro es la necesidad de contar con protocolos científicamente validados desde la ACT en situaciones de pandemia y emergencia.

A pesar de las limitaciones del estudio presentado, y de las recomendaciones enunciadas para el futuro, el presente estudio de caso sugiere la viabilidad de una intervención

online con un protocolo breve que incluye las bases propias del modelo ACT.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5*. (5ª ed.). Autor. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Barnes-Holmes, D., Cochrane, A., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I. y McHugh, L. (2004). Psychological Acceptance: Experimental Analysis and Theoretical interpretations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 517-531.
- Gil Luciano B., Ruiz, F.J., Valdivia, S. y Suárez Falcón, J. C. (2016). Promoting Psychological Flexibility on Tolerance Tasks: Framing Behavior through Deictic/Hierarchical Relations and Specifying Augmental Functions. *The Psychological Record*, 67, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s40732-016-0200-5>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition* (2ª ed). Plenum Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Emotional Avoidance and Behavioral disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change* (2ª ed.). Guilford Press.

- Ministerio de Sanidad. (2020). *Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias* [Informe Técnico]. Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf>
- Orsillo, S. M. y Batten, S. V. (2005). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Behavior Modification*, 29(1), 95–129. <https://doi.org/10.1177/0145445504270876>
- Öst L. G. (2014). The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105–121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>
- Ramírez-Ortiz J., Castro-Quintero D., Lerma-Córdoba C., Yela-Ceballos F. y Escobar-Córdoba F. (2020). Mental Health Consequences of the COVID-19 Pandemic Associated with Social Isolation. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4), Artículo 930. <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Real decreto 463/2020, de 14 de marzo, para por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín oficial del Estado, 67, de 14 de marzo de 2020, 25390 a 25400. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>
- Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2007). An Open Trial of an Acceptance-Based Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*, 38(1), 72–85. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.04.004>
- Ruiz, F. J., Flórez, C. L., García-Martín, M. B., Monroy-Cifuentes, A., Barreto Montero, K., García-Beltrán, D. M., Riaño-Hernández, D., Sierra, M. A., Suárez-Falcón, J. C., Cardona-Betancourt, V. y Gil-Luciano, B. (2018). A Multiple-baseline Evaluation of a Brief Acceptance and Commitment Therapy Protocol Focused on Repetitive Negative Thinking for Moderate Emotional Disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9,1–14. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.04.004>
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y. y Bond, F. (2015). Relational Frame Theory and three core strategies in understanding and treating human suffering. En R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes Holmes y A. Biglan (Eds.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 254–272). Wiley-Blackwell.
- Valdivia, S. y Luciano, M. C. (2006). Una revisión de la alteración de las propiedades reforzantes de los eventos en humanos [Alteration of the Consequential Properties of the Events in Humans: A Review.]. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 425–444.
- Wilson, K., G. y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: un tratamiento conductual orientado a los valores* (1ª ed.). Pirámide.

EL CONFLICTO ENTRE LA NECESIDAD FÍSICA Y PSÍQUICA DEL CONTACTO HUMANO Y EL MIEDO A LAS PERSONAS

THE CONFLICT BETWEEN THE PHYSICAL AND PSYCHIC NEED FOR HUMAN CONTACT AND THE FEAR OF PEOPLE

MÓNICA RODRÍGUEZ-ZAFRA¹, ANTONIA MARTÍN-SÁNCHEZ²
Y JUAN CARLOS CENICEROS-ESTÉVEZ²

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Rodríguez-Zafra, M., Martín-Sánchez, A. y Ceniceros-Estévez, J. C. (2021). El Conflicto entre la Necesidad física y psíquica del contacto humano y el Miedo a las personas [The Conflict between the Physical and Psychic need for Human Contact and the Fear of People]. *Acción Psicológica*, 18(1), 69–82. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.28884>

Resumen

Uno de los efectos psicológicos de las medidas que se han tomado para hacer frente a la expansión del virus SARS-CoV-2 a los que, por el momento se ha prestado menos atención, es el miedo a las relaciones interpersonales. Por ello, se hace acuciante la necesidad de adaptación a la convivencia con la COVID-19 y las medidas que se han tomado al respecto, respondiendo también a las necesidades de relación y cercanía emocional entre las personas. Aunque se ha puesto de manifiesto la necesidad

de la distancia entre las personas, no se han dado indicaciones sobre cómo se pueden seguir manteniendo las relaciones más cercanas con seguridad y protección. Esta falta de información ha devenido en un gran miedo a la cercanía personal y puede llegar a producir, especialmente en personas vulnerables, un devastador “miedo a los demás” e incluso “miedo a uno mismo”, por sentir que se puede llegar a ser la fuente de enfermedad y muerte para los seres cercanos. Los objetivos intentan responder a estas necesidades, describiendo, algunos de los conflictos intrapersonales derivados de la situación actual y, proponiendo una serie de medidas tanto desde el

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Mónica Rodríguez-Zafra, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Email: mrodriguez@psi.uned.es

ORCID: Mónica Rodríguez-Zafra (<https://orcid.org/0000-0003-2609-0609>), Antonia Martín-Sánchez (<https://orcid.org/0000-0003-1090-310X>) y Juan Carlos Ceniceros-Estévez (<https://orcid.org/0000-0001-9348-8997>).

¹ Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

² ESCUNI: Centro Universitario de Magisterio.

Recibido: 20 de enero de 2021.

Aceptado: 17 de mayo de 2021.

ámbito social como psicoterapéutico para ayudar a las personas que lo necesiten.

Palabras clave: necesidad de relación humana; miedo; COVID-19; ayuda terapéutica; necesidades de la sociedad.

Abstract

One of the psychological effects of the measures that have been taken to deal with the spread of the SARS-CoV-2 virus, to which less attention has been paid so far, is the fear of interpersonal relationships. For this reason, the need to adapt to coexistence with COVID-19 and the measures that have been taken in this regard, also responding to the needs of relationship and emotional closeness between people is urgent. Although the need for distance between people has been highlighted, no indications have been given on how closer relationships can continue to be maintained safely and securely. This lack of information has turned into a great fear of personal closeness and can produce, especially in vulnerable people, a devastating “fear of others” and even “fear of oneself”, because they feel that they can become the source of illness and death for those close to you. The objectives try to respond to these needs, describing some of the intrapersonal conflicts derived from the current situation and, proposing a series of measures from both the social and psychotherapeutic fields to help people who need it.

Keywords: need for human relationship; fear, COVID-19, therapeutic help, social needs.

Introducción

Uno de los efectos psicológicos de las medidas que se han tomado para hacer frente a la expansión del virus SARS-CoV-2 a los que, por el momento se ha prestado menos atención, es el miedo a las relaciones interpersonales que está produciendo el modo en el que se transmite la necesidad de la distancia social. Por ello, se hace acuciante

la necesidad de adaptación a la convivencia con la COVID-19 y las medidas que se han tomado al respecto, respondiendo también a las necesidades de relación y cercanía emocional entre las personas.

Se ha hecho mucho énfasis en la distancia entre las personas y no se han dado indicaciones sobre cómo se pueden seguir manteniendo las relaciones más cercanas con seguridad y protección. Esta falta de información ha devenido en un gran miedo a la cercanía personal y puede llegar a producir, especialmente en personas vulnerables, un devastador “miedo a los demás” e incluso “miedo a uno mismo”, por sentir que se puede llegar a ser la fuente de enfermedad y muerte para los seres cercanos.

Obviamente, este miedo se acrecienta en las personas con altos grados de algunos tipos y manifestaciones de trastornos paranoides (“los demás son peligrosos”) y en las personas con altos grados de culpa patológica (“yo soy causante de todo daño”). Lo que pone de manifiesto los graves efectos psicológicos que las medidas sanitarias tomadas han tenido, tienen y seguirán teniendo en función de su duración (incierto) y de las secuelas que dejen en las personas.

Además, es necesario tener presente que toda esta situación, planteada de este modo, genera un inquietante sentimiento de inseguridad. Este sentimiento ya es doloroso en sí mismo y, además, afecta a la modulación de las estructuras complejas del cerebro humano que se encuentra, por su propia naturaleza, en interacción constante con el mundo social (Porges, 2016, 2018, 2020; Porges y Dana, 2019). En una situación de extremo miedo e inseguridad el poder transformador de sentirse seguro se ve afectado (Porges, 2018).

Además, se sabe que la inseguridad, el miedo y la culpa dificultan todos los procesos biológicos y psicológicos hacia la sanación, y más si se tiene en cuenta que estos procesos disruptivos afectan con más crudeza a las personas vulnerables, bien por su estado psicológico, por su edad, por estar en etapas evolutivas críticas del desarrollo o por vivir momentos de intensa soledad.

Y mientras se imponen el aislamiento y la distancia personal de modo universal y rígido, se hace necesario re-

cordar que el motor más importante de la evolución y de la supervivencia de las especies y del ser humano es precisamente la cooperación (Fowler, y Chistakis, 2010).

Herreros Ubalde (2018) constaba que frases como "la ley de la selva", "los menos adaptados desaparecen" o "el pez grande se come al chico" son falsas. Había observado que los primates cuidan a sus crías con síndrome de Down, que los delfines se ocupan de otros delfines heridos, que los elefantes esperan a los lentos y mayores o que los perros salvan a bebés humanos abandonados.

Siendo además innata esta conducta colaborativa y ayudadora (Hamlin et al., 2010; Warneken y Tomasello, 2007) y exponente de una de la grandes fuerzas de la evolución (Novak, 2012). Estos autores muestran cómo los bebés de 14 meses se inclinan espontáneamente hacia esos comportamientos colaboradores.

Dobzhansky (1962, citado por Porges, 2020, p. 7), biólogo evolutivo, puso de manifiesto que las conexiones sociales permitieron y siguen permitiendo el éxito evolutivo de los mamíferos, llegando incluso a redefinir la supervivencia del más apto al afirmar que "el más apto puede ser también el más amable, porque la supervivencia a menudo requiere la ayuda y la cooperación mutuas". Afirmaba que la capacidad de cooperación permitió a las primeras especies de mamíferos sobrevivir en un mundo hostil y potencialmente agresivo.

Estas aportaciones muestran que cuando se insta a comportamientos no colaborativos e individualistas se está haciendo un doble daño a las personas, por un lado el que genera el propio comportamiento y, por otro, el que se genera cuando la especie y cada uno de sus individuos va en contra de su propia naturaleza. Toda una generación marcada por una traición íntima que puede llegar a generar tremendos sentimientos de culpa y un trauma íntimo, cuyas secuelas dolerán profundamente durante mucho tiempo. El trauma de la autotraición y de la sumisión extrema que impide que las personas puedan encontrar en sus semejantes fuentes de tranquilidad, confianza y autorregulación, y ser eso mismo para ellos; sumiendo al individuo en una soledad no elegida a la que solo acompaña el miedo a la enfermedad y a la muerte, y una terrible sensación de desconexión.

Si la tendencia natural, innata de los humanos es ser altruistas y colaboradores, y la amenaza y el miedo cambia los procesos psicológicos y fisiológicos naturales es comprensible que en muchas personas se manifieste un claro conflicto entre la necesidad física y psíquica del contacto humano y el miedo a las personas, como consecuencia de los mensajes recibidos.

Estos conflictos internos con los que muchas personas viven pueden producir daños devastadores a corto y largo plazo. De ahí que sea necesario ofrecer alternativas seguras para recuperar la conexión social en condiciones de seguridad y confianza. Algunas de ellas se expondrán en el último apartado de este trabajo.

Además de estas relevantes consecuencias, cuando la persona se siente en peligro, en estado de amenaza, todo su sistema nervioso se predispone para funcionar en estado de alarma y de defensa. Al creer que cualquier ser humano puede ser un peligro, las reacciones fisiológicas responden a tal creencia. Lo que explica las reacciones de algunas personas que frente a otros que les inspiran miedo (por ejemplo, ver a alguien sin mascarilla) puedan enfadarse y confrontarse agresivamente, huir cambiándose de acera o quedarse paralizados sin saber qué hacer y bloqueando los sentimientos que le afloran. Este estado de hiper-alerta impide que la persona pueda cuestionarse las razones que pueden hacer que una persona no lleve mascarilla: puede tener déficits cognitivos y comportamentales, alergias graves, ataques de ansiedad si se cubre la cara, etc... un largo abanico de razones cuya comprensión se bloquea al estar en un permanente estado de defensa en el que se pierde la capacidad de empatizar o de pensar más allá del miedo, en lo que puede haber más allá de un comportamiento concreto. Aunque tengan consecuencias devastadoras para las relaciones humanas es importante tener en cuenta que todos estos sistemas de defensa que se activan en la persona asustada intentan su protección y no tienen la intencionalidad de causar ningún daño. Por ello, es tan importante la comprensión de todos estos mecanismos para que al final de este artículo se puedan ofrecer alternativas de protección responsable no basadas en el miedo.

El miedo no hace que las personas sean más responsables, solo hace que estén más asustadas. Por ello, desde el cuidado psicológico, se hace imprescindible tratar estos

aspectos en tanto en cuanto son causa de sufrimiento psicológico y de agravamiento de las patologías de base, más aún en un clima global de incertidumbre.

A continuación, se va a describir qué es la antropofobia y cómo puede devenir en trauma, ya que bloquea e impide la necesidad de conexión humana con las consecuentes alteraciones que tiene esta desconexión en la autorregulación de los estados fisiológicos, emociones y sentimientos; dejando a la persona, aislada, asustada y sin recursos saludables para afrontar sus preocupaciones, sus necesidades emocionales y sus necesidades de conexión humana.

¿Qué es la antropofobia? ¿Qué relación tiene en estos momentos con el trauma complejo?

La antropofobia, que literalmente significa miedo a los seres humanos, puede expresarse como fobia a las relaciones interpersonales o fobia social. En ese sentido sería el miedo patológico a las personas o a la compañía humana que puede resultar en ansiedad al estar cerca de una o varias personas.

Como la mayoría de las fobias, la antropofobia puede ser el resultado de experiencias traumáticas, como la que una gran parte de la población está experimentando en la actualidad.

¿De qué modo se dan actualmente los elementos traumáticos para que personas vulnerables puedan desarrollar este problema?

Janet (1919) conceptualiza la primera definición de trauma psicológico y lo concibe como *el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona*.

Se podría considerar que un trauma psicológico se produce como consecuencia de:

- Vivir una situación de amenaza psicológica y vital, que deviene en un gran miedo.

- Sentir que ha ocurrido de manera inesperada e impredecible, lo que produce una dura sensación de incontrolabilidad e impredecibilidad.

- Necesitar enfrentar una realidad desconocida y excepcional, que genera dosis altas de incertidumbre, vulnerabilidad e indefensión.

- Sentir que las estrategias habituales de afrontamiento y que sus recursos habituales no son aplicables a la situación, por lo que puede llegar a sentir un alto grado de indefensión que no le permite gestionar la situación.

Ana está asustada, tiene miedo a enfermarse y tiene miedo a contagiar a otras personas. Sigue todas las recomendaciones, se ha lavado las manos, lleva gel hidroalcohólico en el bolso y cuando va por la calle se mantiene a la distancia recomendada de los demás transeúntes. Parece que tiene todo controlado, hace lo que le han dicho que debe hacer para no dañarse y para no dañar... va relativamente tranquila por la calle. Inesperadamente ve que una persona mayor, que ella sabe que es del grupo de las personas vulnerables, ha tropezado y se ha caído en la acera. Ana se queda petrificada, es una persona empática y que siempre ayuda en estas situaciones pero no puede actuar... pensamientos y sentimientos contradictorios se agolpan en ella... la persona necesita ayuda para levantarse y quizá se hay dañado por el golpe. ¿La ayudo, para lo cual tengo que tocarla? Veo que está ansiosa... ¿Le vendría bien respirar profundamente sin mascarilla? ¿Pongo a todos en riesgo? Pero es mayor, es de riesgo. ¿Me alejo para protegerla de mí, y para protegerme de ella? ¿Y entonces?

Además, Ana entra en conflicto con sus valores, para ella es importante ayudar y ve sufrir a un ser humano y se encuentra totalmente bloqueada. Esta situación que no sabe resolver le atormenta día y noche... y ya ha pasado una semana. Busca información en las redes, en las páginas especializadas... y no encuentra nada. ¿Es ella la rara? ¿Es la única que se enfrenta a estas disyuntivas? ¿Qué hará la próxima vez? ¿Qué me ha pasado? ¿Qué está pasando en la sociedad? ¿Qué ambivalencias se ocultan en mis sentimientos? Frustración, enfado, rabia... cientos de sentimientos que le abruman. No se lo contará a nadie. Siente vergüenza.

Ana se enfrenta a una situación traumatizante y, además, como se ha prometido no hablar de ello porque le avergüenza, esta situación se enquistaba aún más dentro de ella, ya que no sabe cómo encontrar a otro ser humano que la escuche, que la comprenda, que se sienta identificado con ella y que le ayude a comprenderse a sí misma. El enfado tampoco le ayuda porque la separa aún más de las personas a las que necesita. Además, así tampoco podrá tener la ocasión de reunirse con otras personas que la podrían ayudar a pensar sobre qué hacer en estas situaciones; en definitiva, de dar una respuesta resiliente y sanadora de lo vivido.

El mismo día, pero en otra parte de la ciudad Verónica se ha caído, no sabe cómo, pero de pronto se encontró en el suelo, quizá un desnivel de las baldosas. En un principio intenta levantarse pero el dolor se lo impide. Esta no es como otras caídas que ya ha tenido. Pone un pie en el suelo para levantarse pero le falla, deduce que tiene un hueso roto. De pronto levanta la vista y ve que varias personas están haciendo un corro a su alrededor, solo les ve los ojos. Le ofrecen ayuda, pero Verónica ve y siente sus miradas de terror por encima de las mascarillas, se da cuenta de que están en un dilema, quieren ayudarla y tienen miedo, por eso ni siquiera se acercan. ¿Cómo podrían ayudarla desde más de un metro de distancia? Finalmente un anciano le acerca el extremo de su bastón, para que se agarre. ¿Cómo podría hacerlo si le puede hacer caer a él también? Las estrategias del público no funcionan. Al final, a pesar de su dolor decide tranquilizarles diciéndoles que tiene su móvil a mano y que se las apañará. Ve con pena cómo se alejan con el cuerpo encorvado.

A Verónica no le ha traumatizado su accidente ni la actitud de las personas con ella, pero le han tocado el alma las miradas de miedo, el constatar que para esas personas fuera mayor el miedo que el dolor de otro ser humano. Le duele el miedo que ha visto reflejado en cada una de las miradas de las personas que se acercaron a un metro de seguridad de ella. Le dado miedo el miedo.

¿Por qué estas situaciones interpersonales pueden llegar a ser tan extremadamente traumatizantes?

Esta situación, y los miles de ellas vividas por cada ser humano, sostenidas por muchos meses y sin la posibilidad

de elaborarlas ni de crear respuestas diferentes se quedan escritas en el cuerpo produciendo un estado de trauma con todas las manifestaciones psicológicas consecuencia de ello (Van Der Kolk, 2015).

Y deviene en un trauma complejo ya que los contextos y situaciones traumatizantes se van sumando cada día, paralizándolo física y psíquicamente a la persona, que se encuentra sin poder pensar claramente y sin saber cómo actuar. Aunque probablemente llena de sentimientos fuertes, dolosos, duros, indigeribles... secuestrada por la parálisis (lucha, huida, parálisis) frente a tanto estrés. No puede luchar. ¿Contra quién? No puede huir. ¿De quién?

Paradójicamente el trauma colectivo actual, que hace temer a los demás y que provoca que muchas personas puedan incluso llegar a sentirse como bombas de relojería (el contacto es hoy, pero ¿cuándo explotará la infección?) deviene a nivel personal en dos: uno interpersonal, por el modo en el que se producen las relaciones y, otro intrapsíquico por el conflicto de valores con el que cada persona se confronta.

El conflicto entre la necesidad física y psíquica del contacto humano y el miedo a las personas

Manuela tiene 83 años es viuda y tiene hijos y nietos. Está aterrada, no quiere enfermarse y mucho menos morir, por eso se ha encerrado en casa, más allá de los límites establecidos legalmente, "por si acaso". Lleva ocho meses aislada, no le ha dado el sol, está cada vez más pálida y sus problemas de movilidad se han acrecentado porque no sale de casa. Tampoco se ha hecho sus revisiones médicas. Su miedo es mayor que el deseo de ver a su familia; les quiere con toda su alma, pero no puede superar su miedo. Muchas noches tiene ansiedad, pero no lo cuenta a nadie para no preocupar, y para protegerse. Está sola y aterrorizada y su terror se ha convertido en una fobia a la sociedad. Una fobia oculta bajo el lema "me tengo que proteger". Sigue sus rituales de cuidado en casa casi de manera obsesiva, le ayuda a no pensar y a no sentir cosas que no

quiere sentir. Otras veces ha podido hablar de sus cosas con la presencia de alguno de sus seres más queridos. Ya no.

Como se señalaba al comienzo de este artículo, la cooperación humana ha constituido y sigue constituyendo un pilar básico en la supervivencia de los individuos y por ende de la especie. Una cooperación material, conseguir comida, enseres... y también una cooperación de cuidado, psíquica, afectiva. ¿Qué hace un bebé de un año que está aprendiendo a andar cuando se cae al suelo? Mira a su adulto significativo y en función de su gesto se puede calmar o no. Si es mirado con cara de susto y angustia, el bebé se asusta y se angustia, y si es mirado con confianza y calma, el bebé aprende a confiar y se calma, a su vez el cuidador principal del bebé también se calma con la calma del pequeño, “la reciprocidad, conectividad y confianza resuenan a través del sistema nervioso de los mamíferos y optimizan la función homeostática proporcionando un vínculo neurobiológico entre nuestra salud mental y física” (Porges, 2020, p. 6). Y con diferentes matices este interjuego se mantiene toda la vida.

Los gestos, la postura, la mirada del otro que ayuda a autorregularnos y proporciona información sobre nosotros mismos, pueden dar confianza y apoyo, lo que se refleja en el autoconcepto y en la autoestima. Es más, los mamíferos en general cuentan con un sistema exquisito de detección de los gestos y microexpresiones de los demás y los necesitan para aprender a incorporar información y comportamientos de autorregulación emocional y de autocuidado.

Los trabajos de Porges (1995, 2016, 2018, 2019, 2020) ponen de manifiesto con más detalle y precisión, utilizando para ello el modelo que describe en *La teoría Polivagal*, la necesidad de los vínculos humanos en la supervivencia psíquica y en la salud mental de las personas. Esta teoría proporciona un modelo neurobiológico para explicar cómo el miedo provoca respuestas relacionadas con las amenazas e interrumpe la capacidad de regular el comportamiento y las emociones, y compromete gravemente la capacidad de confiar en los demás. Según Porges, el sistema nervioso humano está preparado para estar permanentemente comprobando si el entorno ofrece la seguridad suficiente y para buscar otro confiable con el que po-

der regular los estados emocionales disruptivos, gracias a la mirada, los gestos, las microexpresiones faciales, la voz, el tono, la prosodia, etc. Pero cuando no se encuentra, muchos individuos pueden caer en estados de ansiedad o irritabilidad crónica, tristeza, depresión, soledad... “no hay nadie para mí...”.

Además, las personas a la que normalmente puede acudir alguien para calmarse, pueden ahora suponer una amenaza. Esta perspectiva coloca a muchas personas en un cruel dilema: necesitan tanto evitar el virus como conectar socialmente.

Antonio es un hombre calmado, equilibrado y sensible a las necesidades de los demás. Durante el confinamiento ha teletrabajado, ha atendido a sus hijas y ha hecho la compra a sus padres; compra que les dejaba en la puerta para evitar el más mínimo contacto. Volvía a su casa con lágrimas en los ojos. Ha cuidado física y emocionalmente de todos. Cuando se pudo salir de casa quedó con una amiga, estaba bien, como siempre, dando fuerzas a todos. Al despedirse, y atreviéndose por el momento de confianza que había compartido, pidió un abrazo a su amiga. No sabe qué le pasó pero ahí, abrazado, no podía dejar de llorar, ni podía soltarse de los brazos que tan acogedoramente le sostenían. No sabe cuánto tiempo estuvo así, pero sí sabe que estuvo demasiado tiempo sin un abrazo. Por fin respira más profundo.

Y al desaparecer la posibilidad de correulación junto a otro ser humano seguro y de confianza, se hace más difícil salir de los estados fisiológicos de amenaza provocados por la pandemia y las personas pueden llegar a estar permanentemente en un estado defensivo adaptativo que se manifiesta en las diferentes respuestas de estrés que muestra cada persona en función de su historia personal y de sus capacidades psíquicas. Algunas personas pueden llegar al agotamiento y a la depresión.

Juan de 95 años se encontraba antes del confinamiento relativamente sano, solo tenía los achaques normales de su propecta edad. Sus capacidades cognitivas estaban totalmente intactas, orientado en el tiempo y en el espacio, con buena memoria y con muchas habilidades sociales. Después de 8 meses de aislamiento, en los

que estuvo tres meses sin ver a nadie, y cinco en los que veía únicamente a uno de sus hijos a distancia, se encuentra raro. En los tres meses de aislamiento total, le han cuidado muy bien, sus cuidadores le atendían diariamente en su habitación con los EPIS reglamentarios, y además de cuidarle, desinfectaban diariamente su habitación. Pero no veía el rostro de sus cuidadores ¿Quién viene hoy? No sabía si le sonreían o si estaban serios, se quedaba quieto dejándose hacer. Tampoco podía salir de su habitación para no ponerse en peligro, no pudo hablar ni con la familia ni con sus compañeros/as de residencia. A veces se asustaba porque algún residente lloraba o gritaba y se preguntaba qué estaría pasando, para no asustarle siempre le contestaban “¡Tranquilo! ¡No pasa nada!” con la mejor de las intenciones. Está muy agradecido, y se siente a salvo del virus. Cuando tuvo permiso para salir de su habitación, se perdió y se desorientó en la residencia, no ha vuelto a recuperar su sentido de la orientación. Además, no tiene claro en qué época del año está, también se desconcierta cuando le traen la comida. ¿No era la hora del desayuno? Pierde la noción de las llamadas que ha recibido. ¿Hace un mes que no hablamos? ¿O fue ayer? No sabe de qué hablar salvo de las medidas de seguridad y del deseo que tiene de que todo vuelva a la normalidad. Está desorientado y confuso. Se asusta cada vez que oye que puede haber un nuevo confinamiento. Le aterra.

Tras más de nueve meses de medidas restrictivas del contacto social, personas de todas las edades y colectivos sociales expresan que este aislamiento “va haciendo mella”. Dado que las medidas actuales continúan amenazando la conexión social poniendo en riesgo la salud física y psíquica de las personas, se hace necesario encontrar nuevas formas de conexión y vinculación que protejan tanto la necesidad de protección sanitaria como la necesidad de contacto. Se hace necesario que las personas de todas las edades y los más pequeños aprendan a relacionarse afectiva y cercanamente en la situación social actual, con el objetivo de preservar la salud psíquica de todos y, especialmente, de las personas y/o colectivos más vulnerables. Concienciando que hay personas y situaciones que reclaman urgentemente la cercanía personal. Y comprender que la lejanía, con la soledad que le acompaña, no es la única

forma de cuidar la salud física, sino que puede llegar a dañarla más.

Medidas concretas

Teniendo en cuenta las repercusiones y consecuencias individuales y sociales de todo lo señalado hasta el momento se proponen una serie de medidas que pueden favorecer el que se puedan satisfacer las necesidades de las personas, asumiendo que una de las necesidades prioritarias es la de protección y cuidado integral.

Se van a clasificar estas medidas entre las que pueden realizarse en el ámbito social y las que competen más al ámbito terapéutico.

En el ámbito social

Es necesario aprender a poner límites y comprensión al miedo que inunda a la sociedad ([escuchar programa de radio en canal UNED](#)), aprender a cuidar y expresar las necesidades, y aprender a relacionarnos de forma segura para nosotros y para los demás sin dañar la conexión humana en este contexto de lejanía física. También se observan con más frecuencia, situaciones de enfrentamiento, vigilancia y tensión en la calle. Esta polarización de la sociedad añade más deterioro a la conexión humana entre personas y entre los diferentes colectivos de la población. Por ello, se hace imprescindible conectar con el mensaje de que todas las personas expresan necesidades legítimas y comprensibles, aunque el reto es aprender a expresarlas y escucharlas con calidez, con comprensión y sin confrontación.

También es crucial ser conscientes de la importancia de la comunicación y comprender que la limitación de la comunicación no verbal gestual puede dar como resultado una expresión fría e impersonal. Por ello, se hace necesario un esfuerzo adicional por compensar la falta de visión de la gestualidad con el tono y la entonación de la voz, y con mensajes verbales explícitos. La mirada ha cobrado gran protagonismo, y la invitación a ser más expresivos con ella puede ayudar en muchos casos: comunicar con la

mirada, en definitiva, buscar y encontrar la cercanía en las miradas.

Asimismo, es importante aprender a relacionarnos creativamente, quizás podemos llevar mascarillas de repuesto y gel hidroalcohólico en el bolsillo para poder ayudar en una situación concreta, como las que se han descrito.

María con 85 años siempre ha estado en contra de la utilización de WhatsApp y de la Tablet, se decía a sí misma que no era posible que pudiera aprender esas cosas. Cuando comenzó el confinamiento sus hijos le proporcionaron una Tablet que aprendió a utilizar a un ritmo y facilidad sorprendentes, incluso para ella. Recientemente pudo ver por YouTube la Primera Comunión de su nieto que en un momento de la celebración dijo que este tiempo le había enseñado a relacionarse de otras maneras. Su abuela se emocionó.

El hecho de que María pudiera cuestionar sus preconcepciones y abrirse a nuevas posibilidades y a la tecnología le permitieron estar conectada y alegre en un momento muy especial para la familia. También le habría alegrado una carta si no hubiese tenido su Tablet.

Para poder llevar a cabo la propuesta anterior es imprescindible entrar en contacto con los propios sentimientos para decidir si se presta o no ayuda y si se hace en unas condiciones en las que “el ayudador” pueda sentirse cómodo/a y seguro/a (y no olvidar pedir permiso antes de ayudar a alguien), respetando siempre los miedos y las circunstancias de la persona necesitada, preguntando, por ejemplo, *¿Quieres que te ayude? ¿Cómo quieres que lo haga? ¿Qué te hace sentir bien?*

Para poder ayudar a las personas que viven solas y aterradas se necesita poder pedirles permiso para ofrecerles ayuda, por ejemplo, se les podría proponer dar un paseo con ciertas precauciones: asegurando una ducha previa con jabón por ambas partes, la mascarilla y un acompañamiento en la distancia adecuada a los miedos de ambos. Con las personas aisladas se puede incrementar el número de llamadas de teléfono, al menos escuchar la voz del ser querido ayuda a salir del aislamiento.

En definitiva, aprender a cuidarse y cuidar al otro, poniendo límites cuando sienta miedo y expresando las necesidades para poner establecer una relación humana profunda y segura, que es lo que puede facilitar la confianza en los demás y, por ello, la apertura mutua.

En el ámbito terapéutico

Se proponen a continuación una serie de medidas dentro del ámbito terapéutico en las que se va a hacer un énfasis especial en lo relacional y en lo grupal como elemento central en la recuperación del equilibrio emocional.

La Psicoterapia de Grupo es una modalidad de psicoterapia en la que un grupo de personas se reúne con el objetivo de tratar problemas psicológicos personales mediante una mejor comprensión de sí mismo y de las demás personas que promueva la mejora de sus relaciones personales y sociales así como de la propia relación consigo mismo (Rodríguez-Zafra y Gil, 2017). Si se tiene presente que las personas crecen y se desarrollan siempre en ambientes grupales (la familia, la escuela, el trabajo, etc...) y que tanto los factores de salud psicológica como de sufrimiento psicológico se gestan en los diferentes grupos relacionales de los que forma parte, también es fundamental tener en cuenta que la recuperación también se produce en Grupo (Corey, 1995; Kaplan y Sadock, 1998; Yalom y Leszcz, 2005; Yalom y Vinogradov, 1989; Rodríguez-Zafra y Gil, 2017).

Para Yalom (2005), la mayor capacidad del grupo para fomentar el cambio se produce gracias a la interacción grupal en el aquí y el ahora. El grupo, si se estructura de modo adecuado, se convierte en un microcosmos social que representa tanto al entorno social actual como al entorno de las primeras experiencias significativas de los pacientes. En ocasiones el grupo facilita el aprendizaje interpersonal, tanto a través del conocimiento de las vivencias y experiencias de los otros miembros del grupo como a través de sus reacciones a las propias experiencias, y promueve el desarrollo de experiencias emocionales correctivas. El grupo infunde esperanza, ya que los participantes son testigos de la mejoría de sus compañeros de grupo, los participantes sienten alivio al sentir que los demás también tienen problemas parecidos o iguales a los suyos, rompe la

sensación de aislamiento, ayuda a la trasmisión de información, posibilita que los participantes se sientan útiles entre ellos (experiencia que incrementa la autoestima) y facilita el desarrollo de técnicas de socialización. A través del feedback sincero y constructivo, permite compartir con los demás el mundo interior y comprobar que se sigue siendo querible, aceptado, perteneciente, con todo lo que implica responsabilidad y sentimiento de pertenencia auténtica. El grupo permite expresar factores fundamentales de la existencia humana: la muerte, el aislamiento, la libertad y el sentido de la vida. Además, para algunas personas la pertenencia a un grupo en sí una experiencia sanadora. Un grupo que permite vivir en compañía y con comprensión todo lo sentido (Yalom y Vinogradov, 1989).

Por ello las medidas que se proponen son:

- Proporcionar desde los servicios de atención psicológica espacios virtuales y/o presenciales grupales de escucha de los conflictos que generan estas situaciones. El objetivo es que en un espacio protegido y empático las personas puedan ir elaborando lo que les está ocurriendo y que todas las situaciones con los sentimientos que las acompañan no se conviertan en tabús y se queden enquistadas en el psiquismo pudiendo dar lugar a largo plazo a síntomas de estrés postraumático, de tal modo que pueda favorecerse el procesamiento de este trauma existencial y la regulación emocional de los participantes.
- Plantear un número suficiente de terapias individuales para profesionales con estrés postraumático con tarifas accesibles en estos momentos de crisis económica, lo que requiere poner en marcha mecanismos de subvención de estas terapias.
- Ofrecer espacios de relación en los que sea posible elaborar todas estas situaciones y, por supuesto, las que sean importantes para cada grupo concreto, puede favorecer incluso el que todas estas vivencias se conviertan en aprendizajes concretos y resilientes que permitan concienciar los aprendizajes valiosos de toda esta situación. Señala Cyrulnik (2020) que para poder hacer este proceso se necesita apoyo y poder dar sentido a lo vivido. Las redes afectivas pueden acompañar y sostener en los momentos difíciles, de ahí que se sugiera que hacer lo posible por mantener este apoyo a pesar del aislamiento físico. Por el contrario, como ya se ha señalado es devastador que las personas sien-

tan que están solas con todo lo que les está pasando en el interior de su ser, viviendo en soledad sensaciones tan profundas y dolorosas, que constituyen elementos que amplifican y enquistan la situación traumática (Levine, 2018).

Temas centrales a trabajar en esas terapias serían: Aprender a asumir la incertidumbre de la realidad. Crecer en Confianza. Trabajar el miedo a la muerte. Encontrar sentido a las experiencias vividas. Vivir, tomando consciencia de que seguimos viviendo y eligiendo cómo queremos vivir. Ejercitarse en comprender a alguien y ofrecerle apoyo, y aprender a expresar y escuchar con empatía.

Por último, cabe señalar la necesidad de iniciar diversas líneas formativas en materia psicosocial que sean accesibles al mayor sector de población posible, adaptando los contenidos y las vías de acceso a los diversos colectivos más susceptibles de beneficiarse. El objetivo principal de estas líneas formativas sería aportar herramientas y recursos para reforzar el aprendizaje de nuevos modos de cuidar la calidad de la conexión y la empatía en las relaciones humanas enseñando y entrenando fórmulas de comunicación y expresión compasiva. En este sentido, la Comunicación No Violenta (CNV) ofrece herramientas para aprender a crear relaciones personales satisfactorias, basadas en el respeto, la compasión y la cooperación.

Riesgos de no actuar: el riesgo al que nos enfrentamos, si no aprendemos a potenciar las relaciones en las condiciones actuales, es que aceptemos la “distancia social”, o más bien, la lejanía como único marco de relación posible. Esta situación conlleva deshumanización, soledad, frustración y otros dolores del alma ya comentados en este trabajo.

Referencias

- Corey, G. (1995). *Teoría y Práctica de la Terapia Grupal*. Desclée de Brouwer.
- Cyrulnik, B. (2020, Abril 21). *Después de una catástrofe, siempre hay una revolución*. <https://www.xlsemanal.com/conocer/psicologia-conocer/20200421/boris-cyrulnik-neurologo-y->

[psiquiatra-resiliencia-recuperarse-trauma-crisis-coronavirus.html](#)

- Fowler, J. H. y Christakis, N. A. (2010). Cooperative Behavior Cascades in Human Social Networks. *PNAS*, 107(12) 5334–5338; <https://doi.org/10.1073/pnas.0913149107>
- Hamlin, J. K., Wynn, K. y Bloom, P. (2010). 3-Month-Olds show a Negativity Bias in their Social Evaluations. *Developmental Sciences*, 13(6), 923–929. <https://doi.org/10.1111/j.14677687.2010.00951.x>
- Herreros Ubalde, P. (2014). *Yo mono. Nuestros comportamientos a partir de la observación de los primates*. Destino.
- Janet, P. (1919). *Psychological Healing* (Obra original publicada en 1894). Macmillan.
- Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (1998). *Terapia de grupo*. Panamericana.
- Levine, P. (2018). *Trauma y Memoria*. Eleftheria.
- Novak, M. (2012) *La fuerza de la cooperación*. Recuperado de <http://transicionsocioeconomica.blogspot.com/2012/11/la-fuerza-de-la-cooperacion-martin-nowak.html>.
- Porges, S. W. (1995). Orienting in a Defensive World: Mammalian Modifications of our Evolutionary Heritage. A Polyvagal Theory. *Psychophysiology*, 32(4), 301–318. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1995.tb01213.x>
- Porges, S. W. (2016). *La Teoría Polivagal. Fundamentos Neurofisiológicos de las emociones, el apego, la comunicación y la autorregulación*. Pleyadés.
- Porges, S. W. (2018). *Guía de bolsillo de la Teoría Polivagal. El poder transformador de sentirse seguro*. Eleftheria.
- Porges, S. W. (2020). The COVID-19 Pandemic is a Paradoxical Challenge to our Nervous System: A Polyvagal Perspective. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 135–138. <https://doi.org/10.36131/CN20200220>
- Porges, S. W. y Dana, D. (2019). Aplicaciones clínicas de la Teoría Polivagal. El nacimiento de las terapias influenciadas por la teoría polivagal. Eleftheria.
- Rodríguez-Zafra, M. y Gil, G. (2017). *Psicoterapia Psicodinámica de Grupos*. UNED.
- Yalom, I. y Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Books.
- Yalom, I. y Vinogradov, S. (1989). *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo*. Paidós.

THE CONFLICT BETWEEN THE PHYSICAL AND PSYCHIC NEED FOR HUMAN CONTACT AND THE FEAR OF PEOPLE

MÓNICA RODRÍGUEZ-ZAFRA, ANTONIA MARTÍN-SÁNCHEZ Y
JUAN CARLOS CENICEROS-ESTÉVEZ

EXTENDED SUMMARY

One of the psychological effects of the measures that have been taken to deal with the spread of the SARS-CoV-2 virus, to which less attention has been paid so far, is the fear of interpersonal relationships that the mode in which the need for social distance is conveyed is producing. For this reason, the need to adapt to coexistence with COVID-19 and the measures that have been taken in this regard, as well as also responding to the needs of relationship and emotional closeness between people, is urgent.

Much emphasis has been placed on the distance between people and no indications have been given on how close relationships can continue to be maintained safely and securely. This lack of information has turned into a great fear of personal closeness and can produce, especially in vulnerable people, a devastating “fear of others” and even “fear of oneself”, because they feel that they can become the source of illness and death for those close to oneself.

Obviously, this fear is increased in people with high degrees of some types and manifestations of paranoid disorders (“others are dangerous”) and in people with high degrees of pathological guilt (“I am the cause of all harm”). This shows that the serious psychological effects that the health measures taken have had, they have and will continue to have will depend on their duration (uncertain) and on the consequences they leave on people.

Furthermore, it is necessary to bear in mind that this whole situation, posed in this way, generates a disturbing feeling of insecurity. This feeling is already painful in itself and, in addition, affects the modulation of the complex

structures of the human brain that is, by its very nature, in constant interaction with the social world (Porges, 2016; 2018 and 2020; Porges, and Dana, 2019). In a situation of extreme fear and insecurity, the transforming power of feeling safe is affected (Porges, 2018).

In addition, it is known that insecurity, fear and guilt, hinder all biological and psychological processes towards healing, and more if it is taken into account that these disruptive processes affect vulnerable people more harshly, either because of their psychological state, for their age, for being in critical evolutionary stages of development or for living moments of intense loneliness.

Fear doesn't make people more responsible, it just makes them more scared. For this reason, from psychological care, it is essential to treat these aspects insofar as they are the cause of psychological suffering and aggravation of base pathologies, even more so in a global climate of uncertainty.

Taking into account the individual and social repercussions and consequences of all that has been mentioned so far, a series of measures are proposed that can favor the satisfaction of people's needs, assuming that one of the priority needs is protection and integral care.

These measures will be classified between those that can be carried out in the social field and those that are more relevant to the therapeutic field.

In the social field

It is necessary to learn to set limits and understand the fear that floods society, learn to care for and express needs,

and learn to relate in a safe way for ourselves and for others without damaging the human connection in this context of physical distance.

Confrontation, vigilance and tension situations are also observed more frequently on the street. This polarization of society adds further deterioration to the human connection between people and between the different groups of the population. Therefore, it is essential to connect with the message that all people express legitimate and understandable needs, although the challenge is to learn to express and listen to them warmly, with understanding and without confrontation.

It is also crucial to be aware of the importance of communication and to understand that limiting nonverbal gestural communication can result in cold and impersonal expression. For this reason, an additional effort is necessary to compensate for the lack of vision of the gestures with the tone of voice and with explicit verbal messages. The gaze has taken on great prominence, and the invitation to be more expressive with it can help in many cases: communicating with the gaze, in short, seeking and finding closeness in gazes. Likewise, it is important to learn to interact creatively, perhaps we can carry spare face masks and hydro-alcoholic gel in our pocket to help in a specific situation.

In order to carry out the above proposal, it is essential to get in touch with one's own feelings to decide whether or not to provide help and if it is done in conditions in which "the helper" can feel comfortable and safe (and not forgetting to ask permission before helping someone), always respecting the fears and circumstances of the person in need.

In order to help people who live alone and terrified, it is necessary to be able to ask their permission to offer them help, for example, it could be proposed to take a walk with certain precautions: ensuring a previous shower with soap on both sides, the face mask and an accompaniment in the appropriate distance to the fears of both. With isolated people, the number of phone calls can be increased, at least hearing the voice of the loved one helps to get out of isolation.

In short, learning to take care of yourself and others, setting limits when you feel fear and expressing the needs to establish a deep and safe human relationship, which is what can facilitate trust in others and, therefore, mutual openness.

In the therapeutic field

A series of measures are proposed below within the therapeutic field in which special emphasis will be placed on the relational behavior and the group as a central element in the recovery of emotional balance. The proposed measures are:

Provide from the psychological care services virtual and/or face-to-face group spaces to listen to the conflicts that these situations generate. The objective is that in a protected and empathetic space, people can elaborate what is happening to them and that all situations with the feelings that accompany them do not become taboo and remain entrenched in the psyche, which can lead in the long term to symptoms of post-traumatic stress, in such a way that the processing of this existential trauma and the emotional regulation of the participants can be favored.

Propose a sufficient number of individual therapies for professionals with post-traumatic stress with accessible rates in these moments of economic crisis, which requires putting in place subsidy mechanisms for these therapies.

Offering spaces for relationships in which it is possible to elaborate all these situations and, of course, those that are important for each specific group, can even favor that all these experiences become concrete as well as resilient learning that allows raising awareness of the valuable learning opportunity of all this situation. Cyrulnik (2020) points out that in order to carry out this process, support is needed and to be able to give meaning to what has been experienced. Affective networks can accompany and sustain in difficult moments, hence it is suggested that you do everything possible to maintain this support despite physical isolation. On the contrary, as has already been pointed out, it is devastating that people feel that they are alone with everything that is happening to them inside their being, living in solitude such deep and painful sensations,

which constitute elements that amplify and encyst the situation traumatic (Levine, 2018).

Central themes to work on these therapies would be: learn to submerge the uncertainty of reality; grow in confidence; work the fear of death; find meaning in lived experiences; live, becoming aware that we continue to live and choosing how we want to live; exercising in understanding someone and offering support, and; learn to express and listen with empathy.

Finally, it is worth noting the need to start various training lines in psychosocial matters that are accessible to the largest possible sector of the population, adapting the content and access routes to the various groups most likely to benefit. The main objective of these training lines would be to provide tools and resources to reinforce the learning of new ways of caring for the quality of connection and empathy in human relationships by teaching and training communication formulas and compassionate expression. In this sense, Nonviolent Communication (NVC) offers tools to learn how to create satisfactory personal relationships, based on respect, compassion and cooperation.

EL CONTINUO DE SALUD MENTAL DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID- 19 EN ADULTOS ARGENTINOS

THE MENTAL HEALTH CONTINUUM DURING CONFINEMENT FOR COVID-19 IN ARGENTINEAN ADULTS

LEANDRO EIDMAN¹

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Eidman, L. (2021). El continuo de salud mental durante el confinamiento por COVID-19 en adultos argentinos [The Mental Health Continuum during Confinement for COVID-19 in Argentinean Adults]. *Acción Psicológica*, 18(1), 83–92. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.29711>

Resumen

La pandemia que atraviesa el mundo presenta características que la califican sin precedente alguno. La mayoría de las investigaciones sobre epidemias y pandemias focalizaron sus estudios en variables psicopatológicas lo cual produjo desconocimiento al respecto de las consecuencias sobre las variables psíquicas salugénicas. El objetivo del presente estudio fue estudiar la salud mental positiva durante el confinamiento por Sars-Cov-2 en adultos argentinos. La muestra estuvo

conformada por 941 participantes con una *edad promedio* fue de 33.77 ($DE = 14.14$; 78.5 % mujeres, 20.8 % varones). Los resultados informaron que una gran parte de la muestra presentó niveles de salud mental moderados, un porcentaje significativo una salud mental floreciente, mientras un porcentaje menor reportó niveles de salud mental languideciente. Se concluye que la forma en que la situación es autopercebida por los sujetos influye en sus niveles de su salud mental.

Palabras clave: pandemia; Sars-Cov-2; salud mental positiva; confinamiento.

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Leandro Eidman, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Resistencia, Argentina.

Email: leaneidman@gmail.com

ORCID: Leandro Eidman (<https://orcid.org/0000-0002-4553-4773>).

¹ Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Resistencia, Argentina.

Recibido: 1 de febrero de 2021.

Aceptado: 23 de junio de 2021.

Abstract

The pandemic that is going through the world presents characteristics that qualify it without any precedent. Most of the researches on epidemics and pandemics focused their studies on psychopathological variables, which produced ignorance about the consequences on the salutogenic psychic variables. The aim of the present study was to study positive mental health during Sars-Cov-2 confinement in Argentinean adults. The sample was made up of 941 participants with an average age of 33.77 ($SD = 14.14$; 78.5 % women, 20.8 % men). The results reported that a large part of the sample presented moderate levels of mental health, a significant percentage flourishing mental health, while a smaller percentage reported languishing mental health levels. It is concluded that the way in which the situation is self-perceived by the subjects influences their levels of mental health.

Keywords: pandemic; Sars-Cov-2; positive mental health; confinement.

Introducción

En Wuhan, ciudad China, a finales de diciembre de 2019 el agente etiológico denominado SARS-CoV-2 fue identificado como causante de casos de neumonía grave (Organización Panamericana de la Salud, 2020). El virus se esparció por todo el mundo produciendo una alta contagiosidad y haciendo que la mayoría de los países afectados tomaran medidas de cuidado y prevención tanto para la salud física como psicológica. Las vivencias ligadas a la pandemia y la implementación de aislamiento social preventivo obligatorio, han provocado en las personas numerosas manifestaciones psicológicas (Brunetti y Gargoloff, 2020). Tal es así que, un estudio reciente informó que la elevada preocupación en los ciudadanos, el surgimiento y aumento de trastornos, y las alteraciones emocionales son las consecuencias más importantes del confinamiento por COVID-19 (Eidman y Arbizu, 2020).

En este contexto, la mayoría de los estudios se enfocaron en las variables psicopatológicas. Sin embargo, el concepto de salud aportado por la Organización Mundial de

la Salud (1947), es descrito como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad. Es por ello que, se considera de relevancia echar luz sobre los aspectos salutogénicos del psiquismo humano.

Keyes (2005, 2013) denominó salud mental positiva, a la integración del bienestar subjetivo, psicológico y social. El autor, propuso un modelo de dos continuos ubicando a las enfermedades mentales en uno de los extremos y a la salud mental en el extremo opuesto. En consecuencia, aquellas personas con presencia de *flourishing* experimentaron un alto nivel de bienestar subjetivo y psicológico, las personas situadas en el extremo opuesto experimentaron sentimientos de vacío, falta de interés y compromiso y se encontraban cercanas al desarrollo de patologías mentales tales como ansiedad, depresión, entre otras, mientras que quienes se situaron en el medio presentaban un estado de salud mental moderado. De esta manera, el logro de un estado de salud mental completo se encuentra supeditado tanto a la inexistencia de síntomas psicopatológicos como a la vivencia de bienestar global de la persona, y en sentido opuesto para el polo languideciente (Eidman y Arbizu, 2020). Uno de los componentes que se encuentra relacionado a la salud mental positiva es la autoeficacia entendida como la confianza, creencia y valoración que la persona tiene sobre sus propias capacidades para enfrentarse a situaciones estresantes de manera apropiada. El nivel de percepción que el sujeto tiene sobre su autoeficacia, va a estar directamente relacionado al miedo asociado de un evento traumático (Bandura, 1977; Sanjuán Suárez et al., 2000).

Durante el confinamiento Brooks et al. (2020), han revelado que se produjo un aumento de síntomas de angustia, intolerancia a la incertidumbre, depresión y mayores niveles de estrés. En la misma línea, la evidencia reciente sugiere que el impacto de la pandemia en la salud mental implicó un considerable aumento en la sintomatología ansiosa y depresiva reportando una prevalencia superior al 20 % (Zhang et al., 2020). Asimismo, el malestar psicológico aumentó destacándose ansiedad/miedo con una elevada incertidumbre, preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave y preocupación por perder sus seres queridos, producto del estrés por el confinamiento y la pandemia. Con respecto a la depresión se indicó un au-

mento de sentimientos pesimista o de desesperanza y soledad, siendo mayor en aquellas personas que han manifestado síntomas, diagnosticados con COVID-19, los que pasaron el confinamiento solos, mujeres, conforme disminuye la edad, el nivel socioeconómico y la estabilidad laboral. Por otro lado, aquellos sentimientos de confianza y optimismo disminuyeron, como así también en los sentimientos de vitalidad y energía (Hidalgo et. al., 2020).

Suedfeld (2018) afirmó que, luego de años de estudios acerca de las consecuencias psicológicas negativas que produce la estancia en un entorno aislado (o extremo), se comenzó a reconocer los aspectos salutogénicos en estas situaciones. Siguiendo en esta línea, Suedfeld y Steel (2000) informaron la existencia de reacciones positivas en casos de exploradores o astronautas, que han pasado por condiciones similares a la del confinamiento, en los cuales predomina la camaradería, disfrute de la novedad, y el desarrollo de la espiritualidad entre otros. Por su parte, Fernández Millán (S.F.) presentó en su estudio sujetos que afirmaron haber tenido una visión psicológica positiva de los acontecimientos durante el confinamiento, encontrando así que frente a un alto nivel de autoeficacia, las personas presentaban menos sintomatología asociada al estrés y trauma.

Teniendo en cuenta que la evidencia disponible acerca de la salud mental positiva no es concluyente, el presente estudio pretendió proporcionar evidencia científica para clarificar la afectación psicológica de la población durante la pandemia por coronavirus. Los objetivos de la presente investigación son: (a) describir los niveles de salud mental positiva y la visión sobre la situación de confinamiento por COVID-19 en adultos argentinos; (b) verificar si existen diferencias significativas en el continuo de salud mental positiva y la autoeficacia según la visión sobre la situación vivida en adultos argentinos; y (c) analizar las asociaciones entre bienestar emocional, psicológico y social y los síntomas de ansiedad y depresión en adultos argentinos durante el confinamiento por COVID-19.

Método

Muestra

La muestra fue no probabilística y voluntaria estuvo constituida por 941 adultos argentinos en contexto de pandemia por COVID-19. La edad promedio fue de 33.77 ($DE = 14.14$, $Min = 18$, $Máx = 81$). En relación al género, el 78.5 % ($n = 740$) eran mujeres, el 20.8 % ($n = 196$) eran varones y el 0.7 % ($n = 7$) prefirió no informarlo. En cuanto a su lugar de residencia, el 34.6 % ($n = 326$) informó vivir en la provincia del Chaco, el 21 % ($n = 198$) en Buenos Aires, el 8.6 % ($n = 81$) en Ciudad de Buenos Aires, el 6.8 % ($n = 64$) en Córdoba, el 4.45 % ($n = 42$) en Entre Ríos, el 1.8 % ($n = 17$) en Santa Fé y el 7.1 % ($n = 213$) restante se encontraban distribuidos entre las provincias de Catamarca, Chubut, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Salta, San Luis, San Juan, Santa Cruz, Santiago del Estero y Tucumán. Respecto al estado civil, el 57.3 % ($n = 540$) dijo estar soltero, el 21.2 % ($n = 200$) estar casado, el 15.5 % ($n = 146$) estar conviviendo con su pareja, el 4.8 % ($n = 45$) estar divorciado y el 1.3 % ($n = 12$) ser viudo. En cuanto a al nivel de estudios máximos alcanzados, el 54.2 % ($n = 494$) informó haber concluido sus estudios universitarios, el 19.9 % ($n = 188$) terminó sus estudios secundarios, el 15.5 % ($n = 146$) finalizó sus estudios terciarios, el 11.9 % ($n = 112$) concluyó sus estudios superiores y el 0.3 % ($n = 3$) finalizó la escolaridad primaria.

Medición

Encuesta Sociodemográfica. Mediante este instrumento se relevaron datos sobre el sexo, la edad, el estado civil, el lugar residencia de la muestra, como así también, el nivel de estudios máximos alcanzados.

Encuesta ad-hoc. Se elaboró una encuesta donde se preguntó a que conclusiones llegó en relación al confinamiento que se encontraba atravesando.

Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF; Keyes, 2005). Es una escala compuesta de 14 ítems que evalúa el *bienestar emocional* (3 ítems), *psicológico* (6

ítems) y *social* (5 ítems). La escala tiene un formato de respuesta Likert con 5 opciones de respuesta. Se responde con relación a cómo el participante se ha sentido en el último mes, que va de 0 (nunca) a 5 (todos los días). El MHC-SF ha demostrado tener una buena consistencia interna ($> .70$) y presenta una adecuada validez discriminante (estructura de tres factores, bienestar emocional, personal y social) en estudios realizados con población adulta en diferentes países (Gallagher et al., 2009; Gilmore, 2014; Joshanloo et al., 2013; Karas, et al., 2014; Lamers et al., 2011; Petrillo et al., 2015; Robitschek y Keyes, 2009; Yin et al., 2013). Para este estudio se utilizó la versión Argentina, las propiedades psicométricas del instrumento fueron adecuadas en cuanto a su confiabilidad, estructura factorial y validez convergente (Lupano Perugini et al., 2017). En la muestra del presente estudio la consistencia interna del instrumento fue de alfa de Cronbach .86.

Escala de Autoeficacia General (EAG; Jerusalem y Schwazer, 1992). Es una escala global, desarrollada bajo el enfoque Social Cognitivo de Bandura (1977) basada en el supuesto de que las personas pueden atribuir experiencias de éxitos y fracasos en función a la convicción para poder afrontar con éxito diversas situaciones. Inicialmente estuvo compuesto por 20 afirmaciones que posteriormente se redujeron a 10 ítems. La escala tiene un formato de respuesta de tipo Likert donde 0 = Totalmente en desacuerdo, 1 = en desacuerdo, 2 = neutro, 3 = de acuerdo, 4 = totalmente de acuerdo. Presenta una estructura unidimensional debido a que los autores conceptualizaron la autoeficacia como la confianza global en la capacidad de afrontamiento frente a situaciones exigentes o novedosas. El estudio de componentes principales, para verificar la unidimensionalidad de la escala, destacó el primer factor con un valor superior a uno y la representación gráfica (3.91, 1.00 y 0.90), la cual demostró ser una ventaja para determinar un factor único, explicando el 39 % de la varianza total (Baessler y Schwarzer, 1996). El instrumento ha demostrado tener adecuados índices de confiabilidad ($> .78$) y excelentes coeficientes de bondad de ajuste para el análisis unidimensional. Para el presente estudio se utilizó la adaptación Argentina de Bernella et al. (2010), las propiedades psicométricas del inventario evidenciaron adecuados índices de confiabilidad en términos de consistencia interna ($\alpha = .76$) y estructura factorial). En la muestra del presente

estudio la consistencia interna del instrumento fue de alfa de Cronbach .84.

Inventario de Ansiedad Estado (STAI-E; Spielberger et al., 1983). Consta de 20 ítems con formato de afirmaciones que evalúan ansiedad como sintomatología realizando un corte temporal transversal en la corriente emocional de la vida de una persona. Cada ítem se evalúa con una escala tipo Likert, desde 1 (Casi nunca) hasta 4 (Casi siempre). Se utilizó la adaptación Argentina realizada por Leibovich de Figueroa (2001), el Coeficiente de alfa Cronbach utilizado como medida de consistencia interna fue igual a .90.

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck et al., 1996). Es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas con cuatro opciones de respuestas exceptuando algunas que tienen hasta siete; está compuesto por ítems relacionados con *síntomas depresivos*, como la tristeza, desesperanza e irritabilidad, *cogniciones* como culpa o *sentimientos* como estar siendo castigado, hasta síntomas físicos relacionados con la depresión. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para indicar la presencia y la intensidad de los síntomas depresivos que coinciden con los criterios diagnósticos del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2000). Se utilizó la versión adaptada del BDI-II a la población argentina por Brenlla y Rodríguez (2006), que presenta buena consistencia interna ($> .88$); a su vez la correlación entre test y re-test realizada demostraron que la versión Argentina reúne los requisitos psicométricos para su utilización en el ámbito local.

Procedimiento

Los datos fueron recolectados mediante un muestreo no probabilístico. Se distribuyeron las técnicas utilizadas para la medición de las variables a través de las redes sociales bajo la modalidad google forms. Los participantes fueron voluntarios y no recibieron retribución alguna por su colaboración. El formulario contenía en su portada como campo obligatorio aceptar el consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Asociación de Psicólogos Especializados en Catástrofes Argentina y por la Ley 25.326 de protección de los datos personales que se ocupa de las implicancias éticas de las

investigaciones en salud en las que participen seres humanos, con el fin de proteger sus derechos fundamentales ponderando, a su vez, la necesidad de promover la investigación en salud.

Análisis de datos

Para clasificar los niveles de salud mental según el MHC-SF se utilizó el procedimiento estándar diseñado por Keyes (2005). Las personas que reportaron experimentar "todos los días" o "casi todos los días" al menos uno de los tres indicadores de bienestar hedónico y al menos seis de los once indicadores de funcionamiento positivo durante el pasado mes se ubicaron en la categoría de salud mental floreciente. Las personas que reportaron niveles bajos (es decir, "nunca" o "una o dos veces" durante el mes pasado) en al menos un indicador de bienestar hedónico y bajos niveles en al menos seis indicadores de funcionamiento positivo fueron diagnosticados con salud mental languideciente. El resto de los participantes que no entraban en la dos categorías anteriores se clasificaron con salud mental moderada. Luego, se efectuó un cálculo de frecuencias y porcentajes para determinar la prevalencia de las categorías de salud mental y para obtener información sobre la percepción acerca de la situación vivida.

Posteriormente se realizaron pruebas de análisis de varianza (ANOVA) para determinar si existían diferencias en las categorías de salud mental evaluadas por el MHC-SF y la autoeficacia según la autopercepción de la situación vivida. Además, se realizaron correlaciones de Pearson para analizar las asociaciones entre las variables: ansiedad como estado, síntomas de depresión, bienestar emocional, psicológico y social. Los datos fueron sistematizados y analizados con el programa estadístico SPSS-22.0.

Resultados

Niveles de salud mental positiva y visión sobre la situación vivida durante el confinamiento

Se calcularon los niveles de salud mental positiva utilizando el MHC-SF en la muestra del presente estudio mediante el procedimiento establecido por el autor del instrumento. Adicionalmente, se efectuó un cálculo de frecuencias y porcentajes para determinar la prevalencia de las categorías de salud mental y obtener información sobre la percepción acerca de la situación vivida. Los resultados informaron que una gran parte de la muestra presentó niveles de salud mental moderados 49.6 % ($n = 468$) y un porcentaje significativo una salud mental floreciente 35.1 % ($n = 331$), mientras que sólo el 15.3 % ($n = 144$) reportó niveles de salud mental languideciente. En lo referente a la autopercepción de la situación vivida el 52.4 % ($n = 494$) informó haber sacado cosas positivas y negativas, el 18.7 % refirió haber sacado más cosas positivas que negativas, mientras que el 12.5 % ($n = 118$) refirió lo inverso. Un porcentaje menor 4.5 % ($n = 43$) indicó que solo ha sacado cosas negativas y el 11.9 % ($n = 112$) manifestó hacer sacado solo cosas positivas.

Comparación entre el bienestar y la autoeficacia de acuerdo a la autopercepción de la situación de confinamiento

Se procedió a realizar un ANOVA one way con prueba post-hoc de Bonferroni debido a que el análisis de homogeneidad de varianzas de Levene demostró que éstas eran iguales entre los grupos. Los resultados del análisis mostraron que las personas que refirieron haber sacado cosas positivas ante la situación vivida obtuvieron mayor bienestar emocional, psicológico y social ($p < .000$) que aquellas personas que refirieron haber sacado más cosas negativas que positivas y que quienes refirieron haber sacado solo cosas negativas,. A su vez, quienes reportaron haber sacado más cosas positivas que negativas ($p < .000$) presentaron mayor bienestar emocional, psicológico y so-

Tabla 1.*Autopercepción sobre la situación de confinamiento de acuerdo al bienestar emocional, psicológico y social*

MHC	Solo he sacado cosas positivas		Más cosas positivas que negativas		Más cosas negativas que positivas		Solo he sacado cosas negativas		F(3.925)	n ²
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE		
Bienestar Emocional	11.68	2.04	10.07	2.85	8.19	3.05	5.53	3.31	86.74***	.27
Bienestar Psicológico	22.47	5.21	19.50	6.16	16.21	7.33	12.83	6.66	50.15***	.32
Bienestar Social	11.74	5.25	9.11	5.37	6.36	4.53	3.58	3.37	50.92***	.26
Autoeficacia	3.32	.02	3.13	0.21	2.91	0.04	2.78	0.07	32.93***	.33

*** $p > .000$

cial ($p < .000$) en comparación a aquellos participantes que respondieron haber sacado solamente cosas negativas o más cosas negativas que positivas.

Asociaciones entre el bienestar emocional, psicológico y social y los síntomas de ansiedad y depresión

Con la intención de calcular las asociaciones entre el continuo de salud mental positiva, la autoeficacia, los síntomas de depresión y ansiedad, se utilizaron correlaciones de Pearson debido a que se cumplimentaban los supuestos de normalidad. Las asociaciones halladas entre los niveles de bienestar emocional, psicológico y social y los síntomas de depresión y ansiedad fueron negativas y estadísti-

camente significativas ($p < .001$). Por otro lado, las correlaciones entre el bienestar emocional, psicológico y social y la autoeficacia fueron positivas y significativas ($p < .001$), mientras que, las asociaciones entre la autoeficacia y la sintomatología de ansiedad y depresión fueron negativas y significativas ($p < .001$; ver Tabla 1). Finalmente, las correlaciones halladas fueron entre moderadas y moderadamente altas.

Discusión

El primer objetivo de esta investigación fue describir los niveles de salud mental positiva en adultos argentinos en situación de confinamiento por COVID-19. Asimismo, describir la visión sobre la situación vivida en adultos argentinos durante el confinamiento por COVID-19. Los re-

Tabla 2.*Correlaciones: MHC Vs. BDI, STAI-E Y EAG*

	n	M	DE	1	2	3	4	5	6
1. Bienestar Emocional	943	10.13	3.14	-					
2. Bienestar Psicológico	943	19.71	6.56	.69**	-				
3. Bienestar Social	943	9.35	5.61	.58**	.59**	-			
4. BDI	943	1.56	0.84	-.64**	-.58**	-.48**	-		
5. STAI-E	943	1.25	0.84	-.49**	-.42**	-.33**	.79**	-	
6. EAG	943	3.15	0.48	.47**	.59**	.38**	-.43**	-.50**	-

** = $p < .001$

sultados muestran que una gran parte de la población presenta una salud mental moderada, es decir, personas que no presentan ni un alto nivel hedónico ni el riesgo a padecer enfermedades mentales. A su vez, hay un porcentaje significativo de la población que desarrolla un alto nivel de bienestar subjetivo y psicológico, y un menor grupo de personas que se encuentran cercanas al desarrollo de patologías tales como ansiedad y depresión. Estos niveles conciben con el continuo de salud mental presentado por Keyes (2005, 2013) donde las personas se ubican en los polos floreciente, languideciente o en el medio de ambos, presentando una salud mental moderada. En relación a la autopercepción de la situación vivida, más de la mitad de las personas informan haber sacado cosas tanto positivas como negativas; mientras que un menor grupo indica haber sacado solo cosas negativas o solo positivas en consonancia con estudios previos que describen situaciones similares (Suedfeld 2018; Suedfeld et al., 2015). Se podría hipotetizar que, si bien en un primer momento los adultos argentinos presentaron síntomas tendientes a la ansiedad y la depresión frente a la situación del confinamiento, con el correr del tiempo lograron crear nuevos hábitos en el hogar, permitiendo mantener su salud mental estable e incluso lograr un bienestar personal. Se sugiere que en futuras investigaciones se evalúe el nivel de bienestar emocional, psicológico y social teniendo en cuenta las diferencias entre sexo, estado civil y ocupación.

El segundo objetivo del presente trabajo fue verificar si existían diferencias significativas en el continuo de salud mental positiva y la autoeficacia según la visión sobre la situación vivida en adultos argentinos. Los resultados obtenidos, muestran que las personas que sacan cosas positivas, o más cosas positivas que negativas ante la situación vivida, presentan un mayor bienestar emocional, psicológico y social que quienes sacan solo cosas negativas, o más cosas negativas que positivas. En la misma línea de la investigación, Fernández Millán (2020) ha demostrado que aquellos sujetos que afirman mantener una visión positiva de los acontecimientos en el confinamiento a nivel psicológico al enfrentarse a los estresores, presentan una disminución de los síntomas. De igual manera, el autor también ha evidenciado que un alto nivel de autoeficacia, promueve beneficios a la hora de sufrir menos sintomatología asociada al estrés y trauma. Se podría pensar que a mayor tiempo que la población se encuentra expuesta a

una situación de confinamiento, lograría aumentar su confianza para adaptarse positivamente a la nueva normalidad, las nuevas medidas y pautas de cuidado. Futuras investigaciones podrían indagar sobre la capacidad de adaptación positiva en situación de confinamiento mediante un estudio longitudinal, controlado por variables sociodemográficas.

El último objetivo de la investigación consistió en analizar las asociaciones entre los niveles de bienestar, la autoeficacia y los síntomas de ansiedad y depresión en adultos argentinos durante el confinamiento por COVID-19. Las asociaciones halladas en los resultados muestran que, ante menores niveles de bienestar emocional, psicológico y social, se presentan mayores niveles de depresión y ansiedad. Asimismo, ante mayores niveles de bienestar emocional, psicológico y social, se obtienen mayores niveles de autoeficacia. Además, frente a un mayor nivel de autoeficacia, se presentan menores síntomas de ansiedad y depresión. Los resultados, de esta manera, conciben con los diversos estudios que explican el aumento de la depresión y la ansiedad durante el confinamiento (Brooks et. al., 2020; Hidalgo et. al. 2020; Zhang et al., 2020); a la vez que con las investigaciones donde se presenta mayor porcentaje de sujetos con una visión positiva de los acontecimientos frente a diversas situaciones estresantes (Fernández Millán, 2020; Mocellin y Suedfeld, 1991; Suedfeld et al., 2015). A partir de estos, se puede inferir que la confianza, la creencia y el valor de los adultos argentinos para lograr adaptarse de manera óptima a la situación de confinamiento por COVID-19, fue creciendo a medida que se naturalizaron los nuevos estándares de vida, logrando así, mayores niveles de bienestar emocional, psicológico y social y disminuyendo el riesgo de presentar síntomas de depresión y ansiedad. En futuras investigaciones, sería interesante evaluar cuáles son los pensamientos, emociones y conductas específicas que se desarrollaron para lograr aumentar la propia autoeficacia y el estado de bienestar.

Como limitaciones del estudio realizado se puede mencionar que la recolección de datos se realizó con procedimientos de selección no probabilísticos, lo cual influyó directamente en los supuestos que subyacen a la mayoría de los análisis estadísticos. Por lo tanto, las posibilidades de generalizar los resultados hallados en la presente muestra se encuentran limitadas a muestras con características si-

milares. Además, el estudio fue de carácter transversal por lo cual no permite evaluar el valor predictivo de las variables aquí analizadas. Finalmente, se considera de relevancia continuar con el estudio de la salud mental desde una perspectiva que involucre tanto lo patológico como lo sa-lugénico con la intención de poder delinear intervenciones dirigidas a potencializar los recursos positivos del ser humano.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ed. ed). Autor.
- Hidalgo, M. D., Balluerka, N., Gorostiaga, A., Espada, J. P., Santed, M. A., Padilla, J. L. y Gómez-Benito, J. (2020). The Psychological Consequences of COVID-19 and Lockdown in the Spanish Population: An Exploratory Sequential Design. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), Artículo 8578. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228578>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory Manual II*. The Psychological Corporation.
- Brenlla, M. E. y Rodríguez, C. M. (2006). *Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck*. [Argentine Adaptation of the Beck Depression Inventory]. Paidós.
- Brenlla, M. E., Aranguren, M., Rossaro, M. F. y Vázquez, N. (2010). Adaptación para Buenos Aires de la Escala de Autoeficacia General [Adaptation to Buenos Aires of the General Self-Efficacy Scale]. *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 27(1), 77–94.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J. (2020). The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce it: Rapid Review of the Evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Brunetti, A. y Gargoloff, P. (2020). Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental, con especial foco en personas con trastornos mentales severos y persistentes [Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health, with a Particular Focus on People with Severe and Persistent Mental Disorders]. *Question/Cuestión*, 1, Artículo e278. <https://doi.org/10.24215/16696581e278>
- Eidman, L. y Arbizu, J. (2020). Estudio preliminar sobre el bienestar emocional, psicológico y social en adultos argentinos en contexto de pandemia por COVID-19 [Preliminary study on Emotional, Psychological, and Social Well-being in Argentine Adults in the Context of a COVID-19 pandemic.]. <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/5088>
- Fernández Millán, J. M. (en prensa). Estudio descriptivo e inferencial sobre variables de la teoría de la autodeterminación y las circunstancias de confinamiento derivadas de la pandemia del COVID-19. *Universidad de Granada*.
- Gallagher, M. W., Lopez, S. J. y Preacher, K. J. (2009). The Hierarchical Structure of Well-being. *Journal of Personality*, 77(4), 1025–1050. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00573.x>
- Gilmour, H. (2014). Positive Mental Health and Mental Illness. *Health Reports*, 25, 3–9.
- Jerusalem, M. y Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. En R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 195–213). Hemisphere.
- Joshanloo, M., Wissing, M. P., Khumalo, I. P. y Lamers, S. M. (2013). Measurement Invariance of the

- Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) across three Cultural Groups. *Personality and Individual Differences*, 55(7), 755–759. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.06.002>
- Karaś, D., Ciecuch, J. y Keyes, C. L. (2014). The Polish Adaptation of the Mental Health Continuum-Short form (MHC-SF). *Personality and Individual Differences*, 69, 104–109. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.05.011>
- Keyes, C. L. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. L. (2013). *Mental Well-being: International Contributions to the Study of Positive Mental Health*. Springer.
- Lamers, S. M., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., Ten Klooster, P. M. y Keyes, C. L. (2011). Evaluating the Psychometric Properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99–110. <https://doi.org/10.1037/a0033813>
- Leibovich de Figueroa, N., Schmidt, V. y Gol, S. (2001). El Inventario de Expresión de Enojo Estado-Rasgo (STAI) y su uso en diferentes poblaciones [State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) and its Use in Different Populations]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(11), 55–74.
- Lupano Perugini, M. L., de la Iglesia, G., Castro Solano, A. y Keyes, C. L. M. (2017). The Mental Health continuum-short form (MHC-SF) in the Argentinean context: Confirmatory Factor Analysis and Measurement Invariance. *Europe's journal of psychology*, 13(1), 93–108. <https://doi.org/10.5964/ejop.v13i1.1163>
- Organización Mundial de la Salud (1947). *World Health Organization Constitution*: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Coronavirus. 2020* [consultado 2 Feb 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/coronavirus>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Actualización Epidemiológica: Nuevo coronavirus (COVID-19)* 14 de febrero de 2020. Autor.
- Petrillo, G., Capone, V., Caso, D. y Keyes, C. L. (2015). The Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) as a Measure of Well-being in the Italian Context. *Social Indicators Research*, 121(1), 291–312. <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0629-3>
- Robitschek, C. y Keyes, C. L. (2009). Keyes's Model of Mental Health with Personal Growth Initiative as a Parsimonious Predictor. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 321. <https://doi.org/10.1037/a0013954>
- Sanjuán Suárez, P. Pérez-García, A. M. y Bermúdez-Moreno, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española [The General Self-efficacy Scale: Psychometric Data from the Spanish Adaptation]. *Psicothema*, 12(Suplemento), 509–513.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory STAI* (Form Y). Mind Garden.
- Suedfeld, P. (2018). Antarctica and Space as Psychosocial Analogues. *Reviews in Human Space Exploration*, 9(12), 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.reach.2018.11.001>
- Suedfeld, P. y Steel, G. D. (2000). The Environmental Psychology of Capsule Habitats. *Annual Review of Psychology*, 51, 227–253. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.227>
- Yin, K., He, J. y Fu, Y. (2013). Positive Mental Health: Measurement, Prevalence, and Correlates in a Chinese Cultural Context. En C. L. M. Keyes (Ed.),

Mental Well-Being (pp. 111–132). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-94-007-5195-8_6

Zhang, S. X., Liu, J., Jahanshahi, A. A., Nawaser, K., Yousefi, A., Li, J. y Sun, S. (2020). *At the Height of the Storm: Healthcare Staff's Health Conditions and Job Satisfaction and their Associated Predictors during the Epidemic peak of COVID-19. Brain, Behavior, and Immunity.*
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.010>

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA ONLINE
DESDE LA TERAPIA DE JUEGO COGNITIVO
CONDUCTUAL EN UN CASO DE
SINTOMATOLOGÍA FÓBICA INFANTIL
DURANTE EL CONFINAMIENTO
POR COVID-19

ONLINE PSYCHOLOGICAL INTERVENTION
USING COGNITIVE BEHAVIORAL GAME
THERAPY IN A CASE OF PHOBIC
SYMPTOMATOLOGY IN CHILDREN DURING
CONFINEMENT BY COVID-19

ALICIA OLTRA¹, PALOMA SALAMANCA¹,
SANDRA HELENA VERAS¹ Y PURIFICACIÓN SIERRA-GARCÍA¹

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Oltra, A., Salamanca, P., VERAS, S. H. y Sierra-García, P. (2021). Intervención psicológica online desde la Terapia de Juego Cognitivo conductual en un caso de sintomatología fóbica infantil durante el confinamiento por COVID-19 [Online psychological intervention using cognitive behavioral Game Therapy in a case of phobic symptomatology in children during confinement by COVID-19]. *Acción Psicológica*, 18(1), 93–106. <https://doi.org/10.5944/ap.16.2.22382>

Resumen

Este artículo presenta la intervención terapéutica en un caso de sintomatología fóbica infantil, abordado en el dispositivo de Atención a Emergencia por el estado de

alerta sanitaria por COVID-19 en el Servicio de Psicología Aplicada de la Facultad de Psicología de la UNED. Se trata de un niño varón de 5 años de edad, que presenta miedo a salir de casa y a fenómenos meteorológicos, tras la etapa de confinamiento. La intervención terapéutica fue diseñada desde la Terapia de Juego Cognitivo Conductual.

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Alicia Oltra, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Email: aoltra@bec.uned.es

ORCID: Purificación Sierra García (<https://orcid.org/0000-0003-3774-2975>).

¹ Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Recibido: 30 de enero de 2021.

Aceptado: 28 de mayo de 2021.

Los objetivos principales de la intervención fueron: la disminución de la respuesta de ansiedad en el niño ante las actividades realizadas fuera de la vivienda y ante situaciones meteorológicas desfavorables, así como generalización progresiva de dichas actividades tanto fuera del hogar como en situaciones meteorológicas adversas. Los resultados objetivos propuestos fueron conseguidos a lo largo de seis sesiones de 1 hora de duración con frecuencia semanal, en formato online, y mantenidos después de un seguimiento de tres meses.

Palabras clave: Intervención online; Fobia infantil; Terapia de Juego Cognitivo Conductual; COVID-19.

Abstract

This article presents a therapeutic intervention in a case of childhood phobia addressed in the Applied Psychology Service of the Faculty of Psychology of the UNED. This case was studied in the frame of the Emergency Attention device due to the health alert status for COVID-19. The case presents a 5-year-old male child who is afraid of leaving home and of meteorological phenomena after the confinement stage. The therapeutic intervention was designed from the Cognitive Behavioral Game Therapy. The main objectives of the intervention were the reduction of the child's anxiety response to activities carried out outside the home and to unfavorable weather situations, as well as the progressive generalization of these activities both outside the home and in adverse weather situations. The proposed results were achieved over six sessions of 1-hour duration with weekly frequency, in an online format, and maintained after a three-month follow-up.

Keywords: Online intervention; Child phobia; Cognitive Behavioral Game Therapy; COVID-19.

Introducción

El contexto de pandemia por COVID-19, al que nos enfrentamos desde el inicio del año 2020, ha condicionado de forma drástica nuestro día a día. Una cuarentena se define como la separación y restricción del movimiento de

personas que potencialmente han estado expuestas a una enfermedad contagiosa (Saurabh y Ranjan, 2020). En la pandemia por el virus SARS-CoV-2, toda la población estuvo en cuarentena.

El escenario de confinamiento y restricciones más o menos sostenidas y, sobre todo, la situación de incertidumbre y miedo que nuestra sociedad enfrenta, ha empezado a dejar cierta huella psicológica, aún por determinar, en uno de los colectivos más vulnerables de nuestra sociedad: la infancia. Los estudios sobre Covid-19 sugieren que los niños y adolescentes tienen menos probabilidades de infectarse, además, en el caso de hacerlo, permanecen asintomáticos o tienen síntomas más leves de la enfermedad (Ismail et al., 2020; Tosif et al., 2020). No obstante, deben permanecer en cuarentena igual que el resto de los sectores de la población.

Desde los primeros días de la alarma sanitaria, el Servicio de Psicología Aplicada (SPA) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) puso a disposición de la comunidad universitaria y la comunidad general un teléfono gratuito de atención psicológica que contribuyera a dar respuesta a las demandas que la situación presentaba. Aunque la demanda de atención fue mayoritariamente para población adulta, a través de este dispositivo se atendieron ocho casos de niños y niñas menores de 12 años. En tres de estos casos, el motivo de consulta estaba relacionado con desregulación emocional: enfados injustificados y desproporcionados, ataques de ira, cambios de humor y agresividad. En los cinco restantes, la demanda estaba relacionada con sintomatología ansiosa de diferente intensidad: los niños presentaban miedos irracionales, sensación de angustia y malestar, irritabilidad, dificultades para la regulación del sueño e hiperactivación fisiológica, que solían correlacionar con otros de tipo obsesivo, pensamientos intrusivos y rituales más o menos encubiertos.

En este artículo se presenta una intervención realizada en el marco de este dispositivo, en un caso de sintomatología fóbica en un niño de 5 años. Como escenario necesario para la comprensión del caso, se abordan previamente a su exposición aspectos generales del impacto de la cuarentena en la infancia, seguido de algunos aspectos clave de la estrategia de intervención utilizada, es decir, la

Terapia de Juego Cognitivo Conductual. Dado que la atención se produjo durante el confinamiento, ésta se llevó a cabo a través de medios informáticos, por lo que dedicamos un espacio a asentar los elementos centrales de la Telepsicología.

El impacto del confinamiento en los niños

La infancia es un periodo evolutivo de especial trascendencia y, para un desarrollo psicológico saludable, los niños necesitan de interacciones sociales, amistades y rutinas, entre otros factores promotores de la salud y de la salud mental. Los niños deben ser considerados como población sensible porque sus competencias cognitivas y emocionales están en desarrollo y se asientan fundamentalmente en el ejercicio físico, la interacción con iguales y la novedad, por lo que es mayor el impacto de situaciones excepcionales como desastres o pandemias (Schonfeld, 2004). Además, durante el período de cuarentena y distanciamiento social, los niños que presentan enfermedades mentales son especialmente vulnerables (Ye, 2020).

Las consecuencias de un estado de alarma sanitaria y, fundamentalmente de la cuarentena, impacta en la salud mental de los niños que, a menudo, presentan sentimientos de abandono, desesperación, incapacidad y agotamiento, e incluso aumenta el riesgo de suicidio (Ye, 2000). Todas estas consecuencias están relacionadas, probablemente, con la incertidumbre que rodea la situación de la pandemia en sí, con el distanciamiento social, los cierres de escuelas, el estrés que sufren los padres y la pérdida de seres queridos (Imran et al., 2020).

Los estudios indican que durante el confinamiento por Covid-19 los niños presentaron mayores tasas de inquietud e irritabilidad que los padres interpretaron en muchos casos como comportamiento desafiante, ansiedad y falta de atención (Imran et al., 2020; Liu et al., 2020). En esta línea, Jiao et al. (2020) encontraron que los niños de 3 a 6 años tenían más probabilidades que los niños mayores de manifestar estos síntomas, así como una mayor preocupación porque su familia pudiera infectarse.

Por su parte, en una muestra de niños y adolescentes españoles e italianos, Orgilés et al. (2020) hallaron de nuevo que la mayoría de los padres informaron de un cambio en el estado emocional y en las conductas de sus hijos, siendo los síntomas más frecuentes dificultad para concentrarse (77 %), aburrimiento, irritabilidad, inquietud, nerviosismo, sentimientos de soledad y aumento creciente de la preocupación. Tanto los padres italianos como los españoles (alrededor del 12 %) informaron que la convivencia familiar era difícil o muy difícil con sus hijos, ya que estaban más inquietos e irritables.

Respecto a los comportamientos infantiles tras el confinamiento por Covid-19, en un estudio en la población infantil y adolescente, Saurabh y Ranjan (2020) encontraron que aproximadamente el 26 % evitaba asistir a lugares concurridos y el 20 % a lugares públicos en general.

Aproximación Terapéutica: la Terapia Cognitivo Conductual

La intervención realizada en el presente caso se enmarca en los principios de la Terapia Cognitivo Conductual (a partir de ahora TCC) y, más concretamente, en la Terapia de Juego Cognitivo Conductual (TJCC en adelante).

La TCC comprende un modelo terapéutico y un conjunto de intervenciones que combinan técnicas cognitivas y conductuales, y derivados de modelos teóricos con evidencia empírica. Este modelo asume que a los trastornos psicológicos subyacen cogniciones distorsionadas y/o conductas desadaptativas. Por lo general, la TCC es un tratamiento breve, colaborativo y orientado a objetivos. El trabajo desde este modelo está dirigido a la conducta y sus procesos subyacentes. La conducta es conceptualizada en sus distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional) y el objetivo del tratamiento es la modificación de la conducta desadaptada y de las cogniciones disfuncionales (García et al., 2017).

Según Kosovsky (2018), el modelo cognitivo conductual en el marco general y en particular en la población infantojuvenil, incluye y subraya la importancia de cuatro

factores (contextuales, familiares, interpersonales y culturales) en los que el terapeuta interviene sobre las cogniciones, las conductas y las emociones del niño o adolescente. Según la edad del niño, la implicación de los padres puede ser muy importante para que el terapeuta pueda identificar las variables que refuerzan y mantienen la conducta problema y, por tanto, poder modificarlas (Schaefer, 2012).

En el trabajo con adultos, el terapeuta puede acceder a los patrones de pensamiento disfuncional asociados a síntomas y conductas desadaptativas mediante preguntas dirigidas y un acompañamiento en la introspección. Sin embargo, en la atención psicológica a niños se necesitan otras herramientas que permitan paliar sus carencias a este respecto ya que, según la edad, su pensamiento puede llegar a ser muy ilógico, intuitivo, egocéntrico y concreto, especialmente antes de los 6 años (Knell, 1998; citado en O'Connor et al., 2017). Por otra parte, el juego es un elemento esencial de acceso a las emociones, el pensamiento y la comprensión infantil del mundo, pero también estratégico en la elaboración de pensamientos y emociones, así como en la intervención.

Por ello, durante la infancia, el enfoque TCC de elección es la Terapia de Juego Cognitivo Conductual (Knell, 1998). Esta intervención une la TCC con la terapia de juego y ha sido diseñada para niños en edad preescolar y escolar, en la etapa de desarrollo comprendida entre los tres y los ocho años. Su eficacia ha sido demostrada en niños mayores y en estudios de caso con niños preescolares (Knell, 1998; citado en O'Connor et al., 2017).

La Terapia de Juego Cognitivo Conductual incluye la adaptación de técnicas con validación empírica para ser utilizadas en el juego con niños, tales como la desensibilización sistemática, el reforzamiento positivo, el desvanecimiento de estímulos, el entrenamiento en respiración y relajación, y la extinción. También se sirve del modelado, el juego de roles y las contingencias conductuales, utilizando para ello juguetes, peluches y títeres. El tratamiento incluye además técnicas para que el niño generalice lo aprendido a diferentes contextos, mantenga los resultados y se prevengan posibles recaídas. Según Knell (1998), a través del juego el niño puede ser partícipe activo en su propio proceso terapéutico y comunicar de manera directa el cambio cognitivo y conductual.

En el caso que se expone en el presente estudio y, debido a las restricciones por Covid-19 en España, se planteó la utilización de la TJCC desde los medios a nuestra disposición a través de la telepsicología. Pasaremos ahora a definir brevemente en qué consiste.

Telepsicología

Según la American Psychological Association (APA, 2013), la telepsicología se define como la prestación de servicios psicológicos empleando tecnologías a través de una variedad de formatos como dispositivos móviles, ordenadores, teléfonos, correo electrónico, entre otros. La comunicación entre el paciente y el terapeuta puede ser sincrónica (i.e., mediante una videoconferencia interactiva en tiempo real, una llamada telefónica) o asíncrona (i.e. email o mensajes). Cada vez es más frecuente la utilización de las aplicaciones digitales emergentes en los servicios de salud y educación en línea interactiva remota. El uso de estos servicios puede ayudar a salvar la distancia social y a mantener el apoyo a la salud mental y del comportamiento de los niños (Ye, 2020).

Son muchos los beneficios que se encuentran en la implementación de la telepsicología o terapia en línea en el proceso terapéutico de un paciente/cliente tanto de forma independiente como de forma complementaria a la terapia presencial (Yager, 2001). Entre estos beneficios destacan la superación de barreras geográficas, el aumento de oportunidad para las personas que, por diversos motivos, no pueden desplazarse, y personas con restricciones de tiempo, entre otros (Martin et al., 2020). Además, aquellas personas que no se sienten cómodas con la terapia presencial (por la presencia física del terapeuta o por considerarla estigmatizante) es más probable que vean la telepsicología como una oportunidad para vencer estas dificultades (Murphy y Mitchell, 1998) y, por tanto, para una intervención terapéutica.

Acerca de la efectividad de la Telepsicología, la investigación arroja resultados preliminares positivos y similares a los de la terapia presencial (Watts et al., 2020). Además, algunas revisiones preliminares apuntan a que la intervención mediante terapia online está avalada por evidencia (Wilkinson et al., 2008). El aumento del uso de las tecnologías de la información y la comunicación, pero so-

bre todo la pandemia por el virus SARS-CoV-2, ha supuesto un incremento exponencial de la utilización de la telepsicología que, seguramente, confirme una clara tendencia a que los profesionales utilicen y sigan utilizando en el futuro estos servicios en línea (APA, 2013).

No obstante, se trata de una modalidad de terapia no exenta de desafíos. En este sentido, los más frecuentemente citados en la literatura son de carácter ético y legal, pero también clínico como la falta de acceso a las señales no verbales, lo que puede ocasionar una dificultad para establecer una buena alianza terapéutica (Watts et al., 2020). Numerosos expertos en el campo también han expresado preocupaciones con respecto a las limitaciones en una intervención en crisis.

En cualquier caso, durante la cuarentena el uso de la atención psicológica mediante tecnología fue no sólo un recurso, sino el único recurso del que pudieron servirse las personas que necesitaron ayuda psicológica para aliviar su malestar y los terapeutas para poder brindar dicha ayuda.

Exposición del caso

Datos del usuario

La demanda de apoyo psicológico al Servicio de Psicología Aplicada de la UNED la hacen dos madres para su hijo varón de 5 años de edad. En la unidad familiar viven los tres miembros mencionados y el hermano pequeño de 22 meses. La atención se realizó a través de videoconferencia a lo largo de 6 sesiones de una hora de duración durante los meses de junio y julio.

Motivo de consulta

El motivo por el cual deciden pedir ayuda profesional es el miedo que empezó a manifestar el niño a la hora de salir de casa tras la etapa de confinamiento. El miedo a salir de casa era más intenso durante el día y cuando iban caminando. Asimismo, las madres referían que el niño pedía ir bajo un techo a la hora de salir a la calle, como por ejemplo en coche o dentro del carrito de su hermano. Estos miedos interferían de manera significativa en el día a día

familiar, lo que generó preocupación para sus madres, quienes no sabían cómo actuar ante dichas situaciones.

Otro de los motivos de consulta que exponían era el miedo que sentía el niño ante diferentes fenómenos meteorológicos. El miedo a salir de casa aumentaba en intensidad si ese día había algún indicador de lluvia o viento. Esta información la obtuvimos a partir de la observación de las madres en esas situaciones, quienes nos informaron de que el niño estaba muy pendiente de los fenómenos meteorológicos, mirando por la ventana y preguntando antes de salir a la calle o a la terraza si iba a llover o si hacía viento.

Evaluación

La principal herramienta empleada para la evaluación del caso fue la entrevista semiestructurada, tanto a las madres como al niño, mediante videoconferencia. En la entrevista semiestructurada, la terapeuta se guiaba por un esquema de preguntas, intercalando preguntas abiertas y cerradas.

La función de dicha entrevista fue la de obtener información clínica relevante. Se evaluó el motivo de consulta, se identificaron las conductas problema a nivel motor, cognitivo y fisiológico-emocional, así como las variables del individuo y del contexto que interferían en dichos comportamientos problema. Asimismo, durante la entrevista se recabó información de los reforzadores principales del niño con el objetivo de utilizarlos durante la intervención. Atendiendo a la edad del niño y a que las madres se encontraban presentes en las situaciones problemáticas, la mayor parte de la información fue obtenida a través de las madres.

Además de la entrevista, se utilizó el Autorregistro de situaciones para la recogida y el análisis de información. Las madres observaron el comportamiento del niño y cumplieron este Autorregistro semanal de manera individual con la siguiente información:

- Día y hora
- Situación: Contexto en que se daba la conducta problema
- ¿Qué hace el niño?

- ¿Qué hago yo?
- ¿Cómo termina la situación?
- Intensidad (0-10): Medida subjetiva de la intensidad de la situación
- Observaciones y comentarios.

Conductas problema y análisis funcional del caso

Tras la evaluación del caso, desde la información que aportan las madres, se observó que existían una serie de variables disposicionales (condiciones de la persona o el ambiente, relativamente estables, que pueden predisponer o precipitar la aparición de la conducta problema). Estas variables son las que se detallan a continuación.

- **Etapas de confinamiento:** El menor se encontró en una situación nueva que no había vivido con anterioridad en la cual se le explicó que no se podía salir a la calle por la presencia de un virus. Durante este periodo, se habituó a no salir de casa.

- **Miedos evolutivos:** Existen ciertos miedos evolutivos normales a esa edad. Concretamente, el miedo ante ruidos y algunos fenómenos meteorológicos.

- **Lugar de residencia:** Vivienda en una zona de vientos y lluvias fuertes que el niño presenciaba en diversas situaciones, siendo una zona afectada por la DANA.

- **Hermano de 22 meses:** A partir de la información obtenida a través de las madres, es posible que el menor demandara mayor atención desde el nacimiento de su hermano y que recibiera atención a través de la problemática.

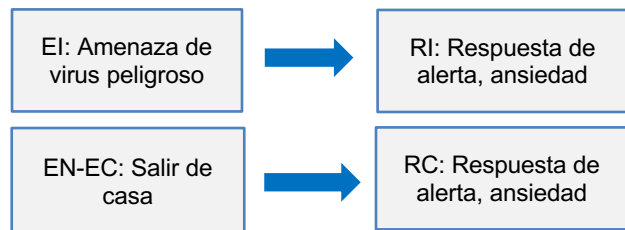
- **Nivel basal de activación fisiológica:** Alto nivel de activación fisiológica referido por las madres, que le describen como especialmente nervioso y asustadizo.

Se planteó una hipótesis sobre el origen de las conductas problema relacionada con una serie de aprendizajes en el menor que se detallan a continuación.

Durante el periodo de confinamiento, cambiaron sus rutinas y dejó de salir de casa. Se le explicó que no se podía salir porque fuera había un “bichito” que era peligroso y se tenían que proteger de él. Es posible que el niño fuera asociando una situación previamente neutra o apetitiva con una situación aversiva, aprendiendo a responder con ansiedad ante situaciones en las que previamente se había sentido tranquilo.

Figura 1.

Proceso de condicionamiento clásico explicativo de las reacciones de alerta y ansiedad ante salir de casa

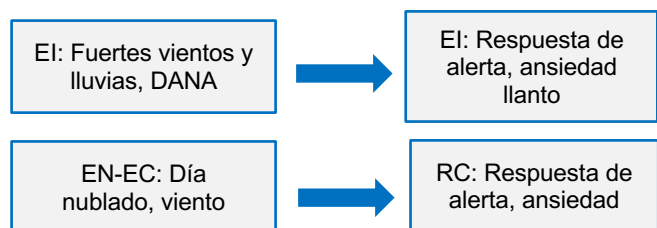


El estímulo incondicionado (EI) “situación de amenaza generada por un virus” provoca una respuesta incondicionada (RI) de ansiedad en el organismo. El estímulo neutro (EN) “salir de casa” se condiciona clásicamente y se convierte en un estímulo condicionado (EC) que genera una respuesta condicionada (RC) de ansiedad.

Por otro lado, durante su historia de aprendizaje estuvo en contacto con fenómenos meteorológicos adversos que, incrementaron su respuesta de malestar.

Figura 2.

Proceso de condicionamiento clásico explicativo de las reacciones de alerta y ansiedad ante determinados fenómenos meteorológicos



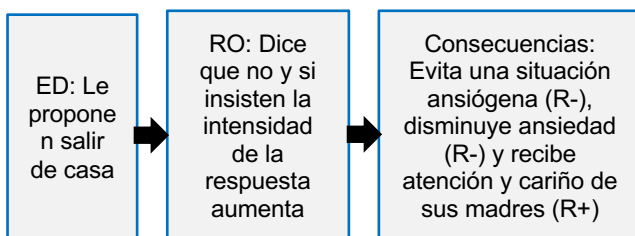
El niño presenció situaciones en lugares como la terraza de su casa o la playa con vientos y lluvias fuertes. Este estímulo incondicionado generaba en él una respuesta incondicionada de ansiedad. Se dio un condicionamiento clásico en el cual ciertos estímulos previamente neutros (día nublado o con algo de viento), se fueron transformando en estímulos condicionados que generaban una respuesta condicionada de ansiedad. Este aprendizaje se fue generalizando a otras situaciones como salir a la terraza e influyó en el miedo a salir de casa.

Puesto que la problemática se mantenía en el momento en que acudieron a terapia, se planteó la siguiente hipótesis sobre el mantenimiento de las conductas problema. A continuación, se presentan las principales cadenas funcionales analizadas.

- En primer lugar, situaciones en las que las madres proponían salir de casa para realizar alguna actividad, desencadenaban en su hijo una respuesta de ansiedad. Ante estas situaciones (estímulo discriminativo), el niño aprendió a negarse a ir y expresar el miedo que sentía (respuesta operante). Esta conducta se mantiene por las consecuencias que la siguen. No se expone a una situación ansiógena para él, reduce los niveles de activación, y recibe el cariño y la atención de sus madres. La conducta problema de evitación está mantenida por refuerzo positivo y negativo. Esta conducta se daba con menor frecuencia si la salida era en coche o en el carro de su hermano con la capota puesta. Asimismo, era más probable que no evitara la situación si la salida era por la noche y no había viento y/o lluvia.

Figura 3.

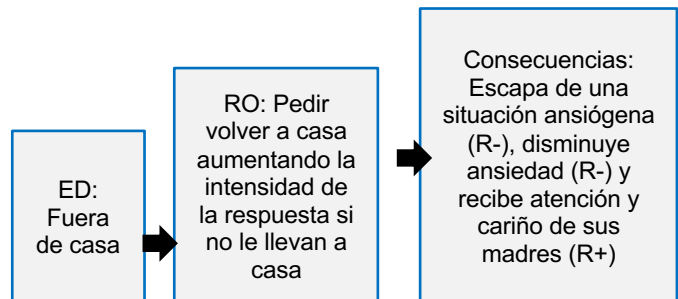
Proceso de condicionamiento operante explicativo de la conducta Pedir quedarse en casa



- En una segunda cadena funcional, vemos cómo en las situaciones en las que accedía a salir de casa, se daba una conducta de escape. Ante la situación de estar fuera de casa, aprendió a pedir a sus madres volver a casa y en algunos casos la intensidad de la respuesta aumentaba y aparecía un estallido de ira. La conducta se mantuvo por las consecuencias de escapar de una situación que le generaba malestar y reducir la respuesta de ansiedad, así como por refuerzo atencional. Nuevamente, la conducta se mantiene por refuerzo negativo y positivo. En esta cadena, vemos además cómo el momento en el que escapa de las situaciones es el momento de máxima ansiedad. Produciéndose una sensibilización a dichas situaciones y una incubación de la respuesta de ansiedad, siendo la misma cada vez más intensa.

Figura 4.

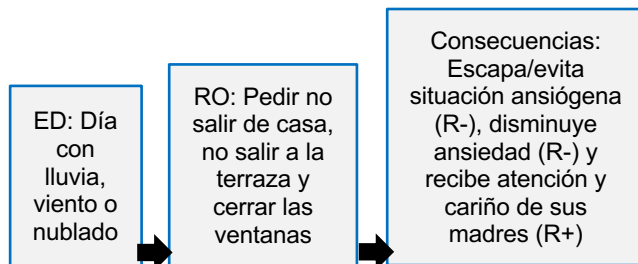
Proceso de condicionamiento operante explicativo de la conducta Pedir volver a casa



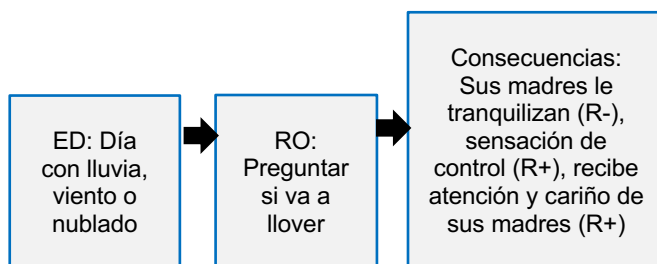
- En una tercera cadena funcional explicamos cómo la ansiedad ante fenómenos meteorológicos adversos se mantenía por evitación. En situaciones en las que estaba nublado, llovía o hacía viento, desencadenaba una respuesta condicionada de ansiedad y emitía respuestas operantes de evitación o de escape. Esas conductas, además de no salir a la calle o volver a casa, consistían en no salir a la terraza, pedir a sus madres que cerraran las ventanas, o preguntar si iba a llover. Su conducta iba seguida de las consecuencias de escapar de la situación, disminuir la respuesta de ansiedad, recibir atención, y sensación de control. La problemática se mantiene por refuerzo positivo y negativo.

Figura 5.

Proceso de condicionamiento operante explicativo de la conducta Pedir quedarse en casa con determinadas condiciones meteorológicas

**Figura 6.**

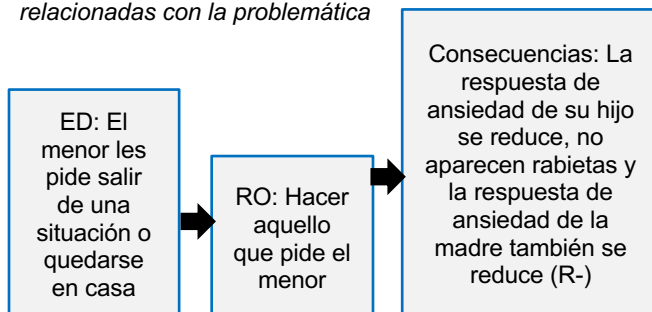
Proceso de condicionamiento operante explicativo de la conducta Preguntar sobre las condiciones meteorológicas



- En una última cadena funcional, se aprecia cómo para las madres estas situaciones eran muy aversivas. Por este motivo, emitían una respuesta operante de evitación y escape. Estas conductas se mantenían por refuerzo negativo, al obtener las consecuencias de reducir la respuesta de malestar de su hijo y de ellas mismas.

Figura 7.

Proceso de condicionamiento operante explicativo de la conducta Hacer la voluntad del menor en situaciones relacionadas con la problemática



Objetivos terapéuticos

Se plantearon los siguientes objetivos con las madres:

- Disminución de la respuesta de ansiedad en el niño ante la situación de salir de casa.
- Aumento de las actividades realizadas con el niño fuera de la vivienda.
- Disminución de la respuesta de ansiedad en el niño ante la presencia de viento, lluvia y nubes.
- Aumento de las actividades realizadas con el niño fuera de casa en presencia de viento, lluvia y nubes.

Tratamiento y técnicas de intervención

En la intervención se trabajó principalmente con las madres del menor, dada la edad del niño y la dificultad que supuso el trabajo con él mediante videoconferencia.

Durante el diseño del plan de intervención se seleccionaron las siguientes técnicas, que se enmarcan dentro del marco teórico de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) adaptadas a la TJCC:

- Psicoeducación y Reestructuración Cognitiva.
Al inicio de la intervención y como uno de los primeros pasos que indica la TJCC, se detalló a las madres el análisis del problema para que comprendieran las variables que lo mantenían y sobre las que se iba a trabajar. Se resolvieron dudas y se reestructuraron aquellas creencias irracionales que pudieran interferir en el cambio clínico.
- Entrenamiento en Respiración Abdominal y Relajación Muscular Progresiva
Empleamos la técnica de Respiración Abdominal como herramienta a utilizar en situaciones ansiógenas. Se entrenó al niño en una sesión con la ayuda de las madres, utilizándolas a ellas y a la terapeuta como modelo. Asimismo, se le entrenó en la técnica de Relajación Muscular Progresiva. Ambas técnicas se le enseñaron mediante juegos, adaptándolas a población infantil y basándonos en la TJCC.

Se pidió a las madres que practicasen ambas técnicas diariamente, con el objetivo de dominarlas y que pudieran ser una herramienta a la que recurrir en situaciones de exposición.

- Exposición con Prevención de Respuesta (escenificaciones emotivas) y Economía de Fichas

Realizamos una jerarquía de situaciones, que se ordenaron gradualmente de menor a mayor dificultad. Para la realización de esta jerarquía se utilizó el dibujo de un termómetro, de modo que el niño pudiera jerarquizar las situaciones con la ayuda de las madres. El criterio para pasar de un ítem de menor dificultad a otro de mayor dificultad era que el niño se mantuviera relajado (2 o menos en una escala de malestar 0-10) a lo largo de varios ensayos de exposición. En la Tabla 1 se exponen las situaciones jerarquizadas.

Tabla 1.

Secuencia de situaciones de exposición

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Salir a la puerta de casa 2. Ir a la calle frente a casa en el carrito de mi hermano 3. Ir a la calle frente a casa andando 4. Ir al parque en el carrito de mi hermano 5. Ir al parque andando 6. Ir a merendar al merendero al lado de la playa 7. Ir a la playa 8. Ir a la playa y bañarme 9. Salir de casa en un día nublado 10. Salir de casa en un día con viento 11. Salir de casa en un día con lluvia |
|---|

Se entrenó a las madres en el modo de proceder durante las exposiciones. Se les informó de la importancia de no abandonar la situación hasta que el niño se encontrara tranquilo y de utilizar las técnicas de reducción de la activación para permanecer en la situación hasta que se redujera el malestar. En las sesiones semanales, se anticipaban y resolvían dificultades que podrían surgir o que habían surgido durante la semana.

Como sistema de motivación, se utilizó una adaptación del método de economía de fichas ideado por el Instituto de Psicología Contextual Madrid (MICPSY) “Sé un super-

héroe”. Se planteó un juego en el cual se le contó al niño la historia de que él era un superhéroe que había sido elegido por “La Agencia Secreta de Superhéroes” para completar unas misiones que no iban a ser fáciles, pero eran necesarias. Se le explicó que completar las misiones haría que cada vez se pareciera más a superhéroes como Spiderman o Iron Man, que eran sus superhéroes preferidos.

En la adaptación que se hizo no se incluyeron “emotis” (en el sistema de MICPSY los “emotis” son personajes que representan las emociones). Asimismo, en el sistema de MICPSY se utilizan “poderes” como puntos que el niño obtiene al completar las misiones y que le ayudan a alcanzar su “enseña de superhéroe”. Adaptamos este método, de forma que en lugar de “poderes”, se planteó al niño que podría ir obteniendo partes de superhéroe coloreándolas en un mural. Cada vez que se completaba una de las “misiones”, el niño obtenía puntos de superhéroe y coloreaba con su madre una parte de superhéroe encima de un dibujo de sí mismo, empezamos por partes como un abrazo o una pierna, dejando para el final la parte de la cabeza. Poco a poco, el dibujo del niño iba cambiando al de un superhéroe conforme se exponía a situaciones. Otro de los aspectos importantes que se tuvieron en cuenta fue el acompañar la consecución de las misiones junto con el refuerzo atencional de las madres, quienes hacían comentarios del tipo “fíjate, cada vez te pareces más a un superhéroe”, “¡mira qué músculo y qué cara de superhéroe se te está poniendo!”.

Con el objetivo de aumentar el poder reforzante y la motivación del niño, en las salidas de casa se hacía una actividad que él eligiera y que anteriormente solía disfrutar. Algunos ejemplos fueron salir de casa para jugar con el coche teledirigido o para jugar con globos de agua en el parque. Conforme se avanzaba en los ítems de la jerarquía, las madres fueron enfrentando al niño a distintas situaciones con el mismo nivel de dificultad para generalizar el cambio a contextos variados.

De esta manera, las exposiciones se hicieron en forma de escenificaciones emotivas, siendo situaciones reforzantes en sí mismas y aumentando la motivación a exponerse a situaciones ansiógenas para él.

-Reforzamiento y extinción

De forma complementaria, se utilizó el manejo de contingencias con el objetivo de moldear la conducta del niño. Las madres reforzaron atencionalmente todas las aproximaciones a conductas adaptativas que se acercaban al objetivo que queríamos lograr. Le indicaban lo valiente que estaba siendo y cómo cada vez tenía más músculo de superhéroe. En los momentos en que aparecía la conducta problemática, las madres retiraban el refuerzo atencional, extinguiendo dicha conducta.

En sesión, la terapeuta reforzaba todas las aproximaciones sucesivas al objetivo terapéutico y se pedía al niño que enseñara sus logros en el mural de superhéroe.

-Modelado

Está comprobado que los niños también aprenden a través de la observación, siendo este otro de los puntos clave que señala la TJCC. Se utilizaron los modelos de las madres, la terapeuta, y superhéroes en la intervención.

Previamente a las situaciones de exposición, se le explicaba detalladamente al niño cómo iba a ser la “misión” y se realizaba un role-playing en casa utilizando a las madres como modelo de conducta.

En la Tabla 2 se especifican los procedimientos y técnicas que se utilizaron en cada una de las sesiones con el niño y las madres.

Tabla 2.

Número de sesiones de la intervención, técnicas y procedimientos empleados en cada una de ellas.

Sesión	Técnicas y Procedimientos en cada Sesión
1	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración del motivo de consulta. • Evaluación inicial con las madres a través de la entrevista clínica • Establecimiento de objetivos terapéuticos.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión del Autorregistro relleno por las madres durante la semana. • Evaluación con las madres y el niño a través de la entrevista clínica. • Entrenamiento en la técnica de respiración abdominal y en la técnica de relación muscular progresiva de Jacobson.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de las tareas de la semana y resolución de dudas y dificultades: entrenamiento en respiración abdominal y relajación progresiva de Jacobson. • Psicoeducación: devolución del análisis funcional a las madres y resolución de dudas. Explicación de los conceptos de extinción y reforzamiento de conductas, el concepto de aprendizaje por modelado, y la técnica de exposición con prevención de respuesta. • Reestructuración cognitiva de ideas erróneas acerca de la problemática. • Explicación del método de economía de fichas “Sé un superhéroe” elaborado por el Instituto de Psicología Contextual Madrid (MICPSY). • Elaboración de la jerarquía de exposición y planificación de las exposiciones a los dos primeros ítems de la jerarquía de exposición durante la semana.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión y resolución de las dificultades de las situaciones de exposición (ítems 1, 2, 3, 4) y reforzamiento de los avances. • Planificación de exposiciones a los ítems 5 y 6 durante la semana.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión y resolución de las dificultades de las situaciones de exposición (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) y reforzamiento de los avances. • Planificación de exposiciones a los ítems 8, 9, 10 y 11 durante la semana
6	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión y resolución de las dificultades de las situaciones de exposición (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) y reforzamiento de los avances. • Prevención de recaídas y cierre de la intervención.

Resultados

Se presentan los resultados obtenidos en dos bloques en base a los objetivos propuestos.

Bloque 1: Disminución de la respuesta de ansiedad en el niño ante la situación de salir de casa y aumento de las actividades realizadas con el niño fuera de la vivienda

Al finalizar la intervención, los niveles de ansiedad del menor ante las situaciones de salir de casa habían disminuido, pudiendo realizar las actividades que realizaba previamente a la aparición del problema. Esta información la obtuvimos a partir de la observación y registro de las madres de las diversas situaciones.

Para poder alcanzar los objetivos terapéuticos, las madres expusieron al menor a las situaciones de la jerarquía de exposición mencionadas previamente durante las cuales aparecieron algunas complicaciones que se fueron resolviendo en sesión. En los tres primeros ítems de la jerarquía aparecieron ciertas dificultades, puesto que el niño se negaba a salir de casa en algunas de las situaciones, y el tiempo que tardaban en salir de la vivienda era mucho mayor en estos inicios, además en algunas de las situaciones pedía volver a casa o se negaba a salir del coche o el carrito de su hermano. Para enfrentar estas dificultades, se utilizaron diferentes técnicas como son: role-playing previo a la situación donde a través de dibujos y escenificaciones se representaba lo que se iba a hacer durante la situación de exposición, de manera que los niveles de activación del niño disminuían; la aplicación de la economía de fichas, técnicas de reducción de la activación, o el manejo de contingencias de las madres, quienes fueron perfeccionando poco a poco la aplicación de las pautas que se les daba en sesión.

A partir del ítem 4, el menor se encontraba motivado a conseguir sus objetivos terapéuticos (o “misiones de la Agencia de Superhéroes”) y los niveles de activación ante los tres primeros ítems habían disminuido, por lo que aparecieron menos dificultades que previamente. En aquellas

situaciones en las que verbalizaba tener miedo o querer abandonar la situación, se le recordaba en qué consistía la misión y se le anticipaban los reforzadores a los que podría acceder una vez completada la misión, reforzando a su vez cada verbalización que iba en la línea de mantenerse en la situación y exponerse a ella.

Tras el ítem 7 de la jerarquía, el menor comenzó a acudir a un campamento urbano que le permitió generalizar lo aprendido a diversos contextos. De este modo, pudo exponerse a situaciones como salir de casa diariamente para ir a este campamento, bañarse en la piscina, y realizar actividades con niños sin estar bajo un techo en días en los cuales los fenómenos meteorológicos podían variar.

Bloque 2: Disminución de la respuesta de ansiedad en el niño ante la presencia de viento, lluvia y nubes y aumento de las actividades realizadas con el niño fuera de casa en presencia de viento, lluvia y nubes

Los objetivos relacionados con los ítems 9, 10 y 11, que incluían situaciones relacionadas con fenómenos meteorológicos, no se habían logrado con la misma eficacia al finalizar el periodo de atención en crisis en el mes de julio. En este momento, seguía habiendo situaciones relacionadas con la meteorología que generaban ansiedad en el menor, a las que no se había podido exponer llegada esa fecha.

Se pautó a las madres continuar exponiendo al niño a las situaciones indicadas utilizando las estrategias que ya conocían, de manera que cada vez se aproximaran más a los objetivos marcados: disminución de la respuesta de ansiedad en el niño ante la situación de salir de casa y aumento de las actividades realizadas con el niño fuera de la vivienda; y disminución de la respuesta de ansiedad en el niño ante la presencia de viento, lluvia y nubes, así como el aumento de las actividades realizadas con el niño fuera de casa bajo esas condiciones. En caso de que lo necesitaran, se les recomendó que acudieran nuevamente a tratamiento psicológico.

Se realizó un seguimiento del caso a los tres meses, en el que las madres del menor informaron de que los resultados logrados se mantenían. Asimismo, el niño se había expuesto a un mayor número de situaciones relacionadas con fenómenos meteorológicos (ítems 9, 10, y 11 de la jerarquía), se encontraba tranquilo en esas situaciones y había dejado de evitarlas.

Discusión

En el caso presentado se determinó la presencia de sintomatología fóbica en un niño de 5 años de edad manifestada a través del miedo a salir de casa tras el período de confinamiento por la COVID-19. La sintomatología, relatada por las madres del paciente, estaba relacionada con actividades realizadas fuera de la vivienda y ante situaciones meteorológicas desfavorables.

La intervención se diseñó a partir de la Terapia de Juego Cognitivo Conductual (TJCC) debido a la evidencia empírica con la que cuenta (Knell, 1998). Asimismo, se realizó en formato online (telepsicología) en base a los beneficios que nos aporta en una situación de pandemia mundial, y estando avalada científicamente su eficacia en estas intervenciones (Watts et al., 2020). Es preciso señalar que, dada la situación desencadenada por la COVID-19, no era posible realizar una intervención en formato presencial, siendo el formato online el único posible en este caso.

La consecución de los objetivos marcados, tanto del bloque 1 (los relacionados con salir de casa) como del 2 (relacionados con las condiciones meteorológicas), a lo largo de las 6 sesiones, arroja unos resultados interesantes, aunque necesariamente limitados, dado el carácter de caso único, respecto al uso de la TJCC a través de la telepsicología. Sin embargo, los logros conseguidos pueden equipararse a los obtenidos a través de la TJCC en otras intervenciones similares (Knell, 1998; citado en O'Connor et al., 2017) en formato presencial.

La generalización progresiva de los logros en ambos bloques enfatiza la importancia del trabajo realizado con las madres a través de la psicoeducación, en la línea con

lo señalado por Fernández (2009) respecto a la importancia de la participación de los progenitores en la intervención con menores de tan corta edad.

También es importante recordar que la intervención se realizó a través del servicio de atención en crisis, por lo que una vez finalizó este servicio se tuvo que concluir la intervención de manera prematura. Es posible que en otros casos de problemática similar en los que alguna de las condiciones cambiara (especialmente la gran implicación de las madres), la intervención hubiese requerido un mayor número de sesiones de tratamiento.

Las limitaciones del caso se refieren, por un lado, a la peculiaridad del contexto en el que tuvo lugar la intervención, un contexto nuevo sobre el que no se había investigado previamente. Así, se ha visto la dificultad de no contar con bibliografía ni referencias previas sobre las que apoyarse a la hora de planificar e intervenir.

Por otro lado, y a pesar de la evidencia empírica citada anteriormente acerca de la eficacia de la telepsicología, se encontraron algunas dificultades de cara a la intervención con el menor. La corta edad del niño dificultó la consecución de una atención sostenida durante las sesiones. Además, como ya indicaban Watts et al. (2020), la falta de acceso a las señales no verbales, ha podido ocasionar una dificultad para establecer una buena alianza terapéutica.

Para enfrentar estas dificultades, la terapia contó con el necesario apoyo de las madres durante las sesiones para mantener la atención y motivación del menor, así como en manualidades que realizaban desde casa con el niño y eran reforzantes para él. Respecto a la carencia de literatura, se decidió tomar como referencia intervenciones en situaciones de aislamiento geográfico, domiciliario u hospitalización (Flujas-Contreras et al., 2017; Flujas-Contreras y Gómez, 2017).

En lo que concierne a la objetividad de los resultados, sería de gran relevancia mejorar dicha objetividad en futuras intervenciones similares. Tanto en la fase de evaluación inicial como durante el proceso de intervención, se contó con la información proporcionada por las madres sin contar con medidas más objetivas. Se propone para intervenciones de características similares la colaboración de

un coterapeuta que cuente con la formación necesaria para que se pueda completar un registro en vivo de las conductas problema del menor. En este registro, sería necesario operativizar de manera clara las conductas a observar, recogiendo información tanto de la línea base durante la fase de evaluación inicial como de las conductas que se aproximen de forma sucesiva a los objetivos terapéuticos. Por otro lado, se propone la grabación en vídeo por parte de las madres de las conductas problema durante el proceso de evaluación, así como de las conductas adaptativas aprendidas a lo largo del proceso de tratamiento. De esta manera, podría contarse con un procedimiento dotado de mayor objetividad a través del cual el terapeuta pueda observar el cambio terapéutico a lo largo de las sesiones.

Por último, es importante señalar que, aunque no es posible hacer una generalización atendiendo a un solo caso, los resultados animan a considerar la telepsicología como una metodología muy prometedora para este tipo de situaciones, tanto como modalidad de intervención preferente en determinados casos (cuando se den serias dificultades para la atención presencial) como de manera complementaria con la atención presencial. Sería necesario crear recursos específicos para la población infanto-juvenil que nos permitan suplir las limitaciones de la terapia online vistas y poder asegurar así la calidad de las intervenciones.

Referencias

- American Psychology Association. (2013). Guidelines for the Practice of Telepsychology. *American Psychologist*, 68(9), 791–800
- Fernández, L. E. (2009). Ansiedad infantil e implicación de los padres: Una revisión [Childhood Anxiety and Parents' Involvement: A Review]. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y de la Salud*, 17(1), 67–87.
- Flujas-Contreras, J. M. y Gómez, I. (2017). Presentación del monográfico: Aplicaciones de las TICs a la evaluación y terapia infanto-juvenil [Presentation of the Monograph: Applications of ICTs to Infant-Adolescent Evaluation and Therapy]. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(3), 1–3.
- Flujas-Contreras, J. M., Ruiz-Castañeda, D., Botella, C. y Gómez, I. (2017). Un programa de bienestar emocional basado en Realidad Virtual y Terapia Online para enfermedades crónicas en infancia y adolescencia: La Academia Espacial [A Virtual Reality and Online Therapy Program for Emotional Wellbeing in Chronic Illness for Children and Adolescents: Space Academy]. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(3), 17–25.
- García, M. I. D., Fernández, M. Á. R. y Crespo, A. V. (2017). *Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Imran, N., Aamer, I., Sharif, M. I., Bodla, Z. H. y Naveed, S. (2020). Psychological Burden of Quarantine in Children and Adolescents: A Rapid Systematic Review and Proposed Solutions. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(5), 1106–1116. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.5.3088>
- Ismail, S. A., Saliba, V., Lopez Bernal, J., Ramsay, M. E. y Ladhani, S. N. (2020). SARS-CoV-2 Infection and Transmission in Educational Settings: A Prospective, Cross-sectional Analysis of Infection Clusters and Outbreaks in England. *The Lancet Infectious Diseases*, 21(3), 344–354. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30882-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30882-3).
- Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Fang, S. F., Jiao, F. Y., Pettoello-Mantovani, M. y Somekh, E. (2020). Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *The Journal of Pediatrics*, 221, 264–266. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>
- Knell, S. M. (1998). Terapia de juego cognitivo-conductual [Cognitive-Behavioral Play Therapy]. *Revista de Psicología Clínica Infantil*, 27(1), 28.

- Kosovsky, R. (2018). El abordaje de las terapias cognitivas en niños, adolescentes y familias. *Intersecciones Psi*, 12(27), 1-26.
- Liu, Q., Zhou, Y., Xie, X., Xue, Q., Zhu, K., Wan, Z., Wu, H., Zhang, J. y Song, R. (2020). The Prevalence of Behavioral Problems among School-Aged Children in Home Quarantine during the COVID-19 Pandemic in China. *Journal of Affective Disorders*, 279, 412-416. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.008>
- Martin, J. N., Millán, F. y Campbell, L. F. (2020). Telepsychology Practice: Primer and First Steps. *Practice Innovations*, 5(2), 114.
- Murphy, L. J. y Mitchell, D.L. (1998). When Writing Helps to Heal: E-mail as Therapy. *British Journal of Guidance and Counseling*, 26, 25-32. <https://doi.org/10.1080/03069889800760031>
- O'Connor, K. J., Schaefer, C. E. y Braverman, L. D. (2017). *Manual de terapia de juego*. El Manual Moderno.
- Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C. y Espada, J. P. (2020). Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in youth from Italy and Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, Artículo 579038 <https://doi.org/10.31234/osf.io/qaz9w>
- Saurabh, K. y Ranjan, S. (2020). Compliance and Psychological Impact of Quarantine in Children and Adolescents due to COVID-19 Pandemic. *Indian Journal of Pediatrics*, 87(7), 532-536. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03347-3>
- Schaefer, C. E. (2012). *Fundamentos de Terapia de Juego*. El Manual Moderno.
- Schonfeld, D. J. (2004). Are we Ready and Willing to Address the Mental Health Needs of Children? Implications from September 11th. *Pediatrics*, 113(5), 1400-14011. <https://doi.org/10.1542/peds.113.5.1400>
- Tosif, S., Neeland, M. R., Sutton, P., Licciardi, P. V., Sarkar, S., Selva, K. J., Lien, A. H. D., Donato, C., Toh, Z. Q., Higgins, R., Van de Sandt, C., Lemke, M. M., Lee, C. Y., Shoffner, S. K., Flanagan, K. L., Arnold, K. B., Mordant, F. L., Mulholland, K., Bines, J., ... y Crawford, N. W. (2020). Immune responses to SARS-CoV-2 in three children of parents with symptomatic COVID-19. *Nature Communications*, 11 (1), 1-8. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-19545-8>
- Watts, S., Marchand, A., Bouchard, S., Gosselin, P., Langlois, F., Belleville, G. y Dugas, M. J. (2020). Telepsychotherapy for Generalized Anxiety Disorder: Impact on the Working Alliance. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 208-225. <https://doi.org/10.1037/int0000223>
- Wilkinson, N., Ang, R. P. y Goh, D. H. (2008). Online Video Game Therapy for Mental Health Concerns: A Review. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(4), 370-382. <https://doi.org/10.1177/0020764008091659>
- Yager, J. (2001). E-mail as a therapeutic adjunct in the outpatient treatment of anorexia nervosa: Illustrative case material and discussion of the issues. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 125-138. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(200103\)29:2<125::aid-eat1002>3.0.co;2-s](https://doi.org/10.1002/1098-108x(200103)29:2<125::aid-eat1002>3.0.co;2-s)
- Ye, J. (2020). Pediatric Mental and Behavioral Health in the Period of Quarantine and Social Distancing With COVID-19. *JMIR Pediatrics and Parenting*, 3(2), Artículo e19867. <https://doi.org/10.2196/19867>

ESTADO DE SALUD EN ADOLESCENTES DE ESPAÑA, MÉXICO Y CHILE DURANTE LA COVID-19: UN ESTUDIO TRANSCULTURAL

HEALTH STATUS OF ADOLESCENTS IN SPAIN, MEXICO, AND CHILE DURING COVID-19: A CROSS-CULTURAL STUDY

ALICIA TAMARIT¹, KONSTANZE SCHOEPS¹,
CONSTANZA DEL ROSARIO², NANCY A. AMADOR ESPARZA³ E
INMACULADA MONTOYA-CASTILLA¹

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Tamarit, A., Schoeps, K., Del Rosario, C., Amador Esparza, N. A. y Montoya-Castilla, I. (2021). Estado de salud en adolescentes de España, México y Chile durante la COVID-19: un estudio transcultural [Health Status of Adolescents in Spain, Mexico, and Chile during COVID-19: A Cross-Cultural Study]. *Acción Psicológica*, 18(1), 107–120. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.29018>

Resumen

La pandemia provocada por la COVID-19 es una crisis sin precedentes en la historia reciente, cuyas consecuencias han tenido un impacto mundial. Una de las etapas más vulnerables a los efectos de esta emergencia sanitaria es la adolescencia, pues atraviesan un proceso vital de cambios en diversos aspectos de su vida, y la inestabilidad social y económica se suma como factor de riesgo a su ajuste psicosocial. Los estudios a nivel transcultural han tratado

de comparar y comprender las diferencias en la adaptación de los y las adolescentes a la pandemia en diferentes partes del mundo. El objetivo de este estudio fue analizar el estado de salud actual, en comparación con el estado de salud previo a la pandemia provocada por la COVID-19, en una muestra de adolescentes de España, México y Chile. Participaron 449 adolescentes (75.90 % chicas) de entre 12 y 17 años ($M= 15.37$; $DT= 1.09$). Se estudió su estado general de salud mediante un cuestionario ad hoc, y se realizaron análisis descriptivos y análisis de Chi-cuadrado. Los resultados muestran que los y las

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Alicia Tamarit, Universitat de València, España.

Email: alicia.tamarit@uv.es

ORCID: Alicia Tamarit (<http://orcid.org/0000-0002-8905-9994>), Konstanze Schoeps (<https://orcid.org/0000-0002-6312-7055>), Nancy A. Amador Esparza (<https://orcid.org/0000-0002-1178-8089>) e Inmaculada Montoya-Castilla (<https://orcid.org/0000-0003-2536-2019>).

¹ Universitat de València, España.

² Fundación Relaciones Inteligentes, Chile.

³ Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Mexico.

Recibido: 30 de mayo de 2021.

Aceptado: 28 de junio de 2021.

adolescentes de España, México y Chile, especialmente estos últimos, tienden a presentar una incidencia significativamente mayor de síntomas físicos y psicológicos durante la pandemia, en comparación a su estado de salud anterior a la aparición del coronavirus. Estos resultados enfatizan la necesidad de detectar las necesidades específicas de los y las adolescentes teniendo en cuenta su contexto social y cultural, para poder poner en marcha intervenciones destinadas a proteger su salud mental durante esta pandemia.

Palabras clave: COVID-19; síntomas físicos; síntomas psicológicos; salud mental; adolescentes.

Abstract

The pandemic caused by COVID-19 is an unprecedented crisis in recent history, which has had devastating consequences throughout the world. One of the populations most vulnerable to the effects of this health emergency are adolescents, as they are going through a life stage of profound changes in various aspects of their lives – social and economic instability adding as risk factors to the youth's psychosocial adjustment. Cross-cultural studies have tried to compare and understand the differences in the adaptation of adolescents to the pandemic in different parts of the world. The aim of this study was to analyse the current health status, in comparison with the health status prior to the pandemic caused by COVID-19, in a sample of adolescents from Spain, Mexico and Chile. A total of 449 adolescents (75.90 % girls) aged 12 to 17 years ($M = 15.37$; $SD = 1.09$) participated. Their general health status was studied by means of an ad hoc questionnaire, and descriptive analysis and Chi-square analysis were performed. The results show that, in general, adolescents in Chile tend to present a significantly higher incidence of physical and psychological symptoms during the pandemic, compared to their health status prior to the appearance of the coronavirus. These results emphasize the need to detect the specific needs of young people taking into account their social and cultural context, especially those who present worse health conditions in the most recent studies in psychology.

Keywords: COVID-19; physical symptoms; psychological symptoms; mental health; teenager.

Introducción

En diciembre de 2019 se identificó por primera vez un caso de COVID-19, la enfermedad provocada por el coronavirus SARS-CoV-2, en Wuhan, China (Sahu, 2020). El 11 de marzo de 2020, se declaró esta enfermedad como una pandemia a nivel mundial, marcando un hito en la historia que está dejando su huella en la humanidad, con un 10 % de la población mundial ya infectada en noviembre del 2020 (Cucinotta y Vanelli, 2020). Se trata de un suceso sin precedentes en la historia reciente, que ha obligado a gobiernos de todo el mundo a implementar medidas de urgencia para contener la transmisión del virus y reducir la tasa incremental de casos y muertes asociadas a la COVID-19, como las políticas de confinamiento y de restricción de la movilidad (Zhao et al., 2020). Su impacto en la economía, la sociedad y la salud mental ha alcanzado países de todo el mundo, demostrando que este virus no distingue culturas o fronteras (Cénat et al., 2020).

Los estudios acerca de las consecuencias de este virus han tenido en cuenta los efectos de la pandemia en diferentes países, calculando el impacto según las infraestructuras sanitarias, el nivel socioeconómico y la gestión política de cada país (Shonfeld et al., 2020). En España, se proclamó el estado de alarma el 14 de marzo de 2020, dando lugar a unas de las políticas de aislamiento social más duras de todo el mundo, solo permitiendo el inicio de la desescalada tras tres meses de confinamiento, de camino a la llamada «Nueva normalidad» (BOE 24/01/2020, 2020). Cada país estableció sus propias directrices de seguridad sanitaria, sin embargo, la mayoría de gobiernos actuaron en torno a las mismas fechas, conforme nuevos casos se iban confirmando en sus territorios (World Health Organization [WHO], 2020b).

En la primera semana de mayo del 2020, momento en el que se empezaron a recoger los datos de este estudio, se confirmaron 6.996 casos nuevos de COVID-19 en España, y 1.024 fallecidos a causa de la enfermedad (WHO, 2020a).

En México, el 30 de marzo se declaró el estado de emergencia sanitaria, a causa de las nuevas infecciones y muertes por coronavirus en el país, recomendando el confinamiento en el hogar y limitando la movilidad y las reuniones sociales. El 13 de mayo de 2020 comenzó el “Plan para el regreso a la nueva normalidad”, con un levantamiento progresivo de las restricciones aplicadas; el 1 de junio de 2020 comenzó la tercera fase de este plan, que todavía sigue vigente en noviembre del 2020. La primera semana de mayo de 2020, había un recuento de casos de 10.786 y 1.188 muertes a causa de la enfermedad (WHO, 2020a).

En Chile, el 18 de marzo de 2020 se declaró el estado de catástrofe nacional, se instauró un toque de queda y se limitó la movilidad, utilizando el confinamiento domiciliario como una de las medidas de protección ciudadana ante la pandemia (Gobierno de Chile, 2020). El 19 de julio se anunció oficialmente el plan de desconfinamiento llamado “Paso a Paso”, que sigue vigente en noviembre del 2020, con restricciones en la movilidad y toque de queda a partir de las 12h durante la noche (Mauricio, 2020). En la primera semana de mayo del 2020, se registraron 8.784 nuevos casos y 57 muertes asociadas a la enfermedad (WHO, 2020a).

Entre estos tres países, en la primera semana de mayo España era el país con mayor número de casos por habitante (46.94 millones de personas), seguido de México (126.20 millones) y de Chile (18.73 millones) (The World Bank, 2019).

Estas medidas, sumando el confinamiento domiciliario, el aislamiento social, el cierre de negocios y escuelas, la desestabilización de la economía y de la vida diaria, han hecho mella en la salud mental de las personas en todo el planeta (Extremera, 2020; Vinkers et al., 2020).

La adolescencia es un período de cambios a nivel físico y psicológico, en la que deben adaptarse a la inestabilidad de su entorno, identidad y estado emocional, lo que supone atravesar una época de mayor vulnerabilidad psicológica (Salguero et al., 2012). En tiempos de pandemia, los y las adolescentes están experimentando otras formas de inestabilidad: el cierre de centros educativos, el confinamiento en sus hogares junto a sus familiares, el aislamiento de su

entorno social, que es una de sus principales prioridades, y la incertidumbre a nivel económico y político, aumentando su vulnerabilidad (Liang et al., 2020).

Entre estas nuevas formas de inestabilidad han surgido nuevas variables de estudio asociadas a cómo los y las adolescentes están lidiando con la pandemia. Haber experimentado algún suceso estresante no asociado a la COVID-19 (Horesh et al., 2020) y dedicar varias horas al día a buscar información sobre el coronavirus a través de internet (Taylor et al., 2020). Que exista algún caso, o fallecimiento, en su entorno cercano o haber pasado la enfermedad, son estresores que se suman a la situación de crisis global que están viviendo (Tamarit et al., 2020). Todo ello supone una fuente de ansiedad que puede suponer un riesgo para su salud mental (Liang et al., 2020).

Una de las áreas que más se puede ver afectada son los síntomas a nivel cognitivo: el aislamiento social y la ruptura de rutinas puede afectar al funcionamiento cognitivo normal (Palmer, 2019), influyendo en la percepción del tiempo o la atención. Puesto que el mantenimiento de rutinas es un factor protector en la adolescencia, se ha observado que la ruptura de hábitos provocada por la pandemia ha tenido un impacto negativo en otras áreas relacionadas con la salud, como los hábitos alimenticios o la práctica del ejercicio físico (Ren et al., 2020). La atención a estos síntomas es clave en la adolescencia, y es todavía más importante tener en cuenta la vulnerabilidad añadida que supone la ruptura de rutinas durante la pandemia (Davis et al., 2020). La alteración en estas rutinas, que se estudian como un factor clave para el mantenimiento del bienestar emocional en la adolescencia, afecta especialmente al sueño: en cantidad, como el número de horas totales de sueño durante el día y la noche; y en calidad, como la presencia de pesadillas o despertares nocturnos (Erades et al., 2020). Debido a los problemas en las relaciones sociales y familiares que han podido surgir durante la pandemia, los y las adolescentes han podido perder el apoyo social que funcionaba como factor protector antes de la crisis sanitaria (Zysberg y Zisberg, 2020). También se ha observado un mayor uso de dispositivos electrónicos, especialmente como forma de entretenimiento en el hogar y el uso diario de redes sociales (Wiederhold, 2020). Durante la pandemia, se ha observado un fenómeno especialmente agudo en adolescentes: la evasión a través del uso de internet y

las redes sociales, que se ha asociado con síntomas de depresión, ansiedad, problemas de sueño y sentimientos de soledad (Fernandes et al., 2020). También se ha observado un consumo más elevado de fármacos y otras sustancias, que no solo ha aumentado en la población general, sino que ha empeorado los síntomas de personas que presentaban síntomas previos de adicción a sustancias (Ornell et al., 2020).

Teniendo en cuenta estas investigaciones, el objetivo principal de este estudio fue analizar los cambios en el estado de salud percibido por los y las adolescentes en referencia al estado previo a la pandemia provocada por la COVID-19, en una muestra de adolescentes de España, México y Chile. Para ello, se establecen dos objetivos secundarios: 1) analizar los cambios en el estado de salud que perciben los adolescentes como consecuencia de la pandemia o el confinamiento, y 2) estudiar las diferencias en el estado de salud de los y las adolescentes de España, México y Chile.

Método

Participantes

Participaron 449 adolescentes, 75.90 % chicas, 22.30 % chicos y 1.80 % de otros géneros, con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años ($M = 15.37$; $DT = 1.09$). Los y las participantes pasaron el confinamiento en España ($n = 174$; 38.80 %), México ($n = 83$; 18.50 %) y Chile ($n = 192$; 42.80 %). Los criterios de selección fueron: (a) edad comprendida entre los 12 y los 17 años, (b) haber vivido durante la pandemia en España, México o Chile, y (c) haber obtenido una puntuación menor del 25 % en la Escala de Infrecuencia de Oviedo (INF-OV; Fonseca-Pedrero et al., 2010).

VARIABLES e instrumentos

Las características sociodemográficas se evaluaron mediante preguntas *ad hoc*, con preguntas acerca del género, la edad y el país de residencia. También se preguntó acerca de condiciones relacionadas con la pandemia provocada por la COVID-19 (Tabla 1).

El estado general de salud se evaluó mediante 21 preguntas ad hoc. Se pide que la persona responda si ciertos indicadores de salud ocurren 1= mucho menos que antes de la pandemia; 2= menos que antes, 3= igual que antes, 4= más que antes, o 5= mucho más que antes. Estos indicadores corresponden a diversas áreas de salud: cognitiva (e.g., “Me concentro”), temporal (e.g., “El tiempo pasa lento para mí”), motora (e.g., “Mis movimientos son rápidos”), relacionada con la comida (e.g., “Estoy comiendo sano”), con el sueño (e.g., “Tengo pesadillas”), con las relaciones sociales y familiares (e.g., “Mis relaciones sociales son satisfactorias”), con el consumo (e.g., “Consumo fármacos/ medicamentos”), con el uso de nuevas tecnologías (e.g., “Utilizo dispositivos electrónicos”), y la realización de ejercicio físico (e.g., “Hago ejercicio físico”).

La infrecuencia en las respuestas se evaluó a través de la Escala de Infrecuencia de Oviedo (INFO-OV) (Fonseca-Pedrero et al., 2010), que detecta aquellos y aquellas participantes que contestan aleatoriamente a los cuestionarios. Esta escala está compuesta por 12 ítems tipo Likert de 5 puntos. Se eligieron cuatro de los doce ítems (e.g., “Conozco a gente que lleva gafas”), y los y las participantes que obtuvieron una puntuación superior al 25% en la escala fueron eliminados.

Procedimiento

Este estudio ha seguido las directrices del código ético de la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013) y tiene la aprobación del comité ético de la Universidad de Valencia. La plataforma de respuesta de cuestionarios incluye un consentimiento para participar de forma anónima en el estudio.

Los datos se recogieron a través de la plataforma de encuestas de la Universitat de València, Limesurvey, en los meses de mayo, junio y julio del 2020, durante la situación de pandemia provocada por la COVID-19. El contacto de cada país se realizó a través de la universidad o entidades interesadas en difundir el estudio. Una persona responsable de cada país difundió la encuesta solicitante los consentimientos informados de los padres y madres o tutores legales de los y las participantes, siendo todas las

partes informadas del anonimato y la confidencialidad en el uso de sus datos, confirmando que su participación en el estudio era voluntaria.

Análisis

Se realizaron estadísticos descriptivos para estudiar las características de los y las participantes. Para evaluar su estado de salud, se realizó un análisis de Chi-cuadrado a través de tablas de contingencia entre cada par de países: España-México, España-Chile y México-Chile, con el que se analizó si existían diferencias significativas en la distri-

Tabla 1.

Características sociodemográficas de las muestras de España, México y Chile

	España N= 171 n (%)	México N=83 n (%)	Chile N=192 n (%)	España- México χ^2 (gl)	España- Chile χ^2 (gl)	México- Chile χ^2 (gl)
Género						
Chicas	120 (69)	59 (71.10)	162 (84.40)	0.56 (2)	21.77*** (2)	14.03** (2)
Chicos	53 (30.50)	24 (28.90)	23 (12)			
Otros géneros	1 (0.60)	0	7 (3.60)			
¿Se ha producido algún suceso estresante en tu entorno más cercano?						
Sí	24 (13.79)	19 (23.17)	65 (33.85)	3.51 (1)	19.96*** (1)	3.09 (1)
No	150 (86.21)	63 (76.83)	127 (66.15)			
¿Cuánto tiempo dedicas al día a buscar información relacionada con el coronavirus?						
Menos de 30 minutos	145 (83.33)	54 (76.06)	161 (83.85)	7.37 (3)	1.87 (3)	5.05 (3)
De 30 minutos a 1 hora	19 (10.92)	14 (19.72)	21 (10.94)			
De 1 a 2 horas	3 (1.72)	3 (4.23)	6 (3.13)			
Más de 2 horas	7 (4.02)	0	4 (2.08)			
¿Alguien de tu familia tiene o ha tenido el coronavirus?						
No	130 (75.14)	47 (71.21)	140 (72.92)	2.88 (3)	2.90 (3)	0.54 (3)
No es confirmado, pero creo que sí	10 (5.78)	6 (9.09)	18 (9.38)			
Sí, confirmado	18 (10.40)	10 (15.15)	23 (11.98)			
No sé	15 (8.67)	3 (4.55)	11 (5.73)			
¿Tienes o has tenido coronavirus?						
No	147 (84.97)	62 (93.94)	180 (93.75)	4.96 (3)	8.54* (3)	3.21 (3)
No es confirmado, pero creo que sí	7 (4.05)	1 (1.52)	5 (2.60)			
Sí, confirmado	1 (0.58)	1 (1.52)	0			
No sé	18 (10.40)	2 (3.03)	7 (3.65)			
¿Alguien cercano a ti ha muerto por coronavirus?						
Sí	12 (6.94)	12 (18.18)	7 (3.60)	6.69* (1)	2.00 (1)	15.21*** (1)
No	161 (93.06)	54 (81.82)	185 (96.40)			

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$. *** $p < .001$

bución de los y las participantes según su estado de salud actual en comparación con el de antes de la pandemia.

Resultados

Análisis descriptivos

Se han realizado análisis descriptivos para estudiar las características de los y las participantes (Tabla 1). En

cuanto al género, hay una mayoría de chicas en España, México y Chile (69 %, 71.10 % y 84.40 % respectivamente), siendo esta distribución significativamente distinta entre España y Chile y entre México y Chile. En todos los países hay más de un 10% de participantes que ha vivido un suceso estresante no directamente relacionado con la pandemia (13.79 % en España, 23.17 % en México y 33.85 % en Chile), la distribución significativamente diferente entre España y Chile. Aunque la mayoría de participantes dedica menos de 30 minutos al día a buscar información sobre el coronavirus, en España un 4.02 % dedican

Tabla 2.

Comparación del estado de salud entre España, México y Chile

		España N=171 n (%)	México N=83 n (%)	Chile N=192 n (%)	España-México $\chi^2(2)$	España-Chile $\chi^2(2)$	México-Chile $\chi^2(2)$
<i>Síntomas cognitivos</i>							
1. Me concentro	1. Menos que antes	97 (55.75)	50 (70.42)	158 (82.29)	5.15	31.90***	7.87**
	2. Igual que antes	55 (31.61)	17 (23.94)	20 (10.42)			
	3. Más que antes	22 (12.64)	4 (5.63)	14 (7.29)			
2. Estoy alerta/me sobresalto	1. Menos que antes	32 (18.39)	18 (25.35)	64 (33.33)	2.88	13.42**	1.55
	2. Igual que antes	91 (52.30)	29 (40.85)	69 (35.94)			
	3. Más que antes	51 (29.31)	24 (33.80)	59 (30.73)			
3. Tengo problemas para aprender	1. Menos que antes	32 (18.39)	15 (21.13)	21 (10.94)	0.69	45.44***	21.85***
	2. Igual que antes	86 (49.43)	31 (43.66)	42 (21.88)			
	3. Más que antes	56 (32.18)	25 (35.21)	129 (67.19)			
<i>Percepción del tiempo</i>							
4. El tiempo pasa lento para mí	1. Menos que antes	55 (31.61)	16 (22.54)	63 (32.81)	2.07	11.63***	9.47**
	2. Igual que antes	54 (31.03)	24 (33.80)	32 (16.67)			
	3. Más que antes	65 (37.36)	31 (43.66)	97 (50.52)			
5. El tiempo pasa rápido para mí	1. Menos que antes	359 (3.91)	35 (49.30)	94 (48.96)	6.39*	16.71***	0.71
	2. Igual que antes	55 (31.61)	13 (18.31)	28 (14.58)			
	3. Más que antes	60 (34.48)	23 (32.39)	70 (36.46)			
6. Tengo claro el día en que estoy	1. Menos que antes	94 (54.02)	41 (57.75)	162 (84.38)	1.08	40.97***	24.40***
	2. Igual que antes	65 (37.36)	22 (30.99)	27 (14.06)			
	3. Más que antes	15 (8.62)	8 (11.27)	3 (1.56)			
<i>Síntomas motores</i>							
7. Mis movimientos son rápidos (agitación)	1. Menos que antes	49 (28.16)	28 (39.44)	96 (50.00)	2.98	29.15***	8.41**
	2. Igual que antes	107 (61.49)	37 (52.11)	64 (33.33)			
	3. Más que antes	18 (10.34)	6 (8.45)	32 (16.67)			
8. Mis movimientos son lentos (inhibición)	1. Menos que antes	29 (16.67)	13 (18.31)	37 (19.27)	3.85	55.58***	14.90***
	2. Igual que antes	114 (65.52)	38 (53.52)	56 (29.17)			
	3. Más que antes	31 (17.82)	20 (28.17)	99 (51.56)			

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$. *** $p < .001$

más de 2 horas al día a esta tarea, un 2.08 % en Chile, mientras que en México nadie dedica esta cantidad de tiempo a la búsqueda de información. Hay un porcentaje considerable de casos confirmados de coronavirus en la familia, un 10.40% en España, 15.15 % en México y 11.98 % en Chile, aunque de los y las participantes solo un 0.58% ha enfermado de coronavirus en España, un 1.52% en México y ninguno confirmado en Chile. Sobre personas cercanas que han fallecido a causa del coronavirus, hay un 6.94 % en España, un 12 % en México y un

18.18 % en Chile, y esta distribución es significativamente distinta entre España y México y entre España y Chile.

Estado de Salud

Se preguntó a los y las adolescentes acerca de su estado de salud actual, para que valoraran las diferencias en rela-

Tabla 3.

Comparación del estado de salud entre España, México y Chile (continuación)

		España N=171	México N=83	Chile N=192	España-México	España-Chile	México-Chile
		n (%)	n (%)	n (%)	$\chi^2(2)$	$\chi^2(2)$	$\chi^2(2)$
<i>Alimentación</i>							
9. Estoy comiendo sano	1. Menos que antes	36 (20.69)	25 (35.21)	93 (48.44)	6.73*	34.99***	3.96**
	2. Igual que antes	87 (50.00)	33 (46.48)	75 (39.06)			
	3. Más que antes	51 (29.31)	13 (18.31)	24 (12.50)			
10. Mi apetito es...	1. Menos que antes	31 (17.82)	26 (36.62)	61 (31.77)	12.47***	46.58***	8.08***
	2. Igual que antes	93 (53.45)	23 (32.39)	37 (19.27)			
	3. Más que antes	50 (28.74)	22 (30.99)	94 (48.96)			
<i>Sueño</i>							
11. Mi sueño es reparador	1. Menos que antes	67 (38.51)	33 (46.48)	139 (72.40)	7.78*	42.68***	20.75***
	2. Igual que antes	71 (40.80)	16 (22.54)	34 (17.71)			
	3. Más que antes	36 (20.69)	22 (30.99)	19 (9.90)			
12. Tengo pesadillas	1. Menos que antes	43 (24.71)	30 (42.25)	36 (18.75)	8.53**	20.30***	17.97***
	2. Igual que antes	98 (56.32)	27 (38.03)	78 (40.63)			
	3. Más que antes	33 (18.97)	14 (19.72)	78 (40.63)			
13. Me despierto por la noche	1. Menos que antes	28 (16.09)	21 (29.58)	22 (11.46)	21.73***	10.80**	16.38***
	2. Igual que antes	96 (55.17)	16 (22.54)	83 (43.23)			
	3. Más que antes	50 (28.74)	34 (47.89)	87 (45.31)			
<i>Social</i>							
14. Mis relaciones sociales son satisfactorias	1. Menos que antes	35 (20.11)	33 (46.48)	115 (59.90)	17.57***	59.72***	3.89
	2. Igual que antes	110 (63.22)	31 (43.66)	61 (31.77)			
	3. Más que antes	29 (16.67)	7 (9.86)	16 (8.33)			
15. Mis relaciones familiares son satisfactorias	1. Menos que antes	29 (16.67)	17 (23.94)	80 (41.67)	3.86	27.36***	8.62**
	2. Igual que antes	102 (58.62)	32 (45.07)	77 (40.10)			
	3. Más que antes	43 (24.71)	22 (30.99)	35 (18.23)			
16. Discuto con las personas con las que convivo	1. Menos que antes	32 (18.39)	18 (25.35)	30 (15.63)	1.80	5.04	4.20
	2. Igual que antes	84 (48.28)	29 (40.85)	76 (39.58)			
	3. Más que antes	58 (33.33)	24 (33.80)	86 (44.79)			

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabla 4
Comparación del estado de salud entre España, México y Chile (continuación)

		España N=	México	Chile N	España-	España-	México-
		171	N=83	=192	México	Chile	Chile
		n (%)	n (%)	n (%)	$\chi^2(2)$	$\chi^2(2)$	$\chi^2(2)$
<i>Consumo fármacos</i>							
17. Consumo fármacos/ medicamentos	1. Menos que antes	37 (21.26)	34 (47.89)	40 (20.83)	18.67	9.41**	19.34
	2. Igual que antes	130 (74.71)	33 (46.48)	127 (66.15)			
	3. Más que antes	7 (4.02)	4 (5.63)	192 (13.02)			
<i>Uso de las tecnologías</i>							
18. Paso tiempo en redes sociales	1. Menos que antes	12 (6.90)	4 (5.63)	11 (5.73)	0.27	6.47*	5.81
	2. Igual que antes	35 (20.11)	16 (22.54)	21 (10.94)			
	3. Más que antes	127 (72.99)	51 (71.83)	160 (83.33)			
19. Utilizo dispositivos electrónicos	1. Menos que antes	5 (2.87)	2 (2.82)	1 (0.52)	10.68***	4.69*	21.85***
	2. Igual que antes	23 (13.22)	22 (30.99)	18 (9.38)			
	3. Más que antes	146 (83.91)	47 (66.20)	173 (90.10)			
<i>Ejercicio físico</i>							
20. Hago ejercicio físico	1. Menos que antes	64 (36.78)	31 (43.66)	115 (59.90)	7.90*	23.69	6.59*
	2. Igual que antes	39 (22.41)	24 (33.80)	39 (20.31)			
	3. Más que antes	71 (40.80)	16 (22.54)	38 (19.79)			
21. Disfruto con la actividad física	1. Menos que antes	32 (18.39)	26 (36.62)	93 (48.44)	9.49**	37.71***	3.02
	2. Igual que antes	94 (54.02)	28 (39.44)	59 (30.73)			
	3. Más que antes	48 (27.59)	17 (23.94)	40 (20.83)			

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$. *** $p < .001$

ción al estado en el que se encontraban antes de la pandemia provocada por la COVID-19 (Tabla 2).

Síntomas cognitivos. En cuanto a su concentración, hay un porcentaje de respuestas más elevado en “menos que antes”, y las puntuaciones se distribuyen de forma significativamente distinta entre España (55.75 %) y Chile (82.29 %), y entre México (70.42 %) y Chile, siendo este último país el que los y las adolescentes presentan mayor disminución de la concentración. Los y las adolescentes de los tres países indican que se sobresaltan igual que antes (52.30 % en España, 40.85% en México y 35.94 % en Chile), siendo esta distribución significativamente distinta entre España y Chile. Tanto España (49.43 %) como México (43.66 %) indican que tienen mayoritariamente los mismos problemas para aprender que antes de la pandemia, mientras que en Chile tienen “más que antes” (67.19 %), siendo esta distribución significativamente distinta entre España y Chile y entre México y Chile.

Percepción del tiempo. Las personas participantes de todos los países señalan que el tiempo pasa más lento, la distribución es significativamente distinta entre España (37.36 %) y Chile (43.66 %), y entre México (50.52 %) y Chile. En cuanto a las puntuaciones que indican que el tiempo pasa más rápido, en España se agrupan de forma similar en las tres alternativas de respuesta, ligeramente mayores en “más que antes” (34.48 %), mientras que en Chile (49.30 %) y México (48.96 %) se agrupan mayoritariamente en “menos que antes”; la distribución significativamente distinta entre España y México y entre España y Chile. Hay una respuesta mayoritaria a que los y las adolescentes tienen menos claro el día en el que están, y las puntuaciones se distribuyen de forma significativamente distinta entre España (54.02 %) y Chile (57.75 %), y entre México (84.38 %) y Chile.

Síntomas motores. España (61.49 %) y México (52.11 %) indican que sus movimientos son igual de rápidos que antes, y para Chile (51.56 %), los movimientos

son más lentos que antes; siendo la distribución significativamente distinta entre España y Chile, y entre México y Chile.

Síntomas relacionados con la alimentación. Los y las adolescentes indican que están comiendo igual de sano en España (50 %) y México (46.48 %), y menos sano en Chile (48.44 %), y la distribución es significativamente distinta entre todos los países. Los tres países se diferencian en su nivel de apetito, que es igual que antes en España (53.45 %), menor en México (36.62 %) y mayor en Chile (48.96 %).

Síntomas relacionados con el sueño. En cuanto a si el sueño es reparador, hay puntuaciones mayores en “igual que antes” en España (40.80 %), y “menor que antes” en México (46.48 % y Chile (72.40 %), con distribuciones significativamente distintas en los tres países. También se distribuyen significativamente diferente las puntuaciones acerca de las pesadillas, son iguales que antes en España (56.32 %), menores en México (42.25 %), y en Chile hay la misma puntuación en “igual que antes” y “más que antes” (40.63 % en ambas alternativas). En cuanto a despertares nocturnos, en España hay mayores puntuaciones en “igual que antes” (55.17 %); y en México (47.89 %) y Chile (45.31 %) en “más que antes”, todas las puntuaciones con una distribución significativamente distinta.

Área social. Las relaciones sociales son mayoritariamente igual de satisfactorias para las personas participantes de España (63.22 %), pero menos satisfactorias para las de México (46.48 %) y Chile (59.90 %), con puntuaciones distribuidas de forma significativamente diferente para España y Chile y México y Chile. En cuanto a las relaciones familiares, son mayoritariamente igual de satisfactorias que antes para los y las adolescentes de España (58.62 %) y México (45.07 %), y menos satisfactorias que antes para los y las de Chile (59.90 %), con puntuaciones distribuidas de forma significativamente distinta entre España y Chile, y entre México y Chile. En lo relativo a discusiones con personas convivientes, en España (48.28 %) y México (40.85 %), hay mayores puntuaciones en “igual que antes”, y en Chile, “más que antes” (44.79 %), y no hay diferencias significativas en la distribución entre países.

Consumo de fármacos. Las personas participantes de España (74.71 %) y Chile (66.15 %) señalan que consumen fármacos y medicamentos generalmente igual que antes, mientras que en México el consumo es menor (47.89 %), con una distribución significativamente diferente entre España y Chile.

Uso de las tecnologías. Los y las adolescentes de los tres países señalan que pasan más tiempo en redes sociales (72.99 % en España, 66.20 % en México y 83.33 % en Chile), y la distribución es significativamente diferente entre España y Chile. Lo mismo ocurre con la utilización de dispositivos electrónicos (83.91 % en España, 66.20 % en México y 90.10 % en Chile), aunque las puntuaciones son distintas de forma significativa en los tres países.

Ejercicio físico. En España, las puntuaciones se agrupan en “más que antes” en la realización de ejercicio físico (40.80 %), y “menos que antes” para México (43.66) y Chile (59.90), de forma significativa entre España y México y Chile y México. En cuanto al disfrute de la actividad física, es mayoritariamente igual en España (54.02 %) y México (39.44 %) y menor en Chile (48.44 %), con puntuaciones distribuidas de forma significativamente diferente entre España y México y España y Chile.

Discusión

Este estudio tiene como objetivo analizar los cambios en el estado de salud percibidos por los y las adolescentes en referencia al estado previo a la pandemia provocada por la COVID-19, en una muestra de adolescentes de España, México y Chile.

El primer objetivo específico se centraba analizar los cambios en el estado de salud que perciben los adolescentes como consecuencia de la pandemia o el confinamiento. En cada país, más de una décima parte de los y las participantes habían experimentado un suceso estresante no directamente relacionado con la pandemia. Para aquellos y aquellas adolescentes que hayan vivido esta situación, supone una suma de estresores vitales en unos tiempos que son estresantes por sí mismos, lo cual puede asociarse a un aumento de síntomas psicológicos (Tamarit et al., 2020).

Aunque la mayoría de participantes de los tres países dedican menos de media hora al día a la búsqueda de información relativa a la pandemia, en España y Chile hay un porcentaje de adolescentes que pasan más de dos horas al día en esta tarea. Estos resultados muestran la importancia de detectar aquellos casos, en los que existen conductas frecuentes de búsquedas relacionadas con el coronavirus, ya que está relacionado con el aumento de síntomas de ansiedad y estrés asociados a la pandemia (Taylor et al., 2020). De entre los y las participantes, más de una décima parte en cada país ha indicado casos confirmados de coronavirus en su familia, y en los tres países ha habido fallecimientos de personas cercanas a causa de la COVID-19, lo que puede suponer un impacto a nivel emocional en los y las adolescentes, dificultando así su capacidad para ajustarse a esta crisis (Horesh et al., 2020; Tamarit et al., 2020).

El segundo objetivo secundario consistió en estudiar las diferencias que hay en el estado de salud de los y las adolescentes de España, México y Chile. En cuanto a los síntomas cognitivos, los resultados indican que hay una mayor incidencia de problemas de concentración y para aprender en Chile, en comparación con España y México, y no parece haber diferencias en la frecuencia con la que se sobresaltan en relación a cómo perciben que estaban antes de la pandemia, lo cual puede ser indicativo de que no se sienten actualmente en estado de alerta, en comparación a cómo estaban antes de la COVID-19. Estos resultados indican que la atención a los síntomas cognitivos podría ser más urgente en Chile, aunque en los tres países hay adolescentes que perciben que presentan más síntomas que antes de la pandemia, y es recomendable profundizar en esta evaluación en próximos estudios transculturales, debido al riesgo para su salud mental que esto supone (Palmer, 2019).

Respecto a la percepción del tiempo, los tres países indican que el tiempo pasa más lento, y que tienen menos claro el día en el que están, aunque en España hay una tendencia a percibir que el tiempo pasa más deprisa que antes. Esto puede ser un indicador de que en este país hay una mayor confusión acerca de su percepción del tiempo; aunque en todos los países ha habido una ruptura de rutinas y dificultad de establecer una estructura estable en sus acti-

vidades diarias, en España parece que ha afectado más a su percepción del tiempo (Ren et al., 2020).

Los síntomas motores de España y México parecen mantenerse similares a antes de la pandemia, sin embargo, en Chile perciben que sus movimientos son más lentos que antes. Es posible que exista una interacción entre los síntomas cognitivos y motores, de nuevo enfatizando la necesidad de atender a esta población que parece presentar necesidades especiales de acuerdo a su vulnerabilidad ante las consecuencias de la pandemia.

En cuanto a la alimentación, se observa que en México perciben que comen igual de sano que antes, pero presentan un menor apetito en general, y en Chile indican comer menos sano y presentar un mayor apetito. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de una actuación temprana y diferenciada en esta área, en concreto en México y Chile, para prevenir los posibles problemas asociados a estos síntomas, que pueden responder a problemas emocionales surgidos como consecuencia del impacto psicológico que ha provocado la pandemia (Davis et al., 2020).

Los resultados acerca del sueño parecen mostrar grandes diferencias según el país. En España manifiestan los mismos síntomas que antes de la pandemia, y en México hay una menor calidad del sueño y una mayor presencia de despertares nocturnos. En Chile presentan un sueño menos reparador, más incidencia de pesadillas y más despertares nocturnos, lo que puede relacionarse con los síntomas de mayor incidencia en este país que se han detectado anteriormente. De nuevo, adolescentes chilenos y chilenas parecen presentar una mayor necesidad de atención psicológica en sus síntomas de salud, que se reflejan en alteraciones en el sueño, probablemente debido a la ruptura en el mantenimiento de rutinas y la combinación de estos síntomas físicos y psicológicos (Erades et al., 2020).

Mientras que las relaciones sociales y familiares en España se presentan como generalmente igual de satisfactorias que antes, en México las relaciones sociales se muestran menos satisfactorias, y para Chile los problemas de relaciones tanto sociales como familiares parecen haber empeorado durante la pandemia, incluyendo las discusiones con personas convivientes. Estos factores combinados han podido aumentar la vulnerabilidad de adolescentes de

México y Chile, ya que el apoyo social es un factor protector clave a estas edades, y su ausencia puede incrementar la sensación de soledad y aislamiento que ya es más prevalente durante la cuarentena (Zysberg y Zisberg, 2020).

Pese a que se ha observado un aumento en el consumo de fármacos y otras sustancias (Ornell et al., 2020), esto no se ha reflejado en estos resultados; España y Chile reportan un consumo similar a antes de la pandemia, mientras que en México indican que consumen menos que antes.

No obstante, los resultados sí van en la línea de lo que indica la literatura en cuanto al uso de dispositivos electrónicos y actividad en redes sociales, donde es mayor en los tres países. Estos resultados enfatizan la importancia de actuar sobre estos síntomas, ya que se ha observado una tendencia generalizada al uso excesivo de estos recursos como medio de escape psicológico, y puede convertirse en una fuente de problemas como la adicción a internet, el abuso de redes sociales o la comorbilidad con trastornos emocionales ya prevalentes en la adolescencia, como la depresión o la ansiedad (Fernandes et al., 2020).

Respecto a la realización de ejercicio físico, en España lo practican más a menudo que antes, mientras que esta práctica es menor en México y Chile, siendo en este último país donde se indica un menor disfrute de la realización de ejercicio en comparación a antes de la pandemia. Estos resultados, junto con los síntomas observados en los tres países, especialmente en Chile, subrayan la importancia de concienciar a la adolescencia en el establecimiento de rutinas saludables como un factor de protección de su salud mental en tiempos de pandemia (Ren et al., 2020).

Este estudio contribuye a las investigaciones sobre el impacto de la crisis sanitaria en la salud psicológica y física durante la adolescencia, detectando aquellos factores de riesgo que es preciso atender debido a su relación con problemas de salud mental, y también los factores protectores que cabe reforzar a la hora de establecer políticas de protección y atención a la salud mental de la adolescencia durante la pandemia provocada por la COVID-19. Es importante el trabajo multidisciplinar de profesionales de la salud para contribuir a potenciar estos factores, como la

inteligencia emocional, pues puede ser una aliada a la hora de mejorar el ajuste psicológico en esta situación de crisis (Extremera, 2020). La acción conjunta de instituciones gubernamentales y organismos de investigación es clave a la hora de diseñar estrategias precisas que se focalicen en aquellos aspectos que juegan un papel más relevante en el ajuste psicológico durante la adolescencia a esta situación sin precedentes.

Pese a las contribuciones a la literatura que supone este estudio, presenta algunas limitaciones. En primer lugar, sigue un diseño transversal, con datos recogidos en un solo tiempo. La única medida de comparación entre el estado de salud actual y el anterior de los y las adolescentes es su percepción. Por ello, es recomendable interpretar con cautela los resultados, teniendo en cuenta que lo que indican es cómo perciben los y las adolescentes su propio estado de salud, en relación a antes de la pandemia. Consideramos la investigación relevante en la medida que nuestra propia percepción puede afectar a nuestra manera de afrontar las situaciones. La segunda limitación consiste en las medidas utilizadas: se trata de autoinforme, por lo que se recomienda para futuros estudios incluir instrumentos de evaluación objetivos para obtener una medida más fiable del estado de salud de los y las adolescentes.

Este estudio pretende poner de manifiesto la importancia de la atención a la salud mental en la adolescencia, especialmente en tiempos de inestabilidad e incertidumbre. La pandemia provocada por la COVID-19 está lejos de ser erradicada, de modo que es una necesidad para los y las profesionales de la psicología actuar de inmediato para paliar el impacto psicológico de esta crisis en la adolescencia en todo el mundo. Se recomienda realizar estudios a nivel transcultural para poder aportar el mayor rigor científico a la hora de diseñar programas de intervención dirigidos a adolescentes de diferentes países, cada uno en su contexto cultural y social. Gracias a la intervención conjunta de profesionales de todo el mundo, se podrán reunir todos los recursos posibles y así proteger la salud mental de los y las adolescentes durante esta crisis sanitaria.

Referencias

- BOE 24/01/2020. (2020). *Boletín Oficial del Estado*. *Boletín Oficial Del Estado*, 61561–61567.
- Cénat, J. M., Noorishad, P. G., Blais-Rochette, C., McIntee, S. E., Mukunzi, J. N., Darius, W. P., Broussard, C., Morse, C., Ukwu, G. y Menelas, K. (2020). Together for Hope and Resilience: A Humanistic Experience by the Vulnerability, Trauma, Resilience and Culture Lab Members during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Loss and Trauma*, 25(8), 643–648. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1774704>
- Cucinotta, D. y Vanelli, M. (2020). WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*, 91(1), 157–160. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397>
- Davis, C., Ng, K. C., Oh, J. Y., Baeg, A., Rajasegaran, K. y Chew, C. S. E. (2020). Caring for Children and Adolescents With Eating Disorders in the Current Coronavirus 19 Pandemic: A Singapore Perspective. *Journal of Adolescent Health*, 67(1), 131–134. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.037>
- Erades, N., Morales, A. y Hernández, U. M. (2020). Impacto psicológico del confinamiento por la COVID-19 en niños españoles: un estudio transversal [Confinement by COVID-19 and Associated Stress Can Affect Children's Well-Being]. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 27–34. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2041>
- Extremera, N. (2020). Coping with the stress caused by the COVID-19 pandemic: future research agenda based on emotional intelligence [Afrontando el estrés causado por la pandemia COVID-19: futura agenda de investigación desde la inteligencia emocional]. *Revista de Psicología Social*, 35(3), 631–638. <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.1783857>
- Fernandes, B., Biswas, U. N., Tan-mansukhani, R., Vallejo, A. y Essau, C. A. (2020). The Impact of COVID-19 Lockdown on Internet Use and Escapism in Adolescents. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 59–65. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2056>
- Fonseca-Pedrero, E., Wells, C., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Villazón-García, Ú., Sierra, S., García-Portilla González, M. P., Bobes, J. y Muñiz, J. (2010). Measurement Invariance of the Reynolds Depression Adolescent Scale across Gender and Age. *International Journal of Testing*, 10(2), 133–148. <https://doi.org/10.1080/15305050903580822>
- Gobierno de Chile. (2020). *Información técnica*. Retrieved November 13, 2020, from <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/informe-tecnico/>
- Horesh, D., Kapel Lev-Ari, R. y Hasson-Ohayon, I. (2020). Risk Factors for Psychological Distress during the COVID-19 Pandemic in Israel: Loneliness, Age, Gender, and Health Status Play an Important Role. *British Journal of Health Psychology*, 25(4), 925–933. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12455>
- Liang, L., Ren, H., Cao, R., Hu, Y., Qin, Z., Li, C. y Mei, S. (2020). The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health. *Psychiatric Quarterly*, 1163, 1–12. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09744-3>
- Mauricio, C. L. (2020). Concepts for Good Decision-Making in the COVID-19 Pandemic in Chile. *Revista Chilena de Infectología*, 37, 170–172. <https://doi.org/10.4067/s0716-10182020000200170>
- Ornell, F., Moura, H. F., Scherer, J. N., Pechansky, F., Kessler, F. H. P. y von Diemen, L. (2020). The COVID-19 Pandemic and its Impact on Substance Use: Implications for Prevention and Treatment. *Psychiatry Research*, 289, Artículo 113096. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113096>

- Palmer, B. W. (2019). The Effects of Loneliness and Social Isolation on Cognitive Functioning in Older Adults: A Need for Nuanced Assessments. *International Psychogeriatrics*, 31(4), 447–449. <https://doi.org/10.1017/S1041610218001849>
- Ren, H., He, X., Bian, X., Shang, X. y Liu, J. (2020). The Protective Roles of Exercise and Maintenance of Daily Living Routines for Chinese Adolescents During the COVID-19 Quarantine Period. *Journal of Adolescent Health*, 68(1), 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.026>
- Sahu, P. (2020). Closure of Universities Due to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Impact on Education and Mental Health of Students and Academic Staff. *Cureus*, 12(4), Artículo e7541. <https://doi.org/10.7759/cureus.7541>
- Salguero, J. M., Palomera, R. y Fernández-Berrocal, P. (2012). Perceived Emotional Intelligence as Predictor of Psychological Adjustment in Adolescents: A 1-year Prospective Study. *European Journal of Psychology of Education*, 27(1), 21–34. <https://doi.org/10.1007/s10212-011-0063-8>
- Shonfeld, M., Shonfeld, M., Yildiz, M. y Judge, M. (2020). Learning in the COVID-19 crisis: A Cross-cultural Alignment Model. *EdMedia + Innovate Learning*, 2020(1), 1152–1155.
- Tamarit, A., de la Barrera, U., Mónaco, E., Schoeps, K. y Montoya-Castilla, I. (2020). Psychological impact of COVID-19 Pandemic in Spanish adolescents: Risk and Protective Factors of Emotional Symptoms. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 7(3), 73–80. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2037>
- Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D. y Asmundson, G. J. G. (2020). COVID Stress Syndrome: Concept, Structure, and Correlates. *Depression and Anxiety*, 37(8), 706–714. <https://doi.org/10.1002/da.23071>
- The World Bank. (2019). *Population, total* | Data. Recuperado el 16 de noviembre de 2020 de <https://data.worldbank.org/indicador/SP.POP.TOTL>
- Vinkers, C. H., van Amelsvoort, T., Bisson, J. I., Branchi, I., Cryan, J. F., Domschke, K., Howes, O. D., Manchia, M., Pinto, L., De Quervain, D., Schmidt, M. V. y van der Wee, N. J. A. (2020). Stress Resilience during the Coronavirus Pandemic. *European Neuropsychopharmacology*, 35, 12–16. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.05.003>
- Wiederhold, B. K. (2020). Using Social Media to Our Advantage: Alleviating Anxiety During a Pandemic. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(4), 197–199. <https://doi.org/10.1089/cyber.2020.29180.bkw>
- World Health Organization. (2020a). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. Recuperado el 16 de noviembre de 2020 de <https://www.who.int/>
- World Health Organization. (2020b). WHO director-general's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 march 2020. Recuperado el 16 de noviembre de 2020 de <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *Journal of American Medical Association (JAMA)*, 310(20), 2191–2194.
- Zhao, W., Zhang, J., Meadows, M. E., Liu, Y., Hua, T. y Fu, B. (2020, June 15). A Systematic Approach is Needed to Contain COVID-19 globally. *Science Bulletin*, 65, 876–878. <https://doi.org/10.1016/j.scib.2020.03.024>
- Zysberg, L. y Zisberg, A. (2020). Days of Worry: Emotional Intelligence and Social Support Mediate

Worry in the COVID-19 Pandemic. *Journal of Health Psychology*, 1-10.
<https://doi.org/10.1177/1359105320949935>

RESILIENCIA Y SATISFACCIÓN VITAL DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN ESPAÑA: SU RELACIÓN CON VARIABLES EMOCIONALES Y SOCIODEMOGRÁFICAS

RESILIENCE AND LIFE SATISFACTION DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN SPAIN: THE RELATIONSHIP BETWEEN EMOTIONAL AND SOCIO-DEMOGRAPHIC VARIABLES

LOURDES LÓPEZ DE LA LLAVE¹,
ANDRÉS LÓPEZ DE LA LLAVE¹, LAURA MORAL-BOFILL¹ Y
CARMEN PÉREZ-LLANTADA¹

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

López de la Llave, L., López de la Llave, A., Moral-Bofill, L. y Pérez-Llantada, C. (2021). Resiliencia y satisfacción vital durante la pandemia por COVID-19 en España: su relación con variables emocionales y sociodemográficas [Resilience and Life Satisfaction during the COVID-19 Pandemic in Spain: The Relationship between Emotional and Socio-Demographic Variables]. *Acción Psicológica*, 18(1), 121–134. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.28386>

Resumen

La preocupación por el impacto psicológico que pueda tener la pandemia de COVID19 se refleja en el creciente número de investigaciones realizadas. El objetivo de este estudio fue medir el nivel de resiliencia y de satisfacción con la vida en una muestra de población adulta ($n = 572$) y conocer aquellas variables que pueden estar relacionadas

con la capacidad de afrontamiento y con el bienestar subjetivo. Los resultados indican que las medidas de depresión se relacionan negativamente con la resiliencia ($r = -.404$) y con la satisfacción con la vida ($r = -.427$), y las de ansiedad, también negativamente, con la resiliencia ($r = -.308$) y con la satisfacción con la vida ($r = -.426$). Los ANOVA muestran diferencias estadísticamente significativas ($p < .01$) entre resiliencia y satisfacción vital, con las variables relaciones sociales, tiempo de ocio

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Lourdes López de la Llave, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Email: llopez@talavera.uned.es

ORCID: Lourdes López de la Llave (<https://orcid.org/0000-0001-7859-3043>), Andrés López de la Llave (<https://orcid.org/0000-0001-8862-5168>), Laura Moral-Bofill (<https://orcid.org/0000-0002-3548-4485>) y Carmen Pérez-Llantada (<https://orcid.org/0000-0001-8277-252X>).

¹ Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Recibido: 30 de febrero de 2021.

Aceptado: 8 de junio de 2021.

y expectativas sobre el impacto futuro de la pandemia. Estos resultados pueden ayudarnos en el diseño e implementación de intervenciones que promuevan el bienestar.

Palabras clave: Resilience; life satisfaction; COVID-19; adults.

Abstract

Concern about the psychological impact of the COVID-19 pandemic is reflected in the growing number of investigations being carried out. This study aimed to measure the levels of resilience and life satisfaction in a sample of the adult population ($n = 572$) and to understand which variables may be related to the ability to cope and subjective well-being. The results indicate that measures of depression are negatively related to resilience ($r = -.404$) and life satisfaction ($r = -.427$), and measures of anxiety are also negatively related to resilience ($r = -.308$) and life satisfaction ($r = -.426$). The ANOVA shows statistically significant differences ($p < .01$) between resilience and life satisfaction, with the variables social relationships, leisure time and expectations of the future impact of the pandemic. These results can help us design and implement measures that promote well-being.

Keywords: Resilience; life satisfaction; COVID-19; adults.

Introducción

La investigación sobre las consecuencias de la adversidad generalmente se enfoca en los efectos negativos sobre la salud y el bienestar, pero la falta de recursos de resiliencia y de estrategias de afrontamiento puede ser tan perjudicial para el bienestar como la situación adversa en sí misma. Aunque la experiencia del estrés tiene la capacidad de sensibilizar a las personas a estresores futuros, lo que resulta en un mayor daño, también puede conducir al desarrollo de resiliencia y mayor bienestar (Höltge et al., 2018).

Los seres humanos hemos evolucionado para responder a las situaciones de estrés de manera adaptativa afron-

tando los desafíos y condiciones adversas. Sin embargo, no todas las personas pueden manejar con éxito el estrés y adaptarse fácilmente a las nuevas circunstancias, por lo que es probable que el impacto de la pandemia actual sobre la incidencia y la gravedad de los trastornos relacionados con el estrés será muy heterogéneo (Vinkers et al., 2020).

Las experiencias adversas son una parte inevitable de la vida y por eso es de crucial importancia no solo estudiar su impacto negativo, sino también comprender su potencial para prosperar. Se necesita investigación continua para identificar los mecanismos subyacentes involucrados en el desarrollo de la resiliencia y para diseñar intervenciones preventivas que aumenten los recursos personales para afrontar la adversidad (Joyce et al., 2018).

Los primeros resultados de las investigaciones llevadas a cabo en todo el mundo acerca del impacto psicológico de la pandemia por la COVID-19, indican un aumento significativo de trastornos emocionales (ansiedad y depresión) y estrés en la población general, probablemente generados por la incertidumbre y el miedo (Roy et al., 2020; Rubin y Wesseley, 2020; Tian et al., 2020; Wang et al., 2020).

En España, el estudio de Sandín y colaboradoras (2020), encontró niveles elevados de impacto emocional reflejado en los miedos al coronavirus, problemas de sueño, y síntomas emocionales (preocupación, estrés, desesperanza, depresión, ansiedad, nerviosismo, e inquietud). En el mismo estudio, también se recogen las principales experiencias positivas vividas durante el confinamiento. Un porcentaje elevado de participantes había experimentado en alto grado nuevas experiencias positivas, como aprender a valorar más las actividades al aire libre (más del 50 % la muestra), interesarse más por otras personas, valorar más la importancia de las relaciones interpersonales, preocuparse más por el futuro, apreciar el valor de dedicar más tiempo a la familia, etc.

En otra de las investigaciones llevadas a cabo en España, González-Sanguino y colaboradores (2020) indican que el 18.7 % de la muestra sufría depresión, el 21.6 % ansiedad y el 15.8 % síntomas de estrés posttraumático (TEPT). En este estudio, se asociaron con mayor sintoma-

tología en las tres variables: el género femenino, los diagnósticos previos de problemas de salud mental o trastornos neurológicos, habiendo síntomas asociados con el virus, o aquellos con un pariente cercano infectado. Los modelos predictivos revelaron que el mayor protector de la sintomatología fue el bienestar espiritual, mientras que la soledad fue el predictor más fuerte de depresión, ansiedad y TEPT.

El estudio de Balluerka y colaboradores (2020) concluye que el malestar psicológico ha aumentado en todos los grupos considerados en su investigación. Si se atiende a la dimensión de ansiedad/miedo, destacan particularmente tres ítems en los que el incremento de la proporción de personas que han empeorado es realmente muy elevado: la incertidumbre, la preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave (COVID-19 u otras), y la preocupación por perder seres queridos. También se observó un aumento de gravedad en las variables del espectro depresivo, incluyendo sentimientos pesimistas o de desesperanza, y soledad.

Considerando estos resultados, vemos como la pandemia ha tenido un impacto negativo sobre la población general en cuanto al empeoramiento del estado emocional y el aumento de malestar psicológico, derivados de la preocupación, el miedo, la incertidumbre y el estrés. Pero también se ha encontrado un aumento significativo de experiencias positivas que podrían actuar como protectoras o moderadoras de ese impacto negativo. Entre ellas cabe destacar la apreciación de las relaciones sociales y las actividades al aire libre o el bienestar espiritual. De esta forma podría esperarse que emociones como la ansiedad y la depresión se relacionaran de forma negativa con la resiliencia y la satisfacción con la vida, mientras que aquellas variables que podemos denominar, como protectoras, tendrían una relación positiva con esos constructos.

La resiliencia se ha definido de muchas formas, contemplando este constructo como resultado, como estrategia de afrontamiento y como rasgo de personalidad. También existe debate sobre si la resiliencia se refiere solo a resultados positivos o si se incluye también el regreso a la línea base después de la adversidad (Fisher et al., 2018; Intema et al., 2019; Infurna y Luthar, 2018).

La American Psychological Association (APA) define la resiliencia como un proceso de recuperación de experiencias difíciles y de adaptación ante la adversidad, el trauma, la tragedia, amenazas o fuentes importantes de estrés (APA, 2011). Esta definición recoge la característica de «rebote» que varios investigadores señalan como una de las cualidades centrales de resiliencia (Carver, 1998; Smith et al., 2008). Así, la resiliencia puede considerarse como un continuo que iría desde la baja resiliencia (poca capacidad de recuperación) hasta la alta resiliencia (fuerte capacidad de recuperación). Teniendo en cuenta que la pandemia por la COVID-19 es sin duda una importante fuente de estrés, esta sería la definición más adecuada para dar cuenta de la capacidad de adaptación y recuperación en la población general frente a la adversidad.

Por otro lado, en el estudio del bienestar psicológico, hay consenso sobre la necesidad de distinguir y evaluar por separado, elementos emocionales y cognitivos. El bienestar subjetivo incluiría tanto el estado emocional actual como la evaluación más general sobre el grado de satisfacción con la vida. Mientras que el estado emocional se muestra como muy variable y más centrado en la experiencia a corto plazo, el segundo aspecto se refiere a un concepto más amplio (en términos de tiempo) y con una perspectiva más estable (Vázquez et al., 2013). El concepto de satisfacción con la vida sería una medida cognitiva referida a un juicio global de la experiencia de vida en general (Diener et al., 1985).

En nuestro estudio, la resiliencia, entendida como capacidad de adaptación, se considera una medida sujeta a variaciones en función de las experiencias adversas (pasadas, presentes y futuras). Mientras que la satisfacción con la vida es una medida más estable a lo largo del tiempo y también relativamente independiente de las circunstancias, al estar basada en un juicio sobre la experiencia de la vida en general. Respecto a la relación entre ambas medidas, sería de esperar que aquellas personas más satisfechas con su vida tuvieran mejores recursos de afrontamiento y mayor resiliencia. Además, las personas más resilientes tendrán mejores recursos personales y mayor satisfacción con su vida.

Tabla 1.

Variables e indicadores del cuestionario.

Variables*	Indicadores
<i>Expectativas impacto pandemia</i>	Expectativas negativas acerca del impacto que tendrá la pandemia en el futuro, tanto a nivel personal como en la sociedad en general, en un rango de respuesta de 0 a 10.
<i>Impacto de la pandemia sobre la salud</i>	Grado de afectación en la salud que ha tenido la pandemia: Sin síntomas de COVID-19, con síntomas compatibles con COVID-19, hospitalizados por COVID-19
<i>Impacto de la pandemia sobre la economía</i>	Grado de afectación en la economía personal/familiar que ha tenido la pandemia, teniendo en cuenta los ingresos y la situación laboral
<i>Relaciones sociales</i>	Participación en redes sociales y número de relaciones interpersonales durante el confinamiento, tanto presenciales como virtuales, excluyendo a los miembros de la unidad de convivencia
<i>Recursos de ocio</i>	Frecuencia semanal de actividades de ocio durante el confinamiento (música, dibujo-pintura, fotografía/vídeo, lectura, escritura, hobbies como manualidades, jardinería..., videojuegos, actividad física)

Nota: * Las variables se categorizaron en tres niveles (poco, algo, mucho), sumando las puntuaciones de las respuestas de cada uno de los indicadores y estableciendo los puntos de corte para cada nivel.

La presente investigación analiza las relaciones entre la resiliencia, y la satisfacción con la vida, con diversas variables (sociodemográficas, indicadores del impacto de la pandemia sobre los ingresos y la salud, expectativas sobre el posible impacto personal y social de la pandemia en el futuro, relaciones sociales y actividades de ocio durante el confinamiento, ansiedad y depresión). El objetivo es medir el nivel de resiliencia y de satisfacción con la vida en una muestra de población adulta y conocer aquellas variables que pueden influir en la capacidad de afrontamiento al estrés y la adversidad.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 572 personas (120 hombres y 452 mujeres), con edades comprendidas entre los 18 y los 73 años, ($M = 41.39$, $DT = 12.05$), que participaron voluntariamente en la investigación facilitando su consentimiento marcando una casilla al responder a la encuesta. El 74.3 % de la muestra tenía estudios universitarios. Antes de la situación de confinamiento, el 75.25 % de los participantes estaba trabajando.

Instrumentos

La medida de las variables de interés se obtuvo mediante la cumplimentación de los siguientes instrumentos:

Cuestionario sobre el impacto de la pandemia COVID-19. Las cuestiones se formularon a partir de la revisión de publicaciones internacionales sobre el impacto psicológico de la pandemia por COVID-19 y de otras situaciones de desastre, aparecidas antes del inicio de este estudio (e.g., Duan y Zhu, 2020; Kukihara et al., 2014; Lee et al., 2019; Macedo et al., 2014; Rajkumar, 2020). El cuestionario resultante recogía información sobre género, edad, nivel de estudios, profesión y situación laboral anterior a la situación de confinamiento, además de las variables que se muestran en la Tabla 1. El contenido completo de la encuesta se encuentra en el Anexo A.

Estado emocional durante el confinamiento. Se desarrollaron dos escalas *ad hoc*, con 5 ítems cada una, en un rango de respuesta de 0 a 10. Se partió de los criterios para el diagnóstico de trastornos de ansiedad y depresión del DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). Primero se elaboró un listado de síntomas de cada categoría, eligiéndose un total de 8 síntomas para ansiedad y de 10 para depresión. Este listado se propuso a un grupo de cuatro expertos (psicólogos sanitarios) que descartaron dos de

los ítems en el caso de ansiedad y cuatro en depresión. El instrumento resultante fue aplicado a un grupo de 10 personas y, tras el análisis de sus respuestas se eliminó una pregunta en cada escala. Ambas escalas mostraron una fiabilidad de Alfa de Cronbach = 0.92.

Versión española de la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS) de Diener (Vázquez et al., 2013). La SWLS consta de cinco ítems con alternativa de respuesta múltiple entre 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo) y ofrece una única puntuación que evalúa el juicio global sobre la satisfacción con la vida.

Versión española de la escala de resiliencia Brief Resilience Scale (BRS) de Smith et al. (Rodríguez-Rey et al., 2016). Está compuesta por 6 ítems que se responden en una escala de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). Las posibles puntuaciones oscilan entre 6-30 y una puntuación más alta indica un mayor grado de resiliencia.

Procedimiento

La encuesta, que se programó para ser respondida a través de la plataforma Google Form, fue distribuida online a través de redes sociales (Facebook, Twitter, WhatsApp, LinkedIn) y correo electrónico. Antes de responder, los participantes debían indicar si daban su consentimiento para participar. Si esta pregunta se respondía en sentido negativo, un mensaje automático agradecía su interés y dando por finalizada su participación. Los enunciados de la encuesta se redactaron con un lenguaje inclusivo, de forma que, en función de la respuesta a la cuestión sobre el género, las preguntas se planteaban en femenino o en masculino. La encuesta ha estado disponible desde el 24 de abril hasta el 25 de agosto de 2020, habiendo respondido el 91.26 % de la muestra antes de finalizar el estado de alarma decretado por el gobierno, el 21 de junio, y el resto con posterioridad a esa fecha.

La investigación ha seguido los estándares y recomendaciones éticas para este tipo de investigaciones (All European Academies, 2017; American Psychological Association, 2020). La participación en el estudio fue voluntaria y anónima, garantizándose la privacidad y protección de los datos recogida en la legislación vigente (Ley Orgá-

nica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales y Reglamento Europeo 2016/679).

Análisis de datos

Los análisis estadísticos se han realizado con el programa SPSS (V24, IBM Corporation, NY, EE. UU.) para Windows y G*Power 3.1.9.2. (Erdfelder et al., 1996; Faul et al., 2007). Además del análisis descriptivo de los resultados, se han realizado contrastes de hipótesis mediante la *t* de Student y ANOVA de una vía. Mediante el test de Levene de igualdad de las varianzas se comprobó que se cumplía el supuesto de homocedasticidad en todas las comparaciones, excepto las señaladas (*). También se ha calculado el tamaño del efecto y la potencia estadística de dichos contrastes. En los contrastes de ANOVA, que se mostraron estadísticamente significativos, se han realizado comparaciones múltiples con las correcciones de Bonferroni (cuando se cumplía el supuesto de homocedasticidad) o T2 de Tamhane (en el caso de no asumirse la igualdad de las varianzas).

Resultados

En la Tabla 2 se muestran los estadísticos descriptivos de las escalas de *Satisfacción con la vida* (SWLS), *Resiliencia* (BRS), *Depresión* y *Ansiedad*.

Tabla 2.

Estadísticos descriptivos de Satisfacción con la vida (SWLS); Resiliencia (BRS); Depresión y Ansiedad del total de la muestra (N = 572)

	Media	DT
SWLS	23.89	6.276
BRS	16.31	3.562
Depresión	18.23	13.659
Ansiedad	25.99	12.874

En la Tabla 3 se muestran las Correlaciones de Pearson entre las puntuaciones de las escalas de *Resiliencia*, *Satis-*

facción con la vida, Depresión y Ansiedad. Todas las correlaciones son estadísticamente significativas ($p < .01$).

Tabla 3.

Correlaciones de Pearson entre Depresión, Ansiedad, Resiliencia (BRS) y Satisfacción con la vida (SWLS)

	Depresión	Ansiedad	SWLS	BRS
Depresión				
Ansiedad	.773**			
SWLS	-.404**	-.308**		
BRS	-.427**	-.426**	.428**	

Nota: ** $p < .01$.

En la Tabla 4, se muestran las correlaciones entre *Resiliencia*, *Satisfacción con la vida* y la *Edad*. Los índices de correlación muestran que no hay una correlación estadísticamente significativa entre la *Edad* y ninguna de las dos escalas. Además, los índices, por un lado, de $r = .064$ entre *Edad* y *Resiliencia* y, por otro lado, de $r = .005$ entre *Edad* y *Satisfacción con la vida* son cercanos a cero e indican una falta de relación.

Tabla 4.

Correlaciones de Pearson entre Resiliencia (BRS), Satisfacción con la vida (SWLS) y la edad

	BRS	SWLS	Edad
BRS			
SWLS	.428**		
Edad	.064	.005	

Nota: ** $p < .01$.

En relación con los resultados sobre *sexo* y *Resiliencia*, los hombres ($n = 120$) obtuvieron una media de 16.95 ($DT = 3.632$) y las mujeres ($n = 452$) una media de 16.14 ($DT = 3.528$). Se calculó la *t* de Student para contrastar los resultados obteniéndose una $t = 2.230$ ($p = .026$; $d = 0.25$; $1-\beta = 0.69$).

En cuanto a los contrastes ANOVA entre las puntuaciones en *Resiliencia* considerando los diferentes niveles en que fueron categorizadas algunas variables (*Impacto económico*, *Impacto salud*, *Relaciones sociales*, *Ocio* y *Expectativas impacto pandemia*) se hallaron diferencias estadísticamente significativas en *Relaciones sociales*, *Ocio* y *Expectativas* (ver Tabla 5). Los valores para el tamaño del efecto, hablando en términos absolutos, fueron pequeños, para *Relaciones sociales* ($d/f = 0.16$) y *Expectativas sobre el impacto de la pandemia* ($d/f = 0.17$), y me-

Tabla 5.

ANOVA entre las diferentes categorías de variables en Resiliencia.

Variables	Niveles	N	M	DT	F _{g.l.= 569}	p	f	1-β
<i>Impacto económico</i>	Poco	333	16.05	3.590	2.476	0.085	0.9	0.50
	Algo	184	16.78	3.435				
	Mucho	55	16.29	3.715				
<i>Impacto salud</i>	Poco	434	16.35	3.639	0.195	0.823	0.03	0.09
	Algo	133	16.20	3.368				
	Mucho	5	15.60	1.517				
<i>Relaciones sociales</i>	Poco	51	16.86	3.188	7.091	0.001	0.16	0.94
	Algo	243	15.66	3.782				
	Mucho	278	16.77	3.345				
<i>Ocio</i>	Poco	136	15.12	3.845	14.065	0.000	0.22	0.99
	Algo	194	16.18	3.311				
	Mucho	242	17.08	3.404				
<i>Expectativas impacto pandemia</i>	Poco	84	15.32	3.859	8.512	0.000	0.17	0.96
	Algo	98	15.51	3.494				
	Mucho	390	16.72	3.444				

Nota: ANOVA (F); Grados de libertad (g.l.); tamaño del efecto (f); potencia estadística (1-β).

Tabla 6.

ANOVA entre las diferentes categorías de variables en Satisfacción con la vida.

Variables	Niveles	N	M	DT	F _{g.l.= 569}	p	f	1-β
Impacto económico	Poco	333	24.12	6.338	1.070	0.344	0.06	0.23
	Algo	184	23.79	6.042				
	Mucho	55	22.80	6.651				
*Impacto salud	Poco	434	23.61	6.530	1.720	0.180	0.09	0.49
	Algo	133	24.76	5.395				
	Mucho	5	24.40	3.578				
*Relaciones sociales	Poco	51	25.90	6.287	9.239	0.000	0.18	0.98
	Algo	243	22.66	6.709				
	Mucho	278	24.59	5.673				
*Ocio	Poco	136	21.85	6.668	24.388	0.000	0.29	0.99
	Algo	194	22.80	6.568				
	Mucho	242	25.90	5.147				
Expectativas	Poco	84	21.15	6.596	10.315	0.000	0.18	0.98
	Algo	98	23.70	6.436				
	Mucho	390	24.52	6.015				

Nota: *No se asume la igualdad de las varianzas. ANOVA (F); Grados de libertad (g.l.); tamaño del efecto (f); potencia estadística (1-β).

diano ($d/f = 0.22$) para *Ocio* (Cohen, 1988). La potencia estadística es buena, por encima de 0.80 (Araujo y Froyland, 2007) en los tres contrastes. El resto de las variables, *Impacto económico* e *Impacto salud*, no mostraron diferencias estadísticamente significativas, el tamaño del efecto es muy pequeño (0.09 y 0.03, respectivamente) y la potencia estadística es inferior a 0.80.

Las comparaciones post hoc entre las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de *Resiliencia* con los índices relativos a relaciones sociales, ocio, expectativas sobre el impacto de la pandemia, mostraron que, en Relaciones sociales, hay diferencias estadísticamente significativas entre las categorías “algo” y “mucho” ($DM = -1.107$; $p < .01$). En la variable Ocio, el contraste es estadísticamente significativo entre cada uno de los tres grupos: “poco” y “algo” ($DM = -1.058$; $p < .05$), “poco” y “mucho” ($DM = -1.965$; $p < .000$); y “algo” y “mucho” ($DM = -0.907$; $p < .05$). Por último, en la variable Expectativas, el contraste mostró diferencias estadísticamente significativas entre los que esperan “poco” y “algo” ($DM = -1.399$; $p < .01$) y entre “poco” y “mucho” ($DM = -1.210$; $p < .01$).

En cuanto a los resultados sobre sexo y Satisfacción con la vida, los hombres ($n = 120$) obtuvieron una media de 24.03 ($DT = 6.028$) y las mujeres ($n = 452$) una media de 23.85 ($DT = 3.632$). Se calculó la *t* de Student obteniéndose un valor de $t = 0.288$ ($p = .773$; $d = 0.03$; $1-\beta = 0.06$).

Los contrastes ANOVA entre las puntuaciones en Satisfacción con la vida considerando los diferentes niveles en que fueron categorizadas algunas variables (*Impacto económico*, *Impacto salud*, *Relaciones sociales*, *Ocio* y *Expectativas impacto pandemia*) se hallaron diferencias estadísticamente significativas en *Relaciones sociales*, *Ocio* y *Expectativas*, mostrando valores para el tamaño del efecto, pequeños, en *Relaciones sociales* y *Expectativas* (0.18), y mediano (0.29) para *Ocio* (ver Tabla 6). La potencia estadística es buena ($1-\beta > 0.80$), en los tres contrastes. El resto de las variables, *Impacto económico* e *Impacto salud*, no muestran diferencias estadísticamente significativas, el tamaño del efecto es muy pequeño y la potencia estadística es inferior a 0.80.

Las comparaciones post hoc entre las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de *Resiliencia* y los índices relativos a relaciones sociales, ocio y expectativas sobre el impacto de la pandemia, mostraron que, en Relaciones so-

ciales, las diferencias son estadísticamente significativas entre los que tienen “poco” y “algo” ($DM = 3.239$; $p < .01$) y entre los que tienen “algo” y “mucho” ($DM = -1.924$; $p < .01$). En la variable *Ocio*, el contraste es estadísticamente significativo entre los que tienen “poco” y “mucho” ($DM = -4.055$; $p < .000$); y entre los que tienen “algo” y “mucho” ($DM = -3.097$; $p < .000$). Por último, en la variable *Expectativas*, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los que tienen “poco” y “algo” ($DM = -2.549$; $p < .05$) y entre “poco” y “mucho” ($DM = -3.366$; $p < .000$).

Discusión

El propósito de esta investigación ha sido analizar la relación entre la resiliencia (entendida como capacidad de adaptación al estrés y la adversidad) y la satisfacción con la vida durante la pandemia por la COVID-19, con algunas variables sociodemográficas y emocionales.

Con relación a las variables *sexo* y *edad*, en la *escala de Satisfacción con la Vida*, SWLS, nuestros resultados son similares a los encontrados en estudios anteriores. Vázquez et al. (2013) señalan que no encontraron relaciones significativas entre *edad* o *sexo* y las puntuaciones de SWLS, confirmando el patrón de resultados típicamente encontrado en otras investigaciones. En la *Escala de Resiliencia* sí se encontraron diferencias entre las puntuaciones de *hombres* ($M = 16.95$; $DT = 3.63$) y *mujeres* ($M = 16.14$; $DT = 3.52$), en la misma línea que el estudio sobre la validez y fiabilidad de la *Escala de Resiliencia* BRS para su versión en español, en el que se encontró que los hombres obtenían puntuaciones más elevadas en resiliencia que las mujeres (Rodríguez-Rey et al., 2016).

Respecto al estado emocional durante la pandemia, la *depresión* y la *ansiedad* muestran una relación negativa con la *resiliencia* y con la *satisfacción con la vida*. Mientras que, *Depresión* y *Ansiedad* muestran una relación positiva entre ellas (0.773). Por otro lado, la *Resiliencia* y la *Satisfacción con la vida* correlacionan positivamente (0.428). La relación negativa de *ansiedad* y *depresión* con *resiliencia* aparece consistentemente en estudios anteriores (e.g., Kukihara et al., 2014; Lee et al., 2019; Rodríguez-Rey et al., 2016). Si revisamos los resultados de las

investigaciones realizadas en España sobre el impacto psicológico de la pandemia, encontramos coincidencia en que las *mujeres* son quienes manifiestan en mayor medida síntomas de ansiedad y depresión (Balluerka et al., 2020; González-Sanguino et al., 2020; Sandín et al., 2020), lo que vendría a reforzar la diferencia entre hombre y mujeres en cuanto a resiliencia, encontrada tanto en este estudio como en los anteriores.

Por otro lado, sería de esperar que el grado de impacto de la pandemia sobre los *recursos económicos* y sobre la *salud* de las personas estuviera relacionado con las puntuaciones en resiliencia; sin embargo, los resultados del presente estudio parecen indicar que ninguna de estas variables tiene una relación estadísticamente significativa. En este sentido, en la relación entre *resiliencia* y *salud*, en el artículo de Smith et al. (2010) se describen dos estudios en los que no encontraron datos concluyentes que apoyaran dicha relación, al menos en lo referente a sintomatología de enfermedad. Garrido-Hernansaiz et al. (2020) tampoco encontraron diferencias entre las puntuaciones en resiliencia en un estudio con tres muestras clínicas y población general. Aunque diferentes investigaciones señalan que el grado de resiliencia puede variar en función del tipo de adversidad o amenaza al que se enfrenta el individuo (Alonso-Tapia et al., 2019; Fisher et al., 2018; Infurna, y Luthar, 2018; Joyce et al., 2018), nuestros resultados indican que el impacto económico y el impacto sobre la salud, no muestran diferencias estadísticamente significativas en relación a la resiliencia, siendo el tamaño del efecto muy pequeño (0.09 y 0.03, respectivamente). Esto podría explicarse porque el impacto de la pandemia en la economía familiar y en la salud pueden verse como resultados que son valorados por la persona como incontrolables y, por lo tanto, o bien no requieren esfuerzos ni conductas para afrontarlos, o bien las estrategias de afrontamiento empleadas no son las más efectivas. Alonso-Tapia et al. (2019) y Garrido-Hernansaiz et al. (2020) señalan que ciertas estrategias de afrontamiento tienden a ser más o menos utilizadas según el tipo de estresor que enfrentan las personas. La resiliencia podría variar en función de la efectividad de las estrategias de afrontamiento empleadas.

En cuanto a la *satisfacción con la vida*, tampoco se encontraron diferencias con estos dos indicadores (impacto económico e impacto en la salud), lo que apoyaría la idea

de que se trata de un concepto más estable e independiente de situaciones concretas, referido a la experiencia de vida en general (Diener et al., 1985; Vázquez et al., 2013).

En cambio, sí hay relación estadísticamente significativa entre las puntuaciones en las escalas BRS y SWLS y el tiempo semanal dedicado al ocio. Las personas que obtuvieron las puntuaciones más altas en resiliencia ($M = 17.08$) y satisfacción con la vida ($M = 25.90$) han sido aquellas que se encontraban en la categoría “Mucho”, es decir, que informaron de una mayor frecuencia y variedad de actividades de ocio semanal durante el confinamiento (música, dibujo-pintura, fotografía/vídeo, lectura, escritura, hobbies como manualidades, jardinería, videojuegos, actividad física...). Las actividades de ocio tienen un efecto palpable e inmediato sobre el estado anímico y favorecen la idea de capacidad de control. Parece que aquellas personas que han dedicado más tiempo semanal a realizar actividades lúdicas y placenteras han sido también las más resilientes y satisfechas. Aunque este estudio no permite establecer relaciones causales entre las variables, pensamos que, entre las medidas futuras a adoptar para mejorar el bienestar de la población en estas o similares circunstancias, debería contemplarse la promoción de actividades de ocio adaptadas a la situación, cambiando de un modelo de ocio social a otro que permita la distancia interpersonal.

También aparecen relacionadas las puntuaciones en *resiliencia y satisfacción con la vida* con la variable *relaciones sociales*. En este caso, las categorías “poco” y “mucho” (pocas o muchas relaciones sociales) son las que aparecen con puntuaciones más altas en la BRS y en la SWLS. Este resultado contrasta con las investigaciones previas que señalan el importante papel que juega el apoyo social como protector del malestar. Nuestro estudio, en la variable *Relaciones sociales* incluye el número de personas con las que se han relacionado los participantes durante el confinamiento, tanto de forma presencial como de forma telemática y también el número de redes sociales en las que participaban activamente. Es probable que, en este caso, las relaciones sociales no den cuenta del apoyo social y se correspondan mejor con el número de fuentes de información. De esta forma lo que las personas estarían valorando sería la cantidad de fuentes de información y no la con-

exión social y el apoyo recibido por parte de familiares y amigos, lo que podría explicar los resultados obtenidos.

Por otro lado, las personas con expectativas más negativas sobre el impacto futuro de la pandemia en su vida personal y en la sociedad, mostraron una puntuación más alta tanto en resiliencia como en satisfacción con la vida (Tablas 4 y 5). Este resultado podría estar relacionado con el hecho de que las personas más resilientes y con mayor satisfacción tengan mejores *recursos personales* (relaciones sociales y tiempo de ocio), lo que les hace poner el foco de atención más centrado en el problema de la pandemia y sus posibles repercusiones. Por otro lado, también es posible que se perciban a sí mismos como más o mejor informados, en línea con los resultados de la investigación de Yang y Ma (2020), quienes concluyen que independientemente de la cantidad real de conocimiento que poseían, aquellos que se percibían a sí mismos como más informados, tuvieron mejores puntuaciones en felicidad y bienestar. Un mayor conocimiento percibido se asoció con un sentido más fuerte de control, que medió las diferencias en el bienestar. González-Sanguino et al. (2020) también señalan que tener información correcta fue un protector de la presencia de ansiedad.

A las limitaciones inherentes a las investigaciones mediante la técnica de encuesta (como las relacionadas con la representatividad de la muestra o la formulación de las preguntas), en nuestro estudio habría que añadir también que la categorización de los indicadores del impacto de la pandemia, aunque facilitan el análisis estadístico, pueden no dar cuenta de la variedad y los matices de las respuestas obtenidas.

Finalmente, y teniendo en cuenta que continúa siendo necesario promover y mantener cambios de comportamiento que protejan nuestra salud, se hace necesario desarrollar intervenciones para mejorar la resiliencia que podrían contribuir a la reducción de síntomas de depresión y ansiedad aumentando el bienestar. Entre los elementos que se pueden contemplar en futuros programas de intervención que busquen incrementar el nivel de resiliencia, se podrían proponer estrategias que se fundamenten en los resultados de este estudio. Por ejemplo, técnicas para reducir el malestar emocional y la ansiedad, actividades que ayuden a focalizar la atención en emociones y contextos

positivos, promover la conexión social, entrenamiento en habilidades que ayuden a proporcionar un mayor sentido de control y reducción de la incertidumbre, programación de actividades diarias en la que se incluyan momentos de ocio de forma que exista un equilibrio adecuado entre “deber” y “placer”.

Referencias

- All European Academies. (2017). *The European Code of Conduct for Research Integrity Revised Edition*. ALLEA - All European Academies. <http://www.allea.org/wp-content/uploads/2017/05/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017.pdf>
- Alonso-Tapia, J., Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., Ruiz, M. y Nieto, C. (2019). Coping, Personality, and Resilience: Prediction of Subjective Resilience from Coping Strategies and Protective Personality Factors. *Behavioral Psychology*, 27(3), 375–389.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7ª ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- American Psychological Association. (2011). *El Camino a la Resiliencia* [The Road to Resilience]. <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino>
- Araujo, P. y Froyland, L. (2007). Statistical Power and Analytical Quantification. *Journal of Chromatography B*, 847(2), 305–308. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jchromb.2006.10.002>
- Ayed, N., Toner, S. y Priebe, S. (2018). Conceptualizing Resilience in Adult Mental Health Literature: A Systematic Review and Narrative Synthesis. *Psychology and Psychotherapy*, 92(3), 299–341. <https://doi.org/10.1111/papt.12185>
- Balluerka, N., Gómez, J., Hidalgo, M. D., Gorostiaga, A., Padilla, J. P. y Santed, M. A. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento* [Informe de investigación]. Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco. https://cendocps.carm.es/documentacion/2020_Consecuencias_psicologicas_COVID19.pdf
- Carver, C. S. (1998). Resilience and Thriving: Issues, models, and Linkages. *Journal of Social Issues*, 54(2), 245–266. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1998.tb01217.x>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2ª ed.). Lawrence Erlbaum.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Duan, L. y Zhu, G. (2020). Psychological Interventions for People Affected by the COVID-19 Epidemic. *Lancet Psychiatry*, 7(4), 300–302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
- Erdfelder, E., Faul, F. y Buchner, A. (1996). G*POWER: A General Power Analysis Program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 28, 1–11. <https://doi.org/10.3758/BF03203630>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G. y Buchner, A. (2007). G*Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Fisher, D. M., Ragsdale, J. M. y Fisher, E. C. (2018). The Importance of Definitional and Temporal Issues in

- the Study of Resilience. *Applied Psychology: An International Review*. *Applied Psychology*, 68(4), 583–620. <http://dx.doi.org/10.1111/apps.12162>
- Garrido-Hernansaiz, H., Rodríguez-Rey, R. y Alonso-Tapia, J. (2020). Coping and Resilience are Differently Related Depending on the Population: A Comparison between three Clinical Samples and the General Population. *International Journal of Stress Management*, 27(3), 304–309. <https://doi.org/10.1037/str0000156>
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. A., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C. y Muñoz, M. (2020). Mental Health Consequences during the 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>
- Hinojal, M. y Quevedo, M. P. (2018). Resiliencia, bienestar psicológico y afrontamiento en universitarios atendiendo a variables de personalidad y enfermedad [Resilience, Psychological Well-being and University Collaboration Attending Variables of Personality and Disease]. *Revista de Psicología y Educación*, 13(2), 99–112. <https://doi.org/10.23923/rpye2018.01.161>
- Holmes, E. A., O'Connor, R., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arsenuault, L., Ballard, C., Christensen, H. y Silver, R. C. (2020). Multidisciplinary Research Priorities for the COVID-19 Pandemic: A Call for Action for Mental Health Science. *Lancet Psychiatry*, 7(6), 547–560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Höltge, J., Mc Gee, S. L., Maercker, A. y Thoma, M. V. (2018). The Curvilinear Relationship of Adversity and Well-Being. *European Journal of Health Psychology*, 25(2), 53–69. <https://doi.org/10.1027/2512-8442/a000011>
- IJntema, R. C., Burger, Y. D. y Schaufeli, W. B. (2019). Reviewing the Labyrinth of Psychological Resilience: Establishing Criteria for Resilience-Building Programs. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 71(4), 288–304. <https://doi.org/10.1037/cpb0000147>
- Infurna, F. J. y Luthar, S. S. (2018). Re-Evaluating the Notion that Resilience is Commonplace: A Review and Distillation of Directions for Future Research, Practice, and Policy. *Clinical Psychology Review*, 65, 43–56. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.003>
- Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S. J., Bryant, R. A. y Harvey, S. B. (2018). Road to Resilience: A Systematic Review and Meta-Analysis of Resilience Training Programmes and Interventions. *BMJ Open*, 8, Artículo e017858.
- Kukihara, H., Yamawaki, N., Uchiyama, K., Arai, S. y Horikawa, E. (2014). Trauma, Depression, and Resilience of Earthquake/Tsunami/Nuclear Disaster survivors of Hirono, Fukushima, Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68, 524–533. <https://doi.org/10.1111/pcn.12159>
- Lee, J., Blackmon, B. J., Young Lee, J., Cochran Jr. D. M. y Rehner, T. A. (2019). An Exploration of Posttraumatic Growth, Loneliness, Depression, Resilience, and Social Capital among Survivors of Hurricane Katrina and the Deepwater Horizon Oil Spill. *Journal of Community Psychology*, 47, 356–370. <https://doi.org/10.1002/jcop.22125>
- Macedo, T., Wilhelm, L., Gonçalves, R., Freire Coutinho, E. S., Livete, L. y Figueira, I. (2014). Building Resilience for Future Adversity: A Systematic Review of Interventions in Non-Clinical Samples of Adults. *BMC Psychiatry* 14, Artículo 227. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0227-6>
- Pons, D., Atienza, F. L., Balaguer, I., y García-Merita, M. L. (2000). Satisfaction with Life Scale: Analysis of Factorial Invariance for Adolescents and Elderly Persons. *Perceptual and Motor Skills*, 91, 62–68. <https://doi.org/10.2466%2Fpms.2000.91.1.62>

- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and Mental Health: A Review of the Existing Literatura. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, Artículo 10266. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Rodríguez-Rey, R., Alonso-Tapia, J. y Garrido-Hernansaiz, H. (2016). Reliability and Validity of the Brief Resilience Scale (BRS) Spanish Version. *Psychological Assessment*, 28(5), 101–110. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/pas0000191>
- Roy, D., Tripathy, S., Kar, S. K., Sharma, N., Verma, S. K., y Kaushal, V. (2020). Study of Knowledge, Attitude, Anxiety, and Perceived Mental Healthcare need in Indian Population during COVID-19 Pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, Artículo 102083. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102083>
- Rubin, G. J. y Wessely, S., (2020). Coronavirus: The Psychological Effects of Quarantining a City [blog]. The BMJ Opinion. <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/01/24/coronavirus-the-psychological-effects-of-quarantining-a-city/>
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J. y Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional [Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic: Negative and Positive Effects in Spanish People during the Mandatory National Quarantine]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1–22. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E. M., Christopher, P. J. y Bernard, J. (2008). La escala breve de resiliencia: evaluar la capacidad de recuperarse [Brief Resilience Scale in front children's Behavior Problems (BRS-BP)]. *Revista Internacional de Medicina del Comportamiento*, 15, 194–200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
- Tian, F., Li, H., Tian, S., Yang, J., Shao, J. y Tian Ch. (2020). Psychological Symptoms of Ordinary Chinese Citizens based on SCL-90 during the Level I Emergency response to COVID-19. *Psychiatry Research*, 288, Artículo 112992. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112992>
- Vázquez, C., Duque, A., y Hervás, G. (2013). Satisfaction with Life Scale in a Representative Sample of Spanish Adults: Validation and Normative Data. *Spanish Journal of Psychology*, 16(82), 1–15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24230945>
- Vinkers, C. H., van Amelsvoort, T., Bisson, J. I., Branchi, I., Cryan, J. F., Domschke, K., Howes, O. D., Manchia, M., Pinto, L., de Quervain, D., Schmidt, M. V. y van der Wee, N. J. A. (2020). Stress Resilience during the Coronavirus Pandemic. *European Neuropsychopharmacology*, 35, 12–16. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.05.003>
- 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), Artículo 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Yang, H. y Ma, J. (2020). How an Epidemic Outbreak Impacts Happiness: Factors that Worsen (vs. Protect) Emotional Well-being during the Coronavirus Pandemic. *Psychiatry Research*, 289, Artículo 113045. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113045>
- Zhang, S. X., Wang, Y., Rauch, A. y Wei, F. (2020). Unprecedented Disruption of Lives and Work: Health, Distress, and Life Satisfaction of Working Adults in China one Month into the COVID-19 Outbreak. *Psychiatry Research*, 288, Artículo 112958. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112958>

Anexo A: Encuesta utilizada en este estudio

-
1. Consentimiento: Todos los datos recogidos en este cuestionario serán tratados de forma confidencial, como corresponde a cualquier intervención psicológica, y su cumplimentación y envío supone aceptar las condiciones de participación en este programa. He recibido suficiente información sobre el estudio y participo libremente en el mismo. Tengo más de 18 años y entiendo que mi participación es voluntaria, pudiendo finalizarla cuando lo considere.

 2. En qué medida crees que va a afectar, en el futuro, a la sociedad en general, esta situación de pandemia.

 3. En qué medida crees que va a afectar a tu vida futura esta situación de pandemia.

 4. Soy (género): Hombre/Mujer

 5. Edad en años:

 6. Nombre de la localidad donde resides:

 7. Profesión:

 8. Estudios (Por favor señala el nivel de estudios más alto que hayas alcanzado).

 9. He pasado algún tiempo en un hospital, debido a problemas de salud a causa del COVID-19.

 10. He tenido síntomas compatibles con la enfermedad causada por COVID-19.

 11. Cuantas de las personas con las que vives han tenido síntomas compatibles con la enfermedad causada por COVID-19.

 12. Situación laboral antes del confinamiento por COVID-19:

 13. Tipo de vivienda donde pasas el confinamiento:

 14. Número de personas en el hogar durante el confinamiento:

 15. Mis ingresos:
 - Hoy son los mismos que antes de la pandemia.
 - Hoy son menores que antes de la pandemia.
 - En estos momentos no tengo ingresos debido a la pandemia.

 16. Situación laboral en estos días:
 - Teletrabajo.
 - Trabajo fuera de casa.
 - Estoy de baja laboral por enfermedad.
 - En situación de desempleo por ERTE.
 - En situación de desempleo desde antes del Estado de Alarma.

 17. Participo y tengo perfil en las siguientes redes sociales:
 - Ninguna
 - Facebook
 - Twiter
 - Instagram
 - LinkedIn
 - WhatsApp
 - Otra

 18. Diariamente hablo y me relaciono de forma presencial (excluyendo las personas que viven en tu misma casa) con cuántas personas.

19. Diariamente hablo y me relaciono de forma virtual (teléfono, chat o videollamada) con cuántas personas.

20. Tienes mascota.

21. Cuantos días a la semana sueles hacer actividad física.

22. Cuantos días a la semana sueles tocar algún instrumento musical.

23. Cuantos días a la semana sueles dedicar un tiempo a dibujar o pintar.

24. Cuantos días a la semana sueles dedicar un tiempo a hacer fotos o videos.

25. Cuantos días a la semana sueles dedicar un tiempo a leer.

26. Cuantos días a la semana sueles dedicar un tiempo a escribir como actividad de ocio (cuentos, poesías...).

27. Cuantos días a la semana sueles dedicar un tiempo a tus hobbies (manualidades, cuidar plantas...).

28. Cuantos días a la semana sueles dedicar un tiempo a jugar a videojuegos (en el ordenador o en el móvil).

Las cuestiones siguientes hacen referencia a tus sentimientos y comportamientos durante la etapa de confinamiento. Por favor responde a cada cuestión pensando en cómo te sientes en estos días. Es como si delante de cada frase pusiera: "DESDE QUE COMENZÓ EL CONFINAMIENTO..."

29. Me siento desamparada.

30. Me siento triste.

31. Me siento con ganas de llorar.

32. Me siento desdichada.

33. Me siento sin fuerzas.

34. Me siento intranquila.

35. Me siento agitada.

36. Me siento relajada.

37. Me siento tensa.

38. Me siento nerviosa.

Las siguientes afirmaciones se refieren a cómo piensas que se ha venido desarrollando tu vida en general. A la hora de responder tienes que pensar cómo viene siendo tu vida hasta ahora. No pienses en el futuro, sino en lo que has venido sintiendo en los últimos meses y años.

39. En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea.

40. Las circunstancias de mi vida son muy buenas.

41. Soy una persona que se siente satisfecha con su vida.

42. Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes.

43. Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada.

44. Tiendo a recuperarme rápidamente después de haberlo pasado mal.

45. Lo paso mal cuando tengo que enfrentarme a situaciones estresantes.

46. No tardo mucho en recuperarme después de una situación estresante.

47. Es difícil para mí recuperarme cuando me ocurre una adversidad.

48. Aunque pase por situaciones difíciles, lo llevo relativamente bien.

49. Suelo tardar mucho tiempo en recuperarme de los contratiempos.

EL PAPEL MEDIADOR DE LAS FORTALEZAS PSICOLÓGICAS ENTRE LA INTERFERENCIA ACADÉMICA/LABORAL Y LA SALUD MENTAL DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19

THE MEDIATING ROLE OF PSYCHOLOGICAL STRENGTHS BETWEEN ACADEMIC/WORK INTERFERENCE AND MENTAL HEALTH DURING COVID-19 LOCKDOWN

ALFONSO LÓPEZ-NÚÑEZ¹, JOSE ANTONIO PIQUERAS¹,
RAQUEL FALCÓ¹ Y PSICO-RECURSOS COVID-19 STUDY GROUP^{1,2}

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

López-Núñez, A., Piqueras, J. A., Falcó, R. y Psico-Recursos COVID-19 Study Group. (2021). El papel mediador de las fortalezas psicológicas entre la interferencia académica/laboral y la salud mental durante el confinamiento por COVID-19 [The Mediating Role of Psychological Strengths Between Academic/Work Interference and Mental Health during COVID-19 Lockdown]. *Acción Psicológica*, 18(1), 135–150. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.29035>

Resumen

El impacto psicológico debido a la pandemia por coronavirus (COVID-19) ha sido evidenciado. Algunas de

las variables asociadas a éste han sido la presencia de problemas financieros previos, ser estudiantes o encontrarse inactivo, todas ellas cuestiones relacionadas con el ámbito laboral y académico. En consecuencia, el objetivo principal del trabajo fue analizar el papel

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Jose Antonio Piqueras, Departamento de Psicología de la Salud y Centro de Psicología Aplicada, Universidad Miguel Hernández de Elche (UMH), España.

Email: jpiqueras@umh.es

ORCID: Jose Antonio Piqueras (<https://orcid.org/0000-0002-3604-5441>), Raquel Falcó (<https://orcid.org/0000-0003-1426-5934>), PSICO-RECURSOS COVID-19 study group.

¹ Universidad Miguel Hernández de Elche, España.

² The PSICO-RECURSOS COVID-19 study group is formed by (in alphabetical order): Raquel Falcó (UMH); Alfonso López-Núñez (UMH); Agustín E. Martínez-González (Universidad de Alicante); Juan Carlos Marzo (UMH); Ornela Mateu (UMH); Beatriz Moreno-Amador (UMH); David Pineda (UMH); José A. Piqueras (UMH); Maria Rivera-Riquelme (UMH); Tíscar Rodríguez-Jiménez (Universidad Católica de Murcia, UCAM); Victoria Soto-Sanz (UMH); Verónica Vidal-Arenas (Jaume I University, UJI).

Recibido: 3 de marzo de 2021.

Aceptado: 8 de marzo de 2021.

mediador que tienen las fortalezas personales para la salud mental frente a la interferencia académica/laboral provocada por el confinamiento debido a la COVID-19 en España en función del estatus laboral (estudiantes, trabajadores activos e inactivos), controlando a su vez otras variables sociodemográficas (sexo y edad). Para la recogida de datos del presente estudio descriptivo de corte transversal se utilizó una encuesta online, compuesta por instrumentos para valorar el grado de interferencia en las *actividades académicas/laborales (ad hoc)*, las *estrategias de afrontamiento desadaptativas* (COPE-28), la *resiliencia* (CD-RISC), la *covitalidad* (SEHS), los *hábitos saludables (ad hoc)*, el *bienestar psicológico* (WHO-5) y *malestar psicológico* (PHQ-4). Los resultados mostraron, por un lado, que los colectivos de estudiantes y de inactividad manifestaron peores indicadores de salud mental y recursos personales, mientras que el efecto contrario fue hallado en el grupo de trabajadores activos; y, por otro lado, los modelos de mediación PROCESS (modelo 4) evidenciaron un efecto amortiguador de los recursos personales entre la interferencia académica/laboral percibida y los indicadores de ajuste psicosocial (bienestar y malestar psicológico), independientemente de la categoría laboral. En conclusión, se destaca la función protectora de los recursos personales en el ajuste psicosocial durante el periodo de confinamiento por COVID-19.

Palabras clave: Confinamiento; interferencia académica/laboral; recursos personales; ajuste psicosocial.

Abstract

The psychological impact due to the coronavirus pandemic (COVID-19) has been evidenced. Some of the variables associated with this have been the presence of previous financial problems, being students or being inactive, all of them issues related to the work and academic scope. Consequently, the main objective of the work was to analyze the mediating role that personal strengths for mental health have in the face of academic/work interference caused by lockdown due to COVID-19 in Spain based on *work status* (students, workers active and inactive), controlling in turn for other *sociodemographic variables* (sex

and age). For the data collection of this descriptive cross-sectional study, an online survey was used, composed of instruments to assess the degree of interference in *academic/work activities (ad hoc)*, *maladaptive coping strategies* (COPE-28), *resilience* (CD-RISC), *covitality* (SEHS), *healthy habits (ad hoc)*, *psychological well-being* (WHO-5) and *psychological distress* (PHQ-4). The results showed: on the one hand, that the groups of students and inactivity showed worse mental health indicators and personal resources, while the opposite effect was found in the group of active workers; and, on the other hand, the PROCESS mediation models (model 4) evidenced a damping effect of personal resources between perceived academic/work interference and psychological adjustment indicators (well-being and psychological distress), regardless of the work category. In conclusion, the protective role of personal resources in psychological adjustment during lockdown due to COVID-19 is highlighted.

Keywords: Lockdown; academic/work interference; personal resources; psychological adjustment.

Introducción

La enfermedad por coronavirus (COVID-19) se ha convertido en una de las mayores emergencias sanitarias y socioeconómicas globales de nuestro tiempo (WHO, 2020). En España, se declaró el estado de alarma con medidas drásticas de confinamiento impuestas por decreto, con el objetivo de frenar el incremento súbito del número de contagios y fallecidos (Legido-Quigley et al., 2020), para, posteriormente, crearse una propuesta de desescalada llamada “Plan para la Transición hacia una Nueva Normalidad” (Ministerio de Sanidad, 2020).

En la literatura científica, tanto en los estudios pioneros (González-Sanguino et al., 2020; Planchuelo-Gómez et al., 2020; Sandín et al., 2020; Wang et al., 2020a, 2020b) como en las revisiones meta-analíticas posteriores (Salari et al., 2020; Vindegaard y Benros, 2020; Xiong et al., 2020), destacan que la crisis sanitaria por COVID-19 constituye una emergencia de salud mental, habiendo generado un impacto psicológico en la población general,

incrementando su malestar y reduciendo su bienestar subjetivo (Kelly, 2020; Parrish, 2020). Según diversos autores (Ahorsu et al., 2020; Inchausti et al., 2020) una proporción significativa de la población ha sufrido respuestas desadaptativas debido al miedo al contagio, al amplio confinamiento y aislamiento (Brooks et al. 2020), a la pérdida del contacto social y de seres queridos (Wang et al., 2020a) o a los problemas económicos presentes y futuros (Taylor, 2019). Estos hallazgos sugieren que este empeoramiento en la salud mental en respuesta a COVID-19 no es sólo una reacción inicial, sino potencialmente el comienzo de un problema persistente que se extiende más allá de la pandemia (Kwong et al., 2020). Algunos estudios también han sido replicados en España y, de forma comparativa con el resto de Europa, nuestro país manifiesta mayor impacto psicológico y peores indicadores de salud mental tras la pandemia (Axa Foundation, 2020).

De acuerdo con Xiong et al. (2020), existen factores de riesgo asociados a ese malestar psicológico o deterioro de la salud mental tales como el sexo femenino, el grupo edad más joven (< 40 años), las personas con problemas de salud mental preexistentes, los profesionales de la salud (Cai et al., 2020; Lai et al., 2020; Luceño-Moreno et al., 2020), otras profesiones de servicio público, el desempleo, los antecedentes de problemas financieros, la condición de estudiante y la exposición frecuente a los medios de comunicación social/noticias relativas al COVID-19. Concretamente, se ha considerado a las mujeres y a los grupos más jóvenes como los más afectados psicológicamente (González-Sanguino et al., 2020; Planchuelo-Gómez et al., 2020), presentando una mayor sintomatología ansiosa-depresiva debida, posiblemente, a la amenaza de sus proyectos vitales (iniciar una carrera o conseguir trabajo), los cambios de estilo de vida y a la incertidumbre sobre su futuro (Balluerka et al., 2020; Sandín et al., 2020). Por su parte, González-Bernal et al. (2020) destaca el equilibrio ocupacional, el cual se asociaba a la edad, la percepción de haber recibido suficiente información, no teletrabajar y no estar infectado por COVID-19. Además, este autor refiere que el grupo de trabajadores activos manifestaba una menor alteración en su equilibrio ocupacional cuando se comparaban con los colectivos de desempleados, jubilados y estudiantes. Teniendo en cuenta estos hallazgos y que en los países desarrollados una proporción creciente de los jóvenes son estudiantes universitarios, es necesario

prestar una especial atención a este colectivo, quiénes han visto modificadas, paralizadas e interferidas sus actividades académicas durante el confinamiento (Balluerka et al., 2020; Odriozola-González et al., 2020; Wenjun et al., 2020).

A pesar del impacto en salud mental que está teniendo la pandemia por COVID-19, la psicología sanitaria tiene un papel imprescindible en el estudio de los recursos psicológicos personales, así como de la capacidad de adaptación individual y colectiva, proponiendo medidas preventivas que reduzcan dicho impacto emocional (Espada et al., 2020; Urzúa et al., 2020). Por este motivo, empezaron a surgir diversos estudios y propuestas dónde se ponía el énfasis en la importancia de los recursos psicológicos personales como factores protectores sobre la salud mental (Bacon y Corr, 2020; Horesh y Brown, 2020; Petzold et al., 2020). De hecho, Chen y Bonano (2020) hipotetizaron sobre si la capacidad de resiliencia sería un aspecto clave para mejorar el ajuste psicológico ante futuros acontecimientos altamente estresantes y similares a la actual crisis sanitaria. El ajuste o adaptación psicosocial es la capacidad de las personas para adaptarse al entorno, lo que implica que el individuo tiene suficientes mecanismos para sentirse bien, integrarse, responder adecuadamente a las demandas que caracterizan a su etapa vital tales como un funcionamiento adecuado en el ámbito académico y/o laboral. Éste podría actuar como mediadora/moderadora en la interferencia percibida y ante la presencia o no de sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés y, a su vez, dependería de una serie de factores tales como la gravedad de la exposición (influida por el apoyo social) y la autoeficacia (Xiao et al., 2020), el optimismo/esperanza (Yıldırım y Arslan, 2020), las adecuadas estrategias de afrontamiento (Petzold et al., 2020), los hábitos de vida saludables (Killgore et al., 2020); el contexto familiar y la vulnerabilidad social (Prime et al., 2020), la confianza en las recomendaciones sanitarias (Sibley et al., 2020) y una buena accesibilidad al sistema sanitario (Soonthornchaiya, 2020).

En este contexto, se hace necesario investigar cómo ha interferido la crisis sanitaria y las medidas de confinamiento en el ajuste psicosocial, entendido como el adecuado funcionamiento académico o laboral y el funcionamiento mental ajustado en términos de salud mental bidi-

mensional (bienestar y malestar psicológico) y, sobre todo, examinar la función protectora de los recursos personales por varios motivos. El primero de ellos es que los estudiantes, tal y como señalan estudios previos, podrían ser considerados un colectivo de riesgo de sufrir un mayor desajuste psicosocial, por ejemplo, en términos de impacto en su salud mental. En segundo lugar, tanto los trabajadores como los estudiantes, de forma mayoritaria, se han tenido que acomodar de forma drástica a métodos de teletrabajo y teleestudio, e incluso podrían haber sufrido consecuencias socioeconómicas y laborales negativas (reducciones de ingresos, peores condiciones de trabajo, etc.), lo cual es una fuente de estrés y un precipitante de más problemas de salud mental. Por último, las personas desempleadas e inactivas, ya de por sí en una situación de especial vulnerabilidad, tienen mayor probabilidad de sufrir de forma más acentuada las consecuencias socioeconómicas y sanitarias en esta pandemia. Finalmente, se espera que, en todos los grupos, el confinamiento y la crisis del COVID-19 afectará al funcionamiento mental y laboral/académico, y por extensión al normal funcionamiento de su vida diaria.

El objetivo general de este estudio es examinar el papel protector de los recursos personales durante el confinamiento por la crisis del COVID-19 frente al desajuste psicosocial, entendido como un peor funcionamiento mental y una interferencia académica y/o laboral, y si existen diferencias significativas en función del estatus laboral de la población española: estudiantes, trabajadores e inactivos. Como objetivos específicos se buscará: (a) examinar el impacto de las medidas de confinamiento en el ajuste psicosocial: primero, en el funcionamiento académico/laboral, y en segundo lugar, en el funcionamiento psicológico (salud mental bidimensional: bienestar psicológico y malestar psíquico, entendido como sintomatología ansiosa-depresiva) en función de la situación laboral de los participantes; (b) comparar los niveles de recursos personales (estrategias de afrontamiento, grado de resiliencia, competencias socioemocionales y hábitos saludables) en relación con el ajuste psicosocial (funcionamiento mental y académico/laboral) durante el confinamiento, atendiendo a la categoría laboral; (c) determinar el papel mediador de los recursos personales en la relación entre el funcionamiento académico/laboral (grado de interferencia de las medidas de confinamiento en el desarrollo de las

actividades académicas/laborales) y el funcionamiento mental (salud mental), controlando el efecto de las variables sociodemográficas (sexo, edad y situación laboral).

La hipótesis principal que se establece es que un mayor índice de recursos personales tales como son estrategias de afrontamiento, grado de resiliencia, competencias socioemocionales y conductas saludables se asociará a con un mejor ajuste psicosocial ante la interferencia producida derivada de las medidas de confinamiento por la crisis del COVID-19, en términos de un mejor funcionamiento psicológico (salud mental) y un funcionamiento académico/laboral, independientemente de su situación laboral. En cuanto a las hipótesis específicas, se espera hallar: (a) diferencias en el grado de interferencia producido por el confinamiento por COVID-19 en el funcionamiento académico y/o laboral de acuerdo con la situación laboral, así como en el funcionamiento mental entre los grupos de estudiantes e inactivos similar al identificado en otros trabajos sobre población general, profesionales sanitarios y estudiantes. En este sentido, se espera encontrar un peor funcionamiento académico/laboral y ajuste psicológico entre estudiantes e inactivos, frente a trabajadores; (b) un mayor grado de recursos personales en función de la categoría laboral, presentando los trabajadores activos mayores índices de ajuste psicológico frente al colectivo de inactivos y, especialmente, de estudiantes; existiendo relaciones positivas y significativas entre recursos personales e indicadores de un mejor funcionamiento mental y académico/laboral, con independencia de la situación laboral de la población a la que se atienda; (c) un efecto protector significativo de los recursos personales entre la interferencia generada por las medidas de confinamiento y los indicadores de ajuste psicosocial, una vez se hayan controlado los efectos de las variables de sexo, edad y situación laboral.

Método

Participantes

En el presente estudio han participado 660 personas. Tras un trabajo de depuración de base de datos, observamos que el 66 % de los sujetos cumplían los criterios de

inclusión (aceptación del consentimiento informado, especificar el sexo, cumplimentar la encuesta en su totalidad) para poder ser utilizados en análisis posteriores.

La muestra final estuvo compuesta por 440 participantes, distribuyéndose entre las variables de sexo, edad y situación laboral. En cuanto a la variable sexo, los hombres representaron el 26.4 % ($N = 116$), mientras que las mujeres el 73.6 % ($N = 324$). El rango de edad fue de 18 a 83 años, con media de 36.8 años y desviación típica de 13.46. Atendiendo a la situación laboral, se hicieron varios grupos: (a) estudiantes ($N = 154$, 35 %), que estarían cursando formación académica, o fueran opositores y/o aspirantes a plaza; (b) trabajadores activos ($N = 233$, 53 %), con jornada completa, media jornada, autónomos o becarios; (c) inactividad ($N = 53$, 12 %), agrupando a las personas desempleadas, que están sufriendo un ERTE o baja laboral y quiénes tienen la condición de jubilado.

La prueba Chi Cuadrado (χ^2) de homogeneidad de la distribución de frecuencias mostró la presencia de independencia entre las variable situación laboral y sexo ($\chi^2 = 6.811$, $p = .33$). Sin embargo, no se obtuvo el mismo efecto cuando se calculó la situación laboral y edad ($\chi^2 = 220.112$, $p = .000$), siendo el resultado esperable dada la heterogeneidad de la muestra.

Variables e instrumentos

Sociodemográficas

Cuestionario creado ad hoc de variables sociodemográficas para recoger información sobre: sexo (hombre y mujer), edad (listado de 18 a 100 años) y situación laboral (estudiantes/opositores/aspirantes a plaza; trabajadores activos con jornada completa/media jornada/autónomos/becarios; desempleados, ERTEs, bajas laborales y jubilación).

COVID-19

Cuestionario ad hoc para evaluar el grado de afectación, interferencia o impacto negativo subjetivo del confinamiento por la crisis del COVID-19 (GIC19). Valora cómo ha afectado este acontecimiento estresante al normal funcionamiento de la vida diaria en los diferentes ámbitos: *personal, familiar, social, académico-laboral y económico*. Esta escala está compuesta de 10 ítems de respuesta tipo Likert (0-10): nueve ítems que evalúan la interferencia y un ítem de impacto general. A mayor puntuación, mayor grado de afectación. En el presente trabajo sólo se ha tenido en cuenta el ítem 6: “Valora de 0 a 10 el grado de afectación o impacto negativo que ha supuesto la crisis sanitaria por coronavirus para ti, en especial el confinamiento, en el desarrollo de tus funciones académicas/laborales”.

Recursos personales

Inventario multidimensional de estimación del afrontamiento (COPE-28; Carver et al., 1989; Crespo y Cruzado, 1997). Mide las *estrategias de afrontamiento* frente al estrés. Dividido en 28 ítems que presenta una escala de respuesta tipo Likert (0-3) y se agrupa en dos subescalas: *adaptativa* (afrontamiento activo, planificación, apoyo social, apoyo emocional, reevaluación positiva, aceptación, religión y humor) y *desadaptativa* (desconexión, negación, uso de sustancias, autoinculpación, autodistracción y desahogo). α (adaptativa) = .77; α (desadaptativa) = .68; α (total) = .78.

Escala de resiliencia (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003; García-León et al., 2019). Valora la capacidad y habilidad de adaptación de los individuos a pesar de sufrir acontecimientos que tienen un impacto significativo en la vida. Se compone de 10 ítems de respuesta tipo Likert (1-5). $\alpha = .89$.

Cuestionario de competencias socioemocionales “Social Emotional Health Survey” (SEHS; Furlong et al., 2017). Compuesta por 36 ítems que presentan una escala de respuesta tipo Likert (0-5), donde se recogen los siguientes factores y subfactores: *creer en uno mismo* (autoeficacia, persistencia y autoconciencia), *creer en otros*

(apoyo familiar, de la universidad y de iguales), *competencia emocional* (regulación emocional, empatía y auto-control) y *compromiso con la vida* (gratitud, zest y optimismo), siendo la medida de *covitalidad* la que englobaría a todos ellos. α (creer en uno mismo) = .90; α (creer en otros) = .87; α (competencia emocional) = .84; α (compromiso con la vida) = .82; α (covitalidad) = .94.

Cuestionario ad hoc de hábitos saludables. Mide el grado y la asiduidad en que los individuos realizan pautas saludables. Dividido en nueve ítems de respuesta tipo Likert (0-10) organizados en torno a los siguientes temas: *alimentación, sueño, ejercicio físico, planificación de tareas, ocio y hobbies, contacto y apoyo sociofamiliar, actividad sexual e higiene y cuidado personal*. A mayor puntuación, mejores fueron los hábitos saludables durante el confinamiento. α = .62.

Salud mental bidimensional (bienestar y malestar psicológico)

Índice de bienestar general (WHO-5; WHO, 1998). Valora, de forma breve, el bienestar psicológico en términos de *estado de ánimo positivo, vitalidad e interés general*. Se compone de 5 ítems que presentan una escala de respuesta tipo Likert (0-5). A mayor puntuación, mayor nivel de bienestar psicológico. α = 0.91.

Cuestionario breve de Salud del Paciente (PHQ-4; Kroenke et al., 2009). Instrumento de cribado para los constructos de *depresión y ansiedad*. Dividido en 4 ítems de respuesta tipo Likert (0-3). α (depresión) = .80; α (ansiedad) = .81; α (total) = .86.

Procedimiento y tipo de diseño

El presente trabajo es un estudio descriptivo de corte transversal. La muestra fue recogida en los meses de abril y mayo de 2020, con fecha final 4 de mayo (flexibilización del confinamiento con la fase de desescalada), mediante una encuesta online, que se cumplimentaba por medio electrónico (ordenador, tablet o móvil). Antes de comenzar el estudio, existía una primera página donde aparecían

los datos del investigador principal del proyecto, el propósito de la investigación y las variables de interés que se iban a recoger. Los participantes accedieron a participar de forma voluntaria y libre, aceptando el consentimiento informado online y teniendo la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento sin ninguna penalización o perjuicio sobre sus derechos. Al finalizar, se ofreció un feedback sobre los recursos personales y estrategias de afrontamiento en base a sus respuestas.

Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética (Órgano Evaluador de Proyectos) de la UMH. Su referencia es DPS.JPR.01.20. Se llevó a cabo de acuerdo a todas las normas y códigos éticos de conducta aplicables a esta investigación con seres humanos y al Código de Buenas Prácticas Científicas de la UMH. La encuesta fue anónima para salvaguardar la confidencialidad y la fiabilidad de los datos, asegurando su recogida, tratamiento y uso de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales.

Análisis de datos

Para la codificación y realización de los análisis estadísticos se empleó el programa SPSS versión 22, junto con el paquete PROCESS. El p valor $< .05$ se utilizó para considerar nuestros valores estadísticamente significativos, y se asumió un intervalo de confianza (IC) del 95 %.

En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos para conocer la frecuencia y porcentaje de las variables sociodemográficas que formaban nuestra muestra, así como el estadístico Chi Cuadrado (χ^2) para comprobar la homogeneidad de su distribución. El coeficiente alfa de Cronbach (α) nos permitió conocer la fiabilidad y consistencia interna de las escalas y subescalas de los instrumentos psicométricos utilizados.

En segundo lugar, con el objetivo de comprobar si existían diferencias significativas entre las variables dependientes (la interferencia en el desarrollo de las actividades académicas /laborales, las estrategias de afrontamiento desadaptativas, resiliencia, hábitos saludables, bienestar psicológico y síntomas ansioso-depresivos) con la

variable independiente (situación laboral: estudiante, trabajador activo e inactividad), se empleó el análisis de varianza (ANOVA) de un factor. La prueba de homogeneidad de varianzas nos indicó qué estadístico resultaba más conveniente utilizar en las comparaciones múltiples post hoc: HSD Tukey (se asume igualdad de varianzas) y Games-Howell (no se asume igualdad de varianzas), permitiéndonos conocer entre qué grupos estaban las diferencias. Las magnitudes de asociación se interpretaron mediante los criterios de Cohen (1988): pequeña (menor o igual a .10), media-moderada (cerca a .25) y grande (mayor o igual a .40).

En tercer lugar, se calcularon las correlaciones de los instrumentos utilizados, junto con nuestras variables sociodemográficas (sexo, edad y situación laboral). Para ello, se utilizó la correlación de Spearman cuando se analizaba la asociación con variables de tipo categórico (sexo y situación laboral) y la correlación de Pearson para las cuantitativas (edad). También se utilizó la correlación de Pearson para conocer la relación entre las variables principales que medían nuestros cuestionarios: interferencia en las actividades académicas/laborales, estrategias desadaptativas, resiliencia, covitalidad, hábitos saludables, bienestar psicológico y síntomas ansioso-depresivos. Asimismo, se comprobó si los resultados de las correlaciones eran inferiores a .70, descartando así el diagnóstico de multicolinealidad (Tabachnick y Fidell, 1996).

Finalmente, se aplicaron análisis de procesos de mediación (modelo 4) con la herramienta PROCESS para determinar el impacto que tenía la interferencia en el desarrollo de las funciones académicas/laborales (ítem 6 del GIC19) sobre las variables criterio: bienestar psicológico (primer modelo, WHO-5) y síntomas ansioso-depresivos (segundo modelo, PHQ-4), siendo, a su vez, mediado su efecto por las estrategias de afrontamiento desadaptativas (COPE-28), la resiliencia (CD-RISC), la covitalidad (SEHS) y los hábitos saludables. Como covariables se utilizaron las variables sociodemográficas (sexo, edad y situación laboral) que fueron controladas en cada uno de los modelos.

Resultados

Diferencias en función de la situación laboral

Cuando se valoró la interferencia causada por la crisis del COVID-19 en el desarrollo de las funciones académicas/laborales, las estrategias de afrontamiento desadaptativas y los síntomas ansioso-depresivos, se obtuvieron puntuaciones más elevadas entre los colectivos de estudiantes y de inactividad. Por el contrario, los trabajadores activos mostraron mejores resultados en resiliencia, covitalidad, hábitos saludables y bienestar psicológico frente a los colectivos de inactividad y estudiantes. Las personas inactivas se encuentran comprendidas entre las puntuaciones de estudiantes y trabajadores activos, manifestando peores hábitos saludables frente al resto de colectivos. El tamaño del efecto de las diferencias fue moderado-grande, por lo que en los posteriores análisis de mediación se controlaron las variables sociodemográficas en dos modelos diferentes. Las diferencias por situación laboral para cada una de las variables objeto de estudio se exponen en la Tabla 1: la información sobre la media (M), la desviación típica (DT), el estadístico F, las pruebas post hoc y d de Cohen.

Análisis correlacional

Las estrategias de afrontamiento desadaptativas y los síntomas ansioso-depresivos mostraron asociaciones positivas significativas con la variable sexo, concretamente en el colectivo de mujeres. Los resultados hallados muestran una mayor predisposición de las mujeres hacia las categorías de ansiedad y depresión, aunque la magnitud de la asociación fue pequeña. En cuanto a la variable edad, por un lado, se hallaron asociaciones positivas y significativas en resiliencia, covitalidad y bienestar psicológico; y por otro lado, asociaciones negativas con la interferencia en las actividades académicas/laborales, las estrategias de afrontamiento desadaptativas y los síntomas ansioso-depresivos. De los resultados se extrae que conforme aumenta la edad, existe un incremento proporcional en los recursos personales para afrontar las diferentes situaciones

Tabla 1.

Diferencias en las puntuaciones de las variables en función de la situación laboral.

	G1: Estudiantes (N = 154)		G2: Trabajadores activos (N = 233)		G3: Inactividad (N = 53)		ANOVA F	Pruebas post hoc		
	M	DT	M	DT	M	DT		Grupos	p	d
Interferencia académica/laboral	7.52	2.45	6.07	3.09	6.70	3.37	11.39***	1-2(a)	.000	.52
Estrategias de afrontamiento desadaptativas	8.51	3.95	6.98	3.78	7.91	3.80	7.55***	1-2(a)	.000	.40
Resiliencia	36.64	6.73	40.42	6.66	38.11	6.33	15.34***	1-2(a)	.000	.56
Covitalidad	162.43	23.46	174.19	24.52	162.51	26.25	12.72***	1-2(a)/ 2-3(a)	.000/ .005	.49/ .46
Hábitos saludables	55.97	14.59	58.16	15.83	52.28	16.64	3.35*	2-3(a)	.035	.36
Bienestar psicológico	12.06	5.47	15.05	5.19	12.77	5.78	15.37***	1-2(a)/ 2-3(a)	.000/ .015	.56/ .42
Síntomas ansioso-depresivos	4.37	2.93	2.53	2.46	3.26	2.97	21.57***	1-2(a)/ 1-3(a)	.000/ .028	.68/ .38

Nota: (a) HSD Tukey. (b) Games-Howell. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

de la vida diaria; habiendo el efecto contrario cuando se analiza la interferencia en el desarrollo de las funciones académicas/laborales, las estrategias de afrontamiento desadaptativas y los síntomas ansioso-depresivos. Los datos muestran una fuerza de asociación pequeña-moderada, destacando especialmente la interferencia en el desarrollo

de las actividades académicas/laborales y los síntomas ansioso-depresivos. La información sobre los análisis correlacionales se encuentra en la Tabla 2.

Cuando analizamos la categoría laboral, en el colectivo de estudiantes se observa asociaciones positivas y signifi-

Tabla 2.

Análisis correlacional entre variables sociodemográficas e indicadores de salud mental

	Sexo (a)	Edad (b)	Situación laboral (a)		
			Estudiantes	Trabajadores activos	Inactividad
Interferencia académica/laboral	.05	-.27***	.20***	-.21***	.02
Estrategias de afrontamiento desadaptativas	.10*	-.22***	.16***	-.17***	.03
Resiliencia	-.07	.19***	-.26***	.28***	-.09
Covitalidad	.05	.20**	-.22***	.27***	-.10*
Hábitos saludables	.02	.08	-.04	.11*	-.11*
Bienestar psicológico	-.08	.21***	-.22***	.25***	-.06
Síntomas ansioso-depresivos	.14**	-.35***	.30***	-.29***	-.00

Nota: (a) Correlación de Spearman. (b) Correlación de Pearson. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Para la realización de las correlaciones referentes a la situación laboral, se realizaron comparaciones entre estudiantes y no estudiantes; trabajadores activos y no trabajadores activos; e inactividad y no inactividad.

Tabla 3.

Análisis correlacional entre las variables objeto de estudio

	1	2	3	4	5	6	7
1. Interferencia académica/laboral							
2. Estrategias de afrontamiento desadaptativas	.24***						
3. Resiliencia	-.20***	-.30***					
4. Covitalidad	-.16***	-.26***	.73***				
5. Hábitos saludables	-.22***	-.16***	.38***	.54***			
6. Bienestar psicológico	-.29***	-.41***	.50***	.54***	.51***		
7. Síntomas ansioso-depresivos	.36***	.52***	-.51***	-.51***	-.39***	-.68***	

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

cativas entre el grado de interferencia en las actividades académicas, las estrategias desadaptativas y los síntomas ansioso-depresivos; así como asociaciones negativas y significativas en resiliencia, covitalidad y bienestar psicológico. En cambio, en el grupo de trabajadores activos, la dirección de la correlación fue totalmente diferente: asociaciones positivas y significativas en resiliencia, covitalidad, hábitos saludables y bienestar psicológico; mientras que se obtuvieron asociaciones negativas y significativas con el grado de interferencia por actividades laborales, estrategias desadaptativas de afrontamiento y síntomas ansioso-depresivos. En el colectivo de inactividad solo se hallaron pequeñas asociaciones negativas y significativas en los constructos de covitalidad y hábitos saludables. Las magnitudes de asociación fueron pequeñas-moderadas en el colectivo de estudiantes y trabajadores activos, predominando en los constructos de resiliencia, covitalidad, hábitos saludables y ansiedad y depresión; mientras que en el grupo de inactividad la fuerza de la correlación fue pequeña. La información sobre los análisis correlacionales se encuentra en la Tabla 2.

El análisis correlacional de los cuestionarios mostró asociaciones positivas y significativas entre las variables de grado de interferencia en el desarrollo de las funciones académicas/laborales, las estrategias de afrontamiento desadaptativas y los síntomas ansioso-depresivos; mientras que un efecto contrario, asociativo y significativo se encontró con resiliencia, covitalidad, hábitos saludables y bienestar psicológico. De la misma manera, los datos mostraron asociaciones negativas y significativas entre el primer y segundo grupo de variables mencionadas. En términos generales, las magnitudes de asociación fueron pequeñas-moderadas, salvo alguna excepción, para la interfe-

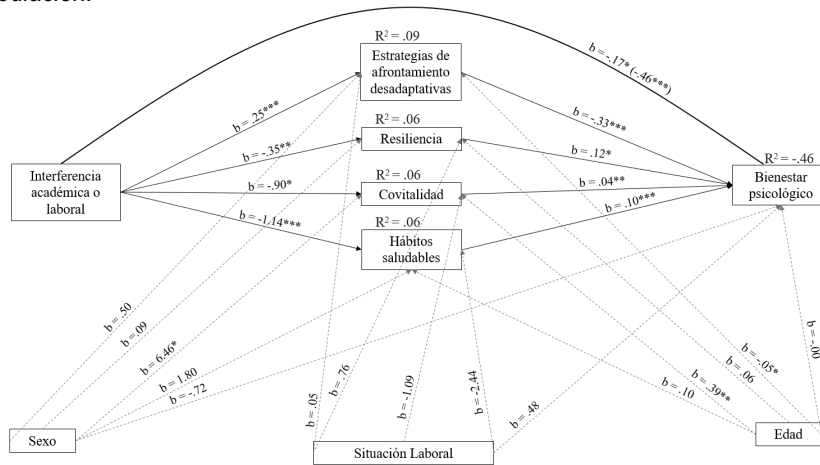
rencia en el desarrollo de las actividades académicas/laborales y los mecanismos de afrontamiento desadaptativos; mientras que en el resto (resiliencia, covitalidad, hábitos saludables, bienestar psicológico y síntomas ansioso-depresivos) la fuerza de la correlación fue moderada-grande, en su gran mayoría. La información sobre los análisis correlacionales se encuentra en la Tabla 3.

Análisis de procesos de mediación

En el primer modelo (Figura 1), los resultados principales mostraron que la interferencia en el desarrollo de las funciones académicas/laborales tenía tanto un efecto directo como indirecto, a través de las estrategias desadaptativas de afrontamiento, la resiliencia, la covitalidad y los hábitos saludables, estadísticamente significativo sobre el bienestar psicológico actual (WHO-5), siendo el porcentaje de la varianza total explicada del 46 %. El efecto total fue $b = -.46$, Error estándar (EE) = .06, $t = -5.21$, $p < .001$, IC: $-.40 / -.17$, siendo tanto el efecto directo ($b = -.17$, $t = -2.42$, $p < .05$) como indirecto significativos ($b = -.28$, $t = -2.42$, $p < .05$). En términos de variables mediadoras, las estrategias de afrontamiento desadaptativas mediaron significativamente de forma positiva en la interferencia de las actividades académicas/laborales y negativamente en el bienestar psicológico, existiendo un efecto contrario y significativo cuando se utilizaba las variables de resiliencia, covitalidad y hábitos saludables. En cuanto a las covariables, la variable sexo fue estadísticamente significativa cuando se asoció a covitalidad, así como la variable edad a estrategias desadaptativas de afrontamiento de manera negativa y a covitalidad de forma positiva. En cambio, la

Figura 1.

Primer modelo de mediación.



Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

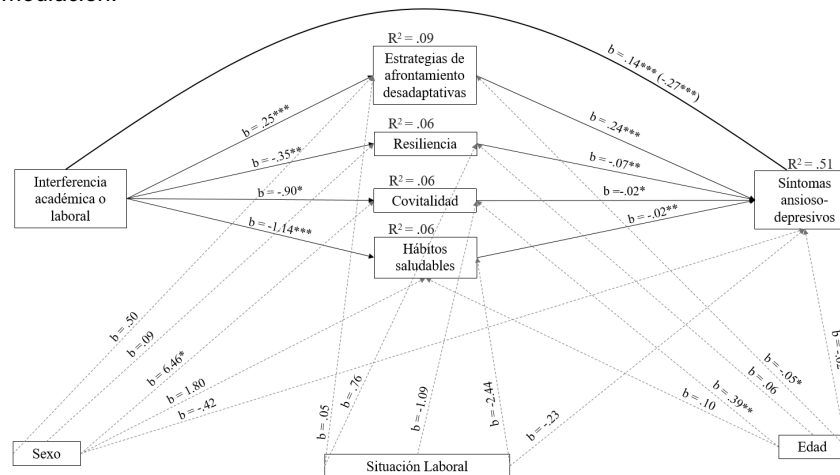
situación laboral no obtuvo efecto significativo en los resultados.

En el segundo modelo (Figura 2), se utilizaron la misma variable predictora e idénticas variables mediadoras, dando como resultado un efecto directo e indirecto estadísticamente significativo sobre la sintomatología ansiosa-depresiva (PHQ-4), con un 51 % de varianza explicada. El efecto total fue $b = .27$, $EE = .03$, $t = 6.38$,

$p < .001$, IC: .08 / .19, siendo tanto el efecto directo ($b = .14$, $t = 4.00$, $p < .001$) como indirecto significativos ($b = .13$, $t = 4.00$, $p < .001$). Además, se encontró que las estrategias desadaptativas de afrontamiento mediaron significativamente de manera positiva en la interferencia de las actividades académicas/laborales y en los síntomas de ansiedad y depresión; mientras que se obtuvo un efecto completamente opuesto con las variables de resiliencia, covitalidad y hábitos saludables. Los resultados obtenidos

Figura 2.

Segundo modelo de mediación.



Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

de las covariables fueron similares al primer modelo, por lo que se considera que ambos modelos son independientes de la categoría profesional.

Discusión

El objetivo principal del presente trabajo fue analizar la función que tienen los recursos personales, actuando como amortiguadores entre el impacto de la interferencia en las funciones académicas/laborales generada por las medidas de confinamiento y los indicadores de salud mental, en función del estatus laboral de la población española: estudiantes, trabajadores e inactivos.

Atendiendo a nuestra primera hipótesis, los datos muestran que existen diferencias significativas en el grado de interferencia de las funciones académicas/laborales, especialmente en el grupo de estudiantes frente al de trabajadores activos. Asimismo, también se halló un peor ajuste psicológico, mostrando mayores puntuaciones y diferencias significativas en síntomas ansioso-depresivos cuando se compararon con los restantes colectivos. Los resultados coinciden con otros trabajos que concluyen que los estudiantes son un grupo de riesgo de sufrir malestar psicológico y desarrollar mayor psicopatología desadaptativa durante el periodo de confinamiento (Balluerka et al., 2020; Wenjun et al., 2020; Xiong et al., 2020), así como la necesidad de establecer programas de orientación psicológica preventivos orientados a reducir el impacto psicológico y emocional derivados de éste (Odrizola-González et al., 2020). En cuanto al colectivo de inactividad, sus puntuaciones siempre se encuentran comprendidas entre el grupo de estudiantes y el de trabajadores activos, excepto en los hábitos saludables, mostrando la peor puntuación. De hecho, poseen puntuaciones similares a los estudiantes en covitalidad y bienestar psicológico, existiendo diferencias significativas con los trabajadores activos en estas dos variables y también en hábitos saludables. En cuanto a los síntomas ansioso-depresivos, superan, junto a los estudiantes el punto de corte, e incluso existen diferencias significativas entre ellos. La heterogeneidad del colectivo de inactividad dificulta su interpretación. Algunos autores como González-Bernal et al. (2020) afirman que los datos obtenidos en estudiantes e inactivos estarían relacionados

con un menor equilibrio ocupacional, pero que se necesitarían más trabajos para abordar este asunto en mayor profundidad.

En cuanto a nuestra segunda hipótesis, se han encontrado diferencias significativas en los recursos personales dependiendo de la categoría laboral de referencia. De acuerdo con la evidencia empírica (Killgore et al., 2020; Luceño-Moreno et al., 2020; Petzold et al., 2020; Planchuelo et al., 2020; Xiao et al., 2020), existe una asociación negativa en la utilización de adecuados recursos personales y mecanismos de afrontamiento y malestar psicológico, siendo este último entendido como síntomas ansioso-depresivos y de estrés. En su estudio, Petzold et al. (2020) concluyó que un estilo de vida saludable y el apoyo social, así como la aceptación de las emociones negativas y evitar el abuso de sustancias, eran clave para reducir el malestar psicológico derivado de los problemas que ha traído la pandemia del COVID-19. Nuestros resultados muestran que el colectivo de estudiantes son los que mayor puntuación han registrado en estrategias de afrontamiento desadaptativas y, como se ha descrito previamente, poseen mayores índices psicopatológicos. Tomándolo en conjunto, se traduciría en un menor ajuste psicológico, siendo coherente que muestren puntuaciones inferiores en resiliencia, competencias socioemocionales y hábitos saludables y, por ende, peor bienestar psicológico respecto a los demás colectivos. Los datos del presente estudio refuerzan esa idea y, por otro lado, son los trabajadores activos quienes obtuvieron los mejores resultados en resiliencia, competencias socioemocionales y hábitos saludables, hallándose diferencias significativas cuando se comparaban con los estudiantes en resiliencia y covitalidad y frente al colectivo de inactividad en covitalidad y hábitos saludables; y como consecuencia diferencias significativas también en funcionamiento y bienestar psicológico frente a los demás grupos.

La última hipótesis también se confirmó. Tal y como se demuestra en nuestros modelos de mediación, se halló un efecto protector significativo de los recursos personales entre la interferencia generada por las medidas de confinamiento y los indicadores de ajuste psicosocial, tras haber controlado los efectos de las variables de sexo, edad y situación laboral. Siguiendo esta línea, se halló una asociación positiva y significativa entre la interferencia aca-

démica/laboral y un peor funcionamiento mental, así como una asociación negativa y significativa entre los recursos personales y un peor ajuste psicosocial. Además, en ambos modelos se obtuvo un mayor efecto indirecto, a través de las variables mediadoras, que uno directo. La variable mediadora que más incidió en la variable resultado, sea bienestar psicológico o síntomas ansioso-depresivos, fueron las estrategias de afrontamiento desadaptativas, seguidas de resiliencia, covitalidad y hábitos saludables. En cuanto a su aplicación práctica al contexto real de la sociedad, las mismas directrices, en términos de salud mental, que se apliquen en la población general tendrían un efecto positivo en el ajuste psicosocial en los distintos colectivos que conforman nuestra muestra. Éstas podrían ser, de acuerdo con la literatura científica (Bacon y Corr, 2020; Chen y Bonano, 2020; Horesh y Brown, 2020; Killgore et al., 2020; Petzold et al., 2020; Prime et al., 2020; Sibley et al., 2020; Soonthornchaiya, 2020; Yildirim y Arslan, 2020): la no utilización de estrategias desadaptativas (consumo de sustancias, bloqueo y negación de las emociones negativas, etc), fomentar el uso flexible de la resiliencia en sus diversas vertientes (autoeficacia, optimismo/esperanza, adecuadas estrategias de afrontamiento, buena comunicación familiar y sentido de pertenencia a la comunidad/sociedad), incrementar las competencias socioemocionales (autoeficacia, apoyo sociofamiliar, regulación emocional, optimismo, etc), la promoción de un estilo de vida saludable (sueño y alimentación equilibrados, ejercicio físico regular, tiempo de ocio y hobbies, gratificante actividad sexual y adecuado higiene personal), entre otras.

En conclusión, la pandemia del COVID-19 ha supuesto uno de los mayores retos para la sociedad española y, especialmente, para la población activa e inactiva. La evidencia científica afirma que este tipo de acontecimientos vitales estresantes producen psicopatología desadaptativa (Brooks et al., 2020) pero, las adecuadas estrategias de afrontamiento y competencias socioemocionales, así como una buena resiliencia y correctos hábitos saludables son el mejor amortiguador, mediando en la interferencia generada y derivando en un mejor ajuste psicosocial (Chen y Bonano, 2020; Horesh y Brown, 2020; Petzold et al., 2020; Taylor, 2019). En otras palabras, la mayor parte de la población posee los recursos personales suficientes para poder enfrentarse a este tipo de acontecimientos que pue-

den tener índole traumática, sin necesidad de intervención en salud mental. No obstante, preocupan los datos obtenidos en los grupos de estudiantes y de inactividad, quiénes han mostrado un peor ajuste psicosocial y menores recursos personales, pudiendo estar sufriendo cierto malestar y sufrimiento psicológico en el periodo de confinamiento. Por todo ello, es de vital importancia priorizar mecanismos para la atención de la salud mental, dotando al sistema sanitario de propuestas serias de intervención psicológica así como de los recursos humanos y materiales para el desarrollo de las mismas (Brooks et al., 2020; Inchausti et al., 2020; Zhang et al., 2020).

Limitaciones

El tamaño muestral y el diseño transversal del estudio impiden asegurar que los modelos de mediación puedan ser generalizables a largo plazo, principalmente debido a los drásticos cambios que se están produciendo durante el confinamiento y el proceso de desescalada hacia la “nueva normalidad”. No obstante, el presente trabajo supone una aproximación empírica sobre cómo ha afectado psicológicamente esta crisis a los diferentes colectivos profesionales de nuestra sociedad, y cómo la resiliencia, las competencias socioemocionales y los hábitos saludables consiguen amortiguar el impacto psicológico que ha supuesto el confinamiento en la interferencia sobre el desarrollo de las funciones académicas y laborales.

Referencias

- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D. y Pakpour, A. H. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 27, 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Axa Foundation. (2020). *A Report on Mental Health & Wellbeing in Europe*. Recuperado el 1 de diciembre de 2020 desde <https://www-axa-com.cdn.axa-contento-118412.eu/www-axa-com%2Fe6854817-1fca-4da0-95c6->

[93962da8fd8_a_report_on_mental_health_in_europe.pdf](#)

- Balluerka-Lasa, N., Gómez-Benito, J., Hidalgo-Montesinos, D., Gorostiaga-Manterola, A., Espada-Sánchez, J. P., Padilla-García, J. L. y Santed-Germán, M. Á. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID 19 y el confinamiento*. Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco, 1–210. https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticias/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J. (2020). The Psychological Impact of Quarantine and how to Reduce It: Rapid Review of the Evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y. y Zhuang, Q. (2020). Psychological Impact and Coping Strategies of Frontline Medical Staff in Hunan between January and March 2020 during the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID) in Hubei, China. *Medical Science Monitor*, 26, 1–16. <https://doi.org/10.12659/MSM.924171>
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Chen, S. y Bonanno, G. A. (2020). Psychological Adjustment During the Global Outbreak of COVID-19: A Resilience Perspective. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S51–S54. <https://doi.org/10.1037/tra0000685>
- Crespo, M. y Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(92), 797–830.
- Connor, K. M. y Davidson, J. R. T. (2003). Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Science* (2ª ed.). Lawrence Erlbaum.
- Espada, J. P., Orgilés, M., Piqueras, J. A. y Morales, A. (2020). Las buenas prácticas en la atención psicológica infanto-juvenil ante el COVID-19. *Clínica y Salud*, 31(2), 109–113. <https://doi.org/10.5093/CLYSA2020A14>
- 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(2), 343–367. <https://doi.org/10.1007/s11482-016-9464-9>
- García-León, M. A., González-Gómez, A., Robles-Ortega, H., Padilla, J. L. y Peralta-Ramírez, M. I. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC) en población española [Psychometric Properties of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in the Spanish population]. *Anales de Psicología*, 35(1), 33–40. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.1.314111>
- González-Bernal, J. J., Santamaría-Peláez, M., González-Santos, J., Rodríguez-Fernández, P., León del Barco, B. y Soto-Cámara, R. (2020). Relationship of Forced Social Distancing and Home Confinement Derived from the COVID-19 Pandemic with the Occupational Balance of the Spanish Population. *Journal of Clinical Medicine*, 9(11), 3606. <https://doi.org/10.3390/jcm9113606>
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. Á., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C. y Muñoz, M.

- (2020). Mental Health Consequences during the 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>
- Horesh, D. y Brown, A. D. (2020). Traumatic Stress in the Age of COVID-19: A Call to Close Critical Gaps and Adapt to New Realities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(4), 331–335. <https://doi.org/10.1037/tra0000592>
- Inchausti, F., García-Poveda, N. V., Prado-Abril, J. y Sánchez-Reales, S. (2020). La psicología clínica ante la pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud*, 31(2), 105–107. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a11>
- Kelly, B. D. (2020). Coronavirus Disease: Challenges for Psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 217(1), 352–353. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.86>
- Killgore, W. D. S., Taylor, E. C., Cloonan, S. A. y Dailey, N. S. (2020). Psychological Resilience during the COVID-19 Lockdown. *Psychiatry Research*, 291, Artículo 113216 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113216>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. y Löwe, B. (2009). An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613–621. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(09\)70864-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(09)70864-3)
- Kwong, A. S. F., Pearson, R. M., Smith, D., Northstone, K., Lawlor, D. A. y Timpson, N. J. (2020). Longitudinal Evidence for Persistent Anxiety in Young Adults through COVID-19 Restrictions. *Wellcome Open Research*, 5(195), 195. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.16206.1>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z. y Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), Artículo e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Legido-Quigley, H., Mateos-García, J. T., Campos, V. R., Gea-Sánchez, M., Muntaner, C. y McKee, M. (2020). The Resilience of the Spanish Health System against the COVID-19 Pandemic. *The Lancet Public Health*, 5(5), Artículo e251–e252. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30060-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30060-8)
- Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuérne, Y. y Martín-García, J. (2020). Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph17155514>
- Ministerio de Sanidad. (2020). *Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19*. Recuperado el 1 de diciembre de 2020 desde <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/home.htm>
- Odrizola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Iruñia, M. J. y de Luis-García, R. (2020). Psychological Effects of the COVID-19 Outbreak and Lockdown among Students and Workers of a Spanish University. *Psychiatry Research*, 290, Artículo 113108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113108>
- Parrish, E. (2020). The next Pandemic: COVID-19 Mental Health Pandemic. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(3), 485–485. <https://doi.org/10.1111/ppc.12571>
- Petzold, M. B., Bendau, A., Plag, J., Pyrkosch, L., Maricic, L. M., Betzler, F., Rogoll, J., Große, J. y Ströhle, A. (2020). Risk, Resilience, Psychological

- Distress, and Anxiety at the Beginning of the COVID-19 Pandemic in Germany. *Brain and Behavior*, 10(9), 1–10. <https://doi.org/10.1002/brb3.1745>
- Planchuelo-Gómez, Á., Odriozola-González, P., Iurtia, M. J. y de Luis-García, R. (2020). Longitudinal Evaluation of the Psychological Impact of the COVID-19 Crisis in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 277, 842–849. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.018>
- Prime, H., Wade, M. y Browne, D. T. (2020). Risk and Resilience in Family Well-being during the COVID-19 Pandemic. *American Psychologist*, 75(5), 631–643. <https://doi.org/10.1037/amp0000660>
- Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S. y Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of Stress, Anxiety, Depression among the General Population during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J. y Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional [Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic: Negative and Positive Effects in Spanish People during the Mandatory National Quarantine]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1–22. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>
- Sibley, C. G., Greaves, L. M., Satherley, N., Wilson, M. S., Overall, N. C., Lee, C. H. J., Milojev, P., Bulbulia, J., Osborne, D., Milfont, T. L., Houkamau, C. A., Duck, I. M., Vickers-Jones, R. y Barlow, F. K. (2020). Effects of the COVID-19 Pandemic and Nationwide Lockdown on trust, Attitudes toward Government, and Well-being. *American Psychologist*, 75(5), 618–630. <https://doi.org/10.1037/amp0000662>
- Soonthornchaiya, R. (2020). Resilience For Psychological Impacts Of COVID-19 Pandemic On Older Adults In Thailand. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 6(2), 1–4. <https://doi.org/10.24966/ggm-8662/100053>
- Tabachnick, B. G. y Fidell, L. S. (1996). *Using Multivariate Statistics* (3ª ed.). Harper Collins College Publisher.
- Taylor, S. (2019). *The Psychology of Pandemics. Preparing for the next Global Outbreak of Infectious Disease*. Cambridge Scholars.
- Urzúa, A., Vera-Villarroel, P., Caqueo-Urizar, A. y Polanco-Carrasco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial [Psychology in the Prevention and Management of COVID-19. Contributions from the Initial Evidence]. *Terapia Psicológica*, 38(1), 103–118. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082020000100103>
- Vindegaard, N. y Benros, M. E. (2020). COVID-19 Pandemic and Mental Health Consequences: Systematic Review of the Current Evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. y Ho, R. C. (2020a). 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), Artículo 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., Choo, F. N., Tran, B., Ho, R., Sharma, V. K. y Ho, C. (2020b). A Longitudinal Study on the Mental Health of General Population during the

COVID-19 Epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>

Pneumonia Outbreak in China: A Model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*, 3(1), 3–8. <https://doi.org/10.1093/pccmedi/pbaa006>

Wenjun, C., Ziwei, F., Guoqiang, H., Mei, H., Xinrong, X., Jiabin, D. y Jianzhong, Z. (2020). The Psychological Impact of the COVID-19 Epidemic on College Students in China. *Psychiatry Research*, 287, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>

World Health Organization (WHO) (1998). *Wellbeing Measures in Primary Health Care/the Depcare Project*. WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2020). *Coronavirus*. Recuperado el 14 de mayo de 2020 desde https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1

Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S. y Yang, N. (2020). The effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical Science Monitor*, 5(26), Artículo e923549. <https://doi.org/10.12659/MSM.923549>

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A. y McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 Pandemic on Mental Health in the General Population: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>

Yıldırım, M. y Arslan, G. (2020). Exploring the Associations between Resilience, Dispositional Hope, Preventive Behaviours, Subjective Well-Being, and Psychological Health among Adults during Early Stage of COVID-19. *PsyArXiv Preprints*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/vpu5q>

Zhang, J., Wu, W., Zhao, X. y Zhang, W. (2020). Recommended Psychological Crisis Intervention Response to the 2019 Novel Coronavirus

IMPACTO PSICOLÓGICO DEL CONFINAMIENTO EN UNA MUESTRA DE PERSONAS MAYORES: ESTUDIO LONGITUDINAL ANTES Y DURANTE EL COVID-19

PSYCHOLOGICAL IMPACT OF CONFINEMENT IN A SAMPLE OF OLDER ADULTS: LONGITUDINAL STUDY BEFORE AND DURING COVID-19

M^a ÁNGELES MOLINA MARTÍNEZ¹,
TERESA PANIAGUA GRANADOS¹ Y
VIRGINIA FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ²

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Molina Martínez, M. A., Paniagua Granados, T. y Fernández-Fernández, V. (2021). Impacto psicológico del confinamiento en una muestra de personas mayores: estudio longitudinal antes y durante el COVID-19 [Psychological Impact of Confinement in a Sample of Older Adults: Longitudinal Study before and during COVID-19]. *Acción Psicológica*, 18(1), 151–164. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.29176>

Resumen

El confinamiento domiciliario ha sido una de las medidas tomadas en relación con el COVID-19. Conocer qué consecuencias psicológicas conlleva es de interés y en particular en la población mayor. Se analiza el impacto del

confinamiento de una muestra de personas mayores de 65 años evaluada antes de la pandemia (OLA 1) y que fue, posteriormente, evaluada durante el confinamiento domiciliario (OLA 2). Se administró un cuestionario digital distribuido de forma online (C.A.W.I -computer assisted web interviewing-) a una muestra de 141 personas mayores de 64 años de Madrid. Se indagan, por un lado, datos sociodemográficos, de vivienda y servicios, situación sanitaria, salud, función física, ejercicio físico,

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Virginia Fernández-Fernández, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Email: vfernandez@psi.uned.es

ORCID: M^a Ángeles Molina Martínez (<https://orcid.org/0000-0001-9354-6763>) y Virginia Fernández Fernández (<https://orcid.org/0000-0003-3684-9375>).

¹ Universidad Francisco de Vitoria, España.

² Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Recibido: 16 de abril de 2021.

Aceptado: 9 de junio de 2021.

sintomatología depresiva, actividades de ocio y tiempo libre, apoyo social, resiliencia, soledad y bienestar en la situación de confinamiento de la muestra (OLA 2) mediante análisis descriptivos. Además, se realizan análisis de comparación en algunas variables de la muestra antes de la pandemia (OLA 1) y durante el confinamiento (OLA 2). Los resultados muestran que se preservan los niveles de bienestar en la muestra de este estudio.

Palabras clave: Personas mayores; impacto psicológico; bienestar psicológico; COVID-19 pre-post; resiliencia.

Abstract

Home confinement has been one of the measures taken in relation to COVID-19. Knowing what psychological consequences it entails is of interest, and particularly in the older adults. We analyze the impact of confinement on a sample of people over 65 years old evaluated before the pandemic (WAVE 1) and subsequently evaluated during home confinement (WAVE 2). A digital questionnaire distributed online (C.A.W.I –computer assisted web interviewing–) was administered to a sample of 141 people over 64 years old in Madrid. On the one hand, sociodemographic data, housing and services, health situation, health, physical function, physical exercise, depressive symptomatology, leisure and free time activities, social support, resilience, loneliness and well-being in the situation of confinement of the sample (WAVE 2) are investigated through descriptive analyses. In addition, comparison analyses are performed on some variables in the sample before the pandemic (WAVE 1) and during confinement (WAVE 2). The results show that well-being levels are preserved in the sample of this study.

Keywords: Older adults; psychological impact; psychological well-being; COVID-19 pre-post; resilience.

Introducción

Desde el primer caso identificado de COVID-19 (Guan et al., 2020) al reconocimiento de pandemia mundial

(OMS, 2020a), tan solo transcurren tres meses, con un dramático incremento en el número de diagnósticos y fallecidos (MSCBS, 2020; OMS, 2020b). Entre las medidas tomadas para frenar el impacto del virus se implantó el confinamiento domiciliario (Jiang et al., 2020). En España, se inició el 14 de marzo prolongándose hasta el 21 de junio.

En esta situación excepcional, se reconoce la importancia del cuidado de la salud mental (Carvalho et al., 2020; Duan y Zhu, 2020; Zandifar y Badrfam, 2020), motivando el interés por conocer las consecuencias psicológicas que conlleva (Brooks et al., 2020; McKibbin y Fernando, 2020; Li, Wang et al., 2020) y su impacto sobre el bienestar emocional (Rodríguez-Rey et al., 2020).

Las encuestas realizadas en población general muestran consecuencias nocivas sobre la salud mental (Luo et al., 2020; Vindegaard y Benros, 2020). Se observa un aumento de psicopatología, como síntomas de depresión (Wang et al., 2020a) y ansiedad (Cao et al., 2020; Carvalcho et al., 2021; Pappa et al., 2020), baja calidad de sueño (Huang y Zhao, 2020), mayores niveles de estrés (Qiu et al., 2020) y una disminución en el bienestar emocional, con menor percepción de felicidad y satisfacción (Li et al., 2020). Los datos han mostrado cómo el confinamiento ponía en riesgo el bienestar de las personas (Brooks et al., 2020).

De forma concreta, en la revisión de 66 estudios que evaluaban depresión, ansiedad, angustia e insomnio en distintas poblaciones del mundo, se observaron altas prevalencias de estos trastornos en población con otras patologías médicas –y propias de la población mayor– previas (Wu et al., 2021). Otros estudios, tales como el de Passavanti et al. (2021) han detectado, a través de la evaluación online en siete países diferentes, la presencia de altos niveles de malestar psicológico (estrés, depresión, ansiedad, o riesgo de desarrollo de Estrés Postraumático) en más de la mitad de la muestra evaluada (Passavanti et al., 2021). Estos resultados han sido coincidentes también con estudios llevados a cabo en nuestro país, habiendo detectado alteraciones emocionales negativas, entre las que están mayores niveles de estrés, depresión y ansiedad (Sandín et al., 2020).

Uno de los grupos identificados en mayor riesgo de desarrollar malestar emocional durante la pandemia ha sido el colectivo de las personas mayores (Verity et al., 2020). Las altas tasas de mortalidad en este grupo podrían generar estrés y miedo ante la enfermedad (Meng et al., 2020). Las noticias sobre el colectivo se asocian a fallecimientos, crisis en las residencias o vulnerabilidad extrema (Bravo-Segal y Villar, 2020). También experimentan el confinamiento en mayor soledad que otros grupos (Armitage y Nellums, 2020).

Por todo ello, el impacto psicosocial en personas mayores ha suscitado interés (Dubey et al., 2020) encontrando resultados sobre repercusiones negativas del confinamiento en el funcionamiento físico (Fernández-Baltes y Sánchez, 2020) o la actividad física (Bentlage et al., 2020), en un incremento de sintomatología depresiva (Banerjee, 2020; Losada-Baltar et al., 2020), ansiosa (Banerjee, 2020; Gorrochategi et al., 2020) o estrés (Banerjee, 2020; Gorrochategi et al., 2020). La soledad también ha sido analizada en este grupo de población, como consecuencia negativa del confinamiento (Krendl y Perry, 2020) y además, como antecedente a unas mayores consecuencias a nivel cognitivo y emocional en la persona (Kotwal et al., 2020). Otras publicaciones han tenido en cuenta variables positivas de bienestar psicológico (López et al., 2020; Wang et al., 2020b), que muestran un papel protector ante la aparición de malestar durante el confinamiento (Yıldırım y Arslan, 2020; Wang et al., 2020b). Finalmente, se han encontrado publicaciones sobre aspectos sociales, siendo el aislamiento social un factor ampliamente estudiado (Brooks et al., 2020; Morley y Vellas, 2020; Sepúlveda-Loyola et al., 2020). A su vez, algunos trabajos también han analizado el papel protector de la resiliencia en las personas mayores ante la pandemia (Chen, 2020; Fuller y Huseth-Zosel, 2021).

Los estudios longitudinales realizados con personas mayores antes y durante el confinamiento domiciliario, muestran un aumento de la sintomatología psicopatológica como la depresión o la ansiedad (Herrera et al., 2021; Van Tilburg et al., 2020). No obstante, se evidencia la capacidad adaptativa de los adultos mayores ante acontecimientos vitales estresantes, experimentando una mejora de variables psicológicas positivas tales como la satisfacción con la vida (Kivi et al., 2021; Van Tilburg et al., 2020), la

resiliencia (Herrera et al., 2021) o la percepción de relaciones positivas (Herrera et al., 2021). Además, se ha observado que otras variables como la salud física percibida (Herrera et al., 2021; Kivi et al., 2021) o la soledad (Herrera et al., 2021; Kivi et al., 2021; Peng y Roth, 2021) se mantienen o, incluso, aumentan a raíz del confinamiento.

Se proponen dos objetivos principales en este estudio: (a) Describir características psicosociales de una muestra de personas mayores durante el confinamiento, y (b) comparar los niveles de salud física-social-psicológica y resiliencia en dicha muestra antes de la pandemia (OLA 1) y durante la misma (OLA 2). Se espera encontrar una mayor prevalencia de síntomas de depresión en la población en la OLA 2, respecto a la OLA 1. Se espera encontrar niveles más altos en OLA 2 en variables psicológicas positivas, basado en la capacidad de adaptación y de crecimiento de la población mayor ante los eventos vitales negativos (Baltes y Carstensen, 2002; Brandtstädter y Rothermund, 2002; Baltes y Baltes, 1990).

Método

Participantes y procedimiento

La muestra son 141 personas mayores (59.7 % mujeres; rango de edad entre 65 y 87 años, $M = 73.01$, $DT = 4.76$), viviendo en la comunidad, en la Comunidad de Madrid. Ambas encuestas se realizaron a través del sistema informático especializado en encuestas online C.A.W.I (computer assisted web interviewing) a través de una empresa de muestreo especializada en evaluación a través de encuestas, cuyo sistema de evaluación asegura el anonimato y la protección de datos a través de internet y cuenta con una asistencia en directo de ayuda para la cumplimentación del cuestionarios. Esta empresa contactó con los participantes telefónicamente para considerar su participación. Los criterios de inclusión fueron: (a) saber leer y escribir; (b) mayores de 65 años; y (c) viviendo en domicilio privado.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Francisco de Vitoria (número de registro:

34/2019) y se respetaron los principios de la Declaración de Helsinki (59th General Assembly of the World Medical Association, Seoul, October 2009) para la investigación con seres humanos.

Las características sociodemográficas de la muestra se describen en la Tabla 1.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de la muestra

		N	%
Nivel educativo	Sin estudios	0	0.4
	Estudios primarios	18	13.0
	Estudios secundarios	28	19.5
	Bachiller	35	25.0
	Universitarios	60	42.1
Estado civil	Casado	85	60.3
	Viudo	23	16.3
	Soltero	15	10.5
	Separado/divorciado	18	12.9
Situación de convivencia	Vive solo	25	17.7
	Vive en pareja	78	55.4
	Vive con hijos	17	12.3
	Vive con hijos y pareja	11	8.0
	Otros	9	6.7

Variables e instrumentos

Se administró un protocolo de evaluación, autoinformado, dividido en secciones:

Información sociodemográfica. Sexo (hombre; mujer); edad; estado civil (casado, viudo, soltero, divorciado o separado) y nivel educativo (sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios, bachiller, estudios universitarios).

Actividades de ocio y tiempo libre. Autoinforme sobre actividades (Fernández Ballesteros et al., 2011). Se pregunta por la ocurrencia de 14 actividades que podían realizarse durante la situación de confinamiento (por ej., “Leer libros”, “Participar en alguna actividad de formación o educación”).

Salud física, social y psicológica

- *Salud.* Se ha empleado la subescala de Salud de la Escala PERMA-Profilier (Butler y Kern, 2016). Esta escala de bienestar general consta de 31 ítems divididos en 9 subescalas. En concreto, la subescala de Salud consta de 3 ítems (por ejemplo “En general ¿cómo diría que es su salud?”) con opciones de respuesta de 0 (muy mala) a 10 (excelente). En este estudio la consistencia interna de la subescala ha sido .79

- *Función física.* Se utilizó la subescala de función física de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 (Alonso et al., 1995). Contiene 10 ítems (e.g., “Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?”). El formato de respuesta es una escala tipo Likert con tres opciones de respuesta (0= No, no me limita nada; 1= Sí, me limita un poco; 2= Sí, me limita mucho). Puntuaciones altas sugieren mayor limitación para llevar a cabo actividades físicas. En este estudio el coeficiente de fiabilidad (Alpha de Cronbach) ha sido $\alpha = .85$.

- *Ejercicio físico.* Se preguntó por el ejercicio físico realizado antes del confinamiento (escala dicotómica, Sí o No) y por el ejercicio físico realizado durante el confinamiento (escala dicotómica, Sí o No).

- *Relaciones positivas.* Subescala de Relaciones Positivas de la Escala PERMA-Profilier (Butler y Kern, 2016). Esta subescala consta de 3 ítems (por ejemplo “¿En qué medida recibe ayuda y apoyo de otros cuando la necesita?”) y cuenta con un formato de respuesta es en una escala de 11 puntos con etiquetas de anclaje: (1) de 0 (nunca) a 10 (siempre); (2) de 0 (nada en absoluto) a 10 (completamente); y (3) de 0 (muy mala) a 10 (excelente). En este estudio la consistencia interna de la subescala ha sido .79

- *Cuestionario de percepción del apoyo psicosocial* (Reig et al., 1991). Contiene doce ítems (e.g., “Mi familia me ayuda a tomar decisiones”) con cuatro opciones de respuesta (1=Casi nunca; 2=A veces; 3=Con frecuencia; 4=Casi siempre o siempre). A mayor puntuación, mayor apoyo social percibido. En este estudio se ha obtenido un Alpha de .93.

- *Afecto positivo (AP) y Afecto negativo (AN)*. Se han empleado las subescalas de Afecto Positivo y Afecto Negativo de la Escala PERMA-Profilier (Butler y Kern, 2016), previamente descrita. Puntuaciones altas indican mayores niveles de bienestar en cada uno de los componentes. Los valores Alpha obtenidos son de .81 (AP) y .75 (AN).

- *Satisfacción con la vida*. Esta variable se ha evaluado mediante la pregunta “Teniendo en cuenta lo bueno y lo malo, ¿en qué medida está satisfecho con su vida?” con un formato de respuesta tipo Likert con 4 opciones: 1=muy poco; 2=algo; 3=bastante; 4=mucho (Lykken y Tellegen, 1996).

- *Bienestar eudaimónico*. Escala de bienestar psicológico, propuesta originalmente por Carol Ryff (Ryff, 1989), adaptadas al español por Van Dierendonck (2005) y validada por Díaz et al. (2006). Contiene 29 ítems (por ej., “Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento de cómo han resultado las cosas”) divididos en seis subescalas. A mayor puntuación en cada subescala mayor nivel de autoaceptación, autonomía, crecimiento personal, dominio del entorno, propósito en la vida y relaciones positivas. Las opciones de respuesta son de tipo Likert y oscilan entre 0 y 5 (0 = totalmente en desacuerdo; 5 = totalmente de acuerdo). La consistencia interna (alpha de Cronbach) de las subescalas obtenida en el presente trabajo va desde .71 (crecimiento personal) hasta .88 (autoaceptación).

- *Sintomatología depresiva*. Medida con la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977). Valora la frecuencia de aparición de síntomas depresivos en la última semana. Consta de 20 ítems (por ej., “Sentía que no podía librarme de la tristeza incluso con la ayuda de mi familia o amigos”). El formato de respuesta es una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (de 0 = “raramente o nunca” a 3 = “todo el tiempo”). Se sugiere una puntuación criterio igual o superior a 16 para la presencia de depresión clínica (Radloff, 1977). El coeficiente alpha obtenido fue de .76.

- *Soledad*. han empleado la subescala de Soledad de la Escala PERMA-Profilier (Butler y Kern, 2016), ya descrita previamente. Puntuaciones altas indican mayores niveles

de soledad. Se compone de un único ítem “¿En qué medida te sientes sólo/a en tu vida diaria?”. Con valores de respuesta comprendidos entre 1 y 11.

Resiliencia. Adaptación española en población mayor (Tomás et al., 2012) de la escala BRCS (Sinclair y Wallston, 2004). Contiene 4 ítems que describen el modo de reaccionar ante situaciones difíciles, con una escala de 1 (no me describe en absoluto) a 5 (me describe muy bien). El Alpha de Cronbach obtenido fue de .87.

Análisis de datos

Se llevó a cabo el análisis de los casos atípicos, univariados y multivariados (Tabachnick y Fidell, 2007) de las respuestas a las escalas consideradas, así como un análisis de consistencia interna de las mismas (Alpha de Cronbach). Se realizó análisis descriptivos (medias y desviaciones típicas, frecuencias y porcentajes) de todas las variables incluidas en el estudio.

Para analizar si se habían producido diferencias significativas entre las medidas tomadas antes y durante el confinamiento, se realizó un análisis estadístico mediante la prueba *t* de Student para muestras relacionadas y se obtuvieron medidas del tamaño del efecto, mediante la *d* de Cohen (1988), aplicando la fórmula $d = (M_1 - M_2) / S_1$

La cuantificación del tamaño del efecto se obtuvo calculando la diferencia de medias antes y durante el confinamiento dividido por la desviación típica de antes del confinamiento (Morris, 2008; Morris y DeShon, 2002).

Todos los análisis se realizaron con el programa estadístico IBM SPSS Statistics v.22.

Resultados

Análisis descriptivos de aspectos sociodemográficos de la muestra durante el confinamiento (OLA 2)

Actividades de ocio y tiempo libre

Los porcentajes encontrados fueron: respecto a actividades de ocio, leer libros (75.2 %), periódicos (53.7 %), hacer pasatiempos como sudokus, crucigramas, sopas de letras (59.0 %), utilizar internet para buscar información, chatear (69.7 %), ver la televisión (91.1 %), escuchar la radio (50.5 %) y llamadas telefónicas para distraerse (50.0 %). Respecto a actividades productivas, tareas del hogar (84.2 %), bricolaje, coser, pintar (45.0 %), apoyar iniciativas sociales (12.4 %), implicarse en actividades formativas o educativas (11.2 %), hacer la compra (40.8 %), gestiones (46.4 %) y llamadas telefónicas para preocuparse por otros (83.0 %).

Salud física, social y psicológica

En términos de *salud física*, el informe de salud de los participantes de la encuesta es bueno tanto en la subescala de salud del PERMA ($M = 6.9$, $DT = 1.6$, $min = 2$, $max = 10$), como en la de Función Física ($M = 3.75$, $DT = 3.01$, $min = 0$, $max = 14$). Respecto a ejercicio físico,

el 70.7 % dice que lo realizaba antes del confinamiento, frente al 49.5 % que lo realiza durante el confinamiento

En relación al *funcionamiento social*, se muestran altas puntuaciones en relaciones positivas (subescala PERMA) ($M = 7.82$, $DT = 1.48$, $min = 3$, $max = 10$) y apoyo social percibido ($M = 38.78$, $DT = 7.53$, $min = 20$, $max = 48$ respectivamente).

Respecto a la *salud psicológica*, el balance emocional es positivo (afecto positivo: $M = 7.20$, $DT = 1.42$; afecto negativo: $M = 3.89$, $DT = 1.61$). En *satisfacción con la vida* (bienestar hedónico), el 0.4 % dice sentirse muy poco satisfecho con su vida frente al 59.7 % que responde bastante o mucho. El *Bienestar eudaimónico*, muestra altos niveles en todas las medidas: *crecimiento* ($M = 14.67$, $DT = 3.07$, $max = 20$), *dominio del entorno* ($M = 17.49$, $DT = 4.1$, $max = 25$), *propósito* ($M = 14.79$, $DT = 3.35$, $max = 20$), *autonomía* ($M = 20.11$, $DT = 4.99$, $max = 30$), *autoaceptación* ($M = 14.55$, $DT = 3.37$, $max = 20$), *relaciones positivas* ($M = 17.94$, $DT = 5.03$, $max = 25$). Por último, la *sintomatología depresiva* ($M = 14.23$, $DT = 9.11$, $min = 0$, $max = 40$), ha mostrado niveles medios por debajo de la depresión clínica y subclínica, si bien hay que destacar que el porcentaje de personas con niveles por encima del punto de corte (depresión clínica) se sitúa en un 34.3 % de la muestra evaluada. Por último, la *soledad* evaluada presenta niveles adecuados ($M = 3.35$,

Tabla 2.

Diferencias de medias en PRE-POST

	OLA 1		OLA 2		t	d
	M	DT	M	DT		
Funcionamiento físico	4.30	4.00	3.90	3.30	1.81	0.10
Salud (PERMA)	6.90	1.60	7.10	1.30	-3.24**	0.20
Depresión	11.90	8.90	14.20	9.10	-2.9**	0.26
Soledad (PERMA)	3.10	2.90	3.30	2.90	-1.1	0.08
Afecto positivo (PERMA)	7.27	1.38	7.20	1.40	.73	0.06
Afecto negativo (PERMA)	4.12	1.50	3.90	1.60	2.15*	0.20
Resiliencia	14.70	3.20	14.50	3.90	0.85	0.07
Relaciones positivas	17.00	4.70	17.90	5.00	-2.71**	0.20
Autoaceptación	13.90	3.70	14.50	3.40	2.5*	0.15
Bienestar psicológico	97.85	21.30	99.50	19.30	-1.7 †	0.10
Satisfacción con la vida	2.92	.80	3.10	.60	-2.3*	0.20

** $p \leq .01$; * $p \leq .05$.

$DT = 2.9$), señalando el 30.8 % no sentirse solo en ningún momento.

Resiliencia

Los niveles de *Resiliencia* también han sido altos, obteniéndose altas puntuaciones en resiliencia ($M = 14.48$, $DT = 3.9$, $min = 4$, $max = 20$).

Resultados de las Diferencias de medias OLA 1 (antes de la pandemia) – OLA 2 (durante confinamiento):

Se han analizado diferencias de medias entre las variables evaluadas antes de la pandemia y durante el confinamiento. Se muestran los resultados en la Tabla 2.

Resultados de las Diferencias de medias OLA 1 (antes de la pandemia) – OLA 2 (durante confinamiento):

Se han analizado diferencias de medias entre las variables evaluadas antes de la pandemia y durante el confinamiento. Se muestran los resultados en la Tabla 2.

Los resultados indican un aumento en los niveles de *depresión* ($t = -2.9$) de la muestra evaluada durante el confinamiento. En OLA 1, el 27.3 % superó el punto de corte para la depresión clínica, porcentaje que aumentó al 34.3 % en la evaluación realizada durante el confinamiento. Por otro lado, y quedándose cercano a la significación, también se produce un empeoramiento de la función física ($t = 1.81$, $p = .07$).

Sin embargo, se observa una mejora clínica estadísticamente significativa en otras variables evaluadas. El *afecto negativo* ($t = 3$, $p = .03$) disminuye. Aumentan los niveles de *Salud percibida* ($t = -3.24$, $p = .001$), *relaciones positivas* ($t = -2.71$, $p = .007$), *Autoaceptación* ($t = 2.5$, $p = .01$), *Satisfacción con la vida* ($t = -2.3$, $p = .02$) y, cercano a la significación el bienestar eudaimónico general ($t = -1.7$; $p = .08$).

Por último, no se observan diferencias estadísticamente significativas en variables como la *soledad* ($t = -$

1.1 , $p = .28$), *afecto positivo* ($t = 0.73$, $p = .46$), y *resiliencia* ($t = 0.85$, $p = .39$).

El cálculo del tamaño del efecto muestra efectos bajos para todas las variables evaluadas.

Discusión

En este trabajo se pretendían dos objetivos: (a) Describir características psicosociales de una muestra de personas mayores durante el confinamiento, y (b) comparar los niveles de salud física-social-psicológica y resiliencia en dicha muestra antes de la pandemia (OLA 1) y durante la misma (OLA 2).

Respecto al primer objetivo, y en consonancia con otros trabajos (Bruine de Bruin, 2020) parece que la población mayor no muestra puntuaciones negativas en aspectos psicosociales y de salud durante la pandemia, pese a tratarse de un colectivo de riesgo ante el desarrollo de malestar en este tiempo (Verity et al. 2020).

Los resultados de este estudio apuntan en la misma dirección que los obtenidos por otros autores en cuanto a buena salud física percibida y preservada la salud mental: la mayoría de los participantes no muestran sintomatología depresiva, situándose la media por debajo del punto de corte criterio (datos coincidentes con Gorrochategi et al., 2020); la disminución de actividad física y mayor implicación en actividades cognitivas como leer libros o periódicos o realizar pasatiempos y crucigramas; el balance emocional positivo y la alta satisfacción con la vida (Fernández-Ballesteros y Sánchez, 2020).

Los niveles de soledad no han sido elevados, y la percepción de apoyo social y de relaciones positivas informadas por la muestra encuestada es francamente alta. Se ha sugerido que las nuevas tecnologías han permitido la conexión más constante con el resto de familiares; así, la mayoría de la muestra hace uso de internet para buscar información y chatear, lo que pudo resultar beneficioso durante el confinamiento por contribuir a reducir la percepción de soledad (Newman y Zainal, 2020).

Se muestran niveles altos de resiliencia; otros estudios han encontrado que las personas mayores han sido más resilientes que otros grupos de edad (García-Fernández et al., 2020).

En cuanto a los aspectos eudaimónicos del bienestar se encuentran niveles elevados de autoaceptación, autonomía, crecimiento personal, dominio del entorno, propósito en la vida y relaciones positivas, resultados coincidentes con otros estudios (López et al., 2020).

En relación con el segundo objetivo (comparativa ola 1 y ola 2), el primer resultado a destacar es que los niveles de depresión han aumentado significativamente, elevando la prevalencia de estos síntomas en torno al 6 % en la muestra. Eso coincide con los escasos resultados encontrados por otros estudios longitudinales (Herrera et al., 2021; Van Tilburg et al., 2020). Sin embargo, tal y como se podía esperar tomando en cuenta las teorías clásicas de adaptación y cambio en el envejecimiento (Baltes y Carsensen, 2002; Brandtstädter y Rothermund, 2002), el resto de variables evaluadas se han mantenido estables, como es el caso de los niveles de afecto positivo y resiliencia; resultados que van en la misma línea de otras encuestas en las que la mayoría de las personas mayores aseguran que el impacto psicológico de la pandemia ha sido bajo, y sus vidas apenas se han visto afectadas por este acontecimiento (Fernández-Ballesteros y Sánchez, 2020; Flint et al., 2020; Gerritsen y Oude Voshaar, 2020; Zhang y Ma, 2020). La percepción de soledad, en la muestra aquí evaluada no se ha incrementado con respecto a la OLA 1. Por el contrario, y como elemento altamente beneficioso y protector para la población mayor, se han observados cambios relevantes y significativos en la OLA 2, en aspectos como la percepción de salud, relaciones significativas, autoaceptación o satisfacción con la vida. La capacidad de la persona mayor para re-identificar los hechos adversos y extraer un aprendizaje del mismo, queda evidenciada en este estudio. Así, estos resultados son coincidentes con estudios clásicos que destacan esta capacidad de la población mayor (Baltes y Baltes 1990), así como estudios más recientes (Fernández-Fernández et al., 2020).

Entre las limitaciones del estudio cabe señalar la propia muestra, que por su tamaño y características no es representativa; respecto a las características de la muestra, com-

parativamente con la población mayor de 60 años (IMSERSO, 2016), el estado civil se distribuye de forma semejante; el nivel educativo es bastante más alto, así como la forma de convivencia unipersonal, menor. Esta distribución de las características en la muestra es coincidente con otros estudios realizados en adultos mayores durante el confinamiento (Fernández-Ballesteros y Sánchez, 2020).

Respecto al tamaño de la muestra, se trata de un seguimiento de una muestra tomada antes del inicio de la pandemia; y en cuanto al formato de aplicación de la encuesta, es on-line. Se ha demostrado que las personas que suelen participar en este tipo de encuesta normalmente tienen más conocimientos, afinidad con el tema y compromiso (Chang y Krosnick, 2009).

Todo lo anterior condiciona, las características de la muestra; en este caso se trata de adultos mayores no institucionalizados, con un nivel educativo elevado e inmerso en las nuevas tecnologías. Se identifica, por tanto, un sesgo en la representatividad de la muestra, reduciendo la validez externa (Brenner, 2002). Sin duda, no todo el mundo tiene acceso a internet (Best y Krueger, 2004), y puede haber importantes diferencias entre el acceso a internet de las personas con capacidad adquisitiva media y baja. No obstante, hay que señalar el aumento de usuarios de internet entre el colectivo de las personas mayores, pasando del 32.7 % en 2017 al 46.8 % en 2019, datos que muy probablemente, han cambiado en el año 2020. Por tanto, los resultados presentados en este trabajo deben ser tomados con cautela, pues introducen un sesgo importante respecto a la validez externa del trabajo. Sin embargo, los mayores con niveles educativos elevados componen un grupo importante dentro de la población mayor por lo que hay que tenerlo en cuenta (Fernández-Ballesteros y Sánchez, 2020).

En conclusión, parece que el impacto psicosocial del confinamiento en los mayores que participaron en la encuesta es, en general, positivo, mostrándose la mayoría de ellos eficaces y con una regulación y control emocional adaptativos, con alto nivel de actividad, así como con estabilidad en sus relaciones. Todo ello pone en relieve la presencia de bienestar en este colectivo, pese a las exigentes demandas del entorno durante el confinamiento. Tam-

bién es cierto que respecto a los niveles de depresión se observa un incremento. El estudio longitudinal presentado, permitirá el estudio de perfiles de vulnerabilidad, que permitan predecir qué características psicosociales definen a las personas en su adaptación a la pandemia. De estos futuros trabajos, podrán derivarse a su vez, programas preventivos, capaces de minimizar las consecuencias de sucesos con alto impacto como el vivido durante los meses de pandemia y confinamiento.

Referencias

- Alonso, J., Prieto, L. y Anto, J. M. (1995). The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): An Instrument for Measuring Clinical Results. *Medicina Clínica*, 104(20), 771–776.
- Armitage, R. y Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the Consequences of Isolating the Elderly. *The Lancet Public Health*, 5(5), Artículo e256. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30061-x](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30061-x)
- Baltes, M. M. y Carstensen, L. L. (2002). The process of successful aging. En U. Staudingery U. Lindenberger (Eds.), *Understanding Human Development: Dialogues with Life-Span Psychology* (pp. 81–104). Kluwer Academic.
- Brandstädter, J. y Rothermund, K. (2002). Intentional Self Development: Exploring the Interfaces between Development, Intentionality, and the Self. En L. J. Crockett (Ed.), *Agency, motivation, and the life course: Nebraska Symposium on Motivation* (vol. 48, pp. 31–75). University of Nebraska Press.
- Banerjee, D. (2020). ‘Age and Ageism in COVID-19’: Elderly Mental Health-Care Vulnerabilities and Needs. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, Artículo 102154. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102154>
- Bentlage, E., Ammar, A., How, D., Ahmed, M., Trabelsi, K., Chtourou, H. y Brach, M. (2020). Practical Recommendations for Maintaining Active Lifestyle during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), Artículo 6265. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176265>
- Best, S. J. y Krueger, B. S. (2004). *Internet Data Collection* (no. 141). Sage.
- Bravo-Segal, S. y Villar, F. (2020). La representación de los mayores en los medios durante la pandemia COVID-19: ¿hacia un refuerzo del edadismo? [Older people Representation on the Media during COVID-19 Pandemic: A Reinforcement of Ageism?]. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 55(5), 266–271. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.06.002>
- Brenner, V. (2002). Generalizability issues in Internet-based survey research: Implications for the Internet addiction controversy. En B. Batinic, U.-D. Reips y M. Bosnjak (eds.), *Online Social Sciences* (pp. 93–113). Hogrefe & Huber Publishers.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J. (2020). The Psychological Impact of Quarantine and how to Reduce it: Rapid Review of the Evidence. *Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Bruine de Bruin, W. (2020). Age Differences in COVID-19 Risk Perceptions and Mental Health: Evidence From a National U.S. Survey Conducted in March 2020. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(2), Artículo e24–e29, <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa074>
- Butler, J. y Kern, M. L. (2016). The PERMA-Profilers: A Brief Multidimensional Measure of Flourishing. *International Journal of Wellbeing*, 6(3), 1–48. <https://doi.org/10.5502/ijw.v6i3.526>
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J. y Zheng, J. (2020). The Psychological Impact of the COVID-19 Epidemic on College Students in

- China. *Psychiatry Research*, 287, Artículo 112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Carvacho, R., Moran-Kneer, J., Miranda-Castillo, C., Fernández-Fernández, V., Mora, B., Moya, Y., Pinilla, V., Toro, I. y Valdivia C. (2021). Effects of the COVID-19 Confinement on Mental Health among Higher Education Students in Chile. *Revista Medica Chilena*, 149, 339–347.
- Carvalho, M. S., Lima, L. D. D. y Coeli, C. M. (2020). Ciencia en tiempos de pandemia. *Cadenas de Saúde Pública*, 36(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00055520>
- Chang, L. y Krosnick, J. A. (2009). National Surveys via RDD Telephone Interviewing versus the Internet: Comparing Sample Representativeness and Response Quality. *Public Opinion Quarterly*, 73(4), 641–678. <https://doi.org/10.1093/poq/nfp075>
- Chen, L. K. (2020). Older adults and COVID-19 pandemic: Resilience Matters. *Archives of gerontology and Geriatrics*, 89, Artículo 104124. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104124>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2ª ed.). Erlbaum.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Dierendonck, D. V. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff [Spanish Adaptation of the Psychological Well-Being Scales (PWBS)]. *Psicothema*, 18(3), 572–577.
- Duan, L. y Zhu, G. (2020). Psychological Interventions for People Affected by the COVID-19 Epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 300–302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
- Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., Lahiri, D. y Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(5), 779–788. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.035>
- Fernández-Ballesteros, R. y Sánchez-Izquierdo Alonso, M. (2020). Impacto del COVID-19 en personas mayores en España: algunos resultados y reflexiones. *Clínica y Salud*, 31(3), 165–169. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a25>
- Fernández-Fernández, V., Losada-Baltar, A., Márquez-González, M., Paniagua-Granados, T., Vara, C. y Luque-Reja, O. (2020). Psychological Impact of Past Life Events: Emotion Regulation Strategies as Mediators of Psycho-emotional Well-being. *International Psychogeriatrics*, 32(2), 1999–1209. <https://doi.org/10.1017/S1041610219002084>
- Fuller, H. R. y Huseth-Zosel, A. (2021). Lessons in Resilience: Initial Coping among Older Adults during the COVID-19 Pandemic. *The Gerontologist*, 61(1), 114–125. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa170>
- García-Fernández, L., Romero-Ferreiro, V., López-Roldán, P. D., Padilla, S. y Rodríguez-Jimenez, R. (2020). Mental Health in Elderly Spanish People in Times of COVID-19 Outbreak. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1040–1045. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.027>
- González-Sanguino, C., Ausín, B., ÁngelCastellanos, M., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C. y Muñoz, M. (2020). Mental Health Consequences during the 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>
- Gorrochategi, M. P., Munitis, A. E., Santamaria, M. D. y Etxebarria, N. O. (2020). Stress, Anxiety, and Depression in People Aged over 60 in the COVID-19 Outbreak in a Sample Collected in Northern Spain. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(9), 993–998. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.022>

- Herrera, M. S., Elgueta, R., Fernández, M. B., Giacomani, C., Leal, D., Marshall, P., Rubio, M. y Bustamante, F. (2021). A Longitudinal Study Monitoring the Quality of Life in a National Cohort of Older Adults in Chile before and during the COVID-19 Outbreak. *BMC Geriatrics*, 21(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02110-3>
- Huang, Y. y Zhao, N. (2020). Generalized Anxiety Disorder, Depressive Symptoms and Sleep Quality during COVID-19 Outbreak in China: A Web-Based Cross-sectional Survey. *Psychiatry Research*, 288, Artículo 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>
- Jiang, X., Niu, Y., Li, X., Li, L., Cai, W., Chen, Y., Liao, B. y Wang, E. (2020). Is a 14-day Quarantine Period Optimal for Effectively Controlling Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)? *Medrxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.03.15.20036533>
- Kivi, M., Hansson, I. y Bjälkebring, P. (2021). Up and about: Older Adults' Well-being during the COVID-19 Pandemic in a Swedish Longitudinal study. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(2), e4–e9. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa084>
- Kotwal, A. A., Holt-Lunstad, J., Newmark, R. L., Censer, I., Smith, A. K., Covinsky, K. E., Escueta, D. P., Lee, J. M. y Perissinotto, C. M. (2021). Social Isolation and Loneliness Among San Francisco Bay Area Older Adults During the COVID-19 Shelter-in-Place Orders. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(1), 20–29. <https://doi.org/10.1111/jgs.16865>
- Krendl, A. C. y Perry, B. L. (2021). The Impact of Sheltering in place during the COVID-19 Pandemic on older Adults' Social and Mental Well-Being. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(2), e53–e58. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa110>
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N. y Zhu, T. (2020). The impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), Artículo 2032. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>
- Lykken, D. y Tellegen, A. (1996). Happiness is a Stochastic Phenomenon. *Psychological Science*, 7(3), 186-189.
- López, J., Perez-Rojo, G., Noriega, C., Carretero, I., Velasco, C., Martínez-Huertas, J. A., López-Frutos, P. y Galarraga, L. (2020). Psychological Well-being among Older Adults during the COVID-19 Outbreak: A Comparative Study of the Young-old and the Old-old adults. *International Psychogeriatrics*, 32(11), 1365–1370. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000964>
- Losada-Baltar, A., Jiménez-Gonzalo, L., Gallego-Alberto, L., Pedroso-Chaparro, M. D. S., Fernandes-Pires, J. y Márquez-González, M. (2020). “We’re staying at home”. Association of Self-perceptions of Aging, Personal and Family Resources and Loneliness with Psychological Distress during the Lock-down Period of COVID-19. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(2), e10–e16. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa048>
- Luo, M., Guo, L., Yu, M. y Wang, H. (2020). The Psychological and Mental Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) on Medical Staff and General Public—A Systematic Review and Meta-analysis. *Psychiatry Research*, 291, Artículo 113190. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>
- McKibbin, W. y Fernando, R. (2021). The Global Macroeconomic Impacts of COVID-19: Seven Scenarios. *Asian Economic Papers*, 20(2), 1–30.
- Meng, H., Xu, Y., Dai, J., Zhang, Y., Liu, B., & Yang, H. (2020). Analyze the Psychological Impact of COVID-19 among the Elderly Population in China and Make Corresponding Suggestions. *Psychiatry research*, 289, Artículo 112983. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112983>

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2020). *Situación actual*. <https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/situacionActual.htm>
- Morley, J. E. y Vellas, B. (2020). COVID-19 and Older Adult. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(4), 364–365. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1349-9>
- Newman, M. G. y Zainal, N. H. (2020). The Value of Maintaining Social Connections for Mental Health in Older People. *The Lancet Public Health*, 5(1), e12–e13. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(19\)30253-1](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(19)30253-1)
- Morris, S. B. (2008). Estimating Effect Sizes from Pretest-Posttest-Control Group Designs. *Organizational Research Methods*, 11(2), 364–386. <https://doi.org/10.1177/1094428106291059>
- Morris, S. B. y DeShon, R. P. (2002). Combining Effect Size Estimates in Meta-analysis with Repeated Measures and Independent-groups Designs. *Psychological Methods*, 7(1), 105–125. <https://doi.org/10.1037/1082-989x.7.1.105>
- Organización Mundial de la Salud. (2020a). *Announces COVID-19 Outbreak a Pandemic*. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-COVID-19/news/news/2020/3/who-announces-COVID-19-outbreak-a-pandemic>
- Organización Mundial de la Salud. (2020b). *Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic*. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAjwltH3BRB6EiwAhj0IU14kqPJYBW6AXIZ1ps0TYk8OrdD_8h-4QiYfPlYcwaWr-OCJH2saCBoCheIQAvD_BwE
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E. y Katsaounou, P. (2020). Prevalence of Depression, Anxiety, and Insomnia among Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Passavanti, M., Argentieri, A., Barbieri, D. M., Lou, B., Wijayarathna, K., Foroutan Mirhosseini, A. S., Wang, F., Naseri, S., Qamhia, I., Tangerås, M., Pellicciari, M. y Ho, C. H. (2021). The Psychological Impact of COVID-19 and Restrictive Measures in the World. *Journal of Affective Disorders*, 283, 36–51. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.020>
- Peng, S. y Roth, A. R. (2021). Social Isolation and Loneliness Before and During the COVID-19 Pandemic: A Longitudinal Study of US Adults Older Than 50. *The Journals of Gerontology: Series B*, 19, Artículo gbab068. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab068>
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B. y Xu, Y. (2020). A Nationwide Survey of Psychological Distress among Chinese People in the COVID-19 Epidemic: Implications and Policy Recommendations. *General Psychiatry*, 33(2). <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
- Reig, A., Ribera, D. y Miguel, J. (1991). Psychological Support and Daily Stress in Non-institutionalized Elderly. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 7, 191–200.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H. y Collado, S. (2020). Psychological Impact and Associated Factors during the Initial Stage of the Coronavirus (COVID-19) Pandemic among the General Population in Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, Artículo 1540. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01540>

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is Everything, or is it? Explorations on the Meaning of Psychological Well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), Artículo 1069. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J. y Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional [Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic: Negative and Positive Effects in Spanish People during the Mandatory National Quarantine]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1–22. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>
- Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Perez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D. V. y Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of Social Isolation due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(9), 938–947. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1469-2>
- Sinclair, V. G. y Wallston, K. A. (2004). The Development and Psychometric Evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94–101. <https://doi.org/10.1177/1073191103258144>
- Tabachnick, B. G. y Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics* (4ª. ed.). Allyn and Bacon.
- Tomás, J. M., Meléndez, J. C., Sancho, P. y Mayordomo, T. (2012). Adaptation and Initial Validation of the BRCS in an Elderly Spanish Sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 28, 283–289. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000108>
- Van Dierendonck, D. (2005). The Construct Validity of Ryff's Scale of Psychological Well-being and its Extension with Spiritual Well-being. *Personality and Individual Differences*, 36, 629–643. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00122-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00122-3)
- Van Tilburg, T. G., Steinmetz, S., Stolte, E., van der Roest, H. y de Vries, D. H. (2020). Loneliness and Mental Health during the COVID-19 Pandemic: A Study Among Dutch older adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(7), e249–e255 <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa111>
- Verity, R., Okell, L. C., Dorigatti, I., Winskill, P., Whittaker, C., Imai, N., Cuomo-Dannenburg, G., Thompson, H., Walkert, P. G. T., Fu, H., Dighe, A., Griffin, J. T., Baguelin, M., Bhatia, S., Boonyasiri, A., Cori, A., Cucunubá, Z., FitzJohn, R., Gaythorpe, K., Green, W.,... y Ferguson, N. M. (2020). Estimates of the Severity of Coronavirus Disease 2019: A Model-Based Analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(6), 669–677. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30243-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30243-7)
- Vindegaard, N. y Benros, M. E. (2020). COVID-19 Pandemic and Mental Health Consequences: Systematic Review of the Current Evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 531–54.. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. y Ho, R. C. (2020a). 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), Artículo 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wang, Z. H., Qi, S. G., Zhang, H., Mao, P. X., He, Y. L., Li, J., Xiao, S. Y., Pen, H. M., Sun, W. W., Guo, H. Y. y Liu, M. (2020b). Impact of the COVID-19 Epidemic on Anxiety among the Elderly in Community. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*, 100(40), 3179–3185. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112137-20200720-02167>
- Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J. y Wang, X. (2021). Prevalence of Mental Health Problems

during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 91-98.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>

Yıldırım, M. y Arslan, G. (2020). Exploring the Associations between Resilience, Dispositional Hope, Preventive Behaviours, Subjective Well-Being, and Psychological Health among Adults during Early stage of COVID-19. *Current Psychology*, 14, 1-11.
<https://doi.org/10.1007/s12144-020-01177-2>

Zandifar, A. y Badrfam, R. (2020). Iranian Mental Health during the COVID-19 Epidemic. *Asian journal of Psychiatry*, 51, Artículo 101990.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101990>

Zhang, Y. y Ma, Z. F. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), Artículo 2381.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17072381>

ESTUDIO LONGITUDINAL DE LA PERCEPCIÓN DE SOLEDAD DURANTE EL CONFINAMIENTO DERIVADO DE LA COVID-19 EN UNA MUESTRA DE POBLACIÓN ESPAÑOLA

LONGITUDINAL STUDY ON PERCEPTION OF LONELINESS DURING CONFINEMENT DERIVED FROM COVID-19 IN A SPANISH POPULATION SAMPLE

BERTA AUSÍN¹, CLARA GONZÁLEZ-SANGUINO¹, MIGUEL ÁNGEL CASTELLANOS¹ Y MANUEL MUÑOZ¹

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Ausín, B., González-Sanguino, C., Castellanos, M. A. y Muñoz, M. (2021). Estudio longitudinal de la percepción de soledad durante el confinamiento derivado de la COVID-19 en una muestra de población española [Longitudinal Study on Perception of Loneliness during Confinement derived from COVID-19 in a Spanish Population Sample]. *Acción Psicológica*, 18(1), 165–178. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.28845>

Resumen

El objetivo del estudio es analizar longitudinalmente los efectos del confinamiento derivados de la COVID-19 en la soledad de la población general española. Se evaluó mediante una encuesta online en tres momentos: dos semanas después del inicio del confinamiento ($N = 3480$), un mes después ($N = 1041$) y dos meses después con la vuelta a la nueva normalidad ($N = 569$). Se tomaron

medidas de variables sociodemográficas, soledad, apoyo social, sintomatología depresiva y ansiosa. Para analizar el efecto de las medidas longitudinales se calculó un modelo lineal mixto (GLMM) para la variable soledad, con comparaciones posthoc mediante medias marginales estimadas con la corrección de Tuckey. La tendencia en las puntuaciones de soledad es descendente a lo largo del estudio longitudinal, disminuyendo las puntuaciones en la tercera evaluación de forma significativa ($Z_{(T1-T2)} = 0.13$, $p = .045$). Los principales predictores para la soledad son

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Berta Ausín, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, España.

Email: bausin@ucm.es

ORCID: Berta Ausín (<https://orcid.org/0000-0001-9497-0275>), Clara González-Sanguino (<https://orcid.org/0000-0001-7020-0604>) y Miguel Ángel Castellanos (<https://orcid.org/0000-0003-1627-1123>).

¹ Universidad Complutense de Madrid, España.

Recibido: 20 de marzo de 2021.

Aceptado: 16 de junio de 2021.

la sintomatología depresiva y el apoyo social. Es necesario prestar una mayor atención a la soledad en la situación derivada por la pandemia, además de presentar atención a la sintomatología depresiva asociada y a las medidas de fortalecimiento de las redes de apoyo social.

Palabras clave: Coronavirus; COVID-19; Soledad; Cuarentena; Longitudinal.

Abstract

The aim of the study is to longitudinally analyse the effects of confinement derived from COVID-19 on the loneliness of the general Spanish population. It was assessed by an online survey at three points in time: two weeks after the start of confinement ($N = 3480$), one month after ($N = 1041$) and two months after the return to normal ($N = 569$). Measures were taken of sociodemographic variables, loneliness, social support, depressive and anxious symptoms. To analyse the effect of the longitudinal measures, a mixed linear model (GLMM) was calculated for the solitude variable. Posthoc comparisons for the time variable were calculated using the marginal means estimated with Tuckey's correction. The analyses have been carried out using the R software (v3.5.6) and the lme4 and emmeans packages. The trend in loneliness scores is downward throughout the longitudinal study, decreasing the scores in the third evaluation significantly ($Z_{(T1-T2)} = 0.13, p = .045$). The main predictors for loneliness are depressive symptomatology and social support. Greater attention needs to be paid to loneliness in these situations, in addition to presenting attention to associated depressive symptomatology and measures to strengthen social support networks in these circumstances.

Keywords: Coronavirus; COVID-19; Loneliness; Quarantine; Longitudinal.

Introducción

La COVID-19 supera en noviembre de 2020 los 43 millones de contagios en el mundo y el millón de casos en España (Ministerio de Sanidad, Gobierno de España,

2020). La mayoría de países, incluido España, con el paso del tiempo y llegada del virus entre finales del 2019 y comienzos del 2020, tuvieron que declarar el estado de emergencia sanitaria, aplicando como principal medida el confinamiento forzoso de la población. Los efectos psicológicos del confinamiento se han hecho evidentes en los numerosos estudios publicados a nivel nacional e internacional, en los que se observa, entre otros, un incremento en la población general y poblaciones específicas (e.g., sanitarios, personas con trastorno mental) de sintomatología depresiva y ansiosa, problemas de sueño e incluso sintomatología de tipo postraumático (Balluerka Lasa et al., 2020; Becerra-García et al., 2020; Dosil Santamaría et al., 2020; Erquicia et al., 2020; González-Sanguino et al. 2020; Liu et al. 2020; Mazza et al. 2020; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Pappa et al. 2020; Rodríguez-Rey et al., 2020; Romero et al. 2020; Sandín et al., 2020; Tanoue et al. 2020; Voitsidis et al. 2020; Wang et al. 2020).

Sin embargo, los efectos del confinamiento en la soledad percibida de la población han recibido menor atención por parte de la comunidad científica, a pesar de que varios estudios publicados coinciden en que esta situación excepcional ha afectado a los sentimientos de soledad (Killgore et al., 2020; Losada-Baltar et al., 2020; Okruszek et al., 2020; Sandín et al., 2020). Killgore et al. (2020) evalúa el impacto del aislamiento social a consecuencia de la COVID-19 en la población estadounidense, encontrando que 61.5 % decía sentirse aislado socialmente la mayor parte del tiempo. Además, aquellas personas que se sentían solas presentaron mayor sintomatología depresiva. En el estudio de Okruszek et al. (2020) con una muestra de 380 personas de población general polaca, analizan la relación entre la soledad y la salud mental durante el confinamiento, y encuentran que la soledad correlaciona de forma positiva con sintomatología de salud mental. Los estudios realizados con población española durante el confinamiento revelan resultados similares. Losada-Baltar et al. (2020) con una muestra de 1.310 personas de población general, encuentra que el 37.3 % de los jóvenes, el 18.5 % de las personas de mediana edad, y el 23.5 % de las personas mayores, informaron de elevada percepción de soledad. Estos autores observaron comorbilidad ansioso-depresiva en todos los grupos de edad, siendo mayor en el grupo de jóvenes. Este efecto diferencial del confinamiento por grupos de edad coincide con los resultados se-

ñalados por Sandín et al. (2020) en población española, informando de porcentajes de soledad percibida de 19.6 % en los jóvenes, 9.6% en las personas de edad media, y 8.9 % en las personas mayores de 65 años. Para observar los niveles de soledad informados por la población europea anteriores a la pandemia, se puede tomar como referencia la Encuesta Europea de Calidad de vida (European Quality of Life Survey, 2016), que señala que únicamente un 6% de los españoles afirmaba haberse sentido sólo últimamente. Además, estos resultados también parecen ser comunes en otros países. En el Reino Unido, Groarke et al. (2020), con una muestra de 1964 personas encuentran una prevalencia de soledad del 27 %, con factores de riesgo como el ser joven, separado o divorciado, presentar problemas de regulación emocional, depresión o problemas de sueño. Así como en Israel, donde en una muestra de 1059 personas, Palgi et al. (2020), encuentran que las personas mayores de 60 años se mostraban más resilientes, siendo la soledad el mayor factor de riesgo para la depresión y ansiedad.

Por otro lado, menos frecuentes son los estudios longitudinales que analizan la evolución de la soledad a lo largo de la pandemia. En Europa, destacan los estudios a gran escala llevados a cabo en Reino Unido que muestran los efectos en la soledad antes y después de la aparición de la COVID-19. Niedzwied et al. (2020), con datos previos del UK Household Longitudinal Study y realizando una evaluación en abril de 2020 a 9748 adultos, encuentran similares medidas de soledad antes y después de la pandemia, mientras que Steptoe y Fancourt (2020), con datos previos provenientes también del UK Household Longitudinal Study con una evaluación posterior a 31064 personas en el proyecto del University College London COVID-19, encuentran que algunas personas que ya corrían el riesgo de estar solas como los adultos jóvenes de 18 a 30 años, las personas con bajos ingresos familiares y los adultos que vivían solos, experimentaron un mayor riesgo de soledad durante el confinamiento, añadiendo a estos resultados que el hecho de ser estudiante resultó ser un factor de riesgo diferencial más elevado de lo habitual durante el encierro. Por otro lado, en relación a estudios que mostrasen la evolución longitudinal de la soledad en los meses que duró la primera oleada de la COVID-19, es posible citar un estudio llevado a cabo en Estados Unidos, donde Luchetti et al. (2020) evaluaron a 1545 participantes en

tres momentos tras el inicio de la COVID-19 (al mes, a los dos meses y a los tres), sin encontrar cambios significativos en la soledad a lo largo de estas tres evaluaciones, registrando únicamente un ligero aumento de la soledad en la segunda evaluación que se mantuvo en la tercera, y donde los adultos mayores mostraron menor soledad que los jóvenes. Son necesarios más estudios longitudinales que den cuenta de los efectos de la primera ola de la pandemia y medidas que la acompañaron en los sentimientos de soledad de la población general, así como poder conocer cómo evolucionó la soledad percibida tras la relajación de las medidas restrictivas de confinamiento.

A fecha actual, noviembre de 2020, es posible afirmar que España se encuentra en la segunda ola de la pandemia, con los contagios y defunciones aumentando exponencialmente, junto con la aplicación de nuevas medidas restrictivas y la posibilidad real de volver a un confinamiento domiciliario similar al ya vivido. De este modo, poder conocer los efectos que la primera ola de contagios tuvo sobre la soledad puede ayudar a evitar que el impacto de esta segunda ola sea mayor, así como identificar variables clave en relación con la misma sobre las que prestar una mayor atención en la situación actual. El presente estudio, es el primer estudio español que ha evaluado los efectos del confinamiento sobre la percepción de soledad en la población general de manera longitudinal en tres momentos tras la aparición de la COVID-19: tras dos semanas del inicio del confinamiento, al mes, y pasados dos meses, con el inicio del desconfinamiento y vuelta a la nueva normalidad, mostrando la evolución de esta variable a lo largo del tiempo e identificando las variables claves en relación a su aparición.

Método

Procedimiento

Los datos del estudio longitudinal se recogieron entre el 21 de marzo y el 4 de junio de 2020, coincidiendo con momentos específicos de confinamiento y restricciones de movimiento de la población general. Desde la declaración del estado de alarma en España el 14 de marzo, en el que se aplicaron drásticas medidas de cuarentena a todos los

ciudadanos, incluyendo desde el 30 de marzo al 12 de abril la suspensión total de toda actividad laboral no imprescindible, hasta el 4 de mayo en que se inició el proceso de desescalada, suprimiendo progresivamente las medidas tomadas, extendiéndose hasta el 21 de junio, con la llegada de la nueva normalidad, la población española vivió la situación de confinamiento. La primera evaluación (T0), se llevó a cabo desde el 21 de marzo al 29 de marzo, evaluando el impacto inicial de la situación. La segunda (T1), se desarrolló del 13 al 27 de abril, recogiendo la evolución del impacto durante los momentos más duros del confinamiento con mayor afectación a nivel socioeconómico. La tercera y última evaluación (T2), tuvo lugar el 21 de mayo hasta el 4 de junio, pudiendo evaluar las consecuencias del confinamiento e inicio de la desescalada en las medidas restrictivas.

Las evaluaciones se llevaron a cabo mediante una encuesta online (80 ítems, 10 minutos de duración aproximada). El estudio recibió el visto bueno de la Comisión Deontológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (pr_2019_20_029) previo a su implementación. En la realización de la evaluación también se incluyó la firma del consentimiento informado y aceptación de las leyes de protección de datos.

Participantes

Los participantes fueron reclutados mediante el envío de solicitudes de participación a personas pertenecientes a bases de datos de diferentes instituciones: estudiantes y trabajadores de organizaciones públicas como la Universidad Complutense de Madrid y la Cátedra UCM – Grupo 5 Contra el Estigma y organizaciones privadas como la empresa Grupo 5. Estas bases de datos son lo suficientemente completas como para hacer un muestreo razonable de la población española. Para aumentar el tamaño de la muestra en la medida de lo posible se pidió a los participantes que ayudaran en la difusión de la encuesta por diversos canales de las redes sociales. El porcentaje de personas reclutadas de esta manera fue pequeño, estimado en menos del 5 %. Además, el estudio se difundió en la página web de la Cátedra UCM – Grupo 5 Contra el Estigma: www.contraelestigma.com. En la primera evaluación participaron un total de 3480 personas. Para las sucesivas evaluaciones se contactó por email a aquellas personas que

previamente habían aceptado participar en el estudio de forma longitudinal (apartado específico de la evaluación), reclutando un total de $N = 1041$ en la segunda toma de datos, y en la tercera evaluación $N = 569$. Los criterios de inclusión fueron: (a) ser mayor de 18 años; (b) estar viviendo en España durante la situación de alarma sanitaria derivada por el COVID-19; y (c) aceptar participar en las sucesivas evaluaciones del estudio.

Variables e instrumentos

Las variables sociodemográficas y aquellas variables relacionadas con la COVID-19 se evaluaron mediante preguntas desarrolladas ad hoc. La información relacionada con la pandemia recogida fue la siguiente: padecimiento de síntomas (sí, no); existencia o no de familiares o personas cercanas contagiadas; convivencia con persona contagiada; percepción de la información recibida sobre la situación de alarma (considera que tiene suficiente información sí, o, o bien considera que está sobreinformado); situación laboral (obligado a acudir a su centro de trabajo o bien teletrabajo).

Soledad: medida por la versión de 3 ítems de la UCLA Loneliness Scale (UCLA-3; Russell, 1996) en su versión en castellano y autoaplicada (Velarde-Mayol et al., 2016). Incluye los siguientes ítems: Desde el pasado 15 de marzo... ¿Con qué frecuencia sientes que te falta compañía?; ¿Con qué frecuencia te sientes excluido?; ¿Con qué frecuencia te sientes aislado de los demás? Los tres ítems en formato tipo Likert con tres opciones de respuesta (1 casi nunca, 2 algunas veces, 3 a menudo), aborda tres dimensiones de la soledad: la conexión relacional, la conexión social y el aislamiento autopercibido. La versión española presenta un α de Cronbach de .95.

Apoyo social: evaluado mediante la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS) adaptada al castellano (Landeta y Calvete, 2002; Zimet et al., 1988). La escala, formada por 12 ítems tipo Likert con 7 alternativas de respuesta (1 totalmente en desacuerdo a 7 totalmente de acuerdo), evalúa los niveles de apoyo social percibido, identificando de dónde proceden los apoyos y la percepción de los mismos. Los ítems incluidos son: A continuación, indica tu acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones, pensando en cómo te has sentido desde el

pasado 15 de marzo con el decreto de estado de alarma sanitaria derivada del coronavirus COVID-19....1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil; 2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías; 3. Mi familia realmente intenta ayudarme; 4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito; 5. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí; 6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme; 7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal; 8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia; 9. Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías; 10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos; 11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones; y 12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos. La versión española presenta un α de Cronbach de .89.

Sintomatología depresiva: se evaluó con los el instrumento de detección o screening: Patient Health Questionnaire 2 (Cuestionario de salud del paciente, PHQ-2), en su versión en castellano (Diez-Quevedo et al., 2001; Kroenke et al., 2009). Breve cuestionario de autoinforme que aborda la frecuencia de síntomas de depresión. Los dos ítems son: Desde el pasado 15 de marzo con el decreto de estado de alarma sanitaria derivada del coronavirus COVID-19 ¿con qué frecuencia te han supuesto una molestia los siguientes problemas? ...1. Poco interés o placer en hacer cosas; y 2. Te has sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas. La persona responde: Nunca; Varios días; Más de la mitad de los días; o Casi cada día. Puntuaciones más altas indican más sintomatología. La versión original presenta una sensibilidad de 0.9 y una especificidad de 0.61.

Sintomatología ansiosa: se evaluó a través del Generalized Anxiety Disorder Scale-2 (Escala de trastorno de ansiedad generalizada, GAD-2; Spitzer et al., 2006), en su versión en castellano (García-Campayo et al., 2014). Este cuestionario evalúa la presencia de sintomatología ansiosa. Están formados por 2 preguntas tipo Likert que van desde 0 nunca, hasta 3 todos los días: Desde el pasado 15 de marzo con el decreto de estado de alarma sanitaria derivada del coronavirus COVID-19 ¿con qué frecuencia te han supuesto una molestia los siguientes problemas? ...1. Sentirse nervioso/a, angustiado/a o muy tenso/a; y 2. Ser

incapaz de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación. Puntuaciones más altas indican más sintomatología. La versión original presenta una sensibilidad de 0.88 y una especificidad de 0.61.

Análisis

Para analizar el efecto de las medidas longitudinales se calculó un modelo lineal mixto (GLMM) para la variable UCLA-3. Debido a que los datos contenían valores perdidos (participantes que no contestaron a las sucesivas mediciones) los efectos aleatorios se calcularon exclusivamente como pendientes aleatorias (sin ordenadas aleatorias), de esta manera los modelos pudieron ser estimados con todas las mediciones disponibles. Los resultados del modelo se muestran en formato de tabla de Anova para facilitar la interpretación y se incluyen los valores de pseudo-R² de Nakagawa (marginal y condicional); el primero considera exclusivamente la varianza de los componentes fijos mientras que el segundo considera tanto los componentes fijos como los aleatorios. Las comparaciones posthoc para la variable temporal han sido calculadas utilizando las medias marginales estimadas con la corrección de Tuckey. Los análisis han sido realizados usando el software R (v3.5.6) y los paquetes lme4 y emmeans.

Resultados

Características de la muestra

A lo largo de las tres evaluaciones, la muestra estuvo formada por una proporción elevada de mujeres (75, 81 y 81 %), con una mayoría de edad entre los 30-59 años (59, 64 y 65 %) y mayoritariamente con personas que tenían una pareja (74, 75 y 75 %). En general la muestra estuvo formada por personas con estudios universitarios o de posgrado (67, 72 y 75 %), con un trabajo a la hora de realizar la evaluación (63, 58 y 56 %). Las personas encuestadas valoraban su situación económica personal de buena a muy buena (59, 60 y 65 %). La mayoría de las personas no declararon tener ninguna enfermedad previa de las preguntadas (84 82 y 81 %), y tampoco había padecido sínto-

mas de COVID-19 (86, 80 y 80 %). Por el contrario una proporción mayor tenía algún familiar o persona cercana que había sido infectada por el virus (28, 39 y 32 %). La mayor parte de las personas indicaron que la información sobre la pandemia que recibieron durante el confinamiento fue suficiente (57, 57 y 58 %). En cuanto a la situación laboral, la mayoría de las personas de la muestra había continuado trabajando desde casa en lugar de acudir a su centro de trabajo (43, 45 y 39 %).

Los resultados a lo largo de las tres evaluaciones longitudinales en las variables sociodemográficas, así como las puntuaciones en las principales escalas pueden observarse en la Tabla 1.

Tabla 1.

Variables sociodemográficas y resultados en las variables estudiadas a lo largo de tres evaluaciones.

Variables	T1 N (%)	T2 N (%)	T3 N (%)
Género			
Masculino	860 (0.25)	202 (0.19)	104 (0.19)
Femenino	2584 (0.75)	841 (0.81)	453 (0.81)
Edad			
18-29	1216 (0.35)	306 (0.29)	148 (0.27)
30-59	2035 (0.59)	670 (0.64)	364 (0.65)
>60	200 (0.06)	69 (0.07)	46 (0.08)
Convivencia			
Vive solo	921 (0.27)	265 (0.25)	139 (0.25)
Con pareja pero no conviven	710 (0.21)	195 (0.19)	94 (0.17)
Convive en pareja	1820 (0.53)	585 (0.56)	325 (0.58)
Estado Civil			
Soltero	1900 (0.55)	542 (0.52)	268 (0.48)
Casado	1231 (0.36)	386 (0.37)	227 (0.41)
Divorciado	214 (0.06)	82 (0.08)	42 (0.08)
Separado	67 (0.02)	28 (0.03)	17 (0.03)
Viudo	39 (0.01)	7 (0.01)	4 (0.01)
Hijos			
No	2032 (0.59)	580 (0.56)	292 (0.52)
Sí	1419 (0.41)	465 (0.44)	266 (0.48)
Nivel educativo			
Básico	98 (0.03)	15 (0.01)	6 (0.01)
Bachillerato	599 (0.17)	149 (0.14)	69 (0.12)
FP	439 (0.13)	125 (0.12)	68 (0.12)
Universitario	1294 (0.37)	401 (0.38)	216 (0.39)
Postgrado	1021 (0.30)	355 (0.34)	199 (0.36)

Variables	T1 N (%)	T2 N (%)	T3 N (%)
Situación Económica			
MM-M	348 (0.10)	111 (0.11)	58 (0.10)
B-MB	1975 (0.59)	621 (0.60)	359 (0.65)
Regular	1042 (0.31)	304 (0.29)	137 (0.25)
Situación laboral			
Sin trabajo	283 (0.08)	92 (0.09)	54 (0.10)
Estudiante	655 (0.19)	180 (0.17)	86 (0.15)
Jubilado	122 (0.04)	48 (0.05)	35 (0.06)
Otro*	212 (0.06)	120 (0.11)	70 (0.13)
Trabaja	2173 (0.63)	604 (0.58)	312 (0.56)
Empleo durante Covid-19			
No aplicable	1398 (0.41)	427 (0.41)	233 (0.42)
Presencial	565 (0.16)	148 (0.14)	107 (0.19)
Tele-trabajo	1488 (0.43)	470 (0.45)	218 (0.39)
Área profesional			
Administrac.	332 (0.10)	95 (0.09)	49 (0.09)
Comercial	208 (0.06)	55 (0.05)	29 (0.05)
Educación	542 (0.16)	179 (0.17)	108 (0.19)
Socio-sanit.	1025 (0.30)	348 (0.33)	181 (0.32)
Otro	1344 (0.39)	368 (0.35)	191 (0.34)
Enfermedades previas			
Ninguna	2906 (0.84)	855 (0.82)	452 (0.81)
Cardiovasc.	109 (0.03)	43 (0.04)	26 (0.05)
Neurológica	56 (0.02)	23 (0.02)	12 (0.02)
Respiratoria	169 (0.05)	53 (0.05)	27 (0.05)
Salud mental	211 (0.06)	71 (0.07)	41 (0.07)
Información recibida			
Insuficiente	614 (0.18)	184 (0.18)	96 (0.17)
Buena	1983 (0.57)	594 (0.57)	326 (0.58)
Sobre infor.	854 (0.25)	267 (0.26)	136 (0.24)
Síntomas Covid-19			
No	2974 (0.86)	836 (0.80)	445 (0.80)
Sí	477 (0.14)	209 (0.20)	113 (0.20)
Diagnóstico Covid-19 familiar			
No	2474 (0.72)	638 (0.61)	380 (0.68)
Sí	977 (0.28)	407 (0.39)	178 (0.32)
Convivencia con alguien infectado			
No	3358 (0.97)	1016 (0.97)	550 (0.99)
Sí	93 (0.03)	29 (0.03)	8 (0.01)
	M(D)	M(DT)	M(DT)
Soledad	4.55 (1.63)	4.53 (1.65)	4.30 (1.52)
A. Social	51.74 (8.51)	51.08 (8.82)	51.03 (8.50)
PHQ-2	1.60 (1.51)	1.81 (1.43)	1.65 (1.40)
GAD-2	1.79 (1.63)	1.80 (1.57)	1.73 (1.51)

Nota: FP: Formación profesional; MM-M: Muy mala-mala; B-MB: Buena-Muy buena; (*): fuerzas de seguridad, abogado...
Sobre infor.: Sobre informado; A. Social: Apoyo Social.

Tabla 2.

Resultados del Modelo para Soledad (UCLA-3)

	Med. Cuad.	gl1	gl2	F	<i>p</i>	
Efectos fijos:						
Tiempo	51.44	1	1226.6	29.87	< 0.001	***
Depresión (PHQ2)	2058.90	1	5040.7	1195.87	< 0.001	***
Apoyo social (EMAS)	953.06	1	4950.7	553.56	< 0.001	***
Efectos aleatorios:						
id	0.042	Pseudo-R ² :				
Residual	1.721	Condiciona		0.346		
		Marginal		0.336		

($Z_{(T0-T2)} = 0.08, p < .234$), aunque se observa una clara tendencia descendente.

Cambios longitudinales en la soledad percibida

En las puntuaciones en soledad percibida, aunque la tendencia es descendente a lo largo del estudio longitudinal, no existen cambios significativos entre la primera y la segunda evaluación que se mantienen en niveles similares ($Z_{(T0-T1)} = 0.04, p < .499$), disminuyendo las puntuaciones en la tercera evaluación llevada a cabo de forma significativa ($Z_{(T1-T2)} = 0.13, p = .045$). No se obtuvieron diferencias significativas entre la primera y la tercera evaluación

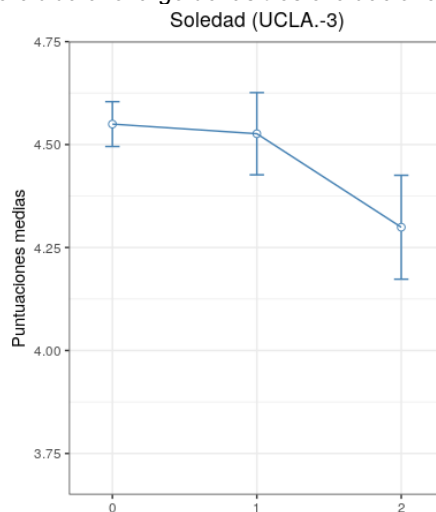
Las puntuaciones y tendencias en los resultados para la variable soledad percibida (UCLA-3) pueden observarse en la Figura 1.

Ecuaciones de regresión sobre la soledad percibida

Los modelos de regresión para las distintas variables muestran cómo para la soledad percibida el modelo explica 35 % de la varianza de los efectos fijos, con las variables de sintomatología depresiva y apoyo social como

Figura 1.

Resultados y tendencias en soledad percibida a lo largo de las tres evaluaciones



principales predictores. Los resultados y el modelo desarrollado pueden observarse en la Tabla 2.

Discusión

Los resultados revelan la evolución del impacto del confinamiento sobre la soledad percibida en una muestra de población general a lo largo de las diversas fases del estado de alarma en la población española. En general, con el paso del tiempo e inicio de desconfinamiento se observa una disminución en la soledad percibida, aunque existen diferencias en las tendencias observadas.

En las puntuaciones en soledad percibida, aunque la tendencia es descendente a lo largo del estudio longitudinal, no existen cambios significativos entre la primera y la segunda evaluación que se mantienen en niveles similares, disminuyendo de forma significativa las puntuaciones en la tercera evaluación con el inicio del desconfinamiento. No se obtuvieron diferencias significativas entre la primera y la tercera evaluación, aunque se observa una clara tendencia descendente.

Contamos con medidas recientes de las puntuaciones en la UCLA-3 de la población española (Rico-Urbe et al., 2016) señalando puntuaciones medias en la población general de 3.66. Esta puntuación es bastante menor a la encontrada en la primera evaluación del presente estudio que fue de 4.55, lo que sugiere que durante las medidas de confinamiento los niveles de soledad percibida fueron más altos que habitualmente. Estos datos pueden explicarse porque durante el confinamiento muchas personas han echado de menos ver a familiares y amigos y realizar actividades de ocio y otras actividades habituales, como por ejemplo el paso del trabajo presencial al teletrabajo, que han podido tener como consecuencia sentimientos de soledad. Estos resultados coinciden con los estudios previos, en los que se observa que la situación de confinamiento derivada de la COVID-19 agrava los sentimientos de soledad en gran medida (Killgore et al., 2020; Losada-Baltar et al., 2020; Okruszek et al., 2020; Sandín et al., 2020). Los datos longitudinales muestran una disminución en los niveles de soledad a lo largo de los meses evaluados entre

marzo y junio de 2020, llegando a descender las puntuaciones en la UCLA-3 hasta 4.30 de media. Estos niveles observados en la etapa de desconfinamiento se alejan mucho de los supuestos valores de soledad pre-confinamiento señalados por Rico-Urbe et al. (2016), sugiriendo que la primera ola de COVID-19 sí supuso una mayor soledad para la población general, al contrario que los resultados del estudio en Reino Unido de Niedzwiedz et al. (2020). Por otro lado, la estabilidad en las puntuaciones de soledad en la primera y segunda evaluación podría explicarse por el ajuste realizado por la población en sus relaciones sociales y en las actividades ocupacionales realizadas durante el confinamiento, ya que gran parte de la población utilizó las redes sociales y las herramientas de videollamada para reconectarse con los seres queridos y realizar actividades gratificantes en línea. Esta estabilidad es coherente con el estudio de Luchetti et al. (2020) de EEUU, donde tampoco se encontró variación en las medidas en sus primeras dos evaluaciones. Sin embargo, en nuestros datos sí se observa una disminución de las puntuaciones en la tercera evaluación, cuando ya se había iniciado el desconfinamiento y había llegado la nueva normalidad, con la posibilidad de volver a ver a los seres queridos y comenzar a trabajar presencialmente en algunos casos. En el estudio de Luchetti et al. (2020) las tres evaluaciones no parecen incluir el periodo de desconfinamiento, y nuestros datos parecen apuntar a que la disminución de la soledad en nuestra tercera evaluación se debe precisamente a este periodo.

El modelo de regresión desarrollado revela como predictores de la soledad, la sintomatología depresiva y el apoyo social. Los estudios precedentes acerca de la relación entre la soledad y la sintomatología depresiva en condiciones normales, indican una relación bidireccional entre ambas variables (Ausín et al. 2017; Cohen-Mansfield et al., 2016; Cohen-Mansfield y Parpura-Gill, 2007; Courtin y Knapp, 2017; Leigh-Hunt et al., 2017; Losada-Baltar et al., 2012). De la misma forma, estudios precedentes encuentran esta relación entre la soledad y la sintomatología depresiva durante el confinamiento derivado por la COVID-19 (Killgore et al., 2020; Losada-Baltar et al., 2020; Okruszek et al., 2020; Palgi et al., 2020; Sandín et al., 2020), así como una menor soledad también resultó ser un factor clave protector del estrés y aparición de sintomatología depresiva evaluada en otro estudio longitudinal

centrado en la depresión y los efectos de la pandemia (Probst et al., 2020).

Si bien el confinamiento ha obligado a que nos aislemos y se produzca una distancia social física, las tecnologías de la información y la comunicación y otras redes tradicionales pueden fomentar el apoyo social para hacer frente a la soledad, variable clave protectora de la aparición de la misma. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el acceso a este tipo de recursos online, en muchas ocasiones viene determinado por el nivel socioeconómico y la capacidad personal de aprendizaje y uso de este tipo de canales, debiendo tener en cuenta que ciertos grupos de la población se encuentran en una clara situación de desventaja a la hora de poder obtener apoyo social en estas situaciones. Además, queda por demostrar si realmente el mundo virtual es capaz de ofrecer un apoyo equiparable a las relaciones presenciales tradicionales a la hora de mitigar la soledad, siendo necesaria más investigación en este ámbito.

Como limitaciones del estudio, tal y como se indica en la sección de participantes, a pesar del esfuerzo en el reclutamiento, la muestra resultante no es exactamente equivalente a la población española. Este hecho no distorsiona los resultados encontrados, ya que el objetivo no es proporcionar información epidemiológica o datos de prevalencia, sino comparar los promedios obtenidos por la población general en la variable soledad y analizar el cambio diferencial entre las medidas temporales. En este sentido, siempre y cuando la muestra cumpla con los requisitos de las pruebas estadísticas utilizadas, creemos que es válida para el estudio. Sin embargo, es necesario ser cuidadoso en la interpretación de los resultados y comprender que están limitados por las características de la muestra obtenida. Los hombres y las personas mayores de 65 años están infrarrepresentadas en la muestra. Otra limitación del estudio es la pérdida de participantes a lo largo de las evaluaciones, especialmente en la tercera evaluación, que quizás pueda ser una señal de la vuelta a la normalidad y pérdida de interés por el fenómeno.

En definitiva, la presente investigación muestra los efectos de la pandemia y del estado de alarma en la soledad percibida por la población general en tres momentos del confinamiento. Los resultados sugieren que la primera

ola de la pandemia ha tenido efectos negativos sobre la soledad percibida, encontrando que durante las medidas de confinamiento los niveles de soledad percibida fueron más altos que los niveles pre-confinamiento, y que estos niveles de soledad fueron disminuyendo con el inicio del desconfinamiento. Estos resultados subrayan la importancia de prestar una mayor atención a la soledad de las personas durante los posibles períodos de confinamiento en el futuro, además de tener en cuenta la sintomatología depresiva asociada y las medidas de fortalecimiento de las redes de apoyo social en estas circunstancias, aunque sean a través de las tecnologías online. Es conveniente formar a las personas poco familiarizadas con las tecnologías de la información en el uso de recursos digitales, además de fomentar desde las administraciones públicas intervenciones que impliquen un contacto telefónico más frecuente con las personas significativas, familiares cercanos y amigos, organizaciones voluntarias o profesionales de la salud, así proyectos comunitarios que brinden apoyo durante la situación de confinamiento y traten de disminuir la brecha digital que puede afectar a ciertos grupos más vulnerables (Armitage y Nellums, 2020; Banerjee y Rai, 2020; Brooke y Jackson, 2020; Egtesadi, 2020; Jones y Keynes, 2020).

Referencias

- Armitage, R. y Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the Consequences of Isolating the Elderly. *The Lancet Public Health*, 5(5), Artículo e256. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X)
- Ausín, B., Muñoz, M. y Castellanos, M. A. (2017). Loneliness, Sociodemographic and Mental Health Variables in Spanish Adults over 65 Years Old. *Spanish Journal of Psychology*, 20, Artículo e46. <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.48>
- Balluerka Lasa, M. N., Gómez Benito, J., Hidalgo Montesinos, M. D., Gorostiaga Manterola, M. A., Espada Sánchez, J. P., Padilla García, J. L. y Santed Germán, M. A. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento* [informe de investigación].

https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID19.pdf

- Banerjee, D. y Rai, M. (2020). Social Isolation in COVID-19: The impact of loneliness. *International Journal of Social Psychiatry* 00(0), 1–3. <https://doi.org/10.1177/0020764020922269>
- Becerra-García, J. A., Giménez Ballesta, G., Sánchez-Gutiérrez, T., Barbeito Resa, S. y Calvo Calvo, A. (2020). Síntomas psicopatológicos durante la cuarentena por COVID-19 en población general española: un análisis preliminar en función de variables sociodemográficas y ambientales-ocupacionales [Psychopathological Symptoms during COVID-19 Quarantine in Spanish General Population: A Preliminary Analysis based on Sociodemographic and Occupational-contextual Factors]. *Revista Española de Salud Pública*, 94(1), 1–11. https://www.msccbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/O_BREVES/RS94C_202006059.pdf
- Brooke, J. y Jackson, D. (2020). Older People and COVID-19: Isolation, Risk, and Ageism. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13-14), 2044–2046. <https://doi.org/10.1111/jocn.15274>
- Cohen-Mansfield, J. y Parpura-Gill, A. (2007). Loneliness in Older Persons: A Theoretical Model and Empirical Findings. *International Psychogeriatrics*, 19(2), 279–294. <https://doi.org/10.1017/S1041610206004200>
- Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y. y Shalom, V. (2016). Correlates and Predictors of Loneliness in Older-Adults: A Review of Quantitative Results Informed by Qualitative Insights. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 557–576. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001532>
- Courtin, E. y Knapp, M. (2017). Social Isolation, Loneliness and Health in Old Age: A Scoping Review. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 799–812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K. y Spitzer, R. L. (2001). Validation and Utility of the Patient Health Questionnaire in Diagnosing Mental Disorders in 1003 General Hospital Spanish Inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 679–686. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Dosil Santamaría, M., Ozamiz-Etxebarria, N., Rodríguez, I. R., Alboniga-Mayor, J. J. y Gorrotxategi, M. P. (2020). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles [Psychological Impact of COVID-19 on a Sample of Spanish Health Professionals]. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 14(2), 106–112. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>
- Eghtesadi, M. (2020). Breaking Social Isolation amidst COVID-19: A Viewpoint on Improving Access to Technology in Long-term Care Facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(5), 949–950. <https://doi.org/10.1111/jgs.16478>
- Erquicia, J., Valls, L., Barja, A., Gil, S., Miquel, J., Leal-Blanquet, J., Schmidt, C., Checa, J. y Vega, D. (2020). Impacto emocional de la pandemia del COVID-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa [Emotional Impact of the COVID-19 Pandemic on Healthcare Workers in one of the most Important Infection Outbreaks in Europe]. *Medicina Clínica*, 155(10), 434–440. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.07.006>
- European Quality of Life Survey. (2016). *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*. Recuperado de <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-quality-of-life-surveys/european-quality-of-life-survey-2016>

- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marín, J., López-Artal, L. y Demarzo, M. M. P. (2014). Validation of the Spanish Versions of the Long (26 items) and Short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. A., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C. y Muñoz, M. (2020). Mental Health Consequences during the 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>
- Groarke, J. M., Berry, E., Graham-Wisener, L., McKenna-Plumley, P. E., McGlinchey, E. y Armour, C. (2020). Loneliness in the UK during the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional results from the COVID-19 Psychological Wellbeing Study. *PloS One*, 15(9), e0239698–e0239698. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239698>
- Jones, X. R. y Keynes, M. (2020). COVID-19: An Exposition, with a Focus on Social Isolation in the Elderly (UK). *Preprint* <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.12022632>
- Killgore, W., Cloonan, S. A., Taylor, E. C. y Dailey, N. S. (2020). Loneliness: A Signature Mental Health Concern in the era of COVID-19. *Psychiatry Research*, 290, Artículo 113117. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113117>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. y Löwe, B. (2009). An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613–621. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>
- Landeta, O. y Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la escala multidimensional de apoyo social percibido [Adaptation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in People with Severe Mental Disorders]. *Ansiedad y Estrés*, 8(2), 173–182. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352017000200006>
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N. y Caan, W. (2017). An Overview of Systematic Reviews on the Public Health Consequences of Social Isolation and Loneliness. *Public Health*, 152, 157–171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- Liu, J., Zhu, Q., Fan, W., Makamure, J., Zheng, C. y Wang, J. (2020). Online Mental Health Survey in a Medical College in China During the COVID-19 Outbreak. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 459. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00459>
- Losada-Baltar, A., Márquez-González, M., García-Ortiz, L., Gómez-Marcos, M. A., Fernández-Fernández, V. y Rodríguez-Sánchez, E. (2012). Loneliness and Mental Health in a Representative Sample of Community-Dwelling Spanish Older Adults. *The Journal of Psychology*, 146, 277–292. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.582523>
- Losada-Baltar, A., Márquez-González, M., Jiménez-Gonzalo, L., del Sequeros Pedroso-Chaparro, M., Gallego-Alberto, L. y Fernandes-Pires, J. (2020). Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por el COVID-19 [Differences in Anxiety, Sadness, Loneliness and Comorbid Anxiety, and Sadness as a Function of Age and Self-perceptions of Aging during the Lock-out Period due to COVID-19]. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(5), 272–278. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.005>
- Luchetti, M., Lee, J. H., Aschwanden, D., Sesker, A., Strickhouser, J. E., Terracciano, A. y Sutin, A. R. (2020). The Trajectory of Loneliness in Response to COVID-19. *American Psychologist*, 75(7), 897–908). <https://doi.org/10.1037/amp0000690>

- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C. y Roma, P. (2020). A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(9), Artículo 3165. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>
- Ministerio de Sanidad. (2020). *Actualización no 238. Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19. 28.10.2020.* Autor. https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_238_COVID-19.pdf
- Niedzwiedz, C. L., Green, M. J., Benzeval, M., Campbell, D., Craig, P., Demou, E., Leyland, A., Pearce, A., Thomson, R., Whitley, E. y Katikireddi, S. V. (2020). Mental Health and Health Behaviours before and during the Initial Phase of the COVID-19 Lockdown: Longitudinal Analyses of the UK Household Longitudinal Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 75(3), 224–231. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-215060>
- Okruszek, L., Aniszewska-Stańczuk, A., Piejka, A., Wiśniewska, M. y Żurek, K. (2020). Safe but Lonely? Loneliness, Mental Health Symptoms and COVID-19. *PsyArXiv Preprints*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/9njps>
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M. e Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España [Stress, Anxiety, and Depression Levels in the Initial Stage of the COVID-19 Outbreak in a Population Sample in the Northern Spain]. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4), Artículo e00054020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- Palgi, Y., Shrira, A., Ring, L., Bodner, E., Avidor, S., Bergman, Y., Cohen-Fridel, S., Keisari, S. y Hoffman, Y. (2020). The Loneliness Pandemic: Loneliness and other Concomitants of Depression, Anxiety and their Comorbidity during the COVID-19 outbreak. *Journal of Affective Disorders*, 275, 109–111. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.036>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E. y Katsaounou, P. (2020). Prevalence of Depression, Anxiety, and Insomnia among Healthcare Workers during the COVID-19 pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Probst, T., Budimir, S. y Pieh, C. (2020). Depression in and after COVID-19 Lockdown in Austria and the Role of Stress and Loneliness in Lockdown: A Longitudinal Study. *Journal of Affective Disorders*, 277, 962–963. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.047>
- Rico-Urbe, L. A., Caballero, F. F., Olaya, B., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Leonardi, M., Haro, J. M., Chatterji, S., Ayuso-Mateos, J. L. y Miret, M. (2016). Loneliness, Social Networks, and Health: A Cross-Sectional Study in Three Countries. *PLoS one*, 11(1), Artículo e0145264. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145264>
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H. y Collado, S. (2020) Psychological Impact and Associated Factors During the Initial Stage of the Coronavirus (COVID-19) Pandemic Among the General Population in Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, Artículo 1540. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01540>
- Romero, C.-S., Catalá, J., Delgado, C., Ferrer, C., Errando, C., Iftimi, A., Benito, A., De Andrés, J., Otero, M. y PSIMCOV group. (2020). COVID-19 Psychological Impact in 3109 Healthcare Workers

- in Spain: The PSIMCOV Group. *Psychological Medicine*, 14, 1–7. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001671>
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J. y Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional [Psychological impact of the COVID-19 Pandemic: Negative and Positive Effects in Spanish People during the Mandatory National Quarantine]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1–22. <http://doi.org/10.5944/rppc.27569>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. y Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Step toe, A. y Fancourt, D. (2020). Who is Lonely in Lockdown? Cross-cohort Analyses of Predictors of Loneliness before and during the COVID-19 Pandemic. *Public Health*, 186, 31–34. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.06.036>
- Tanoue, Y., Nomura, S., Yoneoka, D., Kawashima, T., Eguchi, A., Shi, S., Harada, N. y Miyata, H. (2020). Mental Health of Family, Friends, and Co-workers of COVID-19 Patients in Japan. *Psychiatry Research*, 291, Artículo 113067. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113067>
- Velarde-Mayol, C., Fragua-Gil, S. y García-de-Cecilia, J. M. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola [Validation of the UCLA Loneliness Scale in an Elderly Population that Live Alone]. *Semergen*, 42(3), 177–183. <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2015.05.017>
- Voitsidis, P., Gliatas, I., Bairachtari, V., Papadopoulou, K., Papageorgiou, G., Parlapani, E., Syngelakis, M., Holeva, V. y Diakogiannis, I. (2020). Insomnia during the COVID-19 Pandemic in a Greek Population. *Psychiatry Research*, 289, Artículo 113076. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113076>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L. 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), Artículo 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- 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(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

REACCIONES PSICOLÓGICAS DURANTE LA PRIMERA SEMANA DE AISLAMIENTO POR COVID-19 EN MÉXICO

PSYCHOLOGICAL REACTIONS DURING THE FIRST WEEK OF ISOLATION BY COVID-19 IN MEXICO

LUCÍA DEL CARMEN QUEZADA-BERUMEN¹ Y
MÓNICA TERESA GONZÁLEZ-RAMÍREZ¹

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Quezada-Berumen, L. C. y González-Ramírez, M. T. (2021). Reacciones psicológicas durante la primera semana de aislamiento por COVID-19 en México [Psychological Reactions during the First Week of Isolation by COVID-19 in Mexico]. *Acción Psicológica*, 18(1), 179–188. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.27915>

Resumen

La cuarentena o el aislamiento social deficiente, pueden tener implicaciones negativas para la salud física y emocional de las personas. Por lo anterior, conocer las reacciones psicológicas y emocionales producto del aislamiento voluntario en función del motivo y número de salidas de casa, la rutina y la realización de actividades placenteras durante el aislamiento voluntario en casa por COVID-19 en población general de México resulta de gran importancia. Las personas que realizaron sólo salidas

necesarias presentaron mejores puntajes en las diferentes variables evaluadas. Se encontró diferencia significativa en la mayoría de las variables, a favor de quienes reportaron haber realizado actividades placenteras en la última semana, que hace mucho tiempo que no hacían. Se sugiere la elaboración de intervenciones y la promoción de actividades placenteras en la población para sobrellevar el malestar psicológico generado por el aislamiento.

Palabras clave: variables psicológicas; aislamiento; COVID-19; México.

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Mónica Teresa González-Ramírez, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León, Mexico.

Email: monygzz77@yahoo.com

ORCID: Lucía del Carmen Quezada Berumen (<https://orcid.org/0000-0003-4705-3225>) y Mónica Teresa González-Ramírez (<https://orcid.org/0000-0002-9058-9626>).

¹ Universidad Autónoma de Nuevo León, Mexico.

Recibido: 12 de abril de 2021.

Aceptado: 25 de junio de 2021.

Abstract

Quarantine or poor social isolation, can have negative implications for people's physical and emotional health. Therefore, to know the psychological and emotional reactions as a result of voluntary isolation based on the reason and number of home exits, the routine and the performance of pleasant activities during voluntary isolation at home by COVID-19 in the general population of Mexico is important. People who went out only what was necessary got the best scores in the different variables. In addition, a significant difference was found in most of the variables, in favor of those who reported having done pleasant activities in the last week, which they had not done for a long time. Developing interventions and promoting pleasant activities to cope with psychological distress is suggested.

Keywords: psychological variables; isolation; COVID-19; Mexico.

Introducción

La COVID-19 es una enfermedad respiratoria aguda causada por un nuevo coronavirus humano (SARS-CoV-2). El 30 de enero de 2020 la epidemia de COVID-19 fue declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una emergencia de salud pública de importancia internacional y el 11 de marzo se declaró como pandemia, identificándose un creciente número de casos en diversos países durante este año, incluido México (OMS, 2020).

La amenaza de brote de enfermedades infecciosas puede provocar la implementación de medidas de control para la salud pública (Johal, 2009), por lo que, a partir del 14 de marzo del mismo año, las Secretarías de Salud y de Educación Pública del Gobierno de México presentaron las medidas de prevención y atención recomendadas por la OMS para contener las afectaciones por COVID-19. Todas las actividades escolares y laborales no esenciales para la población, fueron suspendidas, implementando una cuarentena o aislamiento voluntario entre los habitantes (Secretaría de Gobernación, 2020).

Las cuarentenas actuales incluyen una variedad de estrategias de control de enfermedades que pueden usarse individualmente o en combinación, incluyendo: quedarse voluntariamente en el hogar, restricción de la reunión de grupos de personas, cancelación de eventos públicos, cierre de sistemas de transporte público y otras restricciones de viaje (Johal, 2009). La finalidad de esta medida de control es separar a las personas potencialmente expuestas a un agente infeccioso (y por lo tanto en riesgo de enfermedad) de la comunidad en general. Aunque en general representa un bien público, la cuarentena suele ser una experiencia desagradable para quienes la padecen. La separación de los seres queridos, la pérdida de libertad, la incertidumbre sobre el estado de la enfermedad y el aburrimiento, pueden crear efectos indeseados. Por lo anterior, los potenciales beneficios de las cuarentenas masivas deben sopesarse cuidadosamente contra los posibles costos psicológicos (Hawryluck et al., 2004; Rubin y Wessely, 2020).

Cada persona reacciona de manera diferente a situaciones estresantes, como puede ser el brote de una enfermedad infecciosa que requiere distanciamiento social, cuarentena o aislamiento. Las personas pueden sentir ansiedad, estrés, preocupación o miedo relacionados a su estado de salud, la de sus seres queridos, el monitoreo para detectar signos y síntomas de la enfermedad, el tiempo libre del trabajo y la pérdida potencial de ingresos y seguridad laboral, el reto de asegurar los artículos de primera necesidad, la preocupación por cuidar eficazmente a personas vulnerables, incertidumbre o frustración sobre la duración del suceso, incertidumbre sobre el futuro, soledad, ira, aburrimiento y frustración por no poder realizar la rutina diaria, deseo de utilizar alcohol y drogas, sintomatología depresiva (sentimientos de desesperanza, cambios en el apetito o sueño) y síntomas de estrés postraumático (Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias [SAMHSA], 2014).

En el 2008, un estudio informó de las principales consecuencias psicológicas en personas que estuvieron en cuarentena por contacto cercano con alguien que potencialmente tenía SARS; estas consecuencias incluyeron el aburrimiento, aislamiento, frustración, fastidio, preocupación, soledad, indefensión, ira, miedo, nerviosismo, tristeza, culpa y en un menor porcentaje, la felicidad y el ali-

vio (Reynolds et al., 2009). De igual forma, en estudios anteriores, se ha reportado que una proporción sustancial de personas en cuarentena reportan angustia, así como desórdenes de ansiedad (i.e., trastorno de estrés postraumático) y sintomatología depresiva (Rubin y Wessely, 2020).

En este sentido, la angustia provocada por el aburrimiento y el aislamiento durante las cuarentenas debe ser tomada en cuenta, por lo que se debe informar a las personas sobre algunas acciones que puedan implementarse para evitar dicha condición. Asimismo, es recomendable proporcionar a las personas información práctica sobre el uso de técnicas que ayuden al manejo y reducción del estrés producido por el encierro (Brooks et al., 2020).

Derivado de lo anterior, el estudio de las actividades que impactan positivamente en la salud psicológica forma sólido cuerpo de estudio, el cual permite el enfoque en las cualidades, potencialidades y capacidades para vivir ante la adversidad (Zúñiga, 2004). Se denomina pasatiempo a la actividad o resultado mental que la persona vincula con el uso de su tiempo libre y que por lo tanto, se vincula a la percepción de elementos satisfactorios dentro de lo cotidiano; son producto de una búsqueda libre sobre el qué hacer con un tiempo determinado (Lloyd et al., 2007; Trenberth y Dewe, 2005).

Las cuarentenas por brotes infecciosos ponen a las personas en situaciones incómodas que pueden afectar su bienestar y calidad de vida, sin embargo, el incumplimiento de las mismas, ponen en riesgo la salud y la vida de las personas. La presencia de reacciones emocionales y psicológicas negativas durante la cuarentena han sido documentadas (estrés, ansiedad, preocupación, frustración, incertidumbre, aburrimiento, ira, miedo, tristeza y culpa, entre otras), no obstante, los estudios llevados a cabo para identificar estas reacciones son mayormente enfocados a personal médico, trabajadores de la salud, pacientes o personas en contacto con algún caso positivo. Por lo anterior, la importancia de estudiar las reacciones psicológicas y emocionales en personas sanas bajo aislamiento voluntario, se ha convertido en una necesidad debido a las medidas adoptadas por varios países del mundo, incluido México. Esta información podría proporcionar guías a los servicios de salud para orientar a las personas a cuidar su sa-

lud emocional durante una emergencia, pensar con claridad y reaccionar ante las necesidades urgentes de protegerse y proteger a su familia.

Debido a que desde el 14 de marzo de 2020 el gobierno mexicano implementó una serie de medidas de control, entre las que se encuentran la cuarentena para contener las afecciones por COVID-19 en la población general, el presente trabajo pretende conocer las reacciones psicológicas y emocionales producto del aislamiento voluntario en función del motivo y número de salidas de casa, la rutina y la realización de actividades placenteras durante la cuarentena, en población general de México. Para lograr lo anterior, se consideraron como variables psicológicas: la tolerancia al estrés, depresión, ansiedad, estrés, afecto positivo y negativo, preocupación y satisfacción con la vida.

Método

Participantes

Se trató de un estudio ex post facto de corte transversal, comparativo, utilizándose un muestreo no aleatorio, donde participaron 673 personas. Como criterio de inclusión para considerar el aislamiento voluntario, se estableció que las personas reportaran un máximo de siete salidas de casa (una diaria en promedio) durante la última semana. Se conservó una muestra de 652 personas, con una edad promedio de 31.7 años ($DE = 11.6$ y rango de 16 a 79 años), poco más de la mitad se reportaron solteros (57.8 %), un 37.1 % casados o en unión libre y el resto divorciados, separados o viudos; participaron 61.3% mujeres ($n = 400$) y 38.7 % hombres ($n = 252$).

De los participantes en el estudio, 70 indicaron vivir solos (10.7 %), aunque en promedio se reportó que vivían 3.4 personas en la misma casa ($DE = 1.6$), con una mediana de 3.0 y un rango de 1 a 11 personas. Además 466 (71.5 %) indicaron que tienen algún tipo de mascota.

Instrumentos de evaluación

Escala de tolerancia al estrés (DTS; Simons y Gaher, 2005) en su validación para México (González-Ramírez et al., 2019). Consiste en 15 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuesta (1 = muy de acuerdo a 5 = Muy en desacuerdo) con un rango en sus puntuaciones de 1 a 75. El ítem 6 es negativo, por lo que su valor debe invertirse. A mayor puntuación, mayor tolerancia al estrés. Cuenta con 4 subescalas para evaluar la habilidad percibida para tolerar el estrés emocional (*tolerancia*), la valoración subjetiva del estrés (*valoración*), atención a emociones negativas (*absorción*) y esfuerzos para aliviar el estrés (*regulación*). La consistencia interna por el alfa de Cronbach para la escala completa es de .88 para población general y de .89 para universitarios. En el presente estudio la confiabilidad fue de .91.

Escala de afecto positivo y negativo (PANAS; Watson et al., 1988) en la adaptación al español (López-Gómez et al., 2015). La escala se compone por dos subescalas: *Afecto positivo* (AP) y *Afecto negativo* (AN), cada una con 10 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (de 1 = nada o muy ligeramente a 5= mucho). La persona debe indicar cómo ha sentido cada afecto durante la última semana. El total de cada subescala es la suma de la puntuación otorgada en los 10 ítems que la conforman, la cual que oscila entre 10 y 50 puntos; una mayor puntuación indica mayor presencia del afecto determinado. El coeficiente alfa de Cronbach para el factor AP fue de .92 y de .88 para el factor AN. Los coeficientes encontrados en el presente estudio fueron .95 y .91 respectivamente.

Versión abreviada de las Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995) en su versión validada al español (Daza et al., 2002). Es una escala multidimensional de autoinforme diseñada para evaluar los estados emocionales negativos de depresión, ansiedad y estrés. Cada dimensión consta de siete ítems, los cuales se responden de acuerdo a la presencia e intensidad de cada síntoma en la última semana; escala de respuesta tipo Likert de 0 a 3 puntos. Se les pide a los participantes que respondan en qué medida aplica en ellos cada afirmación durante la semana pasada. El puntaje de cada dimensión se obtiene sumando los ítems, el cual varía entre 0 y 21 puntos. La escala presenta un coeficiente alfa

de .96 para la escala total, siendo de .93 para depresión, .86 para ansiedad y .91 para estrés. Los coeficientes encontrados con la muestra de este estudio fueron de .95, .90 .89 y .91 respectivamente.

Adaptación española del Cuestionario de preocupación (PSWQ-11; Meyer et al., 1990; Sandín et al., 2009). Evalúa el grado de preocupación permanente e inespecífico que caracteriza al trastorno de ansiedad generalizada. Consta de 11 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos (5 = muy típico de mí; 1 = nada típico de mí), con puntajes que van de 11 a 55 puntos. Puntuaciones más altas indican un mayor grado de preocupación. La consistencia interna del PSWQ-11 es excelente, con un alfa de Cronbach de .92. La confiabilidad en este estudio fue .96.

Versión al español de la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS; Diener et al., 1985) en su versión al español por Atienza et al. (2000). Es una escala de 5 ítems que evalúa el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su vida. Las opciones de respuesta oscilan entre 1 y 5 (1 = totalmente en desacuerdo, y 5 = totalmente de acuerdo), con un rango en su puntaje de 1 a 25; mayores puntajes indican mayor satisfacción. El índice de confiabilidad calculado para la escala a través del alfa de Cronbach, indica buena consistencia interna ($\alpha = .84$). La confiabilidad encontrada en el presente trabajo fue de .78.

Procedimiento

Para la realización de este estudio se obtuvo la aprobación de la Subdirección de Investigación de la Facultad de Psicología de la UANL. Los cuestionarios se difundieron a través de internet con la aplicación de administración de encuestas Google Forms. Se informó a los participantes del propósito y la relevancia del estudio, al igual que se proporcionaron los nombres de los responsables y un correo electrónico para que los participantes pudieran solicitar cualquier información en relación al estudio. La encuesta estuvo en línea del 23 al 29 de marzo, siguiéndose el método de muestreo bola de nieve o guiado por el participante, teniendo como requisitos identificarse como mexicano y residir en el país, e informar encontrarse en aislamiento domiciliario voluntario al menos durante última semana. Se indagó sobre: el número de veces que las per-

Tabla 1.

Motivos para salir de casa durante el aislamiento voluntario

Motivo principal de la salida	Durante la última semana ¿Cuántas veces ha salido de casa?								Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	
No he salido	74	0	0	0	0	0	0	0	74
Comprar alimentos y artículos de primera necesidad	0	132	143	91	29	36	9	9	449
Comprar medicamentos	0	18	2	8	1	1	0	0	30
Realizar pagos	0	14	7	4	1	3	1	0	30
Pasear a mi mascota	0	1	2	3	0	5	1	5	17
Visitar familiares	0	7	11	2	2	2	0	1	25
Salir a comer en restaurantes	0	0	3	1	1	0	0	3	8
Salí a despejarme	0	9	3	3	3	0	0	1	19
Total	74	181	171	112	37	47	11	19	652

sonas salieron de casa durante el aislamiento y el motivo principal; la rutina de los participantes (Tu rutina durante la última semana en aislamiento ¿qué tan parecida es a tu rutina antes del aislamiento?); y si realizaron actividades placenteras que hace tiempo no realizaban como producto del aislamiento (Durante la última semana ¿has realizado actividades placenteras que hace mucho no realizabas?).

Se solicitó a cada persona su consentimiento a participar. Los cuestionarios incompletos, así como aquellos que no cumplieran con los criterios de inclusión, se descartaron del estudio. Todos los datos se trataron siguiendo los principios éticos de la American Psychological Association (2017).

Análisis de datos

Se utilizó IBM® SPSS® Statistics 20 para el análisis estadístico. Se realizó un análisis descriptivo de las variables. La distribución normal se contrastó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, lo que indicó que las puntuaciones de todas las variables de estudio (tolerancia al estrés,

afecto positivo, afecto negativo, depresión, ansiedad, estrés, preocupación y satisfacción con la vida) no se ajustaron a una distribución normal ($p < .05$). Para identificar las diferencias entre los distintos grupos de estudio, se utilizaron las pruebas de Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney con un nivel de significación en los resultados menor a .05 para ser considerados significativos.

Resultados

Los participantes reportaron un promedio de 2.2 salidas de casa en la última semana ($DE = 1.7$). En la Tabla 1 se pueden observar las principales razones por las que los participantes salieron de casa, siendo la compra de alimentos y artículos de primera necesidad la razón más frecuente.

Sobre la similitud en la rutina de los participantes antes y durante el aislamiento, las respuestas fueron variadas (Tabla 2). Asimismo, el 66.1 % de los participantes indica-

Tabla 2.

Similitud de la rutina y actividades placenteras realizadas antes y durante el aislamiento

Similitud	Rutina (n = 652)		Actividades placenteras (n = 431)	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<i>Nada parecida</i>	226	34.7	157	36.4
<i>Muy poco</i>	150	23.0	105	24.4
<i>Medianamente</i>	179	27.5	108	25.1
<i>Muy parecida</i>	82	12.6	54	12.5
<i>Mi rutina es la misma</i>	15	2.3	7	1.6

ron que, durante la última semana en aislamiento, habían realizado actividades placenteras que hace tiempo que no realizaban.

Las variables anteriormente descritas se tomaron en cuenta para comparar por grupos el estado de las variables psicológicas evaluadas en la muestra de personas en aislamiento voluntario. En este sentido, de manera general se presentan los estadísticos descriptivos para cada una de las variables psicológicas (Tabla 3).

Tabla 3.

Descripción de variables psicológicas

	Media	DE	Mediana
Tolerancia al estrés	47.6	13.1	48.0
Afecto Positivo	33.0	9.2	34.0
Afecto Negativo	19.1	7.4	17.0
DASS-21 Depresión	3.0	3.9	1.0
DASS-21 Ansiedad	2.6	3.7	1.0
DASS-21 Estrés	4.3	4.5	3.0
Preocupación	26.7	12.4	24.0
Satisfacción con la vida	18.2	4.2	19.0

Nota: DE: Desviación Estándar.

En relación al ajuste a la normalidad por la prueba de Kolmogorov-Smirnov y debido al resultado ($p < .01$), se procedió a realizar pruebas no paramétricas. El primer análisis comparativo fue entre las variables psicológicas y los motivos para salir (ver Tabla 1), los cuales se recodifi-

caron en tres grupos: (a) no ha salido en la última semana, (b) salidas necesarias (compra de alimentos o medicamentos, realizar pagos o pasear a la mascota) y (c) salidas no necesarias (comer en restaurantes, visitar familiares y salir para despejarse).

Al realizar la prueba de Kruskal-Wallis para comparar los grupos (Tabla 4), puede observarse que existen diferencias significativas, reportando menor tolerancia al estrés y afecto positivo, así como mayor afecto negativo, síntomas de depresión, ansiedad y estrés, y preocupación el grupo de personas que no ha salido en la última semana. En relación a la satisfacción con la vida, las diferencias no fueron significativas. Al comparar a detalle los grupos mediante la U de Mann Whitney, se confirma que las diferencias significativas son entre el grupo que no ha salido y el grupo que reporta salidas necesarias ($p < .01$), indicando que aquellos que no han salido durante la última semana, son quienes presentan menor afecto positivo, mayor afecto negativo, síntomas de depresión, ansiedad, estrés, y preocupación.

Se compararon los puntajes de las variables psicológicas de acuerdo a la similitud de la rutina antes y después del aislamiento con la realización de actividades placenteras utilizando la prueba Kruskal-Wallis; no se encontraron diferencias significativas en estos análisis ($p > .05$). No obstante, al comparar a quienes reportaron haber realizado alguna actividad placentera con quienes no habían reali-

Tabla 4.

Estado de las variables psicológicas, de acuerdo a los motivos informados para salir de casa en la última semana

	No ha salido (n = 74)			Salidas necesarias (n = 526)			Salidas no necesarias (n = 52)			Kruskal Wallis	
	M	DE	Me	M	DE	Me	M	DE	Me	χ^2	p
Tolerancia al estrés	43.3	12.5	43.0	48.4	13.2	49.0	46.0	11.2	45.5	11.210	.004
Afecto Positivo	30.1	9.0	30.0	33.7	9.3	34.0	30.2	8.2	30.0	15.660	.001
Afecto Negativo	22.4	7.8	22.0	18.5	7.2	17.0	20.2	7.5	17.5	22.101	.001
DASS depresión	4.4	4.2	4.0	2.8	3.9	1.0	3.1	3.6	2.0	17.121	.001
DASS ansiedad	3.9	4.0	3.0	2.4	3.7	1.0	3.2	3.8	2.0	15.953	.001
DASS estrés	5.8	4.6	5.0	4.1	4.4	3.0	4.4	4.6	3.0	12.213	.002
Preocupación	31.8	12.4	30.0	25.9	12.3	23.0	27.9	11.6	26.5	16.120	.001
Satisfacción con la vida	17.6	4.7	18.0	18.3	4.2	19.0	17.8	4.1	18.0	2.014	.365

Nota: M: Media, DE: Desviación Estándar; Me: Mediana.

Tabla 5.

Comparación de las variables psicológicas entre personas que realizaron y no realizaron actividades placenteras como producto del aislamiento y que hace tiempo no hacían.

	Sí (n = 431)			No (n = 221)			U de Mann Whitney	
	M	DE	Me	M	DE	Me	Z	p
<i>Tolerancia al estrés</i>	48.7	12.8	49.0	45.6	13.4	45.0	-2.877	.004
<i>Afecto Positivo</i>	34.4	8.7	35.0	30.3	9.6	30.0	-5.176	.001
<i>Afecto Negativo</i>	18.6	7.1	17.0	20.0	7.8	18.0	-2.105	.035
<i>DASS depresión</i>	2.7	3.7	1.0	3.6	4.3	2.0	-2.737	.006
<i>DASS ansiedad</i>	2.4	3.6	1.0	3.1	4.0	2.0	-2.395	.017
<i>DASS estrés</i>	3.8	4.3	3.0	5.2	4.8	4.0	-3.834	.001
<i>Preocupación</i>	26.2	12.2	23.0	27.7	12.6	26.0	-1.492	.136
<i>Satisfacción con la vida</i>	18.6	4.2	19.0	17.4	4.2	18.0	-3.352	.001

Nota: M: Media, DE: Desviación Estándar; Me: Mediana.

zadas actividades placenteras, se encontraron diferencias significativas (Tabla 5) en todas las variables, con excepción de la escala que evalúa preocupación. El grupo que informó haber realizado actividades placenteras en la última semana (en aislamiento) obtuvo puntajes más altos tolerancia al estrés, afecto positivo y satisfacción con la vida, así como puntajes más bajos en afecto negativo, depresión, ansiedad y estrés.

Discusión

El presente estudio se realizó con el propósito de conocer las reacciones en algunas variables psicológicas durante la primera semana de haber iniciado la cuarentena en México, para lo cual se consideraron el motivo y número de salidas de casa, los cambios o similitudes en la rutina y la realización de actividades placenteras.

Los resultados indicaron que las personas que realizaron sólo salidas necesarias (compra de alimentos o medicamentos, realizar pagos o pasear a la mascota) presentaron mejores puntajes en las diferentes variables evaluadas que quienes no habían salido ninguna ocasión durante la última semana; éstos últimos reportaron menor afecto positivo, mayor afecto negativo, síntomas de depresión, ansiedad, estrés, y preocupación. En este sentido, es posible que las personas que no han salido de casa estén más preocupadas por el contagio, como también es posible que al estar únicamente en casa se dedique más tiempo a pensar

en los peores escenarios. Otro aspecto a considerar es que se puede generar en las personas la percepción de no ser tan útil como antes, debido a que no están trabajando o participando en actividades fuera de casa.

Barratt et al. (2011) indican que se ha encontrado que tener cierto control sobre la experiencia de aislamiento parece ser una mejor estrategia de afrontamiento. Asimismo, Husain et al. (2020) reportaron que, en India, las personas en cuarentena por COVID-19 perciben pérdida de control en sus vidas. Por lo anterior, las personas que han realizado salidas necesarias, se sientan con mayor control de su situación y por ende mejores resultados en las variables de estudio.

El hallazgo más relevante de este estudio fue la diferencia significativa entre quienes reportaron haber realizado actividades placenteras en la última semana, que hace mucho tiempo que no hacían; dichas actividades pueden ser aquellos pasatiempos para los cuales las personas no habían tenido oportunidad de realizar en su rutina anterior. En relación a lo anterior, se ha documentado que los pasatiempos logran un bienestar psicológico ante los estresores cotidianos (Lloyd et al., 2007), por lo que la pandemia y aislamiento pueden ser vistos como estos estresores en las personas. La pandemia por sí misma constituye un estresor importante, especialmente en términos de ansiedad crónica y dificultades económicas, incluso para quienes se encuentran en hogares libres de contagio (Van Bavel et al., 2020) y puede ser un predictor de los síntomas del trastorno estrés agudo (Brooks et al., 2020). Dichos

efectos pueden verse exacerbados por políticas de autoaislamiento que pueden aumentar el aislamiento social y dificultar las relaciones interpersonales (Van Bavel et al., 2020).

Por lo anterior, la preocupación puede hacerse presente en las personas en aislamiento, sin importar la realización de actividades placenteras o no, tal como se encontró en el presente estudio. No es factible atribuir que la preocupación se asocie únicamente por la situación del aislamiento, por lo que, las preocupaciones o miedos de las personas podrían asociarse también a otros factores, como la salud de sus seres queridos, los problemas laborales y las pérdidas de ingresos, así como las consecuencias derivadas.

Es importante mencionar que los puntajes de las diferentes escalas se alejan del puntaje máximo posible, por lo que se considera que las personas que respondieron tenían, al momento de la evaluación, bajos niveles de estrés, ansiedad, depresión y afecto negativo; los puntajes de la escala de preocupación se ubican a la mitad del rango posible, y la tolerancia al estrés, la satisfacción con la vida, al igual que el afecto positivo, reflejan mayor presencia en la muestra. Lo anterior pudiera deberse al momento de la evaluación, ya que las personas tenían pocos días en aislamiento. No obstante, se ha documentado que el aislamiento de dos semanas se ha asociado con altas tasas de síntomas de ansiedad e ira (Jeong et al, 2016) e incluso, de acuerdo a Brooks et al. (2020), las personas ya pueden mostrar síntomas del trastorno de estrés agudo en un periodo de nueve días en cuarentena.

Brooks et al. (2020), reporta que la duración de la cuarentena se asocia con peor salud mental, síntomas de estrés postraumático, conductas de evitación y enojo, por lo que se esperaría que la tendencia para algunas personas sea el agravamiento de las variables negativas (depresión, ansiedad, estrés, preocupación, afecto negativo), Lo anterior resulta congruente con el estudio de Jeong et al. (2016), quien encontró que aun cuatro o seis meses después de la retirada del aislamiento, las personas seguían presentando efectos sobre su salud mental.

Puede suponerse que algunas personas logren una adaptación a la situación de aislamiento y mejoren en las variables positivas (satisfacción con la vida, afecto posi-

tivo). Por lo que, Van Bavel et al. (2020) sugieren intervenciones que promuevan el reconocimiento de la tendencia que las personas tienen hacia el estrés por situaciones relevantes o significativas, así como sugerir acciones para obtener una ganancia positiva de dicha respuesta al estrés. Estos autores proponen que inducir una percepción más adaptativa sobre el estrés, podría aumentar las emociones positivas, reducir los síntomas de salud negativos y aumentar el funcionamiento fisiológico en el estrés agudo.

Este estudio cuenta con varias limitaciones que vale la pena mencionar. Por el diseño de investigación no es posible determinar la causalidad de las variables, por lo que una evaluación del mismo grupo antes del aislamiento hubiera sido ideal. No obstante, ante la situación imprevisible, este diseño constituyó la mejor opción posible. Al emplear un muestreo no probabilístico, la generalización de los datos no es posible. De igual forma, cabe resaltar la falta de representatividad de la muestra, ya que la mayoría de los participantes fueron personas residentes del norte y centro del país. Se sugiere para futuros estudios, evaluaciones de seguimiento que determinen el impacto psicológico y emocional generado por la pandemia por COVID-19, con la finalidad de expandir y mejorar la comprensión de este fenómeno sobre la salud mental.

Con base en los resultados del presente estudio, se concluye que aquellas personas que consideraron la cuarentena como una oportunidad para retomar actividades placenteras, tuvieron una mejor adaptación y esto pudiera lograr, como lo sugieren Van Bavel et al. (2020) una ganancia positiva.

Referencias

- Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias. (2014). *Tips For Social Distancing, Quarantine, And Isolation During An Infectious Disease Outbreak* [página web]. Recuperado el 21 de abril de 2020 <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/tips-social-distancing-quarantine-isolation-031620.pdf>

- American Psychological Association. (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. With the 2016 Amendment to Standard 3.04*. Autor.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I. y Merita, M. G. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes [Psychometric Properties of the Satisfaction with Life Scale in Adolescents]. *Psicothema*, 12(2), 314–319.
- Barratt, R., Shaban, R. y Moyle, W. (2011). Patient Experience of Source Isolation: Lessons for Clinical practice. *Contemporary Nurse*, 39(2), 180–193. <https://doi.org/10.5172/conu.2011.39.2.180>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J. (2020). The Psychological Impact of Quarantine and how to Reduce it: Rapid Review of the Evidence. *The Lancet*, 395, 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A. y Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish Translation and Validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(3), 195–205.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- González-Ramírez, M. T., Landero-Hernández, R. y Quezada-Berumen, L. C. (2019). Escala de tolerancia al estrés: propiedades psicométricas en muestra mexicana y relación con estrés percibido y edad [Distress Tolerance Scale: Psychometric Properties in a Mexican Sample and its Relationship with Perceived Stress and Age]. *Ansiedad y Estrés*, 25, 79–84. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.08.004>
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S. y Styra, R. (2004). SARS Control and Psychological Effects of Quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206–1212. <https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>
- Husain, S. S., Hasan, K., Talib, S. y Saxena, S. (2020). COVID-19 and Lockdown: A Study on the Impact on Mental Health. *Mukt Shabd Journal*, 9(4), 1477–1489.
- Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y. J., Ki, M., Min, J. A., Cho, J. y Chae, J. H. (2016). Mental Health Status of People Isolated Due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiology and Health*, 38, Artículo e2016048. <https://doi.org/10.4178/epih.e2016048>
- Johal, S. S. (2009). Psychosocial Impacts of Quarantine during Disease Outbreaks and Interventions that may Help to Relieve Strain. *Journal of the New Zealand Medical Association*, 122(1296), 47–52.
- Lloyd, C., King, R., McCarthy, M. y Scanlan, M. (2007). The Association between Leisure Motivation and Recovery: A Pilot Study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54, 33–41. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2006.00648.x>
- López-Gómez, I., Hervás, G. y Vázquez, C. (2015). Adaptación de la “Escala de afecto positivo y negativo” (PANAS) en una muestra general española. *Psicología Conductual*, 23(3), 529–548.
- Lovibond, S. H. y Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Psychology Foundation.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. y Borkovec, T. D. (1990). Development and Validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487–495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Actualización Epidemiológica: Nuevo coronavirus (COVID-19)*. 28 de febrero de 2020. OPS/OMS. Recuperado el 30 de abril de 2020

<https://www.paho.org/sites/default/files/2020-02/2020-feb-28-phe-actualizacion-epi-covid19.pdf>

- Reynolds, D. L., Garay, J. R., Deamond, S. L., Moran, M. K., Gold, W. y Styra, R. (2008). Understanding, Compliance and Psychological Impact of the SARS Quarantine Experience. *Epidemiology & Infection*, 136(7), 997-1007. <https://doi.org/10.1017/S0950268807009156>
- Rubin, G. J. y Wessely, S. (2020). The Psychological Effects of Quarantining a City. *BMJ*, 368, Artículo m313. <https://doi.org/10.1136/bmj.m313>
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: Estructura factorial y propiedades psicométricas [Spanish Validation of the PSWQ: Factor Structure and Psychometric Properties]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 107-122. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.14.num.2.2009.4070>
- Secretaría de Gobernación. (2020). ACUERDO por el cual se modifica y adiciona el diverso ACT-EXT PUB/20/03/2020.02 en el sentido de suspender provisionalmente las sesiones del Pleno de este Instituto en concordancia con el Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), de la Secretaría de Salud, publicado en la edición vespertina de 24 de marzo de dos mil veinte. [Internet]. Diario oficial de la Federación. Recuperado el 31 de marzo de 2020 ww.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590793&fecha=31/03/2020&print=true
- Simons, J. S. y Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29, 83-102.
- Trenberth, L. y Dewe, P. (2005). An Exploration of the Role of Leisure in Coping with Work Related Stress. *British Journal of Guidance & Conselling*, 33(1), 101-116. <https://doi.org/10.1080/03069880412331335885>
- Van Bavel, J. J., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., Crockett, M. J., Crum, A. J., Douglas, K. M., Druckman, J. N., Drury, J., Dube, O., Ellemers, N., Finkel, E. J., Fowler, J., H., Gelfand, M., Han, S., Haslam, A., Jetten, J., Kitayama, S.,...y Willer, R. (2020). Using Social and Behavioural Science to Support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 4, 460-471. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z1-12>
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063>
- Zúñiga, C. (2004). La psicología positiva: un cambio en nuestro enfoque patológico clásico. *Liberabit*, 10, 82-88.

PSYCHOLOGICAL DISTRESS AN COPING RESPONSES TO CONFINEMENT FOR COVID-19

MALESTAR PSICOLÓGICO Y RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO AL CONFINAMIENTO POR LA COVID-19

DOLORES SEIJO¹, ÁLVARO MONTES¹, VERÓNICA MARCOS¹,
JESSICA SANMARCO¹ Y MERCEDES NOVO¹

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Seijo, D., Montes, Á., Marcos, V., Sanmarco, J., & Novo, M. (2021). Psychological Distress an Coping Responses to Confinement for COVID-19 [Malestar psicológico y respuestas de afrontamiento al confinamiento por la COVID-19]. *Acción Psicológica*, 18(1), 189–204. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.31715>

Abstract

The statement of the global pandemic situation due to COVID in 2020 led to the implementation of measures to confine the population and limit social contact, bringing with it economic and employment insecurity, which makes it a highly stressful event. These produce psychological distress encourage individuals to deploy coping strategies to overcome the effects. A field study was designed to find out the psychological distress caused by strict confinement and what coping responses triggered individuals to face this event and, through them, evaluate the effectiveness of coping exercised. To do this, a

community sample with 338 participants who responded to a measure of psychological distress and another of coping with confinement was evaluated. The results showed a rate of moderate and clinical deteriorate cases (.834) significantly higher than expected, with an increase in the rate of cases due to the pandemic of 88.0 %. In relation to the coping responses, the results revealed an increase in the use of avoidance strategies, decreasing confidence (-64.5 %) in approximate strategies for coping with confinement due to the pandemic. In addition, coping with confinement due to pandemic increased the use of cognitive and behavioral strategies. Regarding the rate of use of the strategies, a significant frequency of employment was observed in all of them, the Emotional discharge strategy being significantly the most activated.

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Mercedes Novo, Facultade de Psicoloxía, Universidade de Santiago de Compostela, España.

Email: mercedes.novo@usc.es

ORCID: Dolores Seijo (<https://orcid.org/0000-0001-7655-338X>), Verónica Marcos (<https://orcid.org/0000-0002-5751-8885>), Jessica Sanmarco y Mercedes Novo (<https://orcid.org/0000-0002-0942-1501>).

¹ Universidade de Santiago de Compostela, España.

Recibido: 5 de marzo de 2021.

Aceptado: 26 de junio de 2021.

The efficacy of the strategies deployed by the population to cope with confinement due to pandemic, characterized as maladaptive, passive, avoidant and focused on emotions, and the implications for the design of empowerment programs are discussed.

Keywords: coping responses; psychological distress; COVID-19; confinement.

Resumen

La declaración de la situación de pandemia mundial por COVID en 2020, conllevó la implantación de medidas de confinamiento de la población y de limitación del contacto social, trayendo aparejada inseguridad económica y laboral, lo que la convierte en un evento altamente estresante. Estos producen malestar psicológico e impelen a los individuos a desplegar estrategias de afrontamiento para superar los efectos. Se diseñó un estudio de campo para conocer el malestar psicológico provocado por el confinamiento estricto y qué respuestas de afrontamiento activaron las personas para encarar este evento y, a través de ellas, evaluar la eficacia del afrontamiento ejercitado. Para ello se evaluó a una muestra comunitaria con 338 participantes que respondieron a una medida de malestar psicológico y a otra de afrontamiento del confinamiento. Los resultados mostraron una tasa de casos de deterioro moderado y clínico (.834) significativamente mayor a la esperada, siendo el incremento en la tasa de casos debida a la pandemia del 88%. En relación a las respuestas de afrontamiento, los resultados revelaron un incremento en el uso de estrategias evitativas, disminuyendo la confianza (-64.5 %) en las estrategias aproximativas para el afrontamiento del confinamiento por la pandemia. Además, el afrontamiento del confinamiento por pandemia incrementó el uso de las estrategias cognitivas y comportamentales. Sobre la tasa de uso de las estrategias, se observó en todas una frecuencia de empleo significativa, siendo la estrategia de descarga emocional significativamente la más activada. Se discute la eficacia de las estrategias desplegadas por la población para el afrontamiento del confinamiento por pandemia, caracterizadas como desadaptativas, pasivas, evitativas y centradas en las emociones, y las

implicaciones para el diseño de programas de potenciación.

Palabras clave: respuestas de afrontamiento; malestar psicológico; COVID-19; confinamiento.

Introduction

Three days after the statement of the global pandemic situation on March 11 by the World Health Organization (WHO, 2020), the government of Spain implemented a state of alarm in order to confine the population (Real Decreto, 463/2020). In addition to the decline in Spanish GDP in 2020 unprecedented in recent history, estimated by the Bank of Spain at around 13.6 % (Banco de España, 2020), the pandemic has brought serious consequences on the health and lives of citizens (with mortality rates that they reached 21.0 % and a Charlton comorbidity index of 61.0 %) and the collapse of the health system (Casas-Royo et al., 2020). The confinement of the population and the limitation of social contact, whose objective was the control of community transmission of the pathogen, have had indirect adverse effects on mental health and family relationships that have already been studied (Fariña et al., 2020; Pampliega et al., 2019; Rodríguez-Rey et al., 2020; Rubin & Wessely, 2020; Xiang et al., 2020). The psychological impact of the pandemic on the general population has been analyzed in several systematic reviews. Thus, Luo et al. (2020) quantified the pooled prevalence of anxiety and depression in 32 and 27 %, respectively, among the general population; and Salari et al. (2020) in 29.6, 31.9 and 33.7 % the prevalence of stress, anxiety and depression, respectively. Similarly, Vindegaard and Benros (2020) also reported in a systematic review of the direct and indirect impact of the pandemic on mental health, suggesting that, although current data are scarce, they are indicative of the affectation of mental health, both among the general population and among healthcare professionals and the psychiatric population. In the same line, Prati and Mancini (2021) conducted a meta-analytic review finding a small, but significant, effect of COVID-19 lockdown on mental health in the general population. However, the reviews found no evidence that confinements reduced positive psychological functioning, general well-

being, or life satisfaction (Prati & Mancini, 2021; Vindegaard & Benros, 2020).

The pandemic situation has generated a new context (Dawson & Golijani-Moghaddam, 2020; Polizzi et al., 2020) in which it is crucial to analyze the psychological coping process; that is, the thoughts and actions that people use to cope with stressful events (Folkman et al., 1987). Different approaches of coping have been differentiated in literature: focused on the problem or the emotion (Lazarus & Folkman, 1984); mixed problem-emotion coping (Carver et al., 1989); active or passive/avoidant (Carver et al., 1989); with approximate or avoidant orientation; and with a cognitive or behavioral focus (Moos, 2002). Strategies that focus on the problem are associated with greater psychological well-being (Graven et al., 2014; Viñas et al., 2015), better adaptation to the stressful situation (Graven et al., 2014; Park & Adler, 2003), lower health issues (Kato, 2015) and greater satisfaction with life (Cantón et al., 2013; Matheny et al., 2008). Likewise, the strategies used may differ depending on gender (Bonnevill-Roussy et al., 2017), the type of population (Nydegger et al., 2011), or the context and the stressful event (Moral-Jiménez & González-Sáez, 2020). The literature has also differentiated between adaptive and maladaptive strategies (Arce et al., 2014; Carver & Connor-Smith, 2010; Holton et al., 2016), considering itself adaptive when it facilitates controllability of the stressful event, so that the person experiences fewer stress-related symptoms (Park et al., 2001). Adaptive strategies help to reduce stress and to promote long-term health, meanwhile maladaptive strategies are linked to avoidant, passive and emotional responses to coping with the stressful event (Arce et al., 2014), which they negatively impact the welfare state (Pérez-Fuentes et al., 2019). In any case, it will be considered beneficial or detrimental to the individual, as a function of the extent to which it allows him to cope with the demand of the situation (Skinner et al., 2003).

At first, research on the management of the COVID-19 pandemic, as a stressful event, focused on the population of health professionals, with controversial results. Thus, some studies (Babore et al., 2020; Vagni et al., 2020) found an increase in the use of emotional and cognitive avoidance strategies –maladaptive, passive strategies–, reducing the use of social support strategies; while other

studies found that they resorted more to active and problem-focused coping strategies –adaptive, active strategies– (Cai et al., 2020; Huang et al., 2020). On the other hand, studies with the general population reported a greater use of active coping strategies –acceptance and positive coping, especially– (Flesia et al., 2020; Fu et al., 2020; Skapinakis et al., 2020). In any case, the COVID-19 pandemic has created an unprecedented new context in which, in order to empower people and promote their resilience, it is necessary to increase knowledge about coping strategies (Agha, 2021). Taking into account the above, we set out a cross-sectional study in which to analyze the psychological distress caused by confinement in the general population, as well as to know the coping strategies used to manage the stress derived from the pandemic context, so that can be contributed useful knowledge for the design of prevention and empowerment programs for citizens.

Methods

Participants

338 subjects participated in the study, 257 women (76.0 %) and 81 men (24.0 %), aged between 18 and 63 years ($M = 32.46$, $SD = 13.65$). Regarding the level of studies, 4.4 % had completed primary or equivalent studies, 22.5 % studies of general secondary education and 73.1 % higher professional education, university or equivalent. The origin of the participants was distributed throughout the country.

Procedure

All the participants were in a situation of confinement imposed by the state of alarm by the Government of Spain (Real Decreto 463/2020), specifically between the April 23 and May 12, 2020. A call for participation in the study was disseminated through social networks (e.g., Facebook, Instagram, Twitter), as well as by WhatsApp, messaging and e-mail. The research included an individual debriefing process, so that those participants who requested it were sent an individual report that included a brief explanation of the research objectives, a personalized expla-

nation of the results, as well as information about available resources for help and psychological care.

Measuring instruments

As for measuring clinical distress, the Spanish adaptation and norms of the *General Health Questionnaire* (GHQ-12; Rocha et al., 2011), a self-report of the severity of psychological distress experienced by the individual in recent weeks, was administered. This instrument consists of 12 items to which the participant responds on a 4-point Likert-type scale, which ranges from 0 (*better than usual*) to 3 (*much less than usual*). Two types of scores are obtained from this questionnaire: research (summation of the response values on the Likert-type scale) and clinical (each item is transformed into a symptom by applying the code 0, 0, 1, 1). Both with the participants in this study, it showed good internal consistency, $\alpha = .75$, as with the questionnaire Spanish adaptation sample, $\alpha = .85$.

In order to measure COVID-19 coping strategies, the Spanish adaptation of the *Coping Responses Inventory: Adult Form* was used (CRI-ADULT; Moos, 1993, 2010), which differentiates between approximate or avoidance strategies, and cognitive or behavioral strategies. This instrument is made up of 48 items, which are answered on a 4-point Likert-type scale, from 0 (*never*) to 3 (*many times*), divided into 8 factors: (1) Logical analysis (cognitive attempts to understand and prepare mentally for a stressor and its consequences; approximate-cognitive); (2) Positive reappraisal (cognitive attempts to construct and restructure a problem in a positive way while accepting the reality of the situation; approximate-cognitive); (3) Seeking guidance and support (behavioral attempts to seek information, advice and support; approximate-behavioral); (4) Problem solving (behavioral attempts to take part in the direct resolution of the problem; approximate-behavioral); (5) Cognitive avoidance (cognitive attempts to avoid thinking realistically about the problem; cognitive-avoidance); (6) Acceptance or resignation (cognitive attempts to react to the problem by accepting it; cognitive-avoidance); (7) Seeking alternative rewards (behavioral attempts to engage in substitute activities and create new forms of satisfaction; avoidant-behavioral); and (8) Emotional discharge (behavioral attempts to reduce stress by

expressing negative feelings; avoidant-behavioral). The scale showed adequate internal consistency, both in the inventory construction study, $\alpha = .85$, as with the sample of the present study, $\alpha = .83$.

Data analysis

The study of clinical distress was approached by contrasting the observed probability with clinical deterioration (.05) and moderate clinical deterioration (.10; Fandiño et al., 2021; Wise, 2004), estimating the effect size in Odds Ratio and interpreting it in terms of the Effect Incremental Index (EII; Redondo et al., 2019) which is an estimate of the increase in cases in the study sample over the normative sample. Complementarily, we obtained the Probability of an Inferiority Score (PIS) which, in this case, reports the probability of cases without damage (Arias et al., 2020).

In the comparison of means, the coping responses of the study sample were compared with a given value, the average of the normative sample. The normative population is preferred to a control group (it would not be possible in this study either) because the control groups are more biased than the normative sample (Schmidt & Hunter, 2015) and because the contrast with the normative sample allows knowing and quantifying the deviation of the normative, through a derivation of the BESD (Corrás et al., 2017). For each result, the effect size was calculated with Cohen's *d* and it was interpreted as the Probability of Superiority of the Effect Size in relation to all possible (P_{SES}; Monteiro et al., 2018). Although the knowledge of the significance, the effects and the magnitude of the results is of great importance in scientific research, it hides the opposite effects, that is, contrary to the effect (Arias et al., 2020). For this measure, we took the Probability of an Inferiority Score (PIS) statistic that solves, in this measure, the probability of individuals in the study sample who would obtain a lower score in the measure than the mean of the population of the normative sample. For the study of the composites of variables, the combined means and variances of the normative sample (test values) were calculated.

For the comparison of the use between the different strategies within the study sample, the confidence interval was calculated for the mean of the study population, such that, if the intervals overlap, the means of use are equal, while if they do not overlap, the highest mean is significantly higher than the lowest, and vice versa (Vilariño et al., 2018).

For the study of the rate of people using the strategies (cases), the use of the coping strategies was recoded into non-use ($rs < 2$) and use ($rs \geq 2$) after weighting the total in each strategy divided by the number of items (6). In this way, a use value of the strategy is obtained on a scale from 0 (*Not at all*) to 3 (*fairly often*), where 1 is almost never (once or twice) and 2 is sometimes. The averages greater than 1.5 were not rounded to 2, but the probable error (more restrictive) of the measurement was calculated around 2. Thus, the recoding resulted in 0 (not used: not or very rare) and 1 (used: sometimes or very frequent). To estimate the frequency of use of the strategies, the observed proportion of use was taken and contrasted with a constant. According to Arce et al. (2020), if the contingency of use of the strategy is $\leq .05$, the use is trivial (not significant); If a frequency of use $< .5$ and $> .05$ is observed, it is of occasional use by the population; if a use ratio of $.5$ is observed, it is frequently used; if the usage ratio is $> .5$ it is commonly used; and if the observed probability of use $\geq .95$, the strategy is ordinarily used by the population.

Results

Study of Clinical Distress during COVID-19 Confinement

The results of the contrast of the probability of cases of clinical distress in the sample of the population in confinement by COVID-19 (.243) showed to be significantly higher than in the general population (.05; clinical significance), $Z(N = 338) = 16.28$, $p < .001$. The magnitude of the effect is 4.86 times greater than expected, $OR = 4.86$, with the increase in the effect (clinical distress) linked to COVID-19 being 79.4 %, $EII = .794$. Likewise, the observed rate of clinical and moderate deteriorate in the

study sample (.834) is significantly higher, $Z(N = 338) = 44.98$, $p < .001$, than that expected under normal conditions in the general population (.10), with an effect magnitude 8.34 times greater than expected and an increase in effect (moderate or clinical deteriorate) of 88.0 %, $EII = .880$, related to COVID-19.

Study of the coping Response to Confinement by COVID-19

The results (see Table 1) show that citizens have faced the COVID-19 pandemic with a significant increase, compared to the normative, in the use of Positive reappraisal, Cognitive avoidance, Acceptance or resignation, Seeking alternative rewards and Emotional discharge strategies. Conversely, they reduced their use of the Logical analysis and Seeking guidance and support strategies. Finally, Problem solving stayed the same.

This led us to study as a whole whether coping with COVID-19 during confinement was carried out through avoidance strategies (i.e., cognitive avoidance, acceptance or resignation, seeking alternative rewards, emotional discharge) to the detriment of approach strategies (i.e., logical analysis, positive reappraisal, seeking guidance and support, problem solving). The results of the comparison of the combined means of the normative population ($M_s = 10.48$ and 5.85 , for approximative and evitative coping responses respectively) with the sample of this study exhibited that in a situation of confinement due to pandemic the same use of the approximate strategies ($M = 10.34$) than before other stressors by the normative population, $t_{(337)} = -1.05$, ns , $d = -0.03$, while the use of avoidance strategies increased ($M = 10.34$), $t_{(337)} = 27.03$, $p < .001$, $d = 1.47$. However, confidence in approximate strategies is lower than in the general population ($M = 0.64$) in coping with stressful events ($M = 0.54$), $t_{(337)} = -29.39$, $p < .001$, $d = -1.60$, an effect size greater than 74.2% of all possible ones, $PS_{ES} = .742$, and which implies a decrease in confidence of 64.5 % ($r = -.645$). In any case, the average use of the approximate Positive reappraisal and Problem solving strategies (lower limit of the confidence interval for mean is over the upper limit of the remaining strategies) was significantly higher ($M = 0.64$) in coping with stressful events ($M = 0.54$),

Table 1.

One-sample *t*-test for the mean comparison of the study sample with the mean score of the normative sample as test value in the CRI-Adult scales.

Scale	<i>t</i>	<i>M</i> [95% CI]	tv	<i>d</i>	PS _{ES}	IS
Logical analysis	-5.67***	9.95[9.62, 10.28]	11.19	-0.31	.243	.622
Positive reappraisal	12.17***	12.25[11.94, 12.56]	10.45	0.66	.362	.255
Seeking guidance and support	-2.32*	8.52[8.25, 8.79]	9.33	-0.13	.072	.552
Problem solving	-0.92	10.65[10.32, 10.98]	10.96	-0.05	.032	.520
Cognitive avoidance	14.04***	9.32[8.95, 9.69]	6.71	0.76	.411	.224
Acceptance or resignation	12.16***	9.49[9.14, 9.84]	7.36	0.66	.431	.255
Seeking alternative rewards	27.09***	9.60[9.29, 9.91]	5.69	1.48	.706	.069
Emotional discharge	21.73***	6.96[6.63, 7.29]	3.63	1.18	.593	.119

Note: *df*(337). *M*[95% CI]: mean of the CPO group[95% confidence interval]; tv: test value; *d*: Cohen's *d*; **p* < .05; ****p* < .001.

$t_{(337)} = -29.39$, $p < .001$, $d = -1.60$, an effect size greater than 74.2 % of all possible, $PS_{ES} = .742$, and that supposes a decrease in confidence of 64.5 % ($r = -.645$). In any case, the average use of the approximate Positive reappraisal and Problem solving strategies (lower limit of the confidence interval for mean is over the upper limit of the remaining strategies) was significantly higher than the others.

On the other hand, the results of the comparison of the combined means of cognitive and behavioral coping responses of the normative population ($M_s = 8.93$ and 7.41 , for cognitive and behavioral coping responses) with the sample of this study revealed that in a situation of confine-

ment due to pandemic increased the use of cognitive strategies ($M = 10.25$), $t_{(337)} = 10.63$, $p < .001$, $d = 0.58$, and behavioral ($M = 8.93$), $t_{(337)} = 13.60$, $p < .001$, $d = 0.74$, than when faced with other stressors by the normative population.

The results of the case study on the use of coping strategies against COVID-19 (see Table 2) displayed that none of the strategies has a frequency of trivial use ($> .05$), with an increase over triviality greater 85 % ($EII > .85$); that for Problem solving and Positive reappraisal strategies an occasional frequency of use was registered ($< .5$ and $> .05$); that the strategies Logical analysis, Cognitive avoidance, Acceptance and resignation and Seeking alternative re-

Table 2.

Trivial- and common-use of coping responses among confined people.

Coping response	<i>f</i> [<i>p</i> [95% CI]]	<i>Z</i> ₁	<i>OR</i> ₁	<i>EII</i> ₁	<i>Z</i> ₂	<i>OR</i> ₂	<i>EII</i> ₂
Logical analysis	187(.553[.500, .606])	42.43***	11.06	.910	1.95	1.11	.096
Positive reappraisal	114(.337[.287, .387])	24.21***	6.74	.852	-5.99***	0.67	-.484
Seeking guidance and support	224(.663[.612, .713])	51.71***	13.26	.925	5.99***	1.33	.246
Problem solving	129(.382[.330, .434])	28.01***	7.64	.869	-4.34***	0.76	-.309
Cognitive avoidance	180(.533[.480, .586])	40.74***	10.66	.906	1.21	1.07	.062
Acceptance or resignation	170(.503[.450, .556])	38.21***	10.06	.901	0.11	1.01	.006
Seeking alternative rewards	162(.479[.426, .532])	36.19***	9.58	.896	-0.77	0.96	-.044
Emotional discharge	263(.778[.733, .822])	61.41***	14.66	.936	10.22***	1.56	.357

Note: *N* = 338; *f*[*p*[95% CI]]: frequency of coping strategy use(observed probability)[95% confidence interval]; *Z*₁: zeta score for the difference between the observed proportion of coping response among confined people and a constant (.05, insignificant or trivial use); *OR*₁: odds ratio for the trivial-use; *EII*₁: effect incremental index from trivial-use; zeta score for the difference between the observed proportion of coping response among confined people and a constant (.5, common-use of the coping response); *OR*₂: odds ratio for common-use; *Z*₂; *EII*₂: effect incremental index for common-use; ****p* < .001.

wards presented a frequency of frequent use ($= .5$); and that Seeking guidance and support, and Emotional discharge strategies were commonly used ($> .5$). Comparatively, the Emotional discharge strategy exhibits a significantly higher frequency of use (the lower limit of the confidence interval for the observed ratio is greater than the upper limit of the intervals of the remaining strategies) than the other strategies and with an increase on the effect of 35.7 % on a common use ($= .5$).

Discussion

Before commenting on the implications of the study, it is worth mentioning its limitations. Thus, the type of cross-sectional design used does not allow us to consider the long-term effects of the pandemic; the type of selection of the sample does not guarantee the representativeness of the population; moderators of the effect have not been studied; the time of strict confinement in which the investigation was carried out limits the generalizability to other confinement circumstances; the limitations of the measuring instruments; and the variance due to method bias, but not to the constructs, is unknown; in this case, the simulation of distress (Arce et al., 2008), and the dissimulation related to the non-recognition of the use of maladaptive, passive, avoidant and emotion-focused strategies, which are linked to less social desirability (Fariña et al., 2017).

Regarding the effects on mental health, our results corroborate other studies that reveal the effect on mental health in the general population during lockdowns caused by the spread of SARS-CoV-2 disease (Passavanti et al., 2021; Vindegaard & Benros, 2020). However, these studies focused on specific clinical disorders, observing comorbidity. Thus, by targeting specific disorders, damage to other disorders is left out. Our measure of clinical distress addresses the clinical picture as a whole, and has allowed us to quantify the global clinical damage at 4.86 times higher than the baseline (mean of the normative population) and the increase in clinical distress due to the pandemic in the 79.4 %. In the case study, a rate of moderate and clinical deteriorate 8.34 times higher than that expected in the general population under normal conditions and an increase due to the pandemic in the rate of 88.0 %

was found. To this immediate effect in clinical health we must add the expected effect (of delayed expression) after the traumatic event, that is, at the end of the pandemic (American Psychiatric Association [APA], 2013; Galea et al., 2020). In any case, despite the magnitude and severity of the psychological distress reported by the participants in our study, it is possible that pandemic confinements due to COVID-19 may have a selective impact, that is, they affect certain groups unequally ($\pm 12\%$ do not present any clinical damage).

The results have confirmed a significant increase in the use of avoidance strategies in a pandemic situation, specifically Cognitive avoidance (cognitive attempts to avoid thinking realistically about a problem), Acceptance or resignation (cognitive attempts to react to the problem by accepting it), Seeking alternative rewards (behavioral attempts to get involved in substitute activities and create new sources of satisfaction) and Emotional discharge (behavioral attempts to reduce tension by expressing negative feelings), in line with the literature that has pointed out the cognitive avoidance (Babore et al., 2020; Herrero et al., 2019; Vagni et al., 2020), and the emotional discharge to reduce tension through the expression of negative feelings, as the most likely resources for coping with an epidemic event (Teasdale et al., 2012). These avoidance strategies are not only ineffective, but also facilitate the appearance of psychological damage and incompetence to solve problems (APA, 2013; Brooks et al., 2019; Cacho et al., 2020; Mayorga et al., 2020).

Regarding the strategies classified as approximate, it was verified a reduction in the use of Logical analysis strategies (cognitive attempts to understand and prepare mentally for a stressor and its consequences) and Seeking Guidance and Support (behavioral attempts to seek information, guidance, or support). Since social support reduces stress (Ozbay et al., 2007; Zhong et al., 2021), the low use of this strategy in a pandemic situation shows that the community population did not use this active coping strategy. This could be due either to the fact that they dismissed this strategy as effective, or to the fact that they did not have enough ability to seek support due to the imposed movement restrictions, when they could obtain it by telematic means (Budimir et al., 2021). This search reduction of social support was also observed in samples of

health professionals (Babore et al., 2020; Vagni et al., 2020), although other studies reported an increase in the search for social emotional support (Park et al., 2020); that is, moderators explain the use of this strategy. Future research should have among its objectives to know these moderators of the effect. On the contrary, it is verified a greater use of Positive reappraisal (cognitive attempts to build and restructure a problem in a positive way while still accepting the reality of the situation) that favors adaptation to the situation, reducing stress and/or anxiety (Budimir et al., 2021; Flesia et al., 2020; Huang et al., 2020; Jungmann & Witthöft, 2020; Skapinakis et al., 2020). Finally, the community sample used the Problem Solving strategy (behavioral attempts to take action to deal directly with the problem) equally than the normative one.

Furthermore, the results of the comparison of the combined means of the normative population with the sample of this study reveal that, in a situation of confinement due to COVID, the same use of approximate strategies was maintained as against other stressors. These approximate strategies are associated with less psychopathology (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012; Richardson et al., 2020) and refer to active cognitive and behavioral efforts to master the stressor and engage in problem-solving activities (Soriano et al., 2020). Conversely, an increase was observed, as in samples of health professionals (Babore et al., 2020; Vagni et al., 2020), in the use of avoidance strategies, that compound problems and delay stressor resolution. This increase in the use of avoidance strategies and the maintenance of the approximations leads to the fact that, in the balance between the two, the weight of the approximations has fallen (less confidence in the approximate strategies).

Regarding the frequency of use of the different strategies, it was verified that none of the coping strategies has a trivial use, that is, the prevalence of use is significant in all of them: occasional use of the strategies Problem solving Positive reappraisal; frequent in Logical analysis, Cognitive avoidance, Acceptance and resignation and Seeking alternative rewards strategies; and common in Seeking guidance and support, and Emotional discharge strategies. This result reflects that the impact of the pandemic on psycho-emotional health (Vindegaard & Benros, 2020) has mobilized in the community population a great

activation of coping resources both at the cognitive and behavioral levels, as mechanisms of psychosocial adaptation during periods of high stress (Folkman & Lazarus, 1985; Lazarus & Folkman, 1984; Moos & Schaefer, 1993). However, the highest prevalence and increase in use was for the Emotional discharge strategy, characterized as maladaptive, active, passive and emotional, which not only does not moderate the negative effects on psychological distress, but also praises them (Arce et al., 2014; Basanta et al., 2018; Parsons et al., 1996).

In order to improve the response of individuals to stressful situations, as well as to minimize the effects that the pandemic as a stressful event entails (Elzy et al., 2013; Stächele et al., 2020), this research allows to specify prevention and intervention evidence based programs for the enhancement of adaptive coping skills or the correction of deficits in cognitive competence linked to the use of maladaptive coping strategies (Arce et al., 2014; Arias et al., 2020). In any case, it is necessary to increase the evidence on these and other damages, as an expected increase in the violence (Arce et al., 2014; Gallego et al., 2019), the most vulnerable populations, as well as the moderating and immunizing effects of individual variables such as coping strategies in order to empower people in health and social emergencies (Park et al., 2020).

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Funding

This research was funded, in part, by the “Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria de la Xunta de Galicia” (ED431B 2020/46), by a grant to Verónica Marcos from the Ministry of Universities of Spain under the FPU Program (FPU19 / 00399), and by a grant to Jessica Sanmarco from the Spanish Ministry of Economy, Industry and Competitiveness (PSI-87278-R) under the FPI Program (PRE2018-086279).

References

- Agha, S. (2021). Mental well-being and Association of the four Factors Coping Structure Model: A Perspective of People Living in Lockdown during COVID-19. *Ethics, Medicine and Public Health*, 16, 100605. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2020.100605>
- Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are Adaptive Strategies most Predictive of Psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 276–281. <https://doi.org/10.1037/a0023598>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Author. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arce, R., Arias, E., Novo, M., & Fariña, F. (2020). Are Interventions with Batterers Effective? A Meta-analytical Review. *Psychosocial Intervention*, 29(3), 153–164. <https://doi.org/10.5093/pi2020a11>
- Arce, R., Fariña, F., & Buena-Casal, G. (2008). Assessing and Detecting the Ability to Faking Psychological Injury as a Consequence of a Motor Vehicle Accident on the MMPI-2 using Mock Victims. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(3), 485–496. <http://doi.org/10.14349/rlp.v40i3.359>
- Arce, R., Fariña, F., & Novo, M. (2014). Competencia cognitiva en penados primarios y reincidentes: Implicaciones para la reeducación [Cognitive Competence among Recidivist and Non-Recidivist Prisoners: Implications for the Rehabilitation]. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(1), 259–266. <http://doi.org/10.6018/analesps.30.1.158201>
- Arias, E., Arce, R., Vázquez, M. J., & Marcos, V. (2020). Treatment Efficacy on the Cognitive Competence of Convicted Intimate Partner Violence Offenders. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 36(3), 427–435. <https://doi.org/10.6018/analesps.428771>
- Babore, A., Lombardi, L., Viceconti, M. L., Pignataro, S., Marino, V., Crudele, M., Candelori, C., Bramanti, S. M., & Trumello, C. (2020). Psychological Effects of the COVID-2019 Pandemic: Perceived Stress and Coping Strategies among Healthcare Professionals. *Psychiatry Research*, 293, Article 113366. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113366>
- Basanta, J., Fariña, F., & Arce, R. (2018). Risk-Need-Responsivity Model: Contrasting Criminogenic and Noncriminogenic Needs in high and low Risk Juvenile Offenders. *Children and Youth Services Review*, 85, 137–142. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.12.024>
- Banco de España. (2020). Escenarios Macroeconómicos de referencia para la economía española tras el COVID-19. *Boletín Económico*, 2, 1–33. <https://repositorio.bde.es/bitstream/123456789/11721/1/be2002-art10.pdf>
- Bonneville-Roussy, A., Evans, P., Verner-Filion, J., Vallerand, R. J., & Bouffard, T. (2017). Motivation and Coping with the Stress of Assessment: Gender Differences in Outcomes for University Students. *Contemporary Educational Psychology*, 48, 28–42. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2016.08.003>
- Brooks, M., Graham-Kevan, N., Robinson, S., & Lowe, M. (2019). Trauma Characteristics and Posttraumatic Growth: The Mediating Role of Avoidance Coping, Intrusive Thoughts, and Social Support. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(2), 232–238. <https://doi.org/10.1037/tra0000372>
- Budimir, S., Probst, T., & Pieh, C. (2021). Coping Strategies and Mental Health during COVID-19 Lockdown. *Journal of Mental Health*, 30(2), 156–163. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1875412>

- Cacho, R., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Arteaga, A., & Haro, B. (2020). Psychosocial and Personality Characteristics of Juvenile Offenders in a Detention Centre Regarding Recidivism Risk. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 12(2), 69–75. <http://doi.org/10.5093/ejpalc2020a9>
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). Psychological Impact and Coping Strategies of Frontline Medical Staff in Human between January and March 2020 during the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Medical Science Monitor*, 26, Article e924171. <http://doi.org/10.12659/MSM.924171>
- Cantón, E., Checa, I., & Budzynska. (2013). Estrategias de afrontamiento, optimismo y satisfacción con la vida en futbolistas españoles y polacos: Un estudio preliminar [Coping, Optimism and Satisfaction With Life among Spanish and Polish Football Players: A Preliminary Study]. *Revista de Psicología del Deporte*, 22(2), 337–343. https://ddd.uab.cat/pub/revpsidep/revpsidep_a2013v22n2/revpsidep_a2013v22n2p337.pdf
- Carver, C. S. & Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679–704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Casas-Rojo, J. M., Antón-Santos, J. M., Millán-Núñez-Cortés, J., Lumbreras-Bermejo, C., Ramos-Rincón, J. M., Roy-Vallejo, E., Artero-Mora, A., Arnalich-Fernández, F., García-Bruñén, J. M., Vargas-Núñez, J. A., Freire-Castro, S. J., Manzano-Espinosa, L., Perales-Fraile, I., Crestelo-Viéitez, A., Puchades-Gimenon, F., Rodilla-Sala, E., Solís-Marquín, M. N., Bonet-Tur, D., Fidalgo-Moreno, M. P., Fonseca-Aizpuru, E. M.,... Gómez-Huelgas, R. (2020). Características clínicas de los pacientes hospitalizados con COVID-19 en España: resultados del Registro SEMI-COVID-19 [Clinical Characteristics of Patients Hospitalized with COVID-19 in Spain: Results from the SEMI-COVID-19 Registry]. *Revista Clínica Española*, 220(8), 480–494. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.07.003>
- Corrás, T., Seijo, D., Fariña, F., Novo, M., Arce, R., & Cabanach, R. G. (2017). What and how much do Children Lose in Academic Settings Owing to Parental Separation? *Frontiers in Psychology*, 8, Article 1545. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01545>
- Dawson, D. L., & Golijani-Moghaddam, N. (2020). COVID-19: Psychological Flexibility, Coping, Mental Health, and Wellbeing in the UK during the Pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 126–134. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.010>
- Elzy, M., Clark, C., Dollard, N., & Hummer, V. (2013). Adolescent Girls' use of Avoidant and Approach Coping as Moderators between Trauma Exposure and Trauma Symptoms. *Journal of Family Violence*, 28(8), 763–770. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9546-5>
- Fandiño, R., Basanta, J., Sanmarco, J., Arce, R., & Fariña, F. (2021). Evaluation of the Executive Functioning and Psychological Adjustment of Child to Parent Offenders: Epidemiology and Quantification of Harm. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 616855. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.616855>
- Fariña, F., Redondo, L., Seijo, D., Novo, M., & Arce, R. (2017). A meta-analytic Review of the MMPI Validity Scales and Indexes to detect Defensiveness in Custody Evaluations. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17, 128–138. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.02.002>

- Fariña, F., Seijo, D., Fernández-Hermelo, M., & Vázquez, M. J. (2020). Gestión del régimen de visitas, intercambios y comunicación con los hijos e hijas durante la pandemia de la COVID-19 [Management of the Visitation, Exchange and Communication Regime with Children during the COVID-19 Pandemic]. *Publicaciones*, 50(1), 23–41. <http://doi.org/10.30827/publicaciones.v50i1.15942>
- Flesia, L., Monaro, M., Mazza, C., Fietta, V., Colicino, E., Segatto, B., & Roma, P. (2020). Predicting Perceived Stress related to the COVID-19 Outbreak through Stable Psychological Traits and Machine Learning Models. *Journal of Clinical Medicine*, 9(10), 3350. <https://doi.org/10.3390/jcm9103350>
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1985). If it Changes it must be a Process: A Study of Emotion and Coping during three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150–170. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.48.1.150b>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age Differences in Stress and Coping Processes. *Psychology and Aging*, 2(2), 171–184. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.2.2.171>
- Fu, W., Wang, C., Zou, L., Guo, Y., Lu, Z., Yan, S., & Mao, J. (2020). Psychological Health, Sleep Quality, and Coping Styles to Stress Facing the COVID-19 in Wuhan, China. *Translational Psychiatry*, 10(1), 225. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00913-3>
- Galea, S., Merchant, R. M., & Lurie, N. (2020). The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. *JAMA Internal Medicine*, 180(6), 817–818. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562>
- Gallego, R., Novo, M., Fariña, F., & Arce, R. (2019). Child-to-parent Violence and Parent-to-child Violence: A meta-analytic review. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 11(2), 51–59. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2019a4>
- Graven, L., Grant, J., Vance, D., Pryor, E., Grubbs, L., & Karioth, S. (2014). Coping Styles Associated with Heart Failure Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(2), 227–242. <http://doi.org/10.5430/jnep.v4n2p227>
- Herrero, Ó., Escorial, S., & Colom, R. (2019). Rapists and Child Abusers share low Levels in Executive Updating, but do not in Fluid Reasoning. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 11(1), 1–7. <http://doi.org/10.5093/ejpalc2018a10>
- Holton, M., Barry, A., & Chaney, J. (2016). Employee Stress Management: An Examination of Adaptive and Maladaptive Coping Strategies on Employee Health. *Work*, 53(2), 299–305. <https://doi.org/10.3233/WOR-152145>
- Huang, L., Lei, W., Xu, F., Liu, H., & Yu, L. (2020). Emotional Responses and Coping Strategies in Nurses and Nursing Students during COVID-19 Outbreak: A Comparative Study. *Plos One*, 15(8), Article e0237303. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237303>
- Jungmann, S. M., & Witthöft, M. (2020). Health Anxiety, Cyberchondria, and Coping in the Current COVID-19 Pandemic: Which Factors are Related to Coronavirus Anxiety? *Journal of Anxiety Disorders*, 73, Article 102239. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102239>
- Kato, T. (2015). Frequently Used Coping Scales: A Meta-analysis. *Stress and Health*, 31(4), 315–323. <https://doi.org/10.1002/smi.2557>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer.
- Luo, M., Guo, L., Yu, M., & Wang, H. (2020). The Psychological and Mental Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) on Medical Staff and

- General Public—A Systematic Review and Meta-analysis. *Psychiatry Research*, 291, Article 113190.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>
- Matheny, K., Roque, B., & Curlette, W. (2008). Perceived Stress, Coping Resources, and Life Satisfaction among US and Mexican College Students: A cross-cultural study. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 24(1), 49–57.
<https://revistas.um.es/analesps/article/view/31751>
- Mayorga, E. G., Novo, M., Fariña, F., & Arce, R. (2020). Destrezas cognitivas en menores infractores, de protección y normalizados: Un estudio de contraste [Cognitive Skills in Juvenile Offenders, Protection Normalized Youngsters: A Contrastive Study]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 52, 160–168 <https://doi.org/10.14349/rlp.2020.v52.16>
- Monteiro, A., Vázquez, M. J., Seijo, D., & Arce, R. (2018). ¿Son los criterios de realidad válidos para clasificar y discernir entre memorias de hechos auto-experimentados y de eventos vistos en vídeo? [Are the Reality Criteria Valid to Classify and to Discriminate between Memories of Self-Experienced Events and Memories of Video-Observed Events?]. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 9(2), 149–160.
<https://doi.org/10.23923/j.rips.2018.02.020>
- Moos, R. H. (1993). *Coping Responses Inventory: Adult Form. Professional Manual*. Psychological Assessment Resources.
- Moos, R. (2002). 2001 Invited Address: The Mystery of Human Context and Coping: An Unraveling of Clues. *American Journal of Community Psychology*, 30(1), 67–88.
<http://doi.org/10.1023/A:1014372101550>
- Moos, R. H. (2010). *Inventario de Respuestas de Afrontamiento—Adultos: Manual* [Coping Responses Inventory—Adults: Manual]. TEA.
- Moos, R. H. & Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. In Goldberger, L. & Breznitz, S. (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 234–257). The Free Press.
- Moral-Jiménez, M. V. & González-Sáez, M. E. (2020). Distorsiones cognitivas y estrategias de afrontamiento en jóvenes con dependencia emocional [Cognitive Distortions and Coping Strategies in Young People with Emotional Dependence]. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 11(1), 15–30.
<https://doi.org/10.23923/j.rips.2020.01.032>
- Nydegger, R., Nydegger, L., & Basile, F. (2011). Post-traumatic Stress Disorder and Coping among Career Professional Firefighters. *American Journal of Health Sciences*, 2(1), 11–20.
<https://doi.org/10.19030/ajhs.v2i1.4365>
- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan III, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social Support and Resilience to Stress: From Neurobiology to Clinical Practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(5), 35–40.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2921311/pdf/PE_4_5_35.pdf
- Pampliega, A. M., Elicegui, I. U., Merino, L., & Fernández, D. H. (2019). Conciliación familia-trabajo y sintomatología externalizante de los hijos e hijas: Papel mediador del clima familiar [Work-Family Balance and Children's External Symptomatology: The Mediating Role of Family Climate]. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 10(1), 27–36.
<https://doi.org/10.23923/j.rips.2018.02.023>
- Park, C. L. & Adler, N. E. (2003). Coping Style as a Predictor of Health and Well-being across the First Year of Medical School. *Health Psychology*, 22(6), 627–631.
<https://doi.org/10.1037/0278-6133.22.6.627>

- Park, Y. J., Choe, Y. J., Park, O., Park, S. Y., Kim, Y. M., Kim, J., Kweon, S., Woo, Y., Gwack, J., Kim, S. S., Lee, J., Hyan, J., Ryu, B., Jang, Y. S., Kim, H., Shin, S. H., Yi, S., Lee, S., Kim, H. K., ... Jeong, E. K. (2020). Contact Tracing during Coronavirus Disease Outbreak, South Korea, 2020. *Emerging Infectious Diseases*, 26(10), 2465–2468. <https://doi.org/10.3201/eid2610.201315>
- Park, C. L., Folkman, S., & Bostrom, A. (2001). Appraisals of Controllability and Coping in Caregivers and HIV+ men: Testing the Goodness-of-fit Hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 481–488. <https://doi.org/10.1037/0022006X.69.3.481>
- Parsons, A., Frydenberg, E., & Poole, C. (1996). Overachievement and Coping Strategies in Adolescent Males. *British Journal of Educational Psychology*, 66(1), 109–114. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8279.1996.tb01180.x>
- Passavanti, M., Argentieri, A., Barbieri, D. M., Lou, B., Wijayarathna, K., Mirhosseini, A. S. F., Wang, F., Naseri, S., Qamhia, I., Tangerang, M., Pellicciari, M., & Ho, C. H. (2021). The Psychological Impact of COVID-19 and Restrictive Measures in the World. *Journal of Affective Disorders*, 283, 36–51. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.020>
- Pérez-Fuentes, M. C., Molero-Jurado, M. M., Gázquez-Linares, J. J., & Simón-Márquez, M. M. (2019). Analysis of Burnout Predictors in Nursing: Risk and Protective Psychological Factors. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 11, 33–40. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a13>
- Polizzi, C., Lynn, S. J., & Perry, A. (2020). Stress and Coping in the Time of COVID-19: Pathways to Resilience and Recovery. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 59–62. <https://doi.org/10.36131/CN20200204>
- Prati, G. & Mancini, A. D. (2021). The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic Lockdowns: A Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies and Natural Experiments. *Psychological Medicine*, 51(2), 201–211. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000015>
- Real Decreto 463/2020, de 14 de Marzo, por el que se Declara el Estado de Alarma para la Gestión de la Situación de Crisis Sanitaria Ocasionada por el COVID-19 (2020). Boletín Oficial del Estado, 67, 25390–25400. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463/dof/s-pa/pdf>
- Redondo, L., Fariña, F., Seijo, D., Novo, M., & Arce, R. (2019). A Meta-analytical Review of the Responses in the MMPI-2/MMPI-2-RF Clinical and Restructured Scales of Parents in Child Custody Dispute. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 35(1), 156–165. <http://doi.org/10.6018/analesps.35.1.338381>
- Richardson, C. E., Magson, N. R., Fardouly, J., Oar, E. L., Forbes, M. K., Johnco, C. J., & Rapee, R. M. (2020). Longitudinal Associations between Coping Strategies and Psychopathology in Pre-Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(6), 1189–1204. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01330-x>
- Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. E. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española [Psychometric Properties and Norms of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in a Representative Sample of the Spanish population]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 125–139. http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-374.pdf
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., & Collado, S. (2020). Psychological Impact and associated Factors during the Initial Stage of the Coronavirus (COVID-19) Pandemic among the general population in Spain. *Frontiers in Psychology*, 11,

Article 1540.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01540>

- Rubin, G. J. & Wessely, S. (2020). The Psychological Effects of Quarantining a City. *BMJ*, 368, Article m31. <https://doi.org/10.1136/bmj.m31>
- Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of Stress, Anxiety, Depression among the General Population during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Schmidt, F. L. & Hunter, J. E. (2015). *Methods of Meta-analysis: Correcting Errors and Bias in Research findings* (3th ed.). Sage.
- Skapinakis, P., Bellos, S., Oikonomou, A., Dimitriadis, G., Gkikas, P., Perdikari, E., & Mavreas, V. (2020). Depression and its Relationship with Coping Strategies and Illness Perceptions during the COVID-19 Lockdown in Greece: A Cross-sectional Survey of the Population. *Depression Research and Treatment*, 2020, Article 3158954. <https://doi.org/10.1155/2020/3158954>
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216–269. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>
- Soriano, J. G., Pérez-Fuentes, M. C., Molero-Jurado, M., M., Gázquez, J. J., Tortosa, B. M., & González, A. (2020). Beneficios de las intervenciones basadas en la atención plena para el tratamiento de síntomas ansiosos en niños y adolescentes: Meta-análisis [Benefits of Mindfulness-Based Symptoms for the Treatment of Anxious Symptoms in Children and Adolescents: Meta-analysis]. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 11(1), 42–53. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2020.01.034>
- Stächele, T., Domes, G., Wekenborg, M., Penz, M., Kirschbaum, C., & Heinrichs, M. (2020). Effects of a 6-Week Internet-Based Stress Management Program on perceived stress, subjective coping skills, and sleep quality. *Frontiers in Psychiatry*, 11, Article 463. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00463>
- Teasdale, E., Yardley, L., Schlotz, W., & Michie, S. (2012). The Importance of Coping Appraisal in Behavioural Responses to Pandemic Flu. *British Journal of Health Psychology*, 17(1), 44-59. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2011.02017.x>
- Vagni, M., Maiorano, T., Giostra, V., & Pajardi, D. (2020). Coping with COVID-19: Emergency Stress, Secondary Trauma and Self-efficacy in Healthcare and Emergency Workers in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 566912. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.566912>
- Vilariño, M., Amado, B. G., Vázquez, M. J., & Arce, R. (2018). Psychological Harm in Women Victims of Intimate Partner Violence: Epidemiology and Quantification of Injury in Mental Health Markers. *Psychosocial Intervention*, 27(3), 145–152. <https://doi.org/10.5093/pi2018a23>
- Vindegaard, N. & Benros, M. E. (2020). COVID-19 Pandemic and Mental Health Consequences: Systematic Review of the Current Evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Viñas, F., González, M., García, Y., Malo, S., & Casas, F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes [Coping Strategies and Styles and their Relationship to Personal Well-being in a Sample of Adolescents]. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 31(1), 226–233. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.1.163681>
- Wise, E. A. (2004). Methods for Analyzing Psychotherapy Outcomes: A Review of Clinical

Significance, Reliable Change, and Recommendations for Future Directions. *Journal of Personality Assessment*, 82(1), 50–59. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8201_10

World Health Organization. (2020). *World Health Organization declares COVID-19 a 'Pandemic'*. Author.

Xiang, Y., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. (2020). Timely Mental Health care for the 2019 Novel Coronavirus outbreak is Urgently Needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228–229. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)

Zhong, B., Huang, Y., & Liu, Q. (2021). Mental Health toll from the Coronavirus: Social Media Usage Reveals Wuhan Residents' Depression and Secondary Trauma in the COVID-19 Outbreak. *Computers in Human Behavior*, 114, Article 106524. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106524>

ANXIETY AND PERCEPTION OF RISK OF CONTAGION AMONG SOCIALLY DISTANCED MEXICANS RESIDENTS DURING THE NATIONAL HEALTHY DISTANCE CAMPAIGN RELATED TO THE COVID-19 EPIDEMIC

ANSIEDAD Y PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTAGIO ENTRE MEXICANOS SOCIALMENTE DISTANCIADOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

ISAAC MALDONADO-CASTELLANOS E
IGNACIO MORA-MAGAÑA¹

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Maldonado-Castellanos, I. y Mora-Magaña, I. (2021). Anxiety and Perception of Risk of Contagion among Socially Distanced Mexicans Residents during the National Healthy Distance Campaign Related to the COVID-19 Epidemic [Ansiedad y percepción de riesgo de contagio entre mexicanos socialmente distanciados durante la pandemia por COVID-19]. *Acción Psicológica*, 18(1), 205–218. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.27733>

Abstract

In January 2020, Chinese scientists isolated a novel virus that causes coronavirus disease 2019 (COVID-19). On January 30th, The World Health Organization declared a Public Health Emergency. In March, Mexican Health Authorities announced the National Healthy Distance

Campaign. This novel policy encourages residents of Mexico to stay at home during the social distancing stage to prevent the spread of the virus. The aim of this study was to evaluate the anxiety and the perception of risk of contagion through six weeks of follow-up during the National Healthy Distance Campaign in Mexico related to the COVID-19 epidemic. This study was empirical, exploratory and longitudinal. 27 Mexican people participated in the study, aged 18-59 years ($M = 35.4$,

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Ignacio Mora-Magaña. Universidad Autónoma de México.

Email: ignaciomora@yahoo.com

ORCID: Isaac Maldonado-Castellanos (<https://orcid.org/0000-0003-2529-2161>), Ignacio Mora-Magaña (<https://orcid.org/0000-0002-4722-6125>)

¹ Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Nacional de Pediatría México.

Recibido: 4 de abril de 2021.
Aceptado: 6 de junio de 2021.

$SD = 11.6$). Two contextualized instruments were sent by email to participants to evaluate the anxiety levels and perception of risk of contagion for six weeks. Results indicate that anxiety levels were mild through six weeks of follow-up. Likewise, results in the second survey indicate that perception of risk of contagion levels were moderate. Both results presented a positive moderate correlation ($r = .72$). Six hypotheses that may explain the results were developed regarding the following topics: content information and information overload, adaptation process, social perception of risk, preventive behaviors, and positive and negative effects of being social distanced.

Keywords: anxiety; perception of risk of contagion; COVID-19; social distancing.

Resumen

En enero de 2020, los científicos en China lograron aislar un nuevo virus que causa la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-2019). El 30 de enero, la Organización Mundial de la Salud, declaró una emergencia pública. En marzo, las autoridades sanitarias mexicanas anunciaron la Jornada Nacional de Sana Distancia (JNSD). Esta nueva campaña, pide que los residentes en México se queden en casa durante esta etapa para detener los contagios. El objetivo del estudio fue evaluar los niveles de ansiedad y percepción de riesgo de contagio durante seis semanas de seguimiento durante la JNSD relacionada a la epidemia de COVID-19 entre mexicanos. El estudio fue empírico, exploratorio y longitudinal. Veintisiete participantes entre 18 y 59 años respondieron dos instrumentos ($M = 35.4$, $SD = 11.6$). Se enviaron dos instrumentos por email para evaluar los niveles de ansiedad y percepción de riesgo de contagio durante seis semanas. Los resultados indicaron que los niveles de ansiedad fueron leves durante las seis semanas. Asimismo, los resultados en la segunda encuesta indicaron que la percepción de riesgo de contagio fue moderada. Los dos resultados en promedio presentaron una correlación positiva moderada ($r = .72$). Se desarrollaron seis hipótesis que pueden explicar los resultados de acuerdo con los siguientes temas: contenido sobre carga de la información, proceso de adaptación, percepción so-

cial de riesgo, conductas preventivas y efectos positivos y negativos de estar socialmente distanciado.

Palabras clave: ansiedad; percepción de riesgo de contagio; COVID-19; distanciamiento social.

Introduction

In December 2019, 27 cases of atypical pneumonia were reported in Wuhan, China. Chinese scientists isolated the novel virus and identified the causative agent, Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2), which causes the coronavirus disease of 2019 [COVID-19] (Elfiky, 2020; Mousavizadeh & Ghasemi, 2021; Zhang et al., 2020). People infected with this novel virus exhibit symptoms of a mild-to-severe respiratory illness. Main symptoms include fever, dry cough, shortness of breath, muscle ache, confusion, ache, sore throat, rhinorrhea and chest pain. The virus has been described as highly contagious (Chen et al., 2020).

Since January 30th, 2020, The World Health Organization (WHO) declared a Public Health Emergency of International Concern requesting countries to join efforts in order to avoid massive COVID-19 infections (Sohrabi et al., 2020). In the press conference held on March 14th, Mexican Health Authorities announced a policy called the National Healthy Distance Campaign (Jornada Nacional de Sana Distancia) to last initially from March 23rd to April 30th to promote social distancing (Gobierno de México, 2020a, 2020b, 2020c, 2020d).

Among the four main measures taken by the government during this period is the suspension of non-essential activities, encouraging people to stay home voluntarily. The public slogan Stay at home (¡Quédate en casa!), meaning to self-quarantine, is a summarized Mexican government response to a public health challenge coordinated and implemented by the Secretary of Health in Mexico (Secretaría de Salud, 2020).

Historically, a viral outbreak always presents numerous challenges to health authorities and society in general (Buseh, 2015; Glasser et al., 2011; Jones, 2020; Lai et al.,

2020). For instance, the first influenza pandemic caused by the virus A(H1N1) 2009 represented a threat for health security forcing Mexican health authorities to notify the WHO of an outbreak and to implement measures regarding social distancing –workplace and school closures, quarantine– (Cordova-Villalobos et al., 2017). Additionally, public emergencies like the 2009 influenza, affect psychological well-being among other health repercussions (Douglas et al., 2009; Perrin et al., 2009; Pfefferbaum et al., 2012). In this regard, this ongoing COVID-19 epidemic may lead individuals to display behavioral and emotional reactions that are currently being studied around the world (Ahmed et al., 2020; Brooks, 2020; Preti et al., 2020; Shalev & Shapiro, 2020).

Two emotional reactions might appear during a pandemic such as anxiety and fear. They are understood as a threat response for survival, and they are related to perception of risk, that is, the ability to perceive, evaluate and avoid harmful conditions (Slovic, 2000). Anxiety is a complex behavioral, hormonal and physiological reaction that may appear as an anticipatory response when a threat could occur in the future and is associated to muscular tension and vigilance for the future danger, whereas fear is an emotional reaction to a real, imminent or imaginary perceived threat that elicits flight or fight responses related to survival (American Psychiatric Association, 2013; Sarigiannidis, 2020; Tovote et al., 2015).

Additionally, physical and social distancing is an unpleasant experience that urges scientists to understand the psychology of confined people and their behavior as a result of the COVID-19 outbreak. Works on isolated people have been done in different contexts such as people in polar expeditions (Palinkas, 1992), in submarines (Burr & Palinkas, 1987; Chabal et al., 2018) or among astronauts (Laws et al., 2020). It is noteworthy that these particular situations are considered as extreme. These specific personnel have to adapt to and survive sudden challenging circumstances (Nicolas et al., 2019). In this regard, studies have shown the environmental influence when displaying either positive (Burmeister et al., 2018; Forgas & Forgas, 1992; Mocellin et al., 1991; Rosnet et al., 1998; Wanberg & Banas, 2000) or negative behavioral responses (James & Glaze, 2006; Knez et al., 2018; Nicolas et al., 2015; Palinkas, 2001).

New studies have highlighted the mental health implications among different populations during the COVID-19 pandemic (Mora-Magaña et al., 2020; Preti et al., 2020). Mental health problems due to the outbreak reported in the literature include depression, anxiety, stress, panic attacks, impulsivity, somatization, emotional disturbance and suicidal behavior (Hossain et al., 2020; Kavoor et al., 2020; Motta-Zanin et al., 2020; Shi et al., 2020). Nevertheless, to date no prior work has been done specifically on psychological responses such as anxiety and perception of risk of contagion during social distancing with regards to the COVID-19 epidemic among Mexican society. Despite the fact that persons have been isolated or confined in the past in different contexts (including the Influenza pandemic in 2009), being forced to social distancing to limit the spread of an emergent virus is an unprecedented experience for the current Mexican population. Based on the previous works, the present study was designed with the aim of evaluating the anxiety levels and level of perception of risk of contagion among a sample of Mexicans residents through six weeks of follow-up, during the National Healthy Distance Campaign.

Materials and Methods

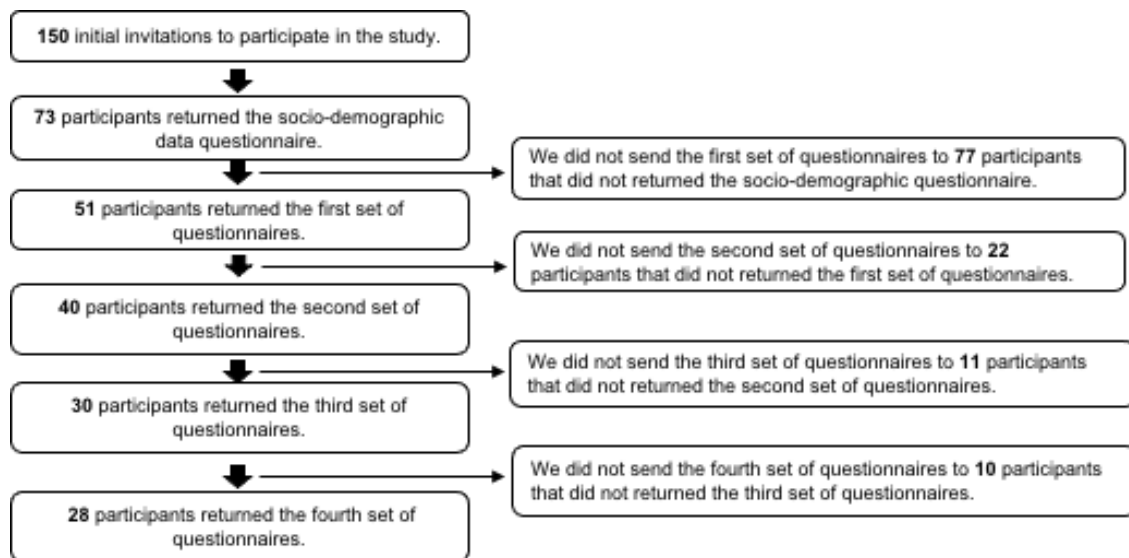
Participants

This study was empirical, exploratory and longitudinal. Initially, it was sent 150 emails to researcher's contacts with the invitation to the study. The recruitment process had 6 stages (one per week). In each of one, we sent and receive each of the participant's responses. By the final phase, 27 questionnaires were returned (Figure 1).

At the end, a sample of 27 Mexican people participated in the study, aged 18-59 years ($M = 35.4$, $SD = 11.6$). 21 participants identified themselves as women. At the time of data collection, 15 of them lived in Mexico City while the rest lived in the State of Mexico. 6 persons reported an income between \$0-135 per month, 5 participants between \$136-\$349, 8 persons between \$350-\$578, 5 persons between \$580-\$1,749 and 3 respondents more than \$1,750 per month. Additionally, 13 persons declared they have a

Figure 1.

Flow chart of all retrieved responses



permanent job contract, 6 persons have a temporary job contract, and 8 subjects were unemployed. Moreover, 21 persons informed they were single while 6 reported being married. Finally, 13 persons reported they are currently in school while 13 among them reported having a bachelor's degree.

Materials

Sociodemographic-data questionnaire. We created a questionnaire to collect sociodemographic information such as age, sex, occupation, income, type of employment, marital status, currently schooling (in case), maximum level of study and current residency.

Beck Anxiety Inventory. This scale is a self-reported measure of anxiety. It consists of 21 items; it has a good internal consistency (Cronbach's $\alpha = .92$) and a test-retest reliability ($= .75$). The test was also recently validated (Padrós et al., 2020). For the purpose of this study, we adapted the Beck Anxiety Inventory (BAI) to the context of the COVID-19 epidemic. We modified the instructions as follows: "You will find a list of common anxiety

symptoms applied to the National Healthy Distance Campaign. Indicate how much you have been bothered by these symptoms during the last week, including today. Mark the intensity in the column next to each symptom".

Also, to contextualize this study to the COVID-19 epidemic, we adjusted the following items: 5 ("I am afraid that worst things could happen during this quarantine"), 8 ("I am unsteady for this situation during this quarantine"), 9 ("I am terrified by the current situation"), 14 ("I am afraid of losing control during this quarantine") and 16 ("I am afraid of dying by Coronavirus") to be contextualized to the COVID-19 epidemic. Finally, we maintained the original scoring options: not at all, mildly, moderately, and severely.

Mexico City Landslide Risk Perception Scale. We did not find any specific instrument, questionnaire or scale related to the risk perception of pandemic transmission. Therefore, based on the Mexico City Landslide Risk Perception Scale (MLRPS; Salvador-Ginez et al., 2017), which is a self-reported measure of landslide risk perception, we rephrased its instructions as follows: "You will find nine sentences related to the COVID-19 epidemic.

Table 1.

Anxiety scores per participant through the six weeks of follow-up

Date	Participants													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
March, 23	17	22	4	7	0	0	5	8	23	2	19	7	7	10
March, 30	15	14	12	10	2	1	3	10	23	1	19	11	18	5
April, 6	12	22	21	12	5	0	4	12	21	0	6	16	15	7
April, 13	13	20	15	10	35	1	3	6	24	0	5	13	12	11
April 20	21	25	18	13	14	1	3	28	24	2	15	15	18	9
April, 27	20	26	13	14	8	3	2	22	27	1	19	15	28	11
APP	16.3	21.5	13.8	11	10.7	1	3.3	14.3	23.7	1	13.8	12.8	16.3	8.8

Date	Participants													
	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	
March, 23	2	12	0	6	11	4	7	22	7	4	11	9	8	
March, 30	1	2	8	9	17	8	4	17	1	4	27	8	4	
April, 6	1	6	5	6	15	13	5	13	0	0	23	5	9	
April, 13	2	14	3	4	14	13	6	14	2	3	36	9	19	
April 20	0	6	2	3	17	10	8	11	1	1	34	2	2	
April, 27	1	6	0	4	19	8	6	8	3	2	33	5	10	
APP	1.1	7.6	3	5.3	15.5	9.3	6	14.2	2.3	2.3	27.3	6.3	8.6	

Note: APP= Average score per participant

Read each sentence carefully and mark with an X the corresponding answer by asking yourself ‘In this week including today’.

Also, we reworded the 9 items as follows: I have been worried by the COVID-19 epidemic (1), I think we are in danger for the COVID-19 epidemic (2), I think it is true that a massive contagion could happen (3), I have been thinking that the COVID-19 contagion is a real risk (4), I am sure that a massive contagion of COVID-19 could occur (5), I have been worried that I have to be admitted into a hospital for a COVID-19 infection (6), I am afraid my health could be compromised if I get infected (7), I think during the epidemic I could be infected (8) and I feel insecure because I could be infected (9). Additionally, we kept the original 5 Likert scale scoring options: 1= never, 2= rarely, 3= sometimes, 4= almost always and 5= always.

Content validity was performed by experts. In the case of the second instrument, it is noteworthy to say that the rearrangement of items and instructions ended up as a survey and not as a psychometrical valid instrument.

Procedures

The authors decided to invite contacts of the investigators by email to participate in the study from March 21st to 22nd. 150 emails were sent, containing an Informed Consent that disclosed the purpose and procedures of the study.

As clearly explained in the Informed Consent, the data collection began when each participant returned the demographic-data questionnaire. We sent the six sets of instruments in the following days: March 23, March 30, April 6, April 13, April 13, April 20 and April 27, 2020. Each instrument had to be answered and returned to the main researcher’s (IMC) email address.

The project was submitted to the Centro de Investigación Clínica Acelerada, SC Institutional Review Board. Likewise, the study was performed in line with the Universal Declaration of Human Rights, the Declaration of Helsinki, the Nuremberg Code, the Code of Ethical Conduct by the National Institute of Psychiatry in Mexico and

the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Participation was voluntary and the research process involved minimal risk.

Analysis

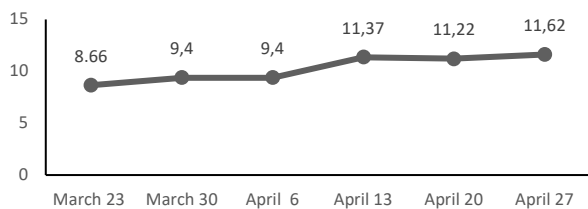
We used SPSS software version 25 to obtain statistical results and analysis.

Results

Based on the BAI, the average score of anxiety through the six weeks of follow-up was 10.28, which represents a mild level among respondents. The average score of anxiety amidst participants was relatively stagnant during the six weeks of follow-up as show in Table 1 and Figure 2.

Figure 2.

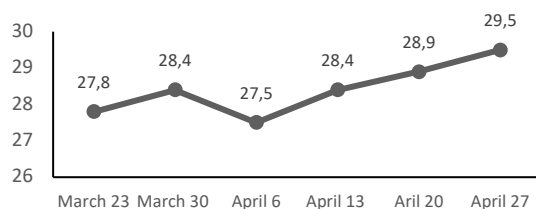
Average Anxiety Scores per Week



Based on the perception of risk of contagion adapted scale, the average score was 28.48 which represents a mild level amidst participants (see Figure 3).

Figure 3.

Average perception of risk of contagion scores per week



Participants who responded to the adapted survey of risk perception of contagion, showed a score of 3.16 as an average level through the six weeks of follow-up. The item with the highest score was number 4 (I have been thinking that the COVID-19 contagion is a real risk) with an average of 4.07. On the other hand, the lower scores were found in the 6th, 7th, 8th, and 9th items as shown in Table 2 (average = 2.66).

Table 2.

Average scores per item on the survey of risk perception of contagion

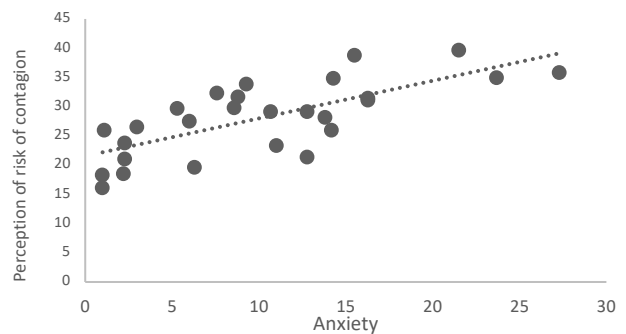
I	Weeks						Average
	W 1	W 2	W 3	W 4	W 5	W 6	
1	3.5	3.5	3.3	3.4	3.5	3.7	3.5
2	3.1	3.1	3.2	3.4	3.2	3.2	3.2
3	3.7	3.7	3.6	3.6	3.5	3.5	3.6
4	4.1	4.1	4.0	4.7	4.1	4.0	4.1
5	3.3	3.6	3.4	3.5	3.3	3.3	3.4
6	2.5	2.5	2.3	2.5	2.7	2.8	2.6
7	2.6	2.7	2.4	2.4	2.7	2.8	2.6
8	2.6	3.0	2.8	2.8	3.1	3.0	2.9
9	2.4	2.4	2.4	2.5	2.8	2.8	2.5

Note: I: Item; W: week.

Based on statistical analysis, we found a positive moderate correlation ($r = .72$) between anxiety and perception of risk of contagion average scores during the six weeks of follow-up as shown in Figure 4.

Figure 4.

Correlation between anxiety and perception of risk of contagion average scores during the six-week follow-up



Discussion

Given the paucity of data on anxiety and on perception of risk of contagion during the COVID-19 outbreak, the present study was set out to evaluate and monitor the levels of anxiety and perception of risk of contagion during the National Healthy Distance Campaign for 6 weeks in Mexico. This study represents a unique contribution to the understanding of the mental health problems regarding the COVID-19 epidemic.

Results showed that the anxiety levels and perception of risk of contagion did not augment through time significantly. Results also revealed a mild level of anxiety on average during the six weeks of follow-up and moderate levels in perception of risk of contagion. We did not test the following conjectures due to the current international emergency. Nevertheless, these results could raise various hypotheses to study in the future.

Firstly, anxiety and fear are two reactions associated to perception of risk, that is, the ability to perceive, evaluate and avoid harmful conditions (Slovic, 2000). The pandemic related to COVID-19 might rise behavioral, hormonal or physiological responses due to this biological threat. Based on previous works, six different hypotheses will be discussed.

As shown in graphic 1, levels of anxiety increased 2.96 points through the six weeks of follow-up. Mild levels of anxiety could be related to the news as reported in other studies (Huynh, 2020; Smith, 2006; Wang, et al., 2013). COVID-19 is a highly contagious disease, and it got most of the media coverage, as there was no other social or entertainment activities that could be broadcasted. Due to social distancing programs implemented in many countries, people were exposed to news to get advice and updates through radio, television or social media, aiming social empowerment (Heldman et al., 2013).

In Mexico, a plethora of official information on this outbreak was made readily available across numerous platforms beginning March 6th, after WHO declared a public health emergency. The Mexican government started evening press conferences at 7 pm to keep the pop-

ulation updated and to announce different policies (Gobierno de México, 2020a, 2020b, 2020c).

Based on the first hypothesis people may have experienced mild levels of anxiety due to the content of information they have been exposed to. The increase of deaths, uncertainty on the duration of the social distancing campaign, the unavailability of vaccines/treatments for COVID-19 and the increase of infection cases could have raised the perception of a future potential risk as the days passed by (Poletti et al., 2012). The national lockdown in Mexico and the current exposition of negative information may have triggered worry, confusion and fear of the worst happening. These are key cognitive features of anxiety. As a result, people may have experienced other physical symptoms such as: palpitations, trembling, shortness of breath, chest pain or an all-around unsteady feeling (American Psychiatric Association, 2013).

Despite these findings, results did not indicate a clinical anxiety levels among respondents. We should not ignore that a mild level of anxiety was maintained among participants, regardless the 2.96 points increase (average score = 10.28). In this regard, this score could raise a second hypothesis associated with an adaptation process. Individuals may have used a variety of coping strategies, such as self-distraction, active coping, social support, disengagement or humor while being isolated as previous studies have revealed (Nicolas et al., 2015; Nicolas et al., 2019).

For the survey of perception of risk of contagion, the highest score was obtained in item 4: I have been thinking that the COVID-19 contagion is a real risk, which is related to an expected fear response in this context of the pandemic. Thus, the third hypothesis could have been related to a real social perception of risk where media content may have led people to consider COVID-19 as a real threat (Slovic, 2000; Smith, 2006). Therefore, Government and mass media's balance of information broadcasted to communicate risk effectively may have played an important role on the perception of risk of contagion and on the information overload (Jacobs & Mettler, 2011; Khaleel et al., 2020; Matthes et al., 2020; UNESCO, 2020).

On other hand, most people were not directly exposed to infected environments. Thus, the fourth hypothesis is that people may have perceived this novel illness as a real hazard and eventually express it in a preventative behavior such as the use of masks, sanitization conducts or by avoiding physical interaction with others. This reaction coincides with a natural fear response, once gradual deconfinement started (Griffiths et al., 2010; Lau et al., 2010; Slovic, 2000; Tavote et al., 2015; Yang et al., 2011).

Scores in items 1, 2, 3 and 5 of the Risk Perception of Contagion adapted survey were 3.42. These results show that participants sometimes ‘felt worried’, ‘thought the population was in danger’, ‘thought that probably a massive contagion could happen’ or ‘were sure that a massive contagion related to COVID-19 could occur’ during the 6 weeks of follow-up during the National Healthy Distance Campaign in Mexico. As previously mentioned, this moderate level of concern could have had an impact on social hygiene and prevention responses which are associated with a reasonable fear and risk perception of contagion (Schumm et al., 2013; Slovic, 2000).

In summary, based on the four hypotheses previously stated, it seems plausible that levels of anxiety and perception of risk of contagion, could have been related to the information people are exposed to, resulting in a change of behaviors (Kan & Zhang, 2017; Wang et al., 2013). Respondents may have considered COVID-19 as a real public health concern from what they hear or see in the media but in order to avoid information overload, they may have spent less time watching the news. Therefore, distraction could have been an effective strategy to cope with the number of negative reports related to the epidemic, preventing the rise of anxiety levels. Finally, this combination of mild levels of anxiety and perception of risk of contagion may have resulted in a display of prevention and hygiene responses in the future as a survival tactic in the face of a perceived hazard (Carro & Hernández, 2016; Glasser et al., 2011; Griffiths et al., 2010; Kan & Zhang, 2017; Peters et al., 2020; Slovic, 2000; Smith 2006; Tavote et al., 2015; Yang et al., 2011; Schumm; 2013).

In addition to this, another key point to consider is the physical environment that raised two more hypotheses.

Firstly, despite the fact of being at home in a well-known surrounding, normally perceived as calm and casual, results from some studies show that being in the same place -not specifically at home- for long periods of time may have become monotonous. Social and physical mobility were restricted, forcing individuals to partake in fewer activities (Nicolas et al., 2015).

Secondly, although staying at home may have been challenging, it is not considered an isolated-confined-extreme environment. Responses may have been a result of a natural adaptation, which could be seen in the nearly unvarying scores in both instruments during the six weeks of follow-up. In regard to the anxiety and the perception of risk of contagion, the fifth hypothesis is related to the positive outcomes, whereas the sixth to the negatives effects of being socially distanced.

In other words, adjustment to stressful situations have been studied concluding that we must look at how individuals experience the environment and not at the physical environment itself (Forgays & Belinson, 1986; Nicolas et al., 2019). Based on these findings, coping strategies may have been associated with mild and moderate scores of the perception of risk of contagion and anxiety during self-isolation related to the pandemic. Participants may have switched the focus from the flood of news to valuable activities such as reading a book, drawing, painting or playing music among other things that lead to a better adaptation in this prolonged condition. As reported in other studies, people could strengthen relationships, find means to express creativity or get a better sense of personal growth during adverse situations (Burmeister et al., 2018; Forgays & Forgays, 1992; Mocellin et al., 1991; Rosnet et al., 1998; Wanberg & Banas, 2000).

Conversely, people in this monotonous environment due to social distancing might feel alone, preoccupied, stressed or bored. They may have increased their alcohol consumption or experience insomnia and lower their mental well-being (Ahmed et al., 2020; James & Glaze, 2006; Knez et al., 2018; Nicolas et al., 2015; Palinkas, 2001).

Finally, this present work is one of the first studies aiming to monitor anxiety and perception of risk of contagion during the National Healthy Distance Campaign in Mex-

ico. Although prevention behaviors and strategies during the Influenza A epidemic have been formerly studied in Mexico (i.e., Carro & Hernandez, 2016) and in other countries (Smith, 2006), future studies with different methodologies may be performed to better understand the discussed hypotheses on protective attitudes and behaviors associated to social attenuation of risk when lockdown restrictions are eased.

Limitations and future directions

The following limitations should be taken into consideration while evaluating the results of the present study. First, we specifically measured two variables using two adapted instruments that could lack appropriate validity due to the rearrangement of the items (Clark & Watson, 1995; Kazdin, 2016). Also, due to the small size of the sample, we cannot generalize the results to a wider population. Despite this, in the context of a public health emergency, gathered data were unique, rare and new. We must consider a self-selection bias among individuals that returned the six sets of questionnaires. This study was only exploratory, for this reason further studies should test the relationship between coping strategies and psychological-behavioral outcomes when people are socially distanced, along with the long-term psychological consequences after lockdown. More research with different methodologies may contribute to better understand results from the current study.

Finally, standard methodologies in emergency situations are rare, so, in the recent COVID-19 epidemic context, a newfangled situation has been raised. Due to limitations, authors had to adapt procedures and instruments which resulted in an original methodological design that could be improved in future studies and enrich the understanding of mental health problems related to the COVID-19 outbreak.

Conclusions

The purpose of this study was to monitor and evaluate the level of risk perception of contagion and anxiety level among a sample of Mexicans residents through six weeks of follow-up during the National Healthy Distance Cam-

paign in Mexico related to the COVID-19 epidemic. The present study revealed that anxiety levels among respondents were mild through six weeks of follow-up. In addition, results in the second survey indicate that perception of risk of contagion levels were moderate, 3.16.

Another contribution of the present study was that six hypotheses were developed regarding (1) content information and information overload, (2) adaptation process during the pandemic, (3) social perception of risk, (4) preventive behaviors due to the biological unforeseeable hazard and (5 and 6) positive and negative effects of being socially distanced based on previous works. More research with different methodologies may contribute to better understand results from the current study.

Acknowledgements

To all the people who suffer from being isolated at home and live in anxiety.

Conflict of Interest

Both researchers stated that have no interest in any way in nothing, but Mexicans mental health.

References

- Ahmed, M.Z., Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L. & Ahmad, A. (2020). Epidemic of COVID-19 in China and Associated Psychological Problems. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102092>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Author.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893–897. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>

- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The Psychological Impact of Quarantine and how to Reduce it: Rapid Review of the Evidence. *The Lancet*, 395, 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Burmeister, C. P., Moskaliuk, J., & Cress, U. (2018). Office versus Leisure Environments: Effects of Surroundings on Concentration. *Journal of Environmental Psychology*, 58, 42–51. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2018.07.011>
- Burr, R. G. & Palinkas, L. A. (1987). Health Risks among Submarine Personnel in the U.S. Navy, 1974-1979. *Undersea Biomedical Research*, 14(6), 534–544.
- Buseh, A., Stevens, P., Bromberg, M. & Kelber, S. (2015). The Ebola Pandemic in west Africa: Challenges, Opportunities, and Policy Priority areas. *Nursing Outlook*, 63, 30–40. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2014.12.013>
- Carro, E. H. & Hernández, A. S. (2016). Percepción de riesgo y prevención en un contexto de emergencia sanitaria: Caso Influenza A (H1N1), 2009 [Risk Perception And Prevention in a Health Emergency Context: Case Influenza A (H1N1), 2009]. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la U.A.C.J.S.*, 7(2), 20–32.
- Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y., Qio, Y., Wang, J., Liu, Y., Wei, Y., Xia, J., Yu, T., Zhang, X., & Zhang, L. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*, 395, 507–513. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)
- Chabal, S., Welles, R., Haran, F. J., & Markwald, R. (2018). Effects of Sleep and Fatigue on Teams in a Submarine Environment. *Journal of the Undersea and Hyperbaric Medical Society*, 45(3), 257–272.
- Cordova-Villalobos, J. A., Macias, A. E., Hernandez-Avila, M., Dominguez-Cherit, G., Lopez-Gatell, H., Alpuche-Aranda, C., & Ponce de León-Rosales, S. (2017). La pandemia de 2009 en México: experiencia y lecciones acerca de las políticas nacionales de preparación contra la influenza estacional y epidémica [The 2009 Pandemic in Mexico: Experience and Lessons Regarding National Preparedness Policies for Seasonal and Epidemic Influenza]. *Gaceta Medica de Mexico*, 153(1), 102–110.
- Clark, L.A. & Watson, D. (1995). Constructing Validity: Basic Issues in Objective Scale Development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309–319. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.309>
- Douglas, P. K., Douglas, D. B., Harrigan, D. C., & Douglas, K. M. (2009). Preparing for Pandemic Influenza and its Aftermath: Mental Health Issues Considered. *International Journal of Emergency Mental Health*, 11(3), 137–144.
- Elfiky, A. A. (2020). Anti-HCV, Nucleotide Inhibitors, Repurposing against COVID-19. *Life Sciences*, 248, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.lfs.2020.117477>
- Forgays, D. & Belinson, M. (1986). Is flotation isolation a relaxing environment? *Journal of Environmental Psychology*, 6, 19–34. [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(86\)80032-9](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(86)80032-9)
- Forgays, D. & Forgays, D. (1992). Creativity Enhancement through Flotation Isolation. *Journal of Environmental Psychology*, 12, 329–335. [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(05\)80081-7](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(05)80081-7)
- Glasser, J. W., Hupert, N., McCauley, M. M. & Hatchett, R. (2011). Modeling and Public Health Emergency Responses: Lessons from SARS. *Epidemics*, 3(1), 32–37. <https://doi.org/10.1016/j.epidem.2011.01.001>
- Gobierno de México. (2020a, March 6). #ConferenciaDePrensa: #Coronavirus #COVID19 | 6 de marzo de 2020 [Video]. YouTube.

- <https://www.youtube.com/watch?v=wX4AUZZ84U>
- Gobierno de México. (2020b, March 14). #ConferenciaDePrensa: #Coronavirus #COVID19 | 14 de marzo de 2020 [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=eYGgQRokYEI>
- Gobierno de México. (2020c, March 20). #ConferenciaDePrensa: #Coronavirus #COVID19 | 20 de marzo de 2020 [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=f79tm7-c-Q>
- Gobierno de México. (2020d, March 30). #ConferenciaDePrensa: #Coronavirus #COVID19 #QuédateEnCasaYa | 30 de marzo de 2020 [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=phT6x-a52XU>
- Griffiths, S. M., Wong, A. H., Kim, J. H., Yung, T. K. C., & Lau, J. T. F. (2010). Influence of Country of Study on Student Responsiveness to the H1N1 Pandemic. *Public Health*, 124(8), 460–466. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2010.03.027>
- Heldman, A., Schindelar, J., & Weaver, J. (2013). Social Media Engagement and Public Health Communication: Implications for Public Health Organizations being Truly “social”. *Public Health Reviews*, 35(13), 1–8. <https://doi.org/10.1007/BF03391698>
- Huynh, T. L. D. (2020). Data for Understanding the Risk Perception of COVID-19 from Vietnamese Sample. *Data in brief*, 30, 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.dib.2020.105530>
- Jacobs, L. R. & Mettler, S. (2011). Why Opinion Changes: The Implications for Health and Health Policy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 36(6), 917–933. <https://doi.org/10.1215/03616878-1460515>
- James, D. & Glaze, L. E. (2006). *Mental Health Problems in Prison and Jail Inmates* (Bureau of Justice Statistics NCJ 213600). <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/mhppji.pdf>
- Jones, D. S. (2020). History in a crisis – Lessons for COVID-19. *The New England Journal of Medicine*, 382, 1681–1683. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2004361>
- Kan, J. & Zhang, H. (2017). Effects of Awareness Diffusion and Self-initiated Awareness Behavior on Epidemic Spreading – An Approach based on Multiplex Networks. *Communications in Nonlinear Science and Numerical Simulation*, 44, 193–203. <https://doi.org/10.1016/j.cnsns.2016.08.007>
- Kavoor, A. R., Chakravarthy, K., & John, T. (2020). Remote Consultations in the Era of COVID-19 Pandemic: Preliminary Experience in a Regional Australian Public Acute Mental Health Care Setting. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102074>
- Kazdin, A. E. (2016). Selecting Measures for Research Investigations. In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological Issues and Strategies in Clinical Research* (pp. 205–226). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14805-013>
- Khaleel, I., Wimmer, B., Peterson, G. M., Zaidi, S. T. R., Roehrer, E., Cummings, E., & Lee, K. (2020). Health Information Overload among Health Consumers: A Scoping Review. *Patient Education and Counseling*, 103(1), 15–32. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.008>
- Knez, I., Butler, A., Ode Sang, A., Angman, E., Sarlöv-Herlin, I., & Akerskog, A. (2018). Before and after a Natural Disaster: Disruption in Emotion Component of Place-identity and Wellbeing. *Journal of Environmental Psychology*, 55, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2017.11.002>
- Lai, C. C., Shih, T. P., Ko, W. C., Tang, H. J., & Hsueh, P. R. (2020). Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and Coronavirus

- Disease-2019 (COVID-19): The Epidemic and the Challenges. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 55(3), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105924>
- Lau, J. T. F., Griffiths, S., Choi, K., & Lin, C. (2010). Prevalence of Preventive Behaviors and Associated Factors during Early Phase of the H1N1 Influenza Epidemic. *American Journal of Control Infection*, 38(5), 374–380. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2010.03.002>
- Laws, J. M., Caplan, N., Bruce, C., McGrogan, C., Lindsay, K., Wild, B., Debusse, D., Wotring, V., & Winnard, A. (2020). Systematic Review of the Technical and Physiological Constraints of the Orion Multi-Purpose Crew Vehicle that Affect the capability of Astronauts to Exercise Effectively during Spaceflight. *Acta Astronautica*, 170, 665–677. <https://doi.org/10.1016/j.actaastro.2020.02.038>
- Matthes, J., Karsay, K., Schmuck, D., & Stevic, A. (2020). “Too much to handle”: Impact of mobile social networking sites on information overload, depressive symptoms, and well-being. *Computers in Human Behavior*, 105, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.106217>
- Mocellin, J., Suedfeld, P., Bernadelz, J. P., & Barbarito, B. (1991). Levels of Anxiety in Polar Environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11, 265–275. [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(05\)80187-2](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(05)80187-2)
- Mora-Magaña, I., Lee, S. A., Maldonado-Castellanos, I., Jiménez-Gutierrez, C., Mendez-Venegas, J., Maya-Del-Moral, A., Rosas-Munive, M. D., Mathis, A. A., & Jobe, M. C. (2020). Coronaphobia among Healthcare Professionals in Mexico: A Psychometric Analysis. *Death studies*, 18, 1–10. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1808762>
- Motta-Zanin, G., Gentile, E., Parisi, A., & Spasiano, D. (2020). A Preliminary Evaluation of the Public Risk Perception related to the COVID-19 Health Emergency in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), Article 3024. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093024>
- Mousavizadeh, L. & Ghasemi, S. (2021). Genotype and Phenotype of COVID-19: Their Roles in Pathogenesis. *Journal of microbiology, immunology, and infection [Wei Mian yu Gan Ran Za Zhi]*, 54(2), 159–163. <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.03.022>
- Nicolas, M., Suedfeld, P., Weiss, K., & Gaudino, M. (2015). Affective, Social and Cognitive Outcomes during a 1-year Wintering in Concordia. *Environment and Behavior*, 48(8), 1073–1091. <https://doi.org/10.1177/0013916515583551>
- Nicolas, M., Martinent, G., Suedfeld, P. & Gaudino, M. (2019). Assessing Psychological Adaptation during Polar Winter-overs: The isolated and Confined Environments Questionnaire (ICE-Q). *Journal of Environmental Psychology*, 65, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2019.101317>
- Padrós, F., Montoya K. S., Bravo, M. A., & Martínez, M. P. (2020). Propiedades psicométricas del inventario de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México [Psychometric Properties of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in the General Population of Mexico]. *Ansiedad y estrés*, 26, 181–187. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002>
- Palinkas, L. A. (1992). Going to extremes: The Cultural Context of Stress, Illness and Coping in Antarctica. *Social Science and Medicine*, 35, 651–664. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90004-a](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90004-a)
- Palinkas, L. A. (2001). Psychosocial Issues in Long-term Space Flight: Overview. *Gravitational and Space Biology bulletin*, 14(2), 25–33.
- Peters, A., Vetter, P., Guitart, C., Lotfinejad, N., & Pittet, D. (2020). Understanding the Emerging

- Coronavirus: What it Means for Health Security and Infection Prevention. *Journal of Hospital Infection*, 104, 440–448. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.02.023>
- Perrin, P. C., McCabe, O. L., Everly, G. S., Jr, & Links, J. M. (2009). Preparing for an Influenza Pandemic: Mental Health Considerations. *Prehospital and Disaster Medicine*, 24(3), 223–230. <https://doi.org/10.1017/s1049023x00006853>
- Pfefferbaum, B., Schonfeld, D., Flynn, B. W., Norwood, A. E., Dodgen, D., Kaul, R. E., Donato, D., Stone, B., Brown, L. M., Reissman, D. B., Jacobs, G. A., Hobfoll, S. E., Jones, R. T., Herrmann, J., Ursano, R. J., & Ruzek, J. I. (2012). The H1N1 Crisis: A Case Study of the Integration of Mental and Behavioral Health in Public Health Crises. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 6(1), 67–71. <https://doi.org/10.1001/dmp.2012.2>
- Poletti, P., Ajelli, M., & Merler, S. (2012). Risk Perception and Effectiveness of Uncoordinated Behavioral Responses in an Emerging Pandemic. *Mathematical Biosciences*, 238(2), 80–89. <https://doi.org/10.1016/j.mbs.2012.04.003>
- Preti, E., Di Mattei, V., Perego, G., Ferrari, F., Mazzetti, M., Taranto, P., Di Pierro, R., Madeddu, F., & Calati, R. (2020). The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. *Current Psychiatry Reports*, 22(8), Article 43. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01166-z>
- Rosnet, E., Cazes, G., & Vinokhodova, A. (1998). Study of the Psychological Adaptation of the Crew during a 135 Days Space Simulation. *Acta Astronautica*, 42(1-8), 265–272. [https://doi.org/10.1016/S0094-5765\(98\)00123-4](https://doi.org/10.1016/S0094-5765(98)00123-4)
- Salvador-Ginez, O., Ortega, P., Rivera, S., & García-Mira, R. (2017). Validez y confiabilidad de la escala de percepción de riesgo de deslave en la Ciudad de México [Validation and Reliability of the Scale of Landslide Risk Perception in Mexico City]. *Acta de Investigación Psicológica*, 7, 2618–2626. <https://doi.org/10.1016/j.aippr.2016.11.006>
- Sarigiannidis, I., Grillon, C., Ernst, M., Roiser, J., & Robinson, O. J. (2020). Anxiety Makes Time Pass quicker While Fear has No Effect. *Cognition*, 197, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2019.104116>
- Schumm, P., Schumm, W. & Scoglio C. (2013). Impact of Preventive Behavioral Responses to Epidemics in Rural Regions. *Procedia Computer Science*, 18, 631–640. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2013.05.227>
- Secretaría de Salud. (2020, March 24). *Sana Distancia COVID-19* [Healthy Distance COVID-19]. <https://www.gob.mx/salud/documentos/sana-distancia>
- Slovic, P. (2000). *The Perception of Risk*. Earthscan Publications. <https://psycnet.apa.org/record/2001-01329-000>
- Smith, R. (2006). Responding to Global Infectious Disease Outbreaks: Lessons from SARS on the Role of Risk Perception, Communication, and Management. *Social Science & Medicine*, 63(12), 3113–3123. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.004>
- Shalev, D. & Shapiro, P. A. (2020). Epidemic Psychiatry: The Opportunities and Challenges of COVID-19 [Editorial]. *General Hospital Psychiatry*, 64, 68–71. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.03.009>
- Shi, Y., Wang, J., Yang, Y., Wang, Z., Wang, G., Hashimoto, K., Zhang, K., & Liu, H. (2020). Knowledge and Attitudes of Medical Staff in Chinese Psychiatric Hospitals Regarding COVID-19. *Brain, Behavior, & Immunity – Health*, 4, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100064>

- Sohrabi, C., Alsafi, Z., O'Neill, N., Khan, M., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., & Agha, R. (2020). World Health Organization declares global emergency: A Review of the 2019 Novel coronavirus (COVID-19). *International Journal of Surgery*, 76, 71–76. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.02.034>
- Tovote, P., Fadok, J. P., & Lüthi, A. (2015). Neuronal Circuits for Fear and Anxiety. *Nature Reviews Neuroscience*, 16, 317–331. <https://doi.org/10.1038/nrn3945>
- UNESCO. (2020, April 2). Disinformation: A Silent Weapon in Times of Pandemic. <https://en.unesco.org/news/disinformation-silent-weapon-times-pandemic>
- Wanberg, C. R. & Banas, J. T. (2000). Predictors and Outcomes of Openness to Changes in a Reorganizing Workplace. *Journal of Applied Psychology*, 85(1), 132–142. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.85.1.132>
- Wang, Y., Cao, J., Jin, Z., Zhang, H., & Sun, G. (2013). Impact of Media Coverage on Epidemic Spreading in Complex Networks. *Physica A: Statistical Mechanics and its Applications*, 392(23), 5824–5835. <https://doi.org/10.1016/j.physa.2013.07.067>
- Yang, P., Seale, H., MacInyre, C. R., Zhang, H., Zhang, Z., Zhang, Y., Wang, X., Li, X., Pang, X., & Wang, Q. (2011). Mask-Wearing and Respiratory Infection in Healthcare Workers in Beijing, China. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 15(2), 102–108. [https://doi.org/10.1016/S1413-8670\(11\)70153-2](https://doi.org/10.1016/S1413-8670(11)70153-2)
- Zhang, Z., Xiao, K., Zhang, X., Roy, A., & Shen, Y. (2020). Emergence of SARS-Like Coronavirus in China: An Update. *Journal of Infection*, 80(5), Artículo e28–e29. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.010>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

ACCIÓN PSICOLÓGICA

Contribuciones de temática libre
[Others articles]

VOLUMEN 18

JUNIO 2021

NÚMERO 1

ESTUDIO DE LOS EFECTOS DE LOS MITOS SOBRE LAS AGRESIONES SEXUALES EN LA VEROSIMILITUD DE UNA VÍCTIMA-DENUNCIANTE DE UNA AGRESIÓN SEXUAL

ASSESSING THE EFFECTS OF MYTHS ABOUT SEXUAL AGGRESSION ON THE VERISIMILITUDE OF A VICTIM-COMPLAINANT OF SEXUAL ASSAULT

YURENA GANCEDO, JÉSSICA SANMARCO, ADRIANA SELAYA, ANDREA GONZÁLEZ-DAPÍA Y MERCEDES NOVO²

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gancedo, Y., Sanmarco, J., Selaya, A., González-Dapía, A. y Novo, M. (2018). Estudio de los efectos de los mitos sobre las agresiones sexuales en la verosimilitud de una víctima-denunciante de una agresión sexual [Assessing the Effects of Myths about Sexual Aggression on the Verisimilitude of a Victim-Complainant of Sexual Assault]. *Acción Psicológica*, 18(1), 221–248. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.30805>

Resumen

La violencia sexual contra la mujer es de los delitos que menos se denuncia y con una menor tasa de condenas. La principal prueba de cargo es el testimonio de la víctima-denunciante y la evaluación de la verosimilitud. Con el objetivo de conocer los efectos de los mitos sobre las

testimonio diseñamos un estudio de campo. Participaron en el estudio 353 personas (235 mujeres), con edades comprendidas entre los 16 y los 72 años, que evaluaron la verosimilitud del testimonio de una víctima denunciante de una agresión sexual, manipulando el tipo de relato (neutro, con vestimenta provocativa y con consumo de alcohol), y respondieron a una medida de la aceptación de los mitos sobre las agresiones sexuales. Los resultados no

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: Mercedes Novo, Facultade de Psicoloxía, Universidade de Santiago de Compostela, España.

Email: mercedes.novo@usc.es

ORCID: Yurena Gancedo (<https://orcid.org/0000-0001-9531-793X>), Jéssica Sanmarco (<https://orcid.org/0000-0002-9186-8141>), Adriana Selaya (<https://orcid.org/0000-0002-9530-7237>) y Mercedes Novo (<http://orcid.org/0000-0002-0942-1501>).

¹ Universidade de Santiago de Compostela, España.

Recibido: 8 junio de 2021.

Aceptado: 23 de junio de 2021.

agresiones sexuales a mujeres en la verosimilitud del testimonio mostraron un efecto del tipo de relato en la evaluación de

la verosimilitud del testimonio, pero sí de los factores sexo y mitos sobre las agresiones sexuales. Sucintamente, los hombres confirieron una menor verosimilitud al testimonio de la víctima-denunciante (i.e., menor honestidad, credibilidad en la víctima denunciante y su testimonio), al tiempo que atribuyeron menos responsabilidad al agresor-denunciado. No obstante, tanto hombres como mujeres atribuyeron, y por un igual, responsabilidad a la víctima-denunciante en los hechos denunciados. Asimismo, los que concuerdan con los mitos sobre las agresiones sexuales otorgaron menor honestidad y credibilidad a la la víctima-denunciante, así como a su testimonio, al tiempo que atribuyeron menos responsabilidad al agresor-denunciado y más a la víctima-denunciante. Se discuten las implicaciones de los resultados para la formación de juicios.

Palabras clave: atribución de responsabilidad; formación de juicios; mitos sobre las agresiones sexuales; verosimilitud del testimonio; violencia sexual contra las mujeres.

Abstract

Sexual violence against women is one of the most underreported criminal offences, and has one of the lowest conviction rates. The main standard of proof is the victim's-complainant's testimony and the evaluation of credibility. In order to assess the effects of myths about sexual aggression on the credibility of women and their testimony, a field study was performed. The study consisted of 353 participants (235 women), aged 16 to 72 years, who evaluated the credibility of a testimony of a victim-complainant of sexual assault where the type of narrative was manipulated (neutral, provocative clothing, and alcohol consumption), and responded to a measure of the acceptance of myths about sexual aggression. The results revealed the type of narrative had no effect on the evaluation of testimonial credibility, but an effect was found in the factors gender, and myths about sexual aggression. Succinctly, men conferred less credibility to a victim's-complainant's testimony (i.e., less victim-complainant honesty, and testimonial credibility), whilst attributing less responsibility to the aggressor-defendant. However, both men and women equally attributed responsibility to the victim-complainant for the sexual assault. Moreover, individuals sanctioning

myths about sexual aggression attributed less honesty and credibility to the victim-complainant, and their testimony, whilst attributing less responsibility to the aggressor-defendant, and more to the victim-complainant. The implications of the results on judgement-making are discussed.

Keywords: attribution of responsibility; judgement-making; myths about sexual aggression; testimony credibility; sexual violence against women; victim blaming.

Introducción

La violencia sexual constituye la forma más grave de «violencia contra la mujer» (Camplá et al., 2017, 2019; Fedina et al., 2018; Romero-Sánchez et al., 2018). Se entiende por violencia sexual contra la mujer, todo acto sexual, consumado o no, que es forzado mediante coacción, ya sea por uso de fuerza física en distintos grados, intimidación psicológica, extorsión o amenazas, así como debido a la incapacidad de esta para consentir. Puede comprender la violación, el abuso y el acoso sexual, así como la vulneración de derechos fundamentales, como es el caso de la trata de personas con fines de explotación sexual, la mutilación sexual o el matrimonio forzado (World Health Organization [WHO], 2011). En relación a la prevalencia, los datos son imprecisos pues en el informe de la World Health Organization (WHO, 2013) se recabaron datos de diferentes países y regiones con definiciones de violencia sexual diferentes y limitadas en relación a los tipos de violencia de sexual. La definición más común fue ¿Has sido forzada a tener relaciones sexuales o realizar un acto sexual no querido con alguien diferente a tu pareja? Esta medida está sujeta a varias fuentes de error que conducen a una subestimación: limita las agresiones a las sufridas fuera de la pareja, cuando también se dan en el ámbito de pareja, deja al margen muchos tipos de violencia (e.g., acoso, vulneración de derechos fundamentales, tráfico de personas) y están sujetos a una subestimación proveniente de la estigmatización de este tipo de victimización que afecta a los autoinformes. En todo caso, en el informe se encontró que, al menos, el 7.2 % [5.3 %, 9.1 %] de las mujeres informaron haber sido víctimas de violencia sexual a lo largo de su vida. En Europa, la prevalencia registrada fue del 5.2 [0.8 %, 9.7 %] que, además, es muy

imprecisa pues el margen de confianza advierte que puede oscilar entre cerca del cero a casi el 10 %. De cualquier modo, los datos sugieren que la línea base (probabilidad mínima promedio de victimización de violencia sexual por el hecho de ser mujer) está en torno al 7 % a nivel mundial, y en el 5 % en Europa. En España, en la macroencuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2019) el 9.9 % de las mujeres informaron haber sido obligadas a mantener relaciones sexuales por alguna de sus exparejas (0.4 % por la pareja actual), y el 1.5 % (4.6 % para tocamientos en partes íntimas) por una persona no pareja. Sin embargo, las cifras oficiales (Ministerio del Interior, 2019) sólo registran un promedio anual de 10,763 hechos conocidos (denuncias); y menos de 2,500 condenados por delitos sexuales ($N=2.473$; Instituto Nacional de Estadística, 2020). En suma, se trata de una pandemia de la que desconocemos la magnitud real, y con un enorme desfase entre la realidad social y judicial.

La investigación sobre la violencia sexual ha puesto de manifiesto el impacto de los mitos sobre las agresiones sexuales, definidos como las “actitudes y creencias, generalmente falsas, pero mantenidas amplia y persistentemente y que sirven para negar y justificar la agresión sexual de los hombres contra las mujeres” (Lonsway y Fitzgerald, 1994, p. 134), en los juicios conformados sobre éstas. Así, numerosa literatura ha constatado que, tanto hombres como mujeres, en la medida en que apoyan este tipo de mitos, son susceptibles de culpar a las víctimas (Garrido-Macías et al., 2020; Gerger, et al., 2007; Lonsway y Fitzgerald, 1994; Marcos et al., 2020; Romero-Sánchez et al., 2011), disminuyendo también la probabilidad de que interpreten una relación sexual forzada como violación (Megías et al., 2011; Peterson y Muehlenhard, 2004; Romero-Sánchez et al., 2013; Temkin y Krahé, 2008). No obstante, la aceptación de estos mitos está mediada por variables como el género o el nivel educativo (Garrido-Macías et al., 2020). Así, los hombres manifiestan mayor adherencia a los mitos sobre las agresiones sexuales que las mujeres; en tanto que niveles educativos u ocupacionales altos amortiguan el efecto (Clay, 2019; Lonsway y Fitzgerald, 1994; Russell y Hand, 2017; Suárez y Gadalla, 2010; Vonderhaar y Carmody, 2015).

Los mitos más prevalentes sobre las agresiones sexuales son el contexto en el que tuvieron lugar (e.g., consumo

de alcohol o drogas, vestimenta) y la autoría, por ejemplo, pareja o *date rape* (Logan et al., 2015). El alcohol es la droga que más comúnmente se ha asociado con delitos de violencia sexual (Grubb y Turner, 2012), registrándose un alto número de agresiones sexuales en las que esta sustancia estuvo presente en la víctima, el agresor o ambos (Behnken, 2017; Kingree y Thompson, 2015; Lorenz y Ullman, 2016; Romero-Sánchez et al., 2011). La presencia de alcohol en el contexto de las denuncias de agresiones sexuales se releja de forma ambivalente en las atribuciones de causalidad (Grubb y Turner, 2012; Maurer y Robinson, 2008; Romero-Sánchez et al., 2011). Por un lado, el uso de alcohol por el agresor sirve de medio para la introducción de atenuantes, cuando no eximentes, de la responsabilidad del autor de la agresión (Abbey et al., 2001; Lorenz y Ullman, 2016) y presta soporte a las narrativas contrarias al desestimiento del autor del delito (Martín et al., 2019) o déficits en la capacidad de razonamiento (Herrero et al., 2019). Por otro, a las víctimas-denunciantes se les atribuye, como consecuencia del uso voluntario de alcohol, mayor responsabilidad en los hechos acaecidos por ‘un comportamiento imprudente’, cuando la atribución de una mayor vulnerabilidad también tendría igual cabida (Grubb y Turner, 2012; Lorenz y Ullman, 2016; Lynch et al., 2013; Maurer y Robinson, 2008; Romero-Sánchez et al., 2018; Starfelt et al., 2015).

El otro gran mito de orden contextual que aflora de forma sistemática en la atribución de responsabilidad es la vestimenta de la víctima-denunciante en el momento de los hechos (Maurer y Robinson, 2008). Acorde a este mito, una vestimenta, catalogada como provocativa, se interpreta como una señal de disponibilidad sexual y de consentimiento anticipado para las relaciones sexuales, y sirve de medio para la atribución de responsabilidad a la víctima-denunciante (Brown et al., 2007; Johnson y Lee, 2000; Maurer y Robinson, 2008; Osman, 2003; Whatley, 2005; Wolfendale, 2016; Zelin et al., 2019).

En consecuencia, la atribución de responsabilidad en las agresiones sexuales a mujeres, se explica, en buena medida, por los mitos sobre las agresiones sexuales, las características concretas del suceso y la interacción entre ambos (Peterson y Muehlenhard, 2004). Los modelos de formación de juicios, corroborados por la investigación empírica, han establecido que estos descansan en procesos

atribucionales (Hastie et al., 1983). Asimismo, los modelos de integración de la información han determinado que, en formación de juicios, la atribución de responsabilidad da cuenta de la fiabilidad del testimonio, esto es, de la verosimilitud otorgada al testigo y su testimonio (Arce et al., 2000; Kaplan y Kemmerick, 1974). En los casos de violencia sexual, la credibilidad conferida al testimonio de la denunciante es la piedra angular sobre la que descansa la formación de juicios pues, al ser delitos cometidos en el ámbito privado, no se suele contar con más pruebas de cargo que el propio testimonio de la denunciante (Arce, 2017; Arce et al., 2000). Así pues, la formación de juicios sobre la victimización de agresiones sexuales gravita usualmente sobre procesos atribucionales que no admiten la verificación directa por lo que el decisor ha de recurrir a estrategias motivacionales de pensamiento (i.e., tendencia a formar y sostener creencias del individuo) para resolver el juicio (Ross, 1977). De este modo, se podrían servir del sesgo motivacional de control efectivo para atribuir responsabilidad en los hechos a la víctima-denunciante o atenuar la responsabilidad del agresor (Kelley, 1971). Es por ello que estos mitos se usan como medios para restar credibilidad a la víctima-denunciante, o responsabilidad al agresor. Sin embargo, los resultados de los efectos de los mitos en la verosimilitud del testimonio de la víctima-denunciante no son concluyentes, siendo necesario contar con más investigación, especialmente con población comunitaria (Russel y Hand, 2017). Es por ello que se diseñó un estudio con población comunitaria con el objetivo de aportar evidencia empírica sobre los efectos de la vestimenta y el uso de alcohol por parte de la víctima-denunciante (mitos sobre las agresiones sexuales) en la verosimilitud otorgada al testimonio, así como el efecto del sexo del evaluador y de los mitos sobre la agresión sexual.

Método

Participantes

Se recabaron un total de 353 participantes, con edades comprendidas entre los 16 y los 72 años ($M = 32.54$, $DT = 12.96$), siendo el 69.12 % ($n = 235$) mujeres; el 10.3 % ($n = 35$) han cursado estudios primarios, el 39.4 %

($n = 134$) estudios superiores, y el 50.3 % ($n = 171$) estudios superiores.

Procedimiento

La aplicación de los diferentes instrumentos y cuestionarios se efectuó de manera on-line. En la invitación a participar se indicaba que se trataba de un estudio sobre percepción, en el que no se establecía ningún requisito de inclusión (salvo ser mayor de 16 años, edad de consentimiento sexual), con el fin de ampliar la investigación previa en este campo, realizada mayoritariamente con muestra universitaria. El orden de obtención de las medidas fue rotado (procedimiento de rotación estándar) a fin de controlar efectos de la interacción entre medidas. Los participantes fueron asignados accidentalmente a cada una de las tres condiciones de relato.

La participación fue voluntaria y consentida. Los datos recogidos fueron tratados de forma confidencial y únicamente con fines de investigación, cumpliendo todos los estándares establecidos por la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Material

Para determinar la verosimilitud otorgada al testimonio de una víctima-denunciante, los participantes leyeron el relato del testimonio de una mujer que denunciaba haber sido objeto de una violación (Novo et al., 2015), cuyo contenido difería en las diferentes condiciones:

-Relato neutro. En esta declaración la víctima refiere que, tras conocer y quedar varias veces con el agresor, decide invitarlo a cenar a su casa. Al principio se sentía cómoda, pero el chico avanzaba en sus conductas de carácter sexual hasta intentar mantener relaciones sexuales, a lo que la víctima se negó verbal (“le decía que parara, que ahora no me apetecía”) y físicamente (“yo intentaba apartarle las manos”). A pesar de ello, el agresor continuó hasta forzar a la víctima a mantener ese contacto sexual.

-Relato de vestimenta provocativa. Se trata de la misma declaración que la anterior, pero añadiendo una

descripción de la vestimenta de la mujer durante el encuentro (“es de falda corta sin tirantes”, “era ajustado”) en diferentes puntos del relato.

-Relato de consumo alcohol. El contenido es idéntico al de las anteriores declaraciones, pero en este caso se incorpora el componente de consumo de alcohol por parte de la víctima. A lo largo del relato se menciona que ha bebido vino y se describen algunos de los efectos que le ha ocasionado (“estaba un poco borracha y mareada”), pero dejando constancia de que, aun encontrándose en un estado de intoxicación etílica, en ningún momento perdió la consciencia.

En los tres relatos se empleó un lenguaje coloquial y una redacción en primera persona, tratando de que reflejara con el mayor grado de verosimilitud posible una declaración real. Los relatos fueron evaluados por 20 jueces (procedimiento thurstone) en cuanto al grado en que reflejaban las condiciones referidas en una escala de 11 puntos, donde 11 era *refleja el uso de una vestimenta provocativa, refleja el consumo de alcohol por parte de la víctima*, para las condiciones relato de vestimenta provocativa y relato de consumo de alcohol, respectivamente, y 1 *no refleja el uso de vestimenta provocativa o consumo de alcohol* en el relato neutro. El grado de acuerdo fue > 10 en las condiciones relato de vestimenta provocativa y de consumo de alcohol, y < 2 en la condición relato neutro.

Instrumentos de medida

Además de la información de carácter sociodemográfico, con el fin de evaluar la aceptación de los mitos sobre las agresiones sexuales, se aplicó la adaptación española de la escala *Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression* (escala AMMSA; Megías et al., 2011), una medida auto-informada compuesta por 30 ítems que miden el grado de acuerdo o desacuerdo con los mitos sobre las agresiones sexuales en una escala Likert que va de 1 (*totalmente en desacuerdo*) hasta 7 (*totalmente de acuerdo*). La escala es unidimensional de modo que una puntuación promedio superior a 4 confirma que los evaluados están de acuerdo con los postulados de los ítems (grupo de sujetos que concuerdan con los mitos), en tanto una puntuación inferior a 4 clasifica a los evaluados como

sujetos en desacuerdo con los mitos sobre las agresiones sexuales (grupo de sujetos que disciernen de los mitos). Ha sido validada en población general mostrando fiabilidad en sus diferentes versiones y contextos, siendo la consistencia interna obtenida con la muestra de este estudio de $\alpha = .918[.905, 930]$.

Los relatos fueron evaluados por los participantes en seis ítems que miden la verosimilitud del testimonio (Arce et al., 2000) en una escala Likert de 9 puntos:

-Ítem 1: “La joven está contando las cosas como ocurrieron”, donde 0 significa está mintiendo y 9 significa está diciendo toda la verdad. Su finalidad es medir la *honestidad percibida* de la víctima, en la medida en que los sujetos consideran que está siendo fiel a la sucesión real de los hechos.

-Ítem 2: “Creo que se trata de una agresión sexual”, donde 0 significa de ninguna forma y 9 significa totalmente. Se busca conocer la *calificación que los sujetos realizan de la relación sexual*, percibiéndola como una violación o como un contacto consensuado.

-Ítem 3: “Considero que la joven podía haberlo evitado”, donde 0 significa nada y 9 significa mucho. Se pretende medir la *atribución de responsabilidad hacia la víctima*, considerando que será mayor en los casos en que se considera que la víctima lo pudo evitar de algún modo.

-Ítem 4: “Considero a la joven creíble”, donde 0 significa nada creíble y 9 significa completamente creíble. Este ítem permite valorar la *plausibilidad percibida de la víctima*, en función de la percepción que tienen los sujetos sobre la plausibilidad de su testimonio.

-Ítem 5: “Creo que la versión de la joven es creíble”, donde 0 significa no creo su versión y 9 significa creo del todo su versión. A través del grado en que el sujeto considera que el relato es exacto, se mide la *credibilidad suscitada por el testimonio* de la joven.

-Ítem 6: “Creo que el joven es el responsable de la situación descrita”, donde 0 significa nada y 9 significa muy responsable. En este caso, se valora la *atribución de responsabilidad hacia el agresor*, la cual tiende a ser mayor

en la medida en que se considera que la víctima no podía hacer nada para impedirlo.

Esta medida de la credibilidad de la denunciante se mostró consistente internamente, $\alpha = .791$ [.754, .824], siendo la correlación ítem-total $> .30$.

Para evaluar la disimulación se utilizaron las escalas L ($T \geq 64$) y Od ($PD \geq 16.25$) del MMPI-2. La suma de estos índices se ha encontrado que clasifica correctamente la disimulación en las respuestas de los participantes (Arce et al., 2015).

Análisis de datos

Se diseñó un análisis de datos para la comparación de medias en múltiples variables en tres factores. Para ello se ejecutó un MANOVA, que requiere que las variables dependientes estén correlacionadas ($\alpha = .791$ y correlación ítem-total $> .30$), conformen un constructo teórico (verosimilitud del testimonio); independencia de medidas (las observaciones son independientes); la normalidad de las distribuciones (K-S, *ns*) y homogeneidad de varianza (M de Box = 893.18, $p < .001$). La ausencia de homogeneidad de varianza cuando los grupos no son de igual tamaño (i.e., mujeres/hombres = 226/101 = 2.24; grupo de sujetos concuerdan con los mitos/grupo de sujetos discierne con los mitos = 232/95 = 2.44) puede provocar desviaciones importantes en la significatividad de los resultados (Stevens, 1986). A este respecto y a nivel multivariado la Traza de Hotelling-Lawley, la Lambda de Wilks y la Traza de Pillai-Bartlett son robustas a la violación de la homogeneidad de varianza con ligeras diferencias en función del tipo de violación (e.g., varianzas desiguales, varianzas heterogéneas). Así comprobamos que los tres estadísticos informaban por un igual de la aceptación/rechazo de la hipótesis nula e informamos de la Traza de Pillai-Bartlett sobre la que Olson (1979) concluyó una superior robustez a la violación de la homogeneidad de varianza. En las pruebas univariadas, para validar la correcta aceptación o rechazo de la hipótesis nula, recurrimos a contrastar el valor F teórico (prueba conservadora de Box = 3.936/3.841) con el empírico de modo que, si la F teórica es menor que la empírica, se acepta la hipótesis alternativa, y viceversa. Con este método cotejamos que las F s empíricas daban los mismos resultados en términos

de aceptación o rechazo de las hipótesis nulas que las F s teóricas. Los contrastes a posteriori, en caso de heterogeneidad de varianzas y grupos grandes, se realizaron con la prueba C de Howell y Dunnett, concebida para comparaciones de grupos grandes con varianzas heterogéneas.

Los tamaños del efecto fueron calculados en η_p^2 para las pruebas multivariadas y en r para las comparaciones de dos medias e interpretados en términos del BESD para cuantificar el incremento o decremento respecto a la condición de prueba (Corrás et al., 2016; Rosenthal y Rubin 1982) y de la Probability of Superiority of the Effect Size (PSES; Gallego et al., 2019; Redondo et al., 2019). El estudio de contraste de grupos es de sumo interés, pero insuficiente, habiendo de complementarse con el estudio de casos, que se abordó con el estadístico Probability of an Inferiority Score (PIS; Arce et al., 2020; Arias et al., 2020) que cuantifica la probabilidad de casos en bajo el valor de prueba (línea base) o del grupo de contraste.

Resultados

Estudios de la validez de los protocolos

Se eliminaron 13 protocolos por indicios sistemáticos de disimulación ($L \geq 64$ y $Od \geq 16.25$) que distorsionan las respuestas en las variables de medida en línea con la deseabilidad social; en este caso, la manifestación consciente de un total desacuerdo (disimulación) con los mitos sobre la agresión sexual. De hecho, estos participantes informaron de una puntuación promedio en los mitos sobre las agresiones sexuales inferior al límite superior del intervalo de error probable de la categoría de respuesta “totalmente en desacuerdo” (1.033).

Tabla 1.

Efectos univariados en la verosimilitud del testimonio para el factor sexo.

	M_m	M_h	F	$1 - \beta$	r	PS_{ES}
1. Honestidad percibida	7.96	7.25	12.10***	.934	.192	.213
2. Calificación del hecho como agresión sexual	8.06	7.74	3.71	.484	.109	.119
3. Atribución de responsabilidad a la víctima	4.66	4.87	0.32	.087	-.032	.032
4. Plausibilidad percibida en la víctima	8.00	7.50	7.52**	.781	.152	.174
5. Credibilidad suscitada por el testimonio	8.07	7.47	12.37***	.939	.195	.221
6. Atribución de responsabilidad al agresor	8.05	7.27	15.35***	.974	.214	.243

Nota: $g(1, 317)$. M_m : media del grupo de mujeres; M_h : media del grupo de hombres; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Estudio de los efectos del sexo, mitos sobre las agresiones sexuales y relato en la verosimilitud del testimonio

Ejecutado un MANOVA con un diseño factorial personalizado (sexo, mitos, relato, sexo \times mitos, sexo \times relatos, y mitos \times relatos) 2 (sexo: hombre vs. mujer) \times 2 (mitos sobre la agresión sexual: acuerdo vs. desacuerdo) \times 3 (relato: neutro, vestimenta provocativa, consumo de alcohol), los resultados multivariados mostraron que los factores sexo, $F_{(6, 312)} = 3.67, p < .01, 1 - \beta = .954$, explicando el 6.5 % de la varianza, $\eta_p^2 = .065$, y mitos sobre la agresión sexual, $F_{(6, 312)} = 14.70, p < .001, 1 - \beta = 1$, que da cuenta del 22 % de la varianza, $\eta_p^2 = .220$, median diferencias en la verosimilitud otorgada al testimonio de la víctima-denunciante; en tanto que el relato, $F_{(12, 626)} = 1.68, ns, 1 - \beta = .862, \eta_p^2 = .031$, no. Por su parte, las interacciones entre sexo y mitos sobre la agresión sexual, $F_{(6, 312)} = 0.84, ns, 1 - \beta = .333, \eta_p^2 = .023$, sexo y relato, $F_{(12, 626)} = 1.23, ns, 1 - \beta = .704, \eta_p^2 = .031$, y mitos sobre la agresión sexual y relato, $F_{(12, 626)} = 1.66, ns, 1 - \beta = .856, \eta_p^2 = .031$, resultaron no significativas.

Los efectos univariados para el factor sexo (ver Tabla 1) evidenciaron que las mujeres perciben una mayor honestidad y credibilidad en la víctima-denunciante, así como en su testimonio, al tiempo que atribuyen más responsabilidad al agresor-denunciado. Cuantitativamente (r), las mujeres incrementan el 19.2 % la honestidad percibida, el 15.2 % la credibilidad percibida en la víctima-denunciante y el 19.5 % en la credibilidad en el testimonio de la víctima-denunciante, al tiempo que atribuyen el 14.2 % más responsabilidad al agresor-denunciado, en comparación con los hombres. En términos de la magnitud

del efecto (PS_{ES}), el efecto observado es mayor que el 21.3 % en la honestidad percibida en la víctima-denunciante; el 17.4 % en la credibilidad percibida en la víctima-denunciante; el 22.1 % en la credibilidad en el testimonio de la víctima-denunciante; y el 24.3 % en la atribución de responsabilidad al agresor-denunciado de todos los posibles en los que las mujeres confieran mayor verosimilitud a la víctima-denunciante. Finalmente, y por su relevancia, cabe destacar que tanto hombre como mujeres ($M_s > 4$) atribuyen responsabilidad a la víctima-denunciante en los hechos al considerar que podría haberlos evitado. No obstante, ésta ($M = 4.72[4.53, 4.91]$) es significativamente menor que la atribuida al agresor-denunciante ($M = 8.00[7.82, 8.18]$).

En todo caso, la población de hombres también presta verosimilitud a la víctima-denunciante (ver Tabla 2) y con un incremento sobre la línea base de la verosimilitud otorgada a la víctima-denunciante superior al 60 % (r), salvo en atribución de responsabilidad a la víctima-denunciante, donde se observa una atribución significativa de responsabilidad a la víctima-denunciante con un incremento del 11.9 % en la responsabilidad a la víctima-denunciante sobre la línea base. La magnitud de los tamaños del efecto (PS_{ES}) es extraordinariamente elevada ($> 70\%$) en las medidas que dan verosimilitud a la víctima-denunciante, y del 13.5 % en la atribución de responsabilidad a la víctima-denunciante. No obstante, hay una cierta probabilidad de que los hombres no otorguen verosimilitud a la víctima-denunciante que es marginal (.05) para la honestidad percibida, la calificación del hecho como una agresión sexual, la credibilidad percibida en la víctima-denunciante, .058[.033, .083], la credibilidad conferida al testimonio y la atribución de responsabilidad al agresor-denunciado, en tanto que la probabilidad de exoneración de responsabili-

Tabla 2.

Contraste de la evaluación de la verosimilitud otorgada a la víctima-denunciante en la muestra de hombres. *t* de student con el valor de prueba 4 (ni le otorga, ni le resta verosimilitud a la víctima-denunciante).

	M_h	t	r	PS _{ES}	PIS
1. Honestidad percibida	7.25	16.68***	.634	.754	.050
2. Calificación del hecho como agresión sexual	7.74	18.67***	.675	.803	.033
3. Atribución de responsabilidad a la víctima	4.87	2.47*	.119	.135	.405
4. Plausibilidad percibida en la víctima	7.50	22.01***	.618	.733	.058
5. Credibilidad suscitada por el testimonio	7.47	20.78***	.721	.850	.021
6. Atribución de responsabilidad al agresor	7.27	17.17***	.643	.766	.046

Nota: $df(1, 103)$. M_h : media del grupo de hombres; * $p < .05$; *** $p < .001$.

dad a la víctima-denunciante en los hechos acaecidos está alrededor del 40 %, .405[.351, .458] (tasa similar entre las mujeres, .464[.400, .528]).

Los efectos univariados para el factor mitos sobre la agresión sexual –concuerdan vs. disienten– (ver Tabla 3) pusieron de manifiesto que aquellos que concuerdan con los mitos perciben una menor honestidad y credibilidad en la víctima-denunciante, así como en su testimonio, al tiempo que atribuyen menos responsabilidad al agresor-denunciado y más a la víctima-denunciante. Cuantitativamente (r), los que concuerdan con los mitos sobre las agresiones sexuales perciben un 25.7 % menos de honestidad en la víctima-denunciante; clasifican un 28.3 % menos los hechos como constitutivos de una agresión sexual; atribuyen un 29.3 % más de responsabilidad a la víctima-denunciante en los hechos acaecidos; perciben un 37.5 % menos de credibilidad en la víctima-denunciante; estiman un

39.0 % menos creíble el testimonio de la víctima-denunciante; y atribuyen un 31.9% menos de responsabilidad al agresor-denunciado, que los que disciernen de los mitos sobre las agresiones sexuales. En términos de la magnitud del efecto (PS_{ES}), el efecto observado es mayor que el 29.6 % en la honestidad percibida en la víctima-denunciante; el 32.6 % en la calificación del hecho como una agresión sexual; el 33.3 % en la atribución de responsabilidad a la víctima-denunciante; el 43.1 % en la credibilidad percibida en la víctima-denunciante; el 45.1 % en la credibilidad en el testimonio de la víctima-denunciante; y el 36.9 % en la atribución de responsabilidad al agresor-denunciado de todos los posibles en los que los que participan de los mitos sobre las agresiones sexuales confieran menor verosimilitud a la víctima-denunciante.

Tabla 3.

Efectos univariados en la verosimilitud del testimonio para el factor mitos sobre la agresión sexual (concuerdan vs. disiente de los mitos sobre las agresiones sexuales).

	M_C	M_D	F	$1 - \beta$	r	PS _{ES}
1. Honestidad percibida	7.13	8.08	22.48***	.997	-.257	.296
2. Calificación del hecho como agresión sexual	7.28	8.42	27.74***	1.00	-.283	.326
3. Atribución de responsabilidad a la víctima	5.78	3.75	29.91***	1.00	.293	.333
4. Plausibilidad percibida en la víctima	7.11	8.40	52.03***	1.00	-.375	.431
5. Credibilidad suscitada por el testimonio	7.15	8.40	56.95***	1.00	-.390	.451
6. Atribución de responsabilidad al agresor	7.08	8.24	36.03***	1.00	-.319	.369

Nota: $df(1, 317)$. M_C : media del grupo que concuerda con los mitos sobre las agresiones sexuales; M_D : media del grupo que disiente de los mitos sobre las agresiones sexuales; *** $p < .001$.

Tabla 4.

Contraste de la evaluación de la verosimilitud otorgada a la víctima-denunciante en toda la población de estudio. *t* de student con el valor de prueba 4 (ni le otorga, ni le resta verosimilitud a la víctima-denunciante).

	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>r</i>	PS _{ES}	PIS
1. Honestidad percibida	7.87	43.59***	.749	1.67	.050
2. Calificación del hecho como agresión sexual	8.13	43.08***	.759	1.65	.033
3. Atribución de responsabilidad a la víctima	4.39	2.40*	.065	0.09	.405
4. Plausibilidad percibida en la víctima	8.04	49.01***	.799	1.88	.058
5. Credibilidad suscitada por el testimonio	8.08	51.87***	.815	1.99	.021
6. Atribución de responsabilidad al agresor	8.00	45.01***	.733	1.73	.046

Nota: *df*(1, 326). *M*: media de la población comunitaria; **p* < .05; ****p* < .001.

Estudio de la credibilidad social de una denunciante de victimización de una agresión sexual

Contrastada toda la población con el valor de prueba neutro (ni le otorga, ni le resta verosimilitud a la víctima-denunciante), los resultados (ver Tabla 4) exhibieron que la población otorga verosimilitud a la víctima-denunciante a excepción de que le atribuye responsabilidad en los hechos al poderlos haber evitado.

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio revelaron que, en general, se otorga verosimilitud a la víctima-denunciante y que la magnitud de la verosimilitud conferida es muy elevada ($\geq 75\%$), a excepción de que se sigue atribuyendo responsabilidad a la víctima-denunciante, aunque en menor medida que al agresor-denunciado. Además, el relato (i.e., el uso de vestimenta provocativa, uso de alcohol y neutro) no tiene efectos en la formación de juicios en la verosimilitud tras una agresión sexual. Por el contrario, investigación previa había hallado que el consumo de alcohol (Grubb y Turner, 2012; Lorenz y Ullman, 2016; Lynch et al., 2013; Maurer y Robinson, 2008; Novo et al., 2015; Romero-Sánchez et al., 2018; Starfelt et al., 2015) y el uso de una vestimenta provocativa por la víctima-denunciante (Brown et al., 2007; Zelin et al., 2019) ejercían un rol mediador sobre las atribuciones y juicios sobre las agresiones sexuales, aminoraban la credibilidad dada al

testimonio de las víctimas-denunciantes y atenuaban la responsabilidad al agresor. Este cambio de tendencia en los resultados se atribuye a la creciente sensibilización social respecto a la violencia sexual (Orchowski et al., 2020). Sucintamente, se está observando un cambio social cualitativo en la evaluación de la verosimilitud de las mujeres testigo-denunciantes de una agresión sexual. Ahora bien, sigue habiendo moderadores que amortiguan este efecto general. Así, los hombres conceden menos, explicando el 6.5 % de la varianza, verosimilitud (o las mujeres más) al testimonio de la víctima-denunciante. En todo caso, estas diferencias se diluyen en la atribución de responsabilidad a la víctima-denunciante, ambos grupos atribuyen cierta responsabilidad a la víctima-denunciante, y en la calificación de los hechos como una agresión sexual, ambos grupos la califican como tal. Aún así, los hombres otorgan verosimilitud al testimonio de la víctima-denunciante, aunque no le quitan responsabilidad en los hechos acaecidos. De hecho, sólo el 40.5 % de los hombres no le atribuye responsabilidad (el 59.5%, sí) en los hechos acaecidos. Inesperadamente, el 53.6 % de mujeres también le atribuyen responsabilidad. Esta tendencia se ha observado que se generaliza a toma de decisiones judiciales (jurados): las mujeres condenan más a los agresores sexuales que los hombres, valiéndose de estos procesos atributivos (Arce et al., 2000). Si bien, socialmente se ha dado un gran paso en la concesión de verosimilitud a los testimonios de las víctimas-denunciantes de una agresión sexual, que redundará en un incremento del afrontamiento judicial (denuncia) de los hechos, aún queda un grupo de un tamaño excesivamente grande (casi el 30 % de la población comunitaria) que comparten los mitos sobre las agresiones y que se refleja en un sesgo sistemático que resta verosimilitud

a la víctima-denunciante que, en general, se le confiere. En resumen, si bien se ha avanzado socialmente en la consideración de la víctima-denunciante de una agresión como tal, quedan pasos por dar en relación a aquellos que participan de los mitos sobre la agresión sexual y la atribución, en general, de responsabilidad a la víctima-denunciante.

A nivel teórico, los resultados prestan apoyo a que la formación de juicios descansa en la fiabilidad del testimonio, esto es, a los modelos de integración de la información (Kaplan y Kemmerick, 1974) y a que los sesgos motivacionales son la herramienta para la atribución de responsabilidad ante la falta de una verificación directa (Ross, 1977).

Además es ineludible un mayor esfuerzo en la prevención de la violencia sexual de cara a minimizar el impacto de este tipo de mitos y falsas creencias sobre las agresiones sexuales (Barn y Powers, 2021; Katz-Schiavone et al., 2008, Orochowski et al., 2018), así como en la sensibilización de los operadores jurídicos para que, desde una orientación de Justicia Terapéutica, puedan incidir en el bienestar de las víctimas (Camplá et al., 2017; Cattaneo y Goodman, 2010; Novo et al., 2020). Por otro lado, también es necesaria más investigación sobre nuevos contextos de la violencia sexual, particularmente, la perpetrada en el ámbito de la pareja hetero y homosexual (Russell y Hand, 2017) y en otras franjas de edad, como la adolescencia, ya que este estudio se centró en la mujer adulta como víctima.

Los resultados de este estudio están sujetos a limitaciones. Primera, el limitado tamaño de la muestra, así como el procedimiento de obtención limita la representatividad y generalización de los resultados. Segunda, la presentación del material en formato escrito puede reducir el efecto en contraste con una presentación en vídeo que otorga más realismo y empatía con la víctima-denunciante (Novo et al., 2015). Tercera, aun habiendo controlado el efecto extremo de la deseabilidad social en las respuestas, la varianza aun puede estar explicada en parte –disimulación no extrema– por el método en vez del constructo –mitos– (Fariña et al., 2017). Cuarta, los resultados de investigación con diseños de simulación difieren en términos de magnitud, que no del efecto, de la investigación con experimentos naturales (Fariña et al., 1994). Quinta, estos

resultados, propios de un juicio social (muestra comunitaria), no son generalizables a la toma de decisiones de judiciales dado que, en este contexto, la verosimilitud del testimonio ha de evaluarse en función de los criterios incredibilidad subjetiva, verosimilitud (entendida judicialmente como que el testimonio de la denunciante ha de ser corroborado con pruebas periféricas que lo doten de aptitud probatoria) y persistencia en la incriminación. Y todo ello bajo el cumplimiento del estándar constitucional (art. 24.2º CE) de la presunción de inocencia (i.e., “es esencial que los inocentes estén en todo caso protegidos frente a condenas infundadas, mientras que es suficiente que los culpables sean generalmente castigados”; Sentencia 213/2002 del TS, Sala de lo Penal, 14 de febrero de 2002).

Agradecimientos

Esta investigación ha sido financiada en parte por el Ministerio de Economía y Competitividad (PSI2017-87278-R) y por la Consellería de Cultura, Educación y Ordenación Universitaria de la Xunta de Galicia” (ED431B 2020/46).

References

- Arce, R. (2017). Análisis de contenido de las declaraciones de testigos: Evaluación de la validez científica y judicial de la hipótesis y la prueba forense [Content Analysis of the Witness Statements: Evaluation of the Scientific and Judicial Validity of the Hypothesis and the Forensic proof]. *Acción Psicológica*, 14(2), 171–190. <https://doi.org/10.5944/ap.14.2.21347>
- Arce, R., Arias, E., Novo, M. y Fariña, F. (2020). Are Interventions with Batterers Effective? A Meta-Analytical Review. *Psychosocial Intervention*, 29(3), 153–164. <https://doi.org/10.5093/pi2020a11>
- Arce, R., Fariña, F. y Fraga, A. (2000). Género y formación de juicios en un caso de violación [Gender and Juror Judgment Making in a Case of

- Rape]. *Psicothema*, 12(4), 623–628. Retrieved from <http://www.psicothema.com/pdf/381.pdf>
- Arce, R., Fariña, F., Seijo, D. y Novo, M. (2015). Assessing Impression MANAGEMENT with the MMPI-2 in Child Custody litigation. *Assessment*, 22(6), 769–777. <https://doi.org/10.1177/1073191114558111>
- Arias, E., Arce, R., Vázquez, M. J. y Marcos, V. (2020). Treatment Efficacy on the Cognitive Competence of Convicted Intimate Partner Violence Offenders. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 36(3), 427–435. <https://doi.org/10.6018/analesps.428771>
- Barn, R. y Powers, R. A. (2021). Rape Myth Acceptance in Contemporary Times: A Comparative Study of University Students in India and the United Kingdom. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(7-8), 3514–3535. <https://doi.org/10.1177/0886260518775750>
- Behnken, M. P. (2017). Contextualizing the Role of Alcohol in Sexual Violence. *Journal of Adolescent Health*, 61(1), 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.05.001>
- Brown, J. M., Hamilton, C. y O'Neill, D. (2007). Characteristics Associated with Rape Attrition and the Role Played by Scepticism or Legal Rationality by Investigators and Prosecutors. *Psychology, Crime & Law*, 13(4), 355–370. <https://doi.org/10.1080/10683160601060507>
- Camplá, X., Novo, M. y Arce, R. (2017). Fuerzas policiales y mitos sobre las agresiones sexuales: Una revisión sistemática de la evidencia [Police Forces and Rape Myths: A systematic review]. En C. Bringas y M. Novo (eds.), *Psicología jurídica: Conocimiento y práctica* (pp. 283–298). Universidad de Sevilla.
- Camplá, X., Novo, M., Sanmarco, J. y Arce, R. (2019). Escala Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression: Validación para la población chilena [The Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression scale: Validation for Chilean population]. *Revista Mexicana de Psicología*, 36(2), 132–146. Retrieved from <http://comepsi.com/images/rmp/RMP%20362%20132-146.pdf>
- Cattaneo, L. B. y Goodman, L. A. (2010). Through the Lens of Therapeutic Jurisprudence: The Relationship between Empowerment in the Court System and Well-being for Intimate Partner Violence Victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(3), 481–502. <https://doi.org/10.1177/0886260509334282>
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2019). *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2019*. Centro de Investigaciones Sociológicas. Retrieved from http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3220_3239/3235/es3235mar.pdf
- Clay, L. A. (2019). *The News through Facebook: Discovering the Prevalence of Rape Myths in User* [Doctoral thesis], Nova Southeastern University. Recuperado de https://nsuworks.nova.edu/fse_etd/185/
- Fariña, F., Arce, R. y Real, S. (1994). Ruedas de identificación: De la simulación y la realidad [Lineups: A Comparison of High Fidelity Research and Research in a Real Context]. *Psicothema*, 6(3), 395–402. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/935.pdf>
- Fariña, F., Redondo, L., Seijo, D., Novo, M. y Arce, R. (2017). A Meta-analytic Review of the MMPI Validity Scales and Indexes to Detect Defensiveness in Custody Evaluations. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17, 128–138. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.02.002>
- Fedina, L., Holmes, J. L. y Backes, B. L. (2018). Campus Sexual Assault: A Systematic Review of Prevalence Research from 2000 to 2015. *Trauma*,

- Violence, & Abuse*, 19(1), 76–93. <https://doi.org/10.1177/1524838016631129>
- Gallego, R., Novo, M., Fariña, F. y Arce, R. (2019). Child-to-parent Violence and Parent-to-child-Violence: A Meta-analytic Review. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 11(2), 51–59. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2019a4>
- Garrido-Macías, M., Valor-Segura, I. y Expósito, F. (2020). Which Tactics of Sexual Violence Predict Leaving the Relationship? The Role of Dependence towards Partner. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 12(2), 53–60. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2020a6>
- Gerger, H., Kley, H., Bohner, G. y Siebler, F. (2007). The Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression scale: Development and validation in German and English. *Aggressive Behavior*, 33, 422–440. <https://doi.org/10.1002/ab.20195>
- Grubb, A. y Turner, E. (2012). Attribution of Blame in Rape Cases: A Review of the Impact of Rape Myth Acceptance, Gender Role Conformity and Substance Use on Victim Blaming. *Aggression and Violent Behavior*, 17, 443–452. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.06.002>
- Hastie, R., Penrod, S. y Pennington, N. (1983). *Inside the Jury*. Harvard University Press.
- Herrero, Ó., Escorial, S. y Colom, R. (2019). Rapists and Child Abusers Share Low Levels in Executive Updating, but do not in Fluid Reasoning. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 11(1), 1–7. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a10>
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Condenados por delitos sexuales según sexo, edad y nacionalidad*. Recuperado de <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=28857>
- Johnson, K. K. P. y Lee, M. (2000). Effects of Clothing and Behavior on Perceptions Concerning an Alleged Date Rape. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 28(3), 332–356. <https://doi.org/10.1177/1077727X00283003>
- Katz-Schiavone, S., Levenson, J. S. y Ackerman, A. R. (2008). Myths and Facts about Sexual Violence: Public Perceptions and Implications for Prevention. *Journal of Criminal Justice and Popular Culture*, 15(3), 291–311.
- Kaplan, M. F. y Kemmerick, G. (1974). Juror Judgment as Information Integration: Combining Evidential and non Evidential Information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 493–499. <https://doi.org/10.1037/h0037034>
- Kelley, H. H. (1971). *Attribution and Social Interaction*. General Learning Press.
- Kingree, J. B. y Thompson, M. (2015). A Comparison of Risk Factors for Alcohol-Involved and Alcohol-Uninvolved Sexual Aggression Perpetration. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(9), 1478–1492. <https://doi.org/10.1177/0886260514540806>
- Logan, T. K., Walker, R. y Cole, J. (2015). Silenced Suffering: The Need for a Better Understanding of Partner Sexual Violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(2), 111–135. <https://doi.org/10.1177/1524838013517560>
- Lonsway, K. A. y Fitzgerald, L. F. (1994). Rape Myths: In Review. *Psychology of Women Quarterly*, 18(2), 133–164. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1994.tb00448.x>
- Lorenz, K. y Ullman, S. E. (2016). Alcohol and Sexual Assault Victimization: Research Findings and Future Directions. *Aggression and Violent Behavior*, 31, 82–94. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.08.001>
- Lynch, K. R., Wasarhaley, N. E., Golding, J. M. y Simcic, T. (2013). Who Bought the Drinks? Juror Perceptions of Intoxication in a Rape Trial. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(16), 3205–3222. <https://doi.org/10.1177/0886260513496900>

- Marcos, V., Gancedo, Y., Castro, B. y Selaya, A. (2020). Dating Violence Victimization, Perceived Gravity in Dating Violence Behaviors, Sexism, Romantic Love Myths and Emotional Dependence between Female and Male Adolescents. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 11(2), 132–145. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2020.02.040>
- Martín, A. M., Padrón, M. y Redondo, S. (2019). Early Narratives of Desistance from Crime in Different Prison Regimes. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 11(2), 71–79. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2019a2>
- Maurer, T. W. y Robinson, D. W. (2008). Effects of Attire, Alcohol, and Gender on Perceptions of Date Rape. *Sex Roles*, 58, 423–434. <https://doi.org/10.1007/s11199-007-9343-9>
- Megías, J. L., Romero-Sánchez, M., Durán, M., Moya, M. y Bohner, G. (2011). Spanish Validation of the Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression scale (AMMSA). *Spanish Journal of Psychology*, 14(2), 912–925. https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n2.37
- Ministerio del Interior. (2018). *Informe sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual en España* [Report about Crimes Against Sexual Freedom and Indemnity in SPAIN]. Recuperado de <http://www.interior.gob.es/documents/10180/8736571/INFORME+DELITOS+CONTRA+LA+LIBERTAD+E+INDEMNIDAD+SEXUAL+2018.pdf/72779215-38b4-4bb3-bb45-d03029739f5c>
- Novo, M., Díaz-Saco, P., Amado, B. G., & Vilariño, M. (2015). Efectos de contexto en la formación de juicios en un caso de violación [Contextual Effects on Judgment-Making in a Case of Rape]. *Anuario de Psicología Jurídica*, 25, 39–45. <https://doi.org/10.1016/j.apj>
- Novo, M., Fariña, F. y Vázquez, M. J. (2020). Justicia Terapéutica en procesos penales con personas menores de edad como víctimas y testigos. En F. Fariña, M. S. Oyhamburu y D. Wexler (Coords.), *Justicia Terapéutica en Iberoamérica* (pp. 219–240). Wolters Kluwer.
- Olson, C. L. (1976). On Choosing a Test Statistic in MANOVA. *Psychological Bulletin*, 83(4), 579–586. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.83.4.579>
- Orchowski, L. M., Edwards, K. M., Hollander, J. A., Banyard, V. L., Senn, C. Y. y Gidycz, C. A. (2020). Integrating Sexual Assault Resistance, Bystander, and Men’s Social Norms Strategies to Prevent Sexual Violence on College Campuses: A Call to Action. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(4), 811–827. <https://doi.org/10.1177/1524838018789153>
- Orchowski, L. M., Barnett, N. P., Berkowitz, A., Borsari, B., Oesterle, D. y Zlotnick, C. (2018). Sexual Assault Prevention for Heavy Drinking College Men: Development and Feasibility of an Integrated Approach. *Violence Against Women*, 24(11), 1369–1396. <https://doi.org/10.1177/1077801218787928>
- Osman, S. L. (2003). Predicting Men’s Rape Perceptions based on the Belief that “no” Really Means “yes”. *Journal of Applied Social Psychology*, 33(4), 683–692. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2003.tb01919.x>
- Peñúñuri, L. Y. Y., Gómez, J. A. M. y Anaconda, C. A. R. (2019). Therapeutic Intervention for Victims and Perpetrators of Dating Violence: A Systematic Review. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 10(2), 107–121. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2019.02.029>
- Peterson, Z. D. y Muehlenhard, C. L. (2004). Was it Rape? The Function of Women’s Rape myth Acceptance and Definitions of Sex in Labeling their Own Experiences. *Sex Roles*, 51(3-4), 129–144. <https://doi.org/10.1023/B:SERS.0000037758.95376.00>
- Redondo, L., Fariña, F., Seijo, D., Novo, M. y Arce, R. (2019). A Meta-Analytical Review of the

- Responses in the MMPI-2/MMPI-2-RF Clinical and Restructured Scales of Parents in Child Custody Dispute. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 35(1), 156–165. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.1.338381>
- Romero-Sánchez, M., Krahé, B., Moya, M. y Megías, J. L. (2018). Alcohol-related Victim Behavior and Rape Myth Acceptance as Predictors of Victim Blame in Sexual Assault cases. *Violence against Women*, 24(9), 1052–1069. <https://doi.org/10.1177/1077801217727372>
- Romero-Sánchez, M., Megías, J. L., Carretero-Dios, H. y Rincón, L. (2013). Versión colombiana de la escala Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression: Primeros análisis psicométricos [Colombian version of the Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression scale: First psychometric analyses]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(1), 121–134. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rpls/v45n1/v45n1a09.pdf>
- Romero-Sánchez, M., Megías, J. L. y Krahé, B. (2011). The Role of Alcohol and Victim Sexual Interest in Spanish Students' Perceptions of Sexual Assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(11), 2230–2258. <https://doi.org/10.1177/0886260511432149>
- Rosenthal, R. y Rubin, D. B. (1982). A simple, General Purpose Display of Magnitude of Experimental Effect. *Journal of Educational Psychology*, 74(2), 166–169. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.74.2.166>
- Ross, L. (1977). The Intuitive Psychologist and its Shortcomings. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (vol. 10). Academic Press.
- Starfelt, L. C., Young, R. M., White, K. M. y Palk, G. R. M. (2015). Explicating the Role of Sexual Coercion and Vulnerability Alcohol Expectancies in Rape Attributions. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(11), 1965–1981. <https://doi.org/10.1177/0886260514549466>
- Stevens, J. (1986). *Applied Multivariate Statistics for Social Sciences*. LEA.
- Suárez, E. y Gadalla, T. M. (2010). Stop Blaming the victim: A Meta-analysis on Rape Myths. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(11), 2010–2035. <https://doi.org/10.1177/0886260509354503>
- Temkin, J. y Krahé, B. (2008). *Sexual Assault and the Justice Gap: A Question of Attitude*. Hart Publishing.
- Trujano, P. y Raich, M. (2000). Variables socioculturales en la atribución de culpa a las víctimas de violación [Sociocultural Variables in Blame Attributions at Rape Victim]. *Psicothema*, 12(2), 223–228. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/281.pdf>
- Vonderhaar, R. L. y Carmody, D. C. (2015). There are no “innocent victims”: The Influence of Just World Beliefs and Prior Victimization on Rape Myth Acceptance. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(10), 1615–1632. <https://doi.org/10.1177/0886260514549196>
- Whatley, M. A. (2005). The Effect of Participant Sex, Victim Dress, and Traditional Attitudes on Causal Judgments for Marital rape Victims. *Journal of Family Violence*, 20(3), 191–200. <https://doi.org/10.1007/s10896-005-3655-8>
- Wolfendale, J. (2016). Provocative Dress and Sexual Responsibility. *Georgetown Journal of Gender and the Law*, 17, 1–26. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2591440>
- World Health Organization. (2011). *Violence against women—Intimate partner and sexual violence against women*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). *Global and Regional Estimates of Violence against Women:*

Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual violence. WHO Library. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf

Yanez-Peñúñuri, L. Y., Martínez-Gómez, J. A. y Rey-Anaconda, C. A. (2019). Therapeutic Intervention for Victims and Perpetrators of Dating Violence: A

systematic review. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 10(2), 107–121. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2019.02.029>

Zelin, A. I., Walker, R. V. y Johnson, D. M. (2019). Cornered at a Bar: How Victim Clothing, Alcohol Intake, and Relationship with Bystander Impact Intention to Help. *Violence against Women*, 25(10), 1163–1190.

<https://doi.org/10.1177/1077801218809948>

ASSESSING THE EFFECTS OF MYTHS ABOUT SEXUAL AGGRESSION ON THE VERISIMILITUDE OF A VICTIM-COMPLAINANT OF SEXUAL ASSAULT

YURENA GANCEDO, JÉSSICA SANMARCO, ADRIANA SELAYA, ANDREA GONZÁLEZ-DAPÍA Y MERCEDES NOVO²

Introduction

Sexual violence is one of the most severe types of ‘violence against women’ (Camplá et al., 2017, 2019; Fedina et al., 2018; Romero-Sánchez et al., 2018). Sexual violence against women is defined as any sexual act, attempt to obtain a sexual act, unwanted sexual comments or advances, or acts to traffic or otherwise directed against a person’s sexuality using coercion, by any person regardless of their relationship to the victim, in any setting, including but not limited to home and work (World Health Organization [WHO], 2011). In relation to its prevalence, the figures are inconsistent given that the WHO (2013) report relies on data from different countries and regions with different definitions of sexual violence, and limited typologies of sexual violence. The most common definition was experience of being forced to perform any sexual act that you did not want to by someone other than your husband/partner. This measure is subject to several sources of error leading to underestimates: excluding sexual violence from husband/partner, neglecting many types

of violence (e.g., harassment, violation of fundamental rights, human trafficking), as well as underestimation owing to the stigmatization attached to this type of victimization that deters victims from reporting an offence. Moreover, the report found at least 7.2 % [5.3 %, 9.1 %] of women informed they had been long-life victims of sexual violence. The prevalence rate in Europe was 5.2 [0.8 %, 9.7 %], which, furthermore, appears to be very imprecise as the confidence margin indicated it could range from near zero to almost 10 %. Nevertheless, the data suggested the baseline (average minimum likelihood of victimization of sexual violence against women) was around 7% worldwide, and 5 % in Europe. In Spain, the macro-survey carried out by the Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2019) found 9.9 % of women informed they had been forced to have sexual relations by their ex-partner (0.4 % by their current partner), and 1.5 % (4.6 % had been subject to unwanted touching in intimate sexual parts) by a person other than their partner. However, the official figures from the Spanish Home Office (Ministerio del Interior, 2019) only recorded the yearly average of 10,763 reported assaults (reports to the police); and fewer

than 2,500 offenders were convicted for sexual offences (N = 2,473; Instituto Nacional de Estadística, 2020). In short, it is a pandemic, the true magnitude and impact of which remains to be fully understood, with a big gap between social and judicial reality.

The scientific literature on sexual violence has underscored the impact of myths about sexual aggression, defined as “generally false attitudes and beliefs that are widely and firmly held that serve to deny or justify the sexual assault of men on women” (Lonsway & Fitzgerald, 1994, p. 134), and judgement-making regarding it. Thus, several studies have found both men and women holding these myths tended to blame the victim (Garrido-Macías et al., 2020; Gerger, et al., 2007; Lonsway & Fitzgerald, 1994; Marcos et al., 2020; Romero-Sánchez et al., 2011), which diminished the likelihood of them perceiving a forced sexual relation such as rape (Megías et al., 2011; Peterson & Muehlenhard, 2004; Romero-Sánchez et al., 2013; Temkin & Krahé, 2008). However, the acceptance of these myths are mediated by variables such as gender or academic status (Garrido-Macías et al., 2020). Thus, men were more inclined to ascribe to myths about sexual aggression than women; and subjects of a high academic or professional status buffered the effect (Clay, 2019; Lonsway & Fitzgerald, 1994; Russell & Hand, 2017; Suárez & Gadalla, 2010; Vonderhaar & Carmody, 2015).

The most predominant myth about sexual aggression involves the context of the offence (e.g., alcohol and/or drug abuse, and clothing), and the culprit (e.g., partner, date rape) (Logan et al., 2015). Alcohol was the drug most frequently associated to violent sexual offences (Grubb & Turner, 2012), and in a high number of sexual assaults this substance was present in the victim, the aggressor, or both (Behnken, 2017; Kingree & Thompson, 2015; Lorenz & Ullman, 2016; Romero-Sánchez et al., 2011). The presence of alcohol in the context of sexual assaults reported to the police is reflected in the ambivalence in attributions of causality (Grubb & Turner, 2012; Maurer & Robinson, 2008; Romero-Sánchez et al., 2011). On the one hand, alcohol consumption may be used both by the aggressor as a mitigating factor, or grounds for exemption from criminal responsibility in the sexual assault (Lorenz & Ullman, 2016; Yanez-Peñúñuri et al., 2019), or to support narratives contrary to the offender’s desistance from crime

(Martín et al., 2019), or claims of severe impairment or absence of cognitive functioning (Herrero et al., 2019). On the other hand, victims-complainants are attributed most of the responsibility for the incident due to their alcohol consumption and to an ‘imprudent behaviour’, even though the attribution of high vulnerability would be equally appropriate (Grubb & Turner, 2012; Lorenz & Ullman, 2016; Lynch et al., 2013; Maurer & Robinson, 2008; Romero-Sánchez et al., 2018; Starfelt et al., 2015).

The other widely extended myth of a contextual dimension is systematic victim blaming on account of the type of clothing the victim-complainant was wearing at the time of the assault (Maurer & Robinson, 2008). According to this myth, any clothing considered provocative is interpreted as a sign of sexual enticement and consenting to sex, which justifies victim blaming (Brown et al., 2007; Johnson & Lee, 2000; Maurer & Robinson, 2008; Osman, 2003; Whatley, 2005; Wolfendale, 2016; Zelin et al., 2019).

Hence, the attribution of responsibility in the sexual assault of women can be largely accounted for in terms of myths about sexual aggression, the specific characteristics of the events, and the interaction between both (Peterson & Muehlenhard, 2004). The judgement-making models corroborated by empirical studies have established that these rest on attributional processes (Hastie et al., 1982). Moreover, information integration models have found that in judgement-making, the attribution of responsibility underpins the reliability of a testimony, that is, verisimilitude conferred to both the witness and the testimony (Arce et al., 2000; Kaplan & Kemmerick, 1974). In cases of sexual violence, the credibility conferred to the complainant’s testimony is the cornerstone on which judgement-making rests, given that in offences committed in the private domain there is often no incriminating evidence other than the complainant’s own testimony (Arce, 2017; Arce et al., 2000). Thus, judgement-making on the victimization of sexual assaults usually hinges on attributional processes that do not admit direct verification, meaning the decision-maker must employ motivational strategies (i.e., tendency to create and hold beliefs regarding individuals) to make judgements (Ross, 1977). Thus, judgement-makers would enable ‘the need for effective control’ motivational bias to attribute the responsibility of the events to the victim-com-

plainant, and mitigate the perpetrator's responsibility (Kelley, 1971). Thus, these myths are used as a strategy to undermine the victim's-complainant's credibility, or curtail the aggressor responsibility. However, the results of the effects of myths on the verisimilitude of a victim's-complainant's testimony are inconclusive, and heighten the need for further research, particularly in community populations (Russel & Hand, 2017). Accordingly, the aim of this study was to broaden the study design by assessing a community population in order to gather empirical data on the effects of the victim's-complainant's clothing and alcohol consumption (myth about sexual aggression) on the verisimilitude conferred to a testimony, and the effect of the sex of the person evaluating myths about sexual aggression.

Method

Participants

The sample consisted of 353 participants, aged 16 to 72 years ($M = 32.54$, $SD = 12.96$), women 69.12 % ($n = 235$). As for academic status, 10.3 % had completed primary education ($n = 35$); 39.4 % ($n = 134$) secondary education, and 50.3 % ($n = 171$) higher education.

Procedure

The instruments and questionnaires in this study were administered on-line. The invitation to participate explained the study was on perception, and no inclusion criteria were required (except for being 16 years or over, the age of sexual consent), in order to broaden the sample, which in previous studies has mostly involved samples of university undergraduates. The administration of measures was rotated (standard rotation procedure) to control the interaction effects between measures. The participants were randomly assigned to one of the three narrative conditions.

All participants freely volunteered to participate in the study, and were guaranteed their data would remain anonymous and confidential according to the Spanish Data Pro-

tection Law (Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, 2018).

Material

In order to determine the verisimilitude of a victim's-complainant's testimony, the participants read the narrative of a woman's testimony who reported she has been raped (Novo et al., 2015), the content of the account differed according to the different conditions:

-Neutral narrative. In her testimony, the victim states that, after several meetings with the aggressor, she decided to invite him home. At the beginning she felt relaxed, but then he started to make sexual advances and trying to have sexual relations, which the victim refused verbally ("I told him to stop, I told him I didn't want to"), and physically ("I tried to stop him touching me"). Nonetheless, the aggressor continued to force the victim into having sexual relations.

-Provocative clothing narrative. This is the same testimony as the previous one, with the added description of the woman's provocative clothing during the encounter ("short skirt without braces", "tightfitting") mentioned at different stages of the narrative.

-Alcohol consumption narrative. The content was identical to the neutral narrative, but the victim's alcohol consumption was mentioned at different stages of the narrative, when the victim says she had drunk wine, and described its effects ("I was very drunk and dizzy"), but assures that, in spite of being very drunk at no time did she lose consciousness.

In the three narratives, colloquial first person language was used to recreate a real-life testimony. The narratives were evaluated by 20 judges (Thurstone procedure), who determined the degree to which they reflected the conditions referred to on an 11-point scale, where 11 reveals the use of provocative clothing, reveals the victim's alcohol consumption, for the narrative conditions of provocative clothing, and alcohol consumption, respectively, and 1 no mention of provocative clothing or alcohol consumption in the neutral narrative. The degree of agreement was > 10 for the provocative clothing and alcohol con-

sumption narrative conditions, and < 2 for the neutral narrative condition.

Measurement instruments

In addition to sociodemographic data, in order to evaluate the acceptance of myths about sexual aggression, the Spanish version of the Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression Scale (AMMSA scale; Megías et al., 2011) was administered, which is a self-report measure consisting of 30 items measuring the degree of agreement or disagreement with myths about sexual aggression on a Likert scale ranging from 1 (totally disagree) to 7 (totally agree). The scale is one-dimensional, so an average score over 4 confirms agreement with the postulates of the items (group of subjects agreeing with the myths), whereas a score of ≤ 4 classified subjects as disagreeing with the myths about sexual aggression (group of subjects disagreeing with the myths). The scale has been validated in the general population with proven reliability in different versions and contexts, with an internal consistency of the sample of in this study of $\alpha = .918$ [.905, .930].

The narratives were evaluated by the participants on 6 items measuring the credibility of a testimony (Arce et al., 2000) using a 9-point Likert scale:

-Item 1: “The woman is telling the truth about what happened”, where 0 means she is lying, and 9 means she is telling the truth. The aim was to measure the perceived honesty of the victim in telling the truth about what really happened.

-Item 2: “I think it constitutes a sexual assault”, where 0 means it certainly isn’t a sexual assault, and 9 means it certainly is a sexual assault. The aim was to examine how subjects defined the sexual relation, perceiving it either as rape or consensual sex.

-Item 3: “I think the woman could have avoided it”, where 0 means not at all, and 9 means completely. The aim was to assess attribution of responsibility to the victim, which is expected to be higher in cases where it was perceived the victim could have avoided the assault.

-Item 4: “I think the woman is plausible”, where 0 means not at all credible, and 9 means totally credible. This item evaluated the perceived plausibility of the victim, according to perceptions of the plausibility of the victim’s testimony.

-Item 5: “I believe the woman’s version”, where 0 means I don’t believe, and 9 means I believe her version entirely. The extent to which the subject considered the narrative to be accurate, and measures the credibility inspired by the woman’s testimony.

-Item 6: “I think the woman is responsible for the situation described”, where 0 means not at all, and 9 means very responsible. In this case, the attribution of responsibility to the aggressor was evaluated, which tended to be greater if the victim was considered to be powerless in preventing the assault.

This measure of the complainant’s credibility obtained an internal consistency of $\alpha = .791$ [.754, .824], and an item-total correlation .30.

In order to evaluate feigning, the L ($T \geq 64$), and Od ($r_s \geq 16.25$) Scales of the MMPI-2 were used. The sum of these indexes have been found to correctly classify defensive responses (Arce et al., 2015).

Data analysis

The data analysis was designed for the comparison of the means of multiple variables in three factors. Thus, a MANOVA was performed that required the dependent variables to be correlated ($\alpha = .791$ and item-total correlation $> .30$), constituted a theoretical construct (verisimilitude of the testimony); independence of measures (the observations were independent); the normality of the distributions (K-S, *ns*), and variance homogeneity (Box’s $M = 893.18$, $p < .001$). The lack of variance homogeneity when the groups were not of a similar size (i.e., women/men = 226/101 = 2.24; group of subjects agreeing with the myths/group of subjects rejecting the myths = 232/95 = 2.44) may produce substantial deviations in the significance of the results (Stevens, 1986). Thus, at a multivariate level, the Lawley-Hotelling trace,

Wilks Lambda, and the Pillai-Bartlett trace are robust to the violation of variance homogeneity, with slight differences according to the type of rape (e.g., unequal variances, heterogeneous variances). Moreover, the three statistics were found to inform equally on the acceptance/rejection of the null hypothesis, reporting Pillai-Bartlett trace, which Olson (1979) concluded was superior in robustness to the violation of variance homogeneity. In the univariate tests to validate the correct acceptance or rejection of the null hypothesis, the theoretical F value (conservative Box test = 3.936/3.841) was compared to the empirical one, and if the theoretical F was smaller than the empirical one, the alternative hypothesis should be accepted, and vice versa. This method was employed to examine if the empirical F s obtained the same results in terms of acceptance or rejection of the null hypotheses as the theoretical F s. Post hoc comparisons, when variance heterogeneity was, Howell and Dunnett's C test was performed as groups were of large size.

The effect sizes were calculated in η_p^2 for the multivariate analyses, and in r for the comparisons of two means, and interpreted in terms of the BESD to quantify the increases and decreases in relation to the control condition (Corrás et al., 2016; Rosenthal & Rubin 1982), and the Probability of Superiority of the Effect Size (PSES; Gallego et al., 2019; Redondo et al., 2019). The analysis of the comparison between groups was productive, but insufficient, and had to be complemented with the study of cases involving the statistical Probability of an Inferiority Score (PIS; Arce et al., 2020; Arias et al., 2020) that quantified the probability of cases below the test value (baseline), or contrast group.

Results

Analysis of the validity of the protocols

A total of 13 protocols were eliminated for systematic evidence of feigning ($L \geq 64$ and $Od \geq 16.25$) that would distort the responses of the measurement variables to-

wards social desirability; in this case, a conscious expression of total disagreement (feigning) with the myths about sexual aggression. Indeed, these participants obtained an average score in myths of sexual assault below the upper limit of the probable error interval of the response category "totally disagree" (1.033).

Study of the effects of gender, myths about sexual aggression, and the narrative in the verisimilitude of the testimony

A MANOVA was performed with a personalized factorial design (gender, myths, narrative, gender x myths, gender x narratives, and myths x narratives) x 2 (gender: man vs. women) x 2 (myths about sexual aggression: agreement vs. disagreement) x 3 (narrative: neutral, provocative clothing, alcohol consumption), the multivariate results showed the factors gender, $F_{(6, 312)} = 3.67, p < .01, 1 - \beta = .954$, explained 6.5 % of the variance, $\eta_p^2 = .065$, and myths about sexual aggression, $F_{(6, 312)} = 14.70, p < .001, 1 - \beta = 1$, explained 22 % of the variance, $\eta_p^2 = .220$, and mediated differences in the verisimilitude of a victim-complainant testimony; whereas the narrative, $F_{(12, 626)} = 1.68, ns, 1 - \beta = .862, \eta_p^2 = .031$, did not. Moreover, the interactions between gender and myths about sexual aggression, $F_{(6, 312)} = 0.84, ns, 1 - \beta = .333, \eta_p^2 = .023$, gender and narrative, $F_{(12, 626)} = 1.23, ns, 1 - \beta = .704, \eta_p^2 = .031$, and myths about sexual aggression and narrative, $F_{(12, 626)} = 1.66, ns, 1 - \beta = .856, \eta_p^2 = .031$, were not significant.

The univariate effects for the factor gender (see Table 1) showed women perceived more honesty and plausibility in the victim-complainant, and their testimony, as well as attributing more responsibility to the aggressor-defendant. Quantitatively (r), women increased perceived honesty by 19.2 %, perceived victim-complainant credibility 15.2 %, and credibility of the victim's-complainant's testimony 19.5 %, as well as attributing more responsibility to the aggressor-defendant 14.2 %, in comparison to men. In terms of the magnitude of the effect (PSES), the effect observed was greater than 21.3 % of all possible in which women conferred more victim-complainant verisimilitude

Table 1.

Univariate effects of the verisimilitude of testimony for the factor gender.

	M_w	M_m	F	$1 - \beta$	r	PS_{ES}
1. Perceived honesty	7.96	7.25	12.10***	.934	.192	.213
2. Defining the events as assault sexual	8.06	7.74	3.71	.484	.109	.119
3. Attribution responsibility to the victim	4.66	4.87	0.32	.087	-.032	.032
4. Perceived plausibility of the victim	8.00	7.50	7.52**	.781	.152	.174
5. Credibility derived from the testimony	8.07	7.47	12.37***	.939	.195	.221
6. Attribution of responsibility al aggressor	8.05	7.27	15.35***	.974	.214	.243

Note: $df(1, 317)$. M_w : mean for women's' group; M_m : mean for men's' group; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

in perceived honesty of the victim-complainant; 17.4 % in perceived plausibility of the victim-complainant; 22.1 % in credibility in the victim's-complainant's testimony; and 24.3 % in the attribution of responsibility to the aggressor-defendant. Finally, it is worth noting that both men and women ($M_s > 4$) attributed responsibility to the victim-complainant for the events, which they considered the victim could have avoided. However, the attribution of responsibility to the victim ($M = 4.72[4.53, 4.91]$) was significantly smaller than that attributed to the aggressor-defendant ($M = 8.00[7.82, 8.18]$).

In any case, the population of men conferred verisimilitude to the victim-complainant (see Table 2), with an increase above the baseline of verisimilitude conferred to the victim-complainant of more than 60 % (r), except for the attribution of responsibility to the victim-complainant, where a significant attribution of responsibility to the victim-complainant was observed with an increase of 11.9 % in the responsibility of the victim-complainant above the baseline. The magnitude of the effect sizes (PS_{ES}) was extraordinarily high (> 70 %) in the measures of victim-

complainant credibility, and in the 13.5 % of attribution of responsibility to the victim-complainant. However, there was a degree of probability men did not confer credibility to the victim-complainant that was marginal (.05) to perceived honesty, defining the events as sexual assault, the perceived plausibility of the victim-complainant, .058[.033, .083], the credibility conferred to the testimony, and the attribution of responsibility to the aggressor-defendant, whereas the probability of exonerating the victim-complainant from responsibility in the incident was around 40 %, .405[.351, .458] (a similar rate was observed in women, .464[.400, .528]).

The univariate effects for the factor myths about sexual aggression (agree vs. disagree) (see Table 3) revealed that subjects agreeing with the myths perceived less honesty and credibility in the victim-complainant, and their testimony, as well as attributing less responsibility to the aggressor-defendant and more to the victim-complainant. Quantitatively (r), individuals who agreed with the myths about sexual aggression perceived 25.7 % less honesty in the victim-complainant; classifying 28.3 % fewer events

Table 2.

Comparison of the evaluation of the verisimilitude assigned to the victim-complainant in the sample of men. Student t with a test value of 4 (neither confirmed nor detracted victim-complainant verisimilitude).

	M_m	t	r	PS_{ES}	PIS
1. Perceived honesty	7.25	16.68***	.634	.754	.050
2. Defining the events as sexual assault	7.74	18.67***	.675	.803	.033
3. Attributing responsibility to the victim	4.87	2.47*	.119	.135	.405
4. Perceived plausibility of the victim	7.50	22.01***	.618	.733	.058
5. Credibility derived from the testimony	7.47	20.78***	.721	.850	.021
6. Attributing responsibility to the aggressor	7.27	17.17***	.643	.766	.046

Note: $df(1, 103)$. M_m : mean for group of men; * $p < .05$; *** $p < .001$.

Table 3.

Univariate effects in the verisimilitude of the testimony for the factor myths about sexual aggression (agreement vs. disagreement with the myths about sexual aggression).

	<i>M_A</i>	<i>M_D</i>	<i>F</i>	1 – β	<i>r</i>	<i>PS_{ES}</i>
1. Perceived honesty	7.13	8.08	22.48***	.997	-.257	.296
2. Defining the events as sexual assault	7.28	8.42	27.74***	1.00	-.283	.326
3. Attributing responsibility to the victim	5.78	3.75	29.91***	1.00	.293	.333
4. Perceived plausibility of the victim	7.11	8.40	52.03***	1.00	-.375	.431
5. Credibility derived from the testimony	7.15	8.40	56.95***	1.00	-.390	.451
6. Attributing responsibility to the aggressor	7.08	8.24	36.03***	1.00	-.319	.369

Note. *df*(1, 317). *M_A*: group mean agreeing with the myths about sexual aggression; *M_D*: group mean disagreeing with the myths about sexual aggression; ****p* < .001.

as constituting sexual assault; attributing 29.3 % more responsibility to the victim-complainant for the events; perceived 37.5 % less victim-complainant plausibility; estimated 39.0 % less credibility to the victim’s-complainant’s testimony; and attributed 31.9 % less responsibility to the aggressor-defendant, than subjects disagreeing with the myths about sexual aggression. As for the magnitude of the effect (*PS_{ES}*), the effects observed were higher than 29.6 % in the perceived honesty of the victim-complainant; 32.6 % in defining the events as sexual assault; 33.3 % in attribution of responsibility to the victim-complainant; 43.1 % in perceived victim-complainant plausibility; 45.1 % in credibility of the victim’s-complainant’s testimony; and 36.9 % in attribution of responsibility to the aggressor-defendant of all the possible where those agreeing with myths about sexual aggression conferred less verisimilitude to the victim-complainant.

Analysis of the social verisimilitude of a complainant of sexual assault victimization

The comparison of the total population with the value of the neutral test value (neither confirmed nor detracted victim-complainant verisimilitude), The results (see Table 4) indicated the population conferred verisimilitude to the victim-complainant, with the exception of attributing responsibility for the events that could have been avoided.

Table 4.

Comparison of the evaluation of credibility conferred to the victim-complainant by the total population under study. Student t with a test value of 4 (neither confirmed nor detracted victim-complainant credibility).

	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>r</i>	<i>PS_{ES}</i>	<i>PIS</i>
1. Perceived Honesty	7.87	43.59***	.749	1.67	.050
2. Defining the events as sexual assault	8.13	43.08***	.759	1.65	.033
3. Attributing responsibility to the victim	4.39	2.40*	.065	0.09	.405
4. Perceived plausibility of the victim	8.04	49.01***	.799	1.88	.058
5. Credibility derived from the testimony	8.08	51.87***	.815	1.99	.021
6. Attributing responsibility to the aggressor	8.00	45.01***	.733	1.73	.046

Note. *df*(1, 326). *M*: mean of the community population; **p* < .05; ****p* < .001.

Discussion

Overall, the results obtained in this study revealed that victims-complainants were conferred verisimilitude, and the magnitude of verisimilitude was very high ($\geq 75\%$), with the exception of responsibility being attributed to the victim-complainant, though more was attributed to the aggressor-defendant. Moreover, the narrative (that is, provocative clothing, alcohol consumption, and the neutral condition) had no effects on judgement-making in the verisimilitude of sexual assault. In contrast, other studies have found the victim's-complainant's alcohol consumption (Grubb & Turner, 2012; Lorenz & Ullman, 2016; Lynch et al., 2013; Maurer & Robinson, 2008; Novo et al., 2015; Romero-Sánchez et al., 2018; Starfelt et al., 2015), and provocative clothing (Brown et al., 2007; Zelin et al., 2019) mediated the attributions and judgements on sexual assault, undermining the credibility of the victim's-complainant's testimony, and minimizing the aggressor's responsibility. The change in tendency in the results may be due to the increasing social awareness regarding sexual violence (Orchowski et al., 2018). Succinctly, there is a qualitative social change in the evaluation of the verisimilitude of women witnesses-complainants of sexual assault. Notwithstanding, there are still moderators buffering this general effect. Thus, men conferred less credibility, explaining 6.5 % of the variance, and women more verisimilitude to the victim's-complainant's testimony. Nevertheless, these differences were blurred in attributing responsibility to the victim-complainant, both groups attributed certain responsibility to the victim-complainant, and defined the events as sexual assault. Regardless, men conferred verisimilitude to the victim's-complainant's testimony, but attributed the victim responsibility for the events. Indeed, only 40.5 % of men did not attribute responsibility to the victim, whereas 59.5 % did so. Unexpectedly, 53.6 % of women also attributed the victim responsibility. This tendency has become generalized in judicial decision-making (juries), where women condemned sexual offenders more than men on the basis of these attributive processes (Arce et al., 2000). In spite of the social progress in conferring verisimilitude to the victim's-complainant's testimony of sexual assault that will increase the number of reported incidents, there is still a large group (almost 30 % of the community population) who endorse

myths about sexual aggression, which is reflected in the systematic bias that undermines the victim's-complainant's verisimilitude. In short, regardless of the social progress in considering victim-complainant of sexual assault as such, much work is needed to overcome the myths about sexual aggression, and the attribution of responsibility to the victim-complainant.

Theoretically, the results substantiated judgement-making rests on the reliability of the testimony, that is, on information integration models (Kaplan & Kemmerick, 1974), and motivational bias is the tool for attributing responsibility when direct verification is lacking (Ross, 1977).

Moreover, greater efforts are required to prevent sexual violence, and to minimize the impact of these types of myths and false beliefs of sexual assault (Barn & Powers, 2021; Katz-Schiavone et al., 2008, Orochowski et al., 2018), as well as to raise awareness among judicial operators who can safeguard the victim's wellbeing in line with the principles of Therapeutic Jurisprudence (Camplá et al., 2017; Cattaneo & Goodman, 2010; Novo et al., 2020). Further research is also required to examine new contexts of sexual violence, particularly perpetrated by hetero or homosexual partners (Russell & Hand, 2017), and in other age ranges such as adolescence, as this study focused on adult women victims.

The results of this study are subject to several limitations. First, the limited sample size, and experimental procedure limited the representability and generalization of the results. Second, the presentation of the material in a written format may have reduced the effect as compared to the visual presentation on video, which is more realistic and empathises with the victim-complainant (Novo et al., 2015). Third, in spite of having controlled the extreme effect of social desirability in the responses, the variance can still be explained by (non-extreme defensiveness), and by the method, not the construct itself (*myths*) (Fariña et al., 2017). Fourth, the results of studies with feigning designs differ in terms of the magnitude, not the effect of research with natural experiments (Fariña et al., 1994). Fifth, these results, characteristic of social judgements (community sample), were not generalizable to judicial decision-making, given that in this context the verisimilitude of a testi-

mony is evaluated according to subjective incredibility criteria, verisimilitude (legally requiring the complainant’s testimony be corroborated by objective peripheral evidence –e.g., expert testimony– for it to be considered as probative in a trial), and persistency in the incrimination. Moreover, the standard of proof must comply with the constitutional safeguard (art. 24.2º CE) of the presumption of innocence (i.e., “it is essential for the innocent to be always protected from unfair conviction, whilst it is sufficient for most of the guilty to be punished”; ruling of the Spanish Supreme Court (Sentencia 213/2002 del TS, Sala de lo Penal, 14 de febrero de 2002).

References

- Arce, R. (2017). Análisis de contenido de las declaraciones de testigos: Evaluación de la validez científica y judicial de la hipótesis y la prueba forense [Content Analysis of the Witness Statements: Evaluation of the Scientific and Judicial Validity of the Hypothesis and the Forensic Proof]. *Acción Psicológica*, *14*(2), 171–190. <https://doi.org/10.5944/ap.14.2.21347>
- Arce, R., Arias, E., Novo, M., & Fariña, F. (2020). Are Interventions with Batterers Effective? A Meta-analytical Review. *Psychosocial Intervention*, *29*(3), 153–164. <https://doi.org/10.5093/pi2020a11>
- Arce, R., Fariña, F., & Fraga, A. (2000). Género y formación de juicios en un caso de violación [Gender and Juror Judgment Making in a Case of Rape]. *Psicothema*, *12*(4), 623–628. Retrieved from <http://www.psicothema.com/pdf/381.pdf>
- Arce, R., Fariña, F., Seijo, D., & Novo, M. (2015). Assessing Impression Management with the MMPI-2 in Child Custody Litigation. *Assessment*, *22*(6), 769–777. <https://doi.org/10.1177/1073191114558111>
- Arias, E., Arce, R., Vázquez, M. J., & Marcos, V. (2020). Treatment Efficacy on the Cognitive Competence of Convicted Intimate Partner Violence Offenders. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, *36*(3), 427–435. <https://doi.org/10.6018/analesps.428771>
- Barn, R. & Powers, R. A. (2021). Rape myth Acceptance in Contemporary Times: A Comparative Study of University Students in India and the United Kingdom. *Journal of Interpersonal Violence*, *36*(7-8), 3514–3535. <https://doi.org/10.1177/0886260518775750>
- Behnken, M. P. (2017). Contextualizing the Role of Alcohol in Sexual Violence. *Journal of Adolescent Health*, *61*(1), 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.05.001>
- Brown, J. M., Hamilton, C., & O’Neill, D. (2007). Characteristics Associated with Rape Attrition and the Role Played by Scepticism or Legal Rationality by Investigators and Prosecutors. *Psychology, Crime & Law*, *13*(4), 355–370. <https://doi.org/10.1080/10683160601060507>
- Camplá, X., Novo, M., & Arce, R. (2017). Fuerzas policiales y mitos sobre las agresiones sexuales: Una revisión sistemática de la evidencia [Police forces and Rape Myths: A Systematic Review]. In C. Bringas & M. Novo (Eds.), *Psicología jurídica: Conocimiento y práctica* (pp. 283–298). Universidad de Sevilla.
- Camplá, X., Novo, M., Sanmarco, J., & Arce, R. (2019). Escala Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression: Validación para la población chilena [The Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression scale: Validation for Chilean population]. *Revista Mexicana de Psicología*, *36*(2), 132–146. Retrieved from <http://comeppsi.com/images/rmp/RMP%20362%20132-146.pdf>
- Cattaneo, L. B. & Goodman, L. A. (2010). Through the Lens of Therapeutic Jurisprudence: The Relationship between Empowerment in the Court System and Well-being for Intimate Partner Violence Victims. *Journal of Interpersonal*

- Violence*, 25(3), 481–502. <https://doi.org/10.1177/0886260509334282>
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2019). *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2019*. Centro de Investigaciones Sociológicas. Retrieved from http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3220_3239/3235/es3235mar.pdf
- Clay, L. A. (2019). *The News through Facebook: Discovering the Prevalence of Rape Myths in User*. [Doctoral thesis], Nova Southeastern University). Retrieved from https://nsuworks.nova.edu/fse_etd/185/
- Corrás, T., Seijo, D., Fariña, F., Novo, M., Arce, R., & Cabanach, R. G. (2017). What and how much do Children Lose in Academic Settings owing to Parental Separation? *Frontiers in Psychology*, 8, Article 1545. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01545>
- Fariña, F., Arce, R., & Real, S. (1994). Ruedas de identificación: De la simulación y la realidad [Lineups: A Comparison of High Fidelity Research and Research in a real Context]. *Psicothema*, 6(3), 395–402. Retrieved from <http://www.psicothema.com/pdf/935.pdf>
- Fariña, F., Redondo, L., Seijo, D., Novo, M., & Arce, R. (2017). A Meta-analytic Review of the MMPI Validity Scales and Indexes to Detect Defensiveness in Custody Evaluations. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17, 128–138. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.02.002>
- Fedina, L., Holmes, J. L., & Backes, B. L. (2018). Campus Sexual Assault: A Systematic Review of Prevalence Research from 2000 to 2015. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(1), 76–93. <https://doi.org/10.1177/1524838016631129>
- Gallego, R., Novo, M., Fariña, F., & Arce, R. (2019). Child-to-parent Violence and parent-to-child Violence: A Meta-analytic Review. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 11(2), 51–59. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2019a4>
- Garrido-Macías, M., Valor-Segura, I., & Expósito, F. (2020). Which Tactics of Sexual Violence Predict Leaving the Relationship? The Role of Dependence towards Partner. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 12(2), 53–60. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2020a6>
- Gerger, H., Kley, H., Bohner, G., & Siebler, F. (2007). The Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression scale: Development and validation in German and English. *Aggressive Behavior*, 33, 422–440. <https://doi.org/10.1002/ab.20195>
- Grubb, A. & Turner, E. (2012). Attribution of Blame in Rape Cases: A Review of the Impact of Rape Myth Acceptance, Gender Role Conformity and Substance Use on Victim Blaming. *Aggression and Violent Behavior*, 17, 443–452. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.06.002>
- Hastie, R., Penrod, S., & Pennington, N. (1983). *Inside the Jury*. Harvard University Press.
- Herrero, Ó., Escorial, S., & Colom, R. (2019). Rapists and Child Abusers Share Low Levels in Executive Updating, but do not in Fluid Reasoning. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 11(1), 1–7. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a10>
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Condenados por delitos sexuales según sexo, edad y nacionalidad*. Retrieved from <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=28857>
- Johnson, K. K. P. & Lee, M. (2000). Effects of Clothing and Behavior on Perceptions Concerning an Alleged Date Rape. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 28(3), 332–356. <https://doi.org/10.1177/1077727X00283003>
- Katz-Schiavone, S., Levenson, J. S., & Ackerman, A. R. (2008). Myths and Facts about Sexual Violence:

- Public Perceptions and Implications for prevention. *Journal of Criminal Justice and Popular Culture*, 15(3), 291–311.
- Kaplan, M. F. & Kemmerick, G. (1974). Juror Judgment as Information Integration: Combining Evidential and non Evidential Information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 493–499. <https://doi.org/10.1037/h0037034>
- Kelley, H. H. (1971). *Attribution and Social Interaction*. General Learning Press.
- Kingree, J. B. & Thompson, M. (2015). A Comparison of Risk Factors for Alcohol-Involved and Alcohol-Uninvolved Sexual Aggression Perpetration. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(9), 1478–1492. <https://doi.org/10.1177/0886260514540806>
- Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. (2018). *Boletín Oficial del Estado*, 294(1), 119788–119857. Retrieved from <https://www.boe.es/boe/dias/2018/12/06/pdfs/BO-E-A-2018-16673.pdf>
- Logan, T. K., Walker, R., & Cole, J. (2015). Silenced Suffering: The Need for a better Understanding of Partner Sexual Violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(2), 111–135. <https://doi.org/10.1177/1524838013517560>
- Lonsway, K. A. & Fitzgerald, L. F. (1994). Rape Myths: In Review. *Psychology of Women Quarterly*, 18(2), 133–164. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1994.tb00448.x>
- Lorenz, K. & Ullman, S. E. (2016). Alcohol and Sexual Assault Victimization: Research Findings and Future Directions. *Aggression and Violent Behavior*, 31, 82–94. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.08.001>
- Lynch, K. R., Wasarhaley, N. E., Golding, J. M., & Simcic, T. (2013). Who Bought the Drinks? Juror perceptions of Intoxication in a Rape Trial. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(16), 3205–3222. <https://doi.org/10.1177/0886260513496900>
- Marcos, V., Gancedo, Y., Castro, B., & Selaya, A. (2020). Dating Violence Victimization, Perceived Gravity in Dating Violence Behaviors, Sexism, Romantic Love Myths and Emotional Dependence between Female and Male Adolescents. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 11(2), 132–145. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2020.02.040>
- Martín, A. M., Padrón, M., & Redondo, S. (2019). Early Narratives of Desistance from Crime in Different Prison Regimes. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 2019, 11(2), 71–79. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2019a2>
- Maurer, T. W. & Robinson, D. W. (2008). Effects of Attire, Alcohol, and Gender on Perceptions of Date Rape. *Sex Roles*, 58, 423–434. <https://doi.org/10.1007/s11199-007-9343-9>
- Megías, J. L., Romero-Sánchez, M., Durán, M., Moya, M., & Bohner, G. (2011). Spanish Validation of the Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression scale (AMMSA). *Spanish Journal of Psychology*, 14(2), 912–925. https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n2.37
- Ministerio del Interior. (2018). Informe sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual en España [Report about Crimes against Sexual Freedom and Indemnity in Spain]. Retrieved from <http://www.interior.gob.es/documents/10180/8736571/INFORME+DELITOS+CONTRA+LA+LIBERTAD+E+INDEMNIDAD+SEXUAL+2018.pdf/72779215-38b4-4bb3-bb45-d03029739f5c>
- Novo, M., Fariña, F., & Vázquez, M. J. (2020). Justicia Terapéutica en procesos penales con personas menores de edad como víctimas y testigos. En F. Fariña, M. S. Oyhamburu, & D. Wexler (Coords.), *Justicia Terapéutica en Iberoamérica* (pp. 219–240). Wolters Kluwer.

- Novo, M., Díaz-Saco, P., Amado, B. G., & Vilariño, M. (2015). Efectos de contexto en la formación de juicios en un caso de violación [Contextual Effects on Judgment-making in a Case of Rape]. *Anuario de Psicología Jurídica*, 25, 39–45. <https://doi.org/10.1016/j.apj>
- Olson, C. L. (1976). On Choosing a Test Statistic in MANOVA. *Psychological Bulletin*, 83(4), 579–586. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.83.4.579>
- Orchowski, L. M., Barnett, N. P., Berkowitz, A., Borsari, B., Oesterle, D., & Zlotnick, C. (2018). Sexual Assault Prevention for Heavy Drinking College Men: Development and Feasibility of an Integrated Approach. *Violence against Women*, 24(11), 1369–1396. <https://doi.org/10.1177/1077801218787928>
- Osman, S. L. (2003). Predicting Men's Rape Perceptions Based on the Belief that "no" Really means "yes". *Journal of Applied Social Psychology*, 33(4), 683–692. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2003.tb01919.x>
- Peterson, Z. D. & Muehlenhard, C. L. (2004). Was it rape? The Function of Women's Rape Myth Acceptance and Definitions of Sex in Labeling their own Experiences. *Sex Roles*, 51(3-4), 129–144. <https://doi.org/10.1023/B:SERS.0000037758.95376.00>
- Redondo, L., Fariña, F., Seijo, D., Novo, M., & Arce, R. (2019). A Meta-analytical Review of the Responses in the MMPI-2/MMPI-2-RF Clinical and Restructured Scales of Parents in Child Custody Dispute. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 35(1), 156–165. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.1.338381>
- Romero-Sánchez, M., Krahé, B., Moya, M., & Megías, J. L. (2018). Alcohol-related Victim Behavior and Rape Myth Acceptance as Predictors of Victim Blame in Sexual Assault Cases. *Violence against Women*, 24(9), 1052–1069. <https://doi.org/10.1177/1077801217727372>
- Romero-Sánchez, M., Megías, J. L., Carretero-Dios, H., & Rincón, L. (2013). Versión colombiana de la escala Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression: Primeros análisis psicométricos [Colombian version of the Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression scale: First psychometric analyses]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(1), 121–134. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v45n1/v45n1a09.pdf>
- Romero-Sánchez, M., Megías, J. L., & Krahé, B. (2011). The role of alcohol and victim sexual interest in Spanish students' perceptions of sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(11), 2230–2258. <https://doi.org/10.1177/0886260511432149>
- Rosenthal, R. & Rubin, D. B. (1982). A Simple, General Purpose Display of Magnitude of Experimental Effect. *Journal of Educational Psychology*, 74(2), 166–169. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.74.2.166>
- Ross, L. (1977). The Intuitive Psychologist and its Shortcomings. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 10). Academic Press.
- Russell, K. J. & Hand, C. J. (2017). Rape Myth Acceptance, Victim Blame Attribution and Just World Beliefs: A Rapid Evidence Assessment. *Aggression and Violent Behavior*, 37, 153–160. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.10.008>
- Starfelt, L. C., Young, R. M., White, K. M., & Palk, G. R. M. (2015). Explicating the Role of Sexual Coercion and Vulnerability Alcohol Expectancies in Rape Attributions. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(11), 1965–1981. <https://doi.org/10.1177/0886260514549466>
- Stevens, J. (1986). *Applied Multivariate Statistics for Social Sciences*. LEA.

- Suárez, E. & Gadalla, T. M. (2010). Stop Blaming the Victim: A Meta-analysis on Rape Myths. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(11), 2010–2035. <https://doi.org/10.1177/0886260509354503>
- Temkin, J. & Krahé, B. (2008). *Sexual Assault and the Justice Gap: A Question of Attitude*. Hart Publishing.
- Trujano, P. & Raich, M. (2000). Variables socioculturales en la atribución de culpa a las víctimas de violación [Sociocultural Variables in Blame Attributions at Rape Victim]. *Psicothema*, 12(2), 223–228. Retrieved from <http://www.psicothema.com/pdf/281.pdf>
- Vonderhaar, R. L. & Carmody, D. C. (2015). There are no “innocent victims”: The Influence of just World Beliefs and Prior Victimization on Rape Myth Acceptance. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(10), 1615–1632. <https://doi.org/10.1177/0886260514549196>
- Whatley, M. A. (2005). The Effect of Participant Sex, Victim Dress, and Traditional Attitudes on Causal Judgments for Marital Rape Victims. *Journal of Family Violence*, 20(3), 191–200. <https://doi.org/10.1007/s10896-005-3655-8>
- Wolfendale, J. (2016). Provocative Dress and Sexual Responsibility. *Georgetown Journal of Gender and the Law*, 17, 1–26. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2591440>
- Zelin, A. I., Walker, R. V., & Johnson, D. M. (2019). Cornered at a Bar: How Victim Clothing, Alcohol Intake, and Relationship with Bystander Impact Intention to Help. *Violence against Women*, 25(10), 1163–1190. <https://doi.org/10.1177/1077801218809948>
- World Health Organization. (2011). *Violence Against Women – Intimate Partner and Sexual Violence Against Women*. Author.
- World Health Organization. (2013) Global and Regional Estimates of Violence against women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual violence. Author. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf
- Yanez-Peñúñuri, L. Y., Martínez-Gómez, J. A. & Rey-Anaconda, C. A. (2019). Therapeutic Intervention for Victims and Perpetrators of Dating Violence: A Systematic Review. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 10(2), 107–121. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2019.02.029>

