

Ana García-Dantas¹
Ania Justo-Alonso²
Anabel González-Vázquez³
Milagrosa Sánchez-Martín⁴
Lucía del Río-Casanova⁵

Respuesta psicológica inmediata durante una etapa muy temprana de la pandemia por coronavirus (COVID-19) en una muestra comunitaria española

1. Dantas Psicología. Sevilla. Spain.
2. Instituto Médico Imaya. Vigo. Spain.
3. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Spain.
4. Universidad Loyola Andalucía. Dos Hermanas- Sevilla. Spain.
5. Universidad de Santiago de Compostela. Spain.

RESUMEN

Introducción. La Organización Mundial de la Salud declaró la pandemia por COVID-19 el 11 de marzo de 2020 y subrayó la importancia de estudiar sus consecuencias en la salud mental de la población. Se presenta un estudio transversal evaluando las respuestas psicológicas a la primera ola de la pandemia en España.

Metodología. Entre el 23 y 28 de marzo, se realizó una encuesta online en una muestra española seleccionada tras un muestreo en bola de nieve. Se recogieron variables socio-demográficas, de salud y comportamentales. Se evaluaron la ansiedad y depresión a través de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), los síntomas postraumáticos a través de la Escala de Impacto del Evento Revisada (IES-R) y los patrones de autocuidado con la Escala de Autocuidado (SCS).

Resultados. Se incluyeron 3524 participantes, 24,1 % mostraron síntomas postraumáticos moderados o severos, 21,9 % refirieron síntomas depresivos moderados, severos o extremadamente severos y 32 % síntomas ansiosos moderados, severos o extremadamente severos. El género femenino, la menor edad, menor nivel educativo, diagnóstico psiquiátrico previo, peor salud física, contacto con COVID-19, falta de rutinas y algunos síntomas psicológicos se relacionaron con peores respuestas psicológicas.

Conclusiones. Se confirma el impacto sobre la salud mental que la primera ola de la pandemia tuvo en España y se identifican algunas variables relacionadas con peor respuesta que pueden resultar útiles en la prevención en salud mental en futuras situaciones equivalentes.

Dirección de correspondencia:
Milagrosa Sánchez-Martín. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Universidad Loyola Andalucía. Avda de las Universidades s/n. 41704. Dos Hermanas, Sevilla. España (Spain).

Palabras Clave. Covid-19; Depresión; Ansiedad; Estrés; Trauma Psicológico.

Actas Esp Psiquiatr 2021;49(4): 180-193 | ISSN: 1578-2735

ABSTRACT

Introduction. The World Health Organization declared a pandemic due to COVID-19 on 11 March 2020 and remarked on the relevance of studying its consequences on mental health. A cross-sectional study was conducted to evaluate the immediate psychological response to the pandemic and quarantine in Spain.

Methods. From March 23 to 28, an online survey was conducted in a Spanish community sample. Sociodemographic, health and behavioral variables were surveyed. Depression and anxiety symptoms were measured by the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), posttraumatic symptoms by the Impact of Event Scale-Revised (IES-R) and self-care patterns by the Self-Care Scale (SCS).

Results. 3524 respondents were included, 24.1% showed moderate or severe psychological impact, 21.9% reported moderate, severe or extremely severe depression and 32% moderate, severe or extremely severe anxiety. Female gender, younger age, low education, psychiatric diagnosis, worse physical health, contact history, lack of routines, and some psychological symptoms were related to worse psychological responses.

Conclusions. This study provides evidence for a negative mental health impact of the pandemic in the Spanish community that started at the early stages and identifies some variables linked to worse psychological response.

Keywords. Covid-19; Depression; Anxiety; Stress; Psychological Trauma.

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró una pandemia mundial causada por el coronavirus (COVID-19). La rápida propagación del COVID-19 está causando numerosas muertes, así como efectos devastadores a nivel socioeconómico y de salud. La OMS ha subrayado la relevancia de estudiar sus consecuencias en la salud mental.

Investigaciones recientes han evaluado el impacto psicológico del COVID-19. Algunos estudios se centran en grupos de riesgo específicos, como los trabajadores sanitarios¹, supervivientes³ o pacientes de salud mental^{4,5}.

Con respecto a la respuesta psicológica de la población general a la pandemia y la cuarentena, al momento en que se realizó esta investigación, los únicos datos disponibles provenían de China^{6,7,8}. A medida que la pandemia se iba extendiendo, llegaron datos de otros países afectados, como Japón, Italia, España, Arabia Saudí, etc.^{9,10,11,12,13,14}. La mayoría de los estudios encontraron síntomas depresivos, de estrés y/o ansiedad de moderados a severos en un gran porcentaje (16-64 %) de la población estudiada^{8,10,11,15,16} mientras que los síntomas postraumáticos han sido descritos en un 7-53 % de los sujetos^{8,6}. El deterioro de la salud mental de la población también ha sido establecido en algunos estudios longitudinales que compararon los datos previos a la pandemia con los de la etapa de la pandemia en diversas poblaciones^{17,18,19,20}.

La respuesta psicológica a la pandemia también se ve influida por algunos factores sociodemográficos. El género femenino y un nivel educativo más bajo se han asociado a peor salud mental²¹. En cuanto a la edad, se ha descrito como un factor de vulnerabilidad tanto para jóvenes como para ancianos^{7,22}. La presencia de problemas previos de salud física o mental correlaciona con una peor respuesta psicológica²³. Algunos aspectos psicológicos como la incertidumbre²⁴, el riesgo de exposición, la percepción de riesgo, el aislamiento y la soledad^{25,26}, así como la declaración de la pandemia en sí misma²⁷ están también asociados a deterioro en diferentes variables de salud mental.

El objetivo de esta investigación es estudiar la respuesta psicológica inmediata al COVID-19 y la cuarentena en una muestra comunitaria española en la fase más temprana de la pandemia.

MÉTODO

Participantes

Un total de 4139 personas completaron la encuesta, pero la muestra final incluyó 3524 encuestados ($n = 3524$) porque 120 participantes fueron eliminados al no dar su consentimiento informado, 21 personas eran menores de 18 años y

430 eran encuestados de otros países y 44 fueron considerados respuestas anómalas.

La mayoría de los participantes eran mujeres (74,2 %, $n = 2611$, $M_{total} = 39,24$, $DT_{total} = 12,00$; $M_{mujer} = 38,49$, $DT_{mujer} = 11,39$; $M_{hombre} = 41,40$, $SD_{hombre} = 13,38$). Un total de 68,6 % ($n = 2415$) de los encuestados estaban casados o en una relación. En cuanto al nivel educativo, el 75,8 % ($n = 2670$) tenía al menos un título universitario. En cuanto a la vivienda, 43,9 % ($n = 1547$) de la muestra vivía en un piso con terraza o balcón, el 26,3 % ($n = 926$) en un piso sin zonas exteriores y el 18,2 % ($n = 640$) en una vivienda con zonas exteriores. Un total de 85,1 % ($n = 2999$) había vivido siempre en la misma casa, y solo el 6,9 % ($n = 244$) de los participantes necesitaron mudarse a otra casa debido a la pandemia de COVID-19. En cuanto a las características del hogar, 31,6 % ($n = 1113$) de ellos vivían con sus parejas e hijos, 24 % ($n = 847$) solo con sus parejas y 15,4 % ($n = 541$) con sus padres. La mayoría de los participantes no convivían con niños (50,2 %, $n = 1770$).

Diseño del estudio

Se empleó un diseño transversal de encuestas para evaluar la respuesta psicológica inmediata al evento y el estado de salud mental de una muestra comunitaria española en una etapa temprana de la pandemia de COVID-19. Todos los procedimientos que contribuyen a este trabajo cumplen con las normas éticas y con la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 2008. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Loyola en Andalucía (España).

Se utilizó una estrategia de muestreo de bola de nieve. La encuesta online se compartió rápidamente a través de las redes sociales de todo el país, y se animó a la población española adulta a participar sin ninguna recompensa. Los participantes proporcionaron su consentimiento informado después de recibir una descripción completa del estudio y completaron la encuesta a través de una plataforma online.

Procedimientos e instrumentos

El período de reclutamiento y recolección de datos duró del 23 al 28 de marzo de 2020 (9-14 días después de la declaración del estado de emergencia y la cuarentena durante la primera ola)²⁸. Para más datos epidemiológicos ver Datos Suplementarios 1.

La encuesta estuvo compuesta por serie ad hoc de variables sociodemográficas, de salud y conductuales y por tres instrumentos estandarizados y validados. Todos los ítems cuantitativos que se utilizaron fueron de formato de elección forzada. Los datos recopilados incluyeron sexo, edad, educación, empleo, composición del hogar y ubicación de

la vivienda en los últimos 14 días, percepciones subjetivas del estado físico y mental, antecedentes de enfermedades psiquiátricas, rutinas generales y hábitos tóxicos durante la cuarentena, diferentes medidas de exposición, amenaza percibida de infección por COVID-19, somatización, agorafobia, patrones de sueño, uso de drogas, preocupaciones hipocondríacas y nivel de aislamiento.

El impacto de la escala de eventos revisados (IES-R) se utilizó para evaluar el impacto psicológico de un evento traumático y mide los síntomas postraumáticos²⁹. Este cuestionario autoinformado se compone de 22 ítems distribuidos en tres subescalas: evitación, intrusión e hiperactivación. La puntuación global IES-R se clasificó siguiendo la literatura previa³⁰: 0-23 (normal), 24-32 (impacto psicológico leve), 33-36 (impacto psicológico moderado) y > 37 (impacto psicológico grave).

Se utilizó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) 31 para evaluar los síntomas de depresión y ansiedad en la muestra. Los resultados fueron categorizados como se había propuesto previamente³², con las puntuaciones multiplicadas por 2 para establecer comparaciones con la DASS de 42 ítems y con el estudio de Wang⁸. Las puntuaciones de la subescala de depresión se clasificaron en normal (0-9), leve (10-12), moderada (13-20), grave (21-27) y depresión extremadamente grave (28-42). Las puntuaciones de la subescala de ansiedad se clasificaron en normal (0-6), leve (7-9), moderada (10-14), grave (15-19) y ansiedad extremadamente grave (20-42). Las puntuaciones de la subescala de estrés se clasificaron en normal (0-10), estrés leve (11-18), estrés moderado (19-26), estrés grave (27-34) y estrés extremadamente grave (35-42). Tanto el IES-R como el DASS-21 han sido validados en poblaciones españolas^{33,34}. Para nuestro estudio, el índice alfa de Cronbach fue de .91 para el IES-R y .86, .85 y .90 para las subescalas de depresión, ansiedad y estrés, respectivamente, del DASS-21.

La Escala de Autocuidado (SCS) fue el instrumento validado con el que se evaluaron los patrones habituales de autocuidado de los participantes³⁵. Se trata de un cuestionario autoinformado tipo Likert (1-7) compuesto por 31 ítems divididos en 6 subescalas: comportamiento autodestructivo, tener en cuenta las propias necesidades, resentimiento por no recibir reciprocidad, dificultad para recibir y aceptar ayuda, falta de tolerancia al afecto positivo compartido y ausencia de actividades positivas. Puntuaciones más altas en el SCS reflejan peores patrones de autocuidado. Para nuestro estudio, utilizamos el índice global que mostró un índice alfa de Cronbach de .94.

Análisis de datos

En primer lugar, se calculó la estadística descriptiva para variables sociodemográficas, síntomas físicos y psicológicos,

antecedentes psiquiátricos, exposición y amenaza percibida de COVID-19 y variables de salud adicionales. Los porcentajes de respuestas se calcularon de acuerdo con el número de encuestados por respuesta, con respecto al número total de respuestas a una pregunta. Las puntuaciones del IES-R, DASS-21 y sus subescalas se describieron en base a la media y la desviación estándar. Como segundo paso, para analizar la relación entre variables, se realizó la prueba T de Student, y la de ANOVA para comparaciones entre variables categóricas y cuantitativas. Se dicotomizaron las puntuaciones del SCS en función de la media (por debajo y por encima de la media). Se calculó la correlación de Pearson para las variables continuas. Finalmente, se utilizó un modelo lineal general univariado para analizar qué variables categóricas predicen las puntuaciones IES-R y DASS-21. Todos los análisis se complementaron con el correspondiente estadístico de tamaño del efecto³⁶, uno obtenido directamente del programa estadístico y otro calculado mediante una calculadora online³⁷.

Todos los contrastes fueron de dos colas, con un nivel de significación de $p < .05$. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS Statistics 26.0 (IBM SPSS Statistics, Nueva York, Estados Unidos).

RESULTADOS

Salud y Conductas durante la Cuarentena

Un total de 16,9 % ($n = 595$) de los participantes consideraron que habían estado en contacto directo con algún material o persona infectada con COVID-19, mientras que 41,8 % ($n = 1474$) respondieron "posiblemente". Un total de 3,2 % ($n = 112$) de la muestra refirió estar infectada, mientras que 28,9 % ($n = 1018$) respondió "tal vez sí". Sin embargo, solo el 3,8 % ($n = 135$) había sido puesto en cuarentena por compatibilidad con la sintomatología del COVID-19. Un total de 20,8 % ($n = 733$) se consideraron parte de un grupo de riesgo covid-19. Es importante destacar que, en ese momento, la incertidumbre considerando esta variable era alta debido a la falta de una prueba efectiva.

En cuanto al nivel de aislamiento durante el período de cuarentena, hasta el 53,4 % ($n = 1882$) declaró que permaneció en casa todo el tiempo, y el 40,8 % ($n = 1437$) salió solo por razones esenciales (trabajo, compras, etc.). Un total de 72,4 % ($n = 2550$) intentaron mantener y organizar sus horarios de sueño, y 69,1 % ($n = 2435$) sintieron que mantenían sus rutinas diarias generales.

Un total de 32 % ($n = 1132$) de los participantes habían sido diagnosticados previamente con algún tipo de trastorno mental. De ellos, 19,7 % ($n = 289$) manifestaron que sus síntomas habían empeorado después del estado de alarma. Un

total de 93.3 % (n = 3289) de los encuestados incluidos no había recibido ningún apoyo psicológico profesional durante la cuarentena. En una escala de 0 a 10, los participantes evaluaron su condición física/médica actual con una puntuación mediana de 7,59 (DT=1,46) y su estado mental con una puntuación media de 6,66 (DT=1,74). Desde que se declaró el estado de alarma y posterior cuarentena, el 4,6 % (n = 163) de los participantes declararon que estaban tomando más fármacos sedantes que antes, el 8 % (n = 281) fumaban más, el 7,6 % (n = 269) bebían más alcohol y el 1 % (n = 37) tomaban más drogas. Un total de 22 % (n = 776) sufrían en ese momento trastornos del sueño, 24 % (n = 849) informaron de que su nivel de somatización aumentó, 10,4 % (n = 67) sufrieron más síntomas agorafóbicos, y 13,3 % (n = 470) mostraron mayores preocupaciones hipocondríacas, incluso sin síntomas físicos.

Respuesta Psicológica Temprana y Factores Relacionados

Cuando se midió con el IES-R, un total de 24,1 % (n = 850) de los participantes mostraron un impacto psicológico del evento leve, un 8,1 % (n = 286) impacto moderado y un 16 % (n = 565) impacto psicológico severo. Considerando las respuestas en las subescalas DASS-21, un total de 5,3 % (n = 188) mostraron depresión leve, 5,1 % (n = 78) depresión moderada y 0,2 % (n = 8) depresión grave. Un total de 10,8 % (n = 380) sufrieron niveles de ansiedad leves, 8,1 % (n = 286) niveles moderados, 2,4 % (n = 84) niveles graves y 0,3 % (n = 10) niveles extremadamente graves. 10,8 % (n = 380) El veintitres por ciento (n = 819) de los participantes mostraron niveles de estrés leves y 2,6 % (n = 93) niveles moderados.

Considerando la muestra completa (n = 3524), la puntuación media para IES-R fue de 23,82 (DT = 12,05), 14,87 (DT = 12,19) para la DASS-21 y de 3,08 (DT = 1,06) para la SCS. Estratificando por género, las mujeres (n = 2611) obtuvieron una puntuación de 25,56 (DT = 11,81) en el IES-R, 16,05 (DT = 12,42) en la DASS-21 y 3,10 (DT = 1,08) en el SCS; mientras que los hombres (n = 909) obtuvieron 18,79 (DT = 11,30) en el IES-R, 11,46 (DT = 10,78) en el DASS-21 y 3,01 (DT = 0,99) en el SCS.

Se estudiaron las diferencias de medias en las respuestas psicológicas considerando una selección de variables sociodemográficas, de salud y conductuales, que pueden ser verificadas en los Datos Suplementarios 2 (IES-R global y subescalas) y los Datos Suplementarios 3 (DASS-21 global y subescalas).

Se encontraron puntuaciones más bajas en los hombres en todas las medidas de impacto psicológico. En variables globales como el IES-R global ($t(3518) = -15,05$, $p < .001$, $d = 0,15$) y el DASS-21 global ($t(3518) = -10,62$, $p < .001$, $d = 0,12$).

En cuanto a la edad, el grupo de 18-33 obtuvo las medias más altas en IES-R ($F(3, 3520) = 20,12$, $p < .001$, $d = 0,23$) y DASS-21 ($F(3, 3520) = 23,33$, $p < .001$, $d = 0,23$) y tanto para la escala global como para sus subescalas, a medida que aumenta la edad, puede verse que las puntuaciones disminuyen. En general, a medida que aumenta el nivel educativo, las puntuaciones en el IES-R y DASS-21 disminuyen ($F(4, 3470) = 14,39$, $p < .001$, $d = 0,25$; $F(4, 3470) = 16,15$, $p < .001$, $d = 0,26$, respectivamente).

Los que no podrían decir si habían sido diagnosticados alguna vez con cualquier trastorno mental manifestaron puntuaciones globales significativamente peores en el IES-R ($F(2, 3521) = 111,64$, $p < .001$, $d = 0,52$) y puntuaciones peores en el DASS-21 ($F(2, 3521) = 229,91$, $p < .001$, $d = 0,82$) comparado a los sujetos diagnosticados y aquellos sin ningún diagnóstico. Los participantes que no mantuvieron rutinas razonables durante la cuarentena mostraron significativamente más síntomas postraumáticos, depresivos y de ansiedad que aquellos con rutinas estructuradas (DASS-21: $F(2, 3521) = 84,49$; $p < .001$, $d = 0,44$; IES-R: $F(2, 3521) = 26,68$, $p < .001$, $d = 0,26$). Los participantes que aumentaron el uso de drogas sedantes y de alcohol puntuaron significativamente más alto en el IES-R ($F(3, 3520) = 86,34$, $p < .001$, $d = 1,16$; $F(3, 3520) = 15,55$, $p < .001$, $d = 0,33$, respectivamente) y DASS-21 ($F(3, 3520) = 106,23$, $p < .001$, $d = 1,32$; $F(3, 3520) = 13,84$, $p < .001$, $d = 0,30$, respectivamente) y en sus tres subescalas. Los participantes con problemas para dormir incrementados puntuaron significativamente más alto en el IES-R ($F(3, 3520) = 321,84$, $p < .001$, $d = 1,09$) y en el DASS-21 ($F(3, 3520) = 265,81$, $p < .001$, $d = 0,99$) y sus tres subescalas.

En cuanto a los antecedentes de contacto de los participantes con materiales o personas infectadas con COVID-19, los que respondieron "tal vez" mostraron puntuaciones IES-R más altas ($F(2, 3521) = 8,93$, $p < .001$, $d = .14$) y puntuaciones más altas de DASS-21 ($F(2, 3521) = 8,37$, $p < .001$, $d = 0,13$) que los que declararon "no". Cuando se les preguntó si se consideraban parte de un grupo de riesgo para el coronavirus, aquellos que respondieron "tal vez" (en comparación con los que respondieron "no") obtuvieron una puntuación significativamente mayor en el IES-R ($F(2, 3521) = 52,91$, $p < .001$, $d = 0,48$) y la DASS-21 ($F(2, 3521) = 67,09$, $p < .001$, $d = 0,58$) y sus subescalas. Por otro lado, aquellos que se consideraron infectados (confirmados o no) obtuvieron una puntuación significativamente mayor en el DASS-21 ($F(2, 3521) = 33,91$, $p < .001$, $d = 0,28$) y sus tres subescalas. En IES-intrusiones e IES-hiperactivación, las personas que respondieron "tal vez" y "sí" mostraron puntuaciones muy similares.

Las correlaciones entre el autocuidado y las mediciones psicológicas fueron calculadas por el coeficiente de correlación.

ción de Pearson. Las puntuaciones de DASS-21 correlacionaron de modo fuerte con el IES-R ($r = .73$, $p < .001$) y la SCS ($r = .66$, $p < .001$). El IES-R y la SCS correlacionaron de modo significativo pero no tan fuertemente ($r = .48$, $p < .001$).

Influencia de Variables Sociodemográficas, de Salud y Conductuales en la Respuesta Psicológica

El modelo lineal general univariante propuesto para explicar el IES-R incluye sexo, edad, nivel educativo, diagnóstico previo de trastorno de salud mental, aumento del uso de medicamentos sedantes, ser grupo de riesgo para COVID-19 y la escala de autocuidado (SCS) categorizada. Este modelo explica el 32 % de la varianza en las puntuaciones del IES-R, y todas las variables son significativas (ver Tabla 1). Las variables más predictivas son el SCS ($\eta^2 = .16$), el sexo ($\eta^2 = .05$) y el uso de medicación sedante ($\eta^2 = .03$).

Los parámetros del modelo se presentan en la Tabla 2, en la que podemos ver las categorías significativas de cada variable predictiva. Atendiendo a la magnitud y el signo de

Tabla 1 | Modelo lineal general univariante para predecir las puntuaciones IES-R

	F	p	η^2
Modelo corregido	91.56	<.001	.32
Intersección	1464.04	<.001	.30
Educación	7.43	<.001	.01
Género	197.65	<.001	.05
Edad	16.07	<.001	.01
Diagnóstico de Salud Mental	5.32	.005	.00
Medicación sedante	40.70	<.001	.03
Grupo de riesgo	35.99	<.001	.02
Cuidado personal	221.90	<.001	.16
Error			
Total			
Total corregido			

Notas: η^2 = eta-cuadrado parcial, considerando valores de referencia de .01, .06 y $> .14$ como tamaño del efecto pequeño, mediano y grande, respectivamente (Cohen, 1988); y R-cuadrado = .32 (R-cuadrado ajustado = .30).

Tabla 2 | Parámetros en el modelo lineal general univariante para predecir IES-R

Parámetro	B	SE	T	p	95 % Intervalo de confianza		η^2
					Límite inferior	Límite superior	
Intersección	29.22	1.25	23.45	.00	26.78	31.66	.18
Educación							
Estudios primarios o inferiores	2.74	1.02	2.70	<.001	0.75	4.74	.02
Formación profesional	2.48	0.59	4.23	<.001	1.33	3.64	.01
Educación secundaria	1.58	0.64	2.48	.01	0.33	2.83	.00
Universidad	1.67	0.39	4.29	<.001	0.91	2.44	.01
Master, postgrado, doctorado	Referencia						
Edad							
18-33	5.16	1.15	4.51	<.001	2.92	7.41	.00
34-49	4.08	1.15	3.62	<.001	1.87	6.28	.00
50-65	1.96	1.15	1.70	.09	-0.30	4.21	.00
66-79	Referencia						
Género							
Hombre	-5.56	0.40	-14.06	<.001	-6.34	-4.79	.05
Mujer	Referencia						
En riesgo de COVID-19							
No	-2.50	0.44	-5.52	<.001	-3.32	-1.59	.01
Quizás	1.56	0.62	2.52	.01	0.34	2.78	.00
Sí	Referencia						
Diagnóstico de salud mental							
No	-1.25	0.40	-3.11	<.001	-2.03	-0.46	.00
Quizás	0.46	1.23	0.38	.71	-1.95	2.88	.00
Sí	Referencia						
Medicación sedativa							
Similar	1.82	0.58	3.14	<.001	0.685	2.96	.00
Más	9.02	0.83	10.86	<.001	7.39	10.64	.03
Menos	2.89	1.75	1.65	.1	-0.55	6.33	.00
No	Referencia						
Autocuidado							
≤ 2-02	-14.17	0.62	-22.99	.00	-15.38	-12.96	.13
2-03-3-08	-10.21	0.52	-19.42	<.001	-11.24	-9.18	.10
3-09-4-14	-4.89	0.52	-9.35	<.001	-5.93	-3.87	.03
≥ 4-15	Referencia						

Notas: η^2 = Eta cuadrado parcial, considerando como valores de referencia .01, .06 y $> .14$ como tamaño del efecto pequeño, mediano y grande, respectivamente.

los parámetros, los participantes con puntuaciones más altas en el IES-R presentan las siguientes características: ser mujer joven, tener un bajo nivel educativo, estar posiblemente en riesgo de COVID-19, tener diagnóstico previo de una enfermedad de salud mental, tener puntuaciones bajas en autocuidado y tomar más medicamentos sedantes.

El primer modelo probado incluyó otras variables no significativas. La somatización, la agorafobia, la hipocondría o los problemas con el sueño, no se incluyeron debido a problemas de colinealidad. Los términos de interacción entre las variables tampoco fueron significativos, por lo que fueron eliminadas.

El modelo propuesto para explicar la DASS-21 incluye género, edad, nivel educativo, diagnóstico previo de trastorno de salud mental, aumento de uso de medicamentos sedantes, considerarse en un grupo de riesgo para COVID-19, escala de autocuidado categorizada, infección por COVID-19, condición física percibida y rutinas en el hogar. Este modelo explicó el 51 % de la varianza en la DASS-21, y todas las variables fueron significativas (ver Tabla 3). Con respecto a los tamaños del efecto, las variables más predictivas son el autocuidado ($\eta^2 = .30$), la medicación sedante ($\eta^2 = .05$) y el diagnóstico previo de enfermedad mental ($\eta^2 = .03$).

Los parámetros del modelo se presentan en la Tabla 4. Con respecto a la magnitud y signo de los parámetros, los participantes con las puntuaciones más altas en el DASS-21 presentaron las siguientes características: ser mujer joven, tener un bajo nivel educativo, estar posiblemente en un grupo de riesgo para COVID-19, estar posiblemente infectado, tener un diagnóstico psiquiátrico previo, tener peor autocuidado, mayor ingesta de fármacos sedantes, tener una mala condición física autopercebida y no seguir rutinas en casa.

El primer modelo probado incluyó otras variables relacionadas con la situación de COVID-19 y los síntomas psicológicos, pero no fueron significativas o no se incluyeron debido a problemas de colinealidad. Los términos de interacción entre las variables tampoco fueron significativos, por lo que fueron eliminados.

Tabla 3

Modelo lineal general univariante para predecir DASS-21

	F	P	η^2
Modelo corregido	150.42	<.001	.51
Intersección	991.84	<.001	.23
Educación	3.60	.006	.00
Género	67.26	<.001	.02
Edad	19.93	<.001	.02
Diagnóstico de salud mental	45.67	<.001	.03
Fármacos relajantes	64.89	<.001	.05
Grupo de riesgo	26.10	<.001	.02
Autocuidado	502.18	<.001	.30
Condición física autopercebida	23.75	<.001	.01
Infectados por COVID-19	12.38	<.001	.01
Rutinas en casa	9.71	<.001	.01
Error			
Total			
Total corregido			

Notas: η^2 = eta-cuadrado parcial, considerando valores de referencia de .01, .06 y > .14 como tamaño del efecto pequeño, mediano y grande, respectivamente (Cohen, 1988); y R-cuadrado = .51 (R-cuadrado ajustado = .51).

Tabla 4

Parámetros en el modelo lineal general univariante para predecir DASS-21

Parámetro	B	SE	T	P	95 % Intervalo de confianza		η^2
					Límite inferior	Límite superior	
Intersección	24.59	1.12	22.04	.00	22.40	26.77	.12
Riesgo para COVID-19							
No	-0.78	0.39	-2.02	.04	-1.54	-0.02	.00
Quizás	2.58	0.53	4.83	<.0001	1.53	3.62	.01
Sí					Referencia		
Diagnóstico de Salud Mental							
No	-3.22	0.35	-9.32	<.0001	-3.90	-2.54	.03
Quizás	0.32	1.06	0.30	.76	-1.75	2.39	<.0001
Sí					Referencia		
Autocuidado							
≤ 2.02	-18.60	0.54	-34.67	<.0001	-19.65	-17.55	.26
2.03-3.08	-15.33	0.46	-33.54	<.0001	-16.23	-14.44	.25
3.09-4.14	-9.12	0.45	-20.21	<.0001	-10.01	-8.24	.11
≥4.15					Referencia		

Tabla 4 Parámetros en el modelo lineal general univariante para predecir DASS-21 (continuación)

Educación							
Estudios primarios o inferiores	1.91	0.88	2.17	.03	0.18	3.64	.00
Formación profesional	0.87	0.51	1.71	.09	-0.13	1.87	.00
Educación secundaria	1.66	0.55	3.01	<.0001	0.58	2.74	.00
Universidad	0.91	0.34	2.72	.01	0.25	1.57	.00
Master, posgraduado, doctorado	Referencia						
Género							
Hombre	-2.79	0.34	-8.20	<.0001	-3.46	-2.13	.02
Mujer	Referencia						
Edad							
18-33	4.51	0.99	4.56	<.0001	2.57	6.44	.01
34-49	2.99	0.97	3.10	<.0001	1.10	4.89	.00
50-65	1.30	0.99	1.32	.19	-0.64	3.24	.00
66-79	Referencia						
Fármacos relajantes							
Similar	3.05	0.50	6.10	<.0001	2.07	4.03	.01
Más	9.40	0.71	13.16	<.0001	8.00	10.81	.05
Menos	3.43	1.51	2.28	.02	0.48	6.38	.00
No	Referencia						
Estado de salud físico percibido							
Malo (1-4)	4.56	0.85	5.38	<.0001	2.90	6.22	.01
Normal (5-7)	1.66	0.32	5.26	<.0001	1.04	2.28	.01
Bueno (8-10)	Referencia						
Infectado por COVID-19							
No	-1.60	0.33	-4.88	<.0001	-2.24	-0.96	.01
Si	-0.29	0.86	-3.32	.74	-1.98	1.41	<.0001
Quizás	Referencia						
Rutinas en casa							
Medio	0.94	0.36	2.64	<0.0001	0.24	1.65	.00
No	2.36	0.59	3.99	<0.0001	1.20	3.52	.01
Si	Referencia						

Notas: η^2 =Eta cuadrado parcial, considerando como valores de referencia .01, .06 y >.14 como tamaño del efecto pequeño, mediano y grande, respectivamente.

Discusión

El presente estudio aporta datos sobre la presencia de síntomas postraumáticos, de ansiedad y depresivos en los primeros días de la pandemia en España. En general, está en concordancia con el estudio de González-Sanguino¹⁰, pero nuestro estudio obtuvo mayores tasas de ansiedad (32 % frente a 21,6 %). En comparación con el estudio de Wang et al.⁸, utilizando los mismos instrumentos, encontramos menor impacto psicológico (24,1 % versus 53,8 %) pero mayores tasas de estrés (30,3 % vs. 8,1 %). Se encontraron menos diferencias con respecto a la depresión y la ansiedad. Un estudio longitudinal realizado por el mismo grupo³⁸ mostró que el impacto psicológico inicial disminuye durante las primeras 4 semanas, pero se mantienen las medidas de ansiedad, depresión y estrés. Se necesitan estudios longitudinales en población española para confirmar esta tendencia.

El insomnio se ha estimado en torno 38,9 % en cinco estudios²¹ y se ha relacionado previamente con niveles más altos de estrés postraumático⁶. Un veintidós por ciento de las personas encuestadas tenían trastornos del sueño. El apoyo social puede ayudar a mejorar el sueño³⁹, lo que podría tenerse en cuenta al diseñar intervenciones psicosociales tempranas en la comunidad. Otros síntomas, tales como somatización, preocupaciones hipocondríacas y agorafobia, no habían sido evaluados previamente, por lo menos hasta donde sabemos.

Por otro lado, el género femenino, ser joven, con bajo nivel cultural, haber estado expuesto o infectado con COVID-19, la discapacidad mental o física previa, se relacionaron con peores respuestas psicológicas, como apuntaba la literatura previa^{6,8,11,40}.

El único estudio que evaluó los comportamientos de autocuidado en la población general durante la pandemia

de COVID-19 encontró que del 66 al 80 % de la población cumplió con las recomendaciones de autocuidado⁴¹, pero no evaluó los patrones generales de autocuidado como lo hace el SCS. En nuestro estudio, encontramos que esos patrones de autocuidado que los participantes mostraron en el año anterior a la pandemia estaban fuertemente relacionados con la forma en que los participantes enfrentaron esta, por lo que las intervenciones orientadas al autocuidado pueden ayudar a prevenir la angustia psicológica en futuras oleadas.

Las características de la vivienda y del hogar no se relacionaron con las respuestas psicológicas, al menos en una etapa temprana de la pandemia. En cuanto a los patrones de salidas de la casa durante la cuarentena, planteamos la hipótesis de que aquellos a quienes se les permitió trabajar podrían pertenecer a sectores de trabajo esenciales y estar más expuestos al virus, pero nuestro estudio no puede confirmarlo. En una situación de aislamiento de toda la población, salir a la calle puede no interpretarse como seguro y puede generar incertidumbre. De hecho, estudios previos han señalado que la incertidumbre fue uno de los temas más relacionados con las peores respuestas psicológicas a eventos estresantes^{23,42,43}.

En cuanto a las diferencias de género, se pueden considerar diferentes explicaciones. En primer lugar, las mujeres pueden ser más vulnerables a mostrar una peor respuesta psicológica a los eventos traumáticos en general y durante una epidemia/pandemia en particular^{44,45,46}. En segundo lugar, las construcciones sociales en torno al género pueden estar relacionadas con diferentes riesgos en las mujeres que sufren trastornos relacionados con el trauma⁴⁷. En tercer lugar, algunos hombres podrían estar utilizando un mecanismo de defensa de evitación. No sabemos si el menor porcentaje de hombres encuestados en este y otros estudios similares^{8,40} indica que están más tranquilos con respecto a la pandemia o, por el contrario, que les puede resultar más difícil pensar en ello. Por último, no se pueden excluir otras razones relacionadas con las características del reclutamiento (uso de las redes sociales) y los procedimientos.

En nuestro estudio, los participantes con un diagnóstico psiquiátrico previo se vieron más afectados, y sus síntomas psiquiátricos empeoraron en uno de cada cinco pacientes. La investigación de Hao et al.⁵ encontró que el 31,6 % de los pacientes psiquiátricos y el 13,8 % de los controles sanos recibieron una puntuación que cumplía criterios diagnósticos para TEPT. Los niveles de ansiedad, depresión y estrés también fueron significativamente más altos en esta población en comparación con los controles sanos. Además, se sabe que el acceso a los servicios de salud mental para los pacientes psiquiátricos durante la pandemia está resultando difícil²². Esto aporta apoyo preliminar para considerarlos un grupo vulnerable y un objetivo para los programas de prevención

secundaria. En lo que respecta a la población en general, se necesita aumentar el apoyo social basado tanto en redes de apoyo naturales como en intervenciones psicosociales locales en las comunidades para aumentar la resiliencia y prevenir problemas de salud mental^{39,48}.

Por último, hay que mencionar algunas fortalezas y limitaciones del estudio. El uso de un muestreo de bola de nieve puede haber condicionado las características de la muestra que no pueden considerarse una representación exacta de la población española en general, aunque el tamaño de la muestra es considerable. Estos aspectos son comunes otros estudios realizados inmediatamente después del primer brote, debido a las limitaciones que suponían las medidas de cuarentena^{7,8}. El que el estudio sea transversal y la falta de datos prepandémicos en nuestra muestra también representan limitaciones del estudio. Las principales fortalezas del estudio se pueden enumerar de la siguiente manera: 1) Se llevó a cabo en una etapa muy temprana de la pandemia, 2) Utilizó dos instrumentos que nos permitieron comparar poblaciones españolas y chinas, y 3) Incluyó una medida de patrones de autocuidado previos.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a Lara Lavadiño por su ayuda con la revisión de la versión inglesa del artículo.

Financiación. No se recibió ningún aporte ni financiación para el estudio.

CONFLICTOS DE INTERÉS. NINGUNO.

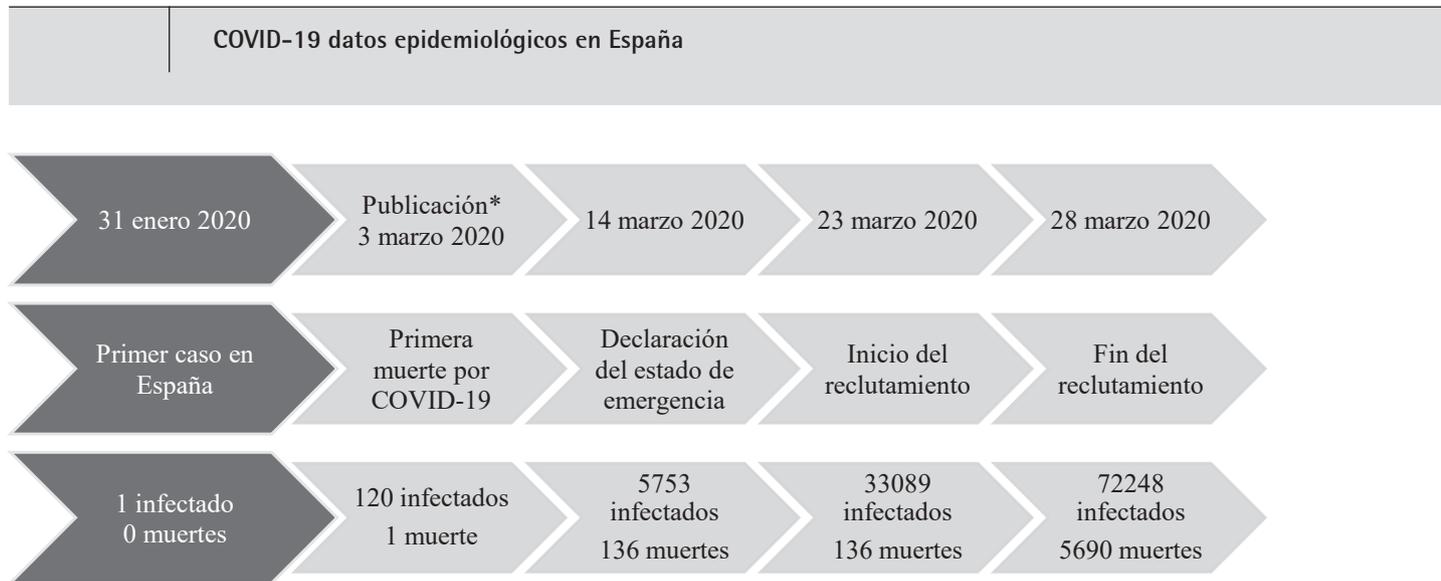
Referencias

1. Alkhamees, A. A., Alrashed, S. A., Alzunaydi, A. A., Almohimeed, A. S., & Aljohani, M. S. (2020). The psychological impact of COVID-19 pandemic on the general population of Saudi Arabia. *Comprehensive Psychiatry*, 102, 152192. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152192>
2. Bados, A., Solanas, A., & Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*, 17(4), 679–683. <https://doi.org/2005-14013-023>
3. Báguena, M. J., Villarroja, E., Beleña, Á., Díaz, A., Roldán, C., & Reig, R. (2001). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala revisada de Impacto del Estresor (EIE-R)[Psychometric properties of the Spanish version of the IES-R]. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(114), 581–604.
4. Bo, H.-X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T., Wu, X., & Xiang, Y.-T. (2020). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China.

- Psychological Medicine, 1(2), 1–7. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000999>
5. Bohlken, J., Schömig, F., Lemke, M. R., Pumberger, M., & Riedel-Heller, S. G. (2020). COVID-19 Pandemic: Stress Experience of Healthcare Workers: A Short Current Review. *Psychiatrische Praxis*, 47(4), 190–197. <https://doi.org/10.1055/a-1159-5551>
 6. 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 (10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
 7. Chen, J., Chen, J., Xiong, M., Xiong, M., He, Z., He, Z., Shi, W., Shi, W., Yue, Y., Yue, Y., He, M., & He, M. (2020). The enclosed ward management strategies in psychiatric hospitals during COVID-19 outbreak. *Globalization and Health*, 16(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00586-z>
 8. Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural science* (2nd ed.). Laurence Erlbaum Associates.
 9. Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale - Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41(12), 1489–1496. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.07.010>
 10. D'Agostino, A., Demartini, B., Cavallotti, S., & Gambini, O. (2020). Mental health services in Italy during the COVID-19 outbreak. In *The Lancet Psychiatry*, 7 (5), 385–387. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30133-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30133-4)
 11. Felice, C., Di Tanna, G. L., Zanusi, G., & Grossi, U. (2020). Impact of COVID-19 Outbreak on Healthcare Workers in Italy: Results from a National E-Survey. *Journal of Community Health*, 45(4), 675–683. <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00845-5>
 12. Galindo-Vázquez, O., Ramírez-Orozco, M., Costas-Muñiz, R., Mendoza-Contreras, L. A., Calderillo-Ruiz, G., & Menses-García, A. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. [Symptoms of anxiety, depression and self-care behaviors during the COVID-19 pandemic in the general population]. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(114), 581–604 *Gaceta de México*, 156(4), 298–305. <https://doi.org/10.24875/gmm.20000266>
 13. Gardner, L. (2020). Mapping 2019-nCoV. Johns Hopkins. <https://systems.jhu.edu/research/public-health/ncov/>
 14. González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. Á., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., & 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>
 15. Gonzalez, A., Mosquera, D., Knipe, J., Leeds, A., & Santed, M. (2018). Construction and initial validation of a scale to evaluate self-care patterns: The Self-Care Scale. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 15(6), 373–378.
 16. Hao, F., Tan, W., Jiang, L., Zhang, L., Zhao, X., Zou, Y., Hu, Y., Luo, X., Jiang, X., McIntyre, R. S., Tran, B., Sun, J., Zhang, Z., Ho, R., Ho, C., & Tam, W. (2020). Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 100–106. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.069>
 17. Hosey, M. M., Bienvenu, O. J., Dinglas, V. D., Turnbull, A. E., Parker, A. M., Hopkins, R. O., Neufeld, K. J., & Needham, D. M. (2019). The IES-R remains a core outcome measure for PTSD in critical illness survivorship research. *Critical Care*, 23(1), 362. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2630-3>
 18. Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H., & Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. In *The Lancet Psychiatry*, 7 (3), e14. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
 19. Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Prescott, C. A. (2001). Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 587. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.587>
 20. Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., & Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 369, m1642. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1642>
 21. Le, T. A., Le, M. Q. T., Dang, A. D., Dang, A. K., Nguyen, C. T., Pham, H. Q., Vu, G. T., Hoang, C. L., Tran, T. T., Vuong, Q. H., Tran, T. H., Tran, B. X., Latkin, C. A., Ho, C. S. H., & Ho, R. C. M. (2019). Multi-level predictors of psychological problems among methadone maintenance treatment patients in different types of settings in Vietnam. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*, 14(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0223-4>
 22. Lenhard, W., & Lenhard, A. (2016). Calculation of Effect Sizes. *Psychometrica*.
 23. Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., & Zhu, T. (2020). The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2032. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>
 24. Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., Wu, L., Sun, Z., Zhou, Y., Wang, Y., & Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 Outbreak in China Hardest-hit Areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research*, 287, 112921. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>
 25. Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Psychology Foundation of Australia. [https://doi.org/DOI:10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/DOI:10.1016/0005-7967(94)00075-U)

26. Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., & 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*, 17(9), 3165. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>
27. Mortensen, C. R., Becker, D. V., Ackerman, J. M., Neuberg, S. L., & Kenrick, D. T. (2010). Infection breeds reticence: The effects of disease salience on self-perceptions of personality and behavioral avoidance tendencies. *Psychological Science*, 21(3), 440–447. <https://doi.org/10.1177/0956797610361706>
28. Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorroategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cadernos de Saude Publica*, 36(4), e00054020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
29. Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & 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*, 1591(20), 308. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
30. Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & 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), e100213. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
31. Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
32. Ro, J.-S., Lee, J.-S., Kang, S.-C., & Jung, H.-M. (2017). Worry experienced during the 2015 Middle East Respiratory Syndrome (MERS) pandemic in Korea. *PloS One*, 12(3), e0173234. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173234>
33. Schaller, M., & Murray, D. R. (2008). Pathogens, Personality, and Culture: Disease Prevalence Predicts Worldwide Variability in Sociosexuality, Extraversion, and Openness to Experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(1), 212–221. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.1.212>
34. Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. In *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(4), 281–282. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>
35. Street, A. E., & Dardis, C. M. (2018). Using a social construction of gender lens to understand gender differences in posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 97, 105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.001>
36. Sun, L., Sun, Z., Wu, L., Zhu, Z., Zhang, F., Shang, Z., Jia, Y., Gu, J., Zhou, Y., Wang, Y., Liu, N., & Liu, W. (2020). Prevalence and Risk Factors of Acute Posttraumatic Stress Symptoms during the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China. *Medrxiv*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.06.20032425v1>
37. Vinkers, C. H., van Amelsvoort, T., Bisson, J. I., Branchi, I., Crayan, J. F., Domschke, K., Howes, O. D., Manchia, M., Pinto, L., de Quervain, D., Schmidt, M. V., & 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>
38. Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
39. Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., Choo, F. N., Tran, B., Ho, R., Sharma, V. K., & Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>
40. Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. In W. JP & K. TM (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners* (pp. 399–411). Gilford Press.
41. Wu, C., Hu, X., Song, J., Yang, D., Xu, J., Cheng, K., Chen, D., Zhong, M., Jiang, J., Xiong, W., Lang, K., Tao, Y., Lin, X., Shi, G., Lu, L., Pan, L., Xu, L., Zhou, X., Song, Y., ... Du, C. (2020). Mental health status and related influencing factors of COVID-19 survivors in Wuhan, China. *Clinical and Translational Medicine*, 10(2), e52. <https://doi.org/10.1002/ctm.2.52>
42. Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & 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), e923549. <https://doi.org/10.12659/MSM.923549>
43. Yang, Y., Li, W., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., & Xiang, Y. T. (2020a). Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e19. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30079-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30079-1)
44. Yang, Y., Li, W., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., & Xiang, Y. T. (2020b). Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e19. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30079-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30079-1)
45. Zhong, B.-L., Luo, W., Li, H.-M., Zhang, Q.-Q., Liu, X.-G., Li, W.-T., Li, Y., Yi Li, or, & Rd, G. (2020). Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10), 1745–1752. <https://doi.org/10.7150/ijbs.45221>

Datos suplementarios



*Muerte el 13 de febrero en Valencia (investigación retrospectiva)

Nota: En España, la cuarentena debida a la primera ola de la pandemia duró desde el 14 de marzo al 4 de mayo, empezándose entonces una desescalada progresiva que duró hasta el 21 de junio de 2020.

Datos extraídos del Ministerio de Sanidad. Gobierno de España (2020).

Datos suplementarios 2

Análisis de diferencias de medias para las subescalas del IES-R																						
Género	Estadísticos Descriptivos		IES Global					IES-Intrusión					IES-Evitación					IES-Hiperactivación				
	N	%	M	SD	F	p	d	M	SD	F	p	d	M	SD	F	p	d	M	SD	F	p	d
Hombres	909	25.8	18.79	11.29	-15.04	<0.0001	0.15	6.99	4.90	-13.97	<0.0001	0.14	7.75	4.60	-13.24	<0.0001	0.14	4.05	3.40	-12.78	<0.0001	0.14
Mujeres	2611	74.2	25.55	11.80			9.71	5.48				10.05	4.47				5.80	3.97				
Edad																						
18-33	1187	33.7	25.23	12.04	20.11	<0.0001	0.23	9.34	5.63	11.19*	<0.0001	0.06	10.10	4.66	20.02	<0.0001	0.15	5.77	3.97	33.17*	<0.0001	0.11
34-49	1637	46.5	23.97	12.00				9.11	5.43				9.43	4.56				5.42	3.91			
50-65	609	17.3	21.50	11.89				8.37	5.24				8.47	4.46				4.65	3.71			
66-79	91	2.6	18.12	10.03				6.92	4.44				8.08	4.65				3.10	2.63			
Nivel educativo																						
Educación primaria o inferior	106	3.1	26.94	13.70	14.37	<0.0001	0.25	10.54	6.25	11.03	<0.0001	0.17	10.09	4.75	10.51	<0.0001	0.19	6.30	4.35	11.55	<0.0001	0.20
Formación profesional	385	11.1	26.23	13.05				10.08	5.81				10.12	4.87				6.02	4.16			
Educación secundaria	314	9.0	24.22	12.42				8.98	5.68				9.56	4.73				5.68	4.11			
Licenciatura	1412	40.6	24.42	11.69				9.18	5.34				9.76	4.57				5.47	3.84			
Master, doctorado universitario	1258	36.2	21.94	11.68				8.33	5.30				8.80	4.49				4.80	3.75			
Situación laboral																						
Estudiante	395	11.2	25.95	11.84	10.636	<0.0001	0.35	9.15	5.50	6.79*	<0.0001	0.26	10.67	4.64	10.09	<0.0001	0.26	6.11	3.93	12.35*	<0.0001	0.24
Empleado público	775	22.0	23.74	11.89				9.25	5.30				9.19	4.54				5.30	3.86			
Empleado por cuenta ajena	1208	34.3	23.75	12.02				8.98	5.48				9.47	4.59				5.30	3.84			
Autónomo	454	12.9	21.90	11.58				8.22	5.28				8.88	4.54				4.79	3.72			
Autónomo con empleados	107	3.0	21.61	12.70				8.59	5.44				8.03	4.66				4.98	3.96			

Análisis de diferencias de medias para las subescalas del IES-R (continuación)

Jubilado	150	4.3	19.54	10.68				7.39	4.67			8.43	4.44				3.71	3.16				
Desempleado	262	7.4	27.66	12.72				10.50	5.80			10.55	4.77				6.60	4.39				
Otro	173	4.9	23.99	11.94				9.24	5.91			9.36	4.27				5.37	3.89				
Trastorno mental																						
No	2319	65.8	21.71	11.41	111.64	<0.0001	0.52	8.29	5.17	57.43	<0.0001	0.43	8.88	4.54	53.43	<0.0001	0.41	4.52	3.52	148.62	<0.0001	0.69
No se	73	2.1	29.82	12.66				11.27	6.02			11.05	4.47				7.49	4.31				
Sí	1132	32.1	27.75	12.17				10.34	5.71			10.52	4.58				6.89	4.10				
Empeoramiento del trastorno mental																						
No	898	61.3	21.91	10.98	243.08	<0.0001	1.39	8.02	5.01	196.16	<0.0001	1.27	9.07	4.59	78.14	<0.0001	0.68	4.81	3.40	262.84	<0.0001	1.49
Sí	289	19.7	36.74	10.66				14.44	5.34			12.03	4.27				10.26	3.87				
Quizás	278	19.0	31.39	9.85				11.72	4.90			11.91	4.00				7.75	3.32				
Rutinas																						
Más o menos	841	23.9	25.75	11.69	26.68	<0.0001	0.26	9.69	5.45	14.16 ^a	<0.0001	0.14	10.00	4.52	12.84	<0.0001	0.13	6.05	3.81	36.08 ^a	<0.0001	0.23
No	248	7.0	26.79	13.60				9.97	6.36			10.17	5.00				6.64	4.55				
Sí	2435	69.1	22.85	11.87				8.67	5.33			9.19	4.58				4.97	3.80				
Consumo de tranquilizantes																						
Similar	384	10.9	26.80	11.82	86.34	<0.0001	1.16	9.94	5.45	69.23	<0.0001	1.11	10.22	4.67	24.96	<0.0001	0.50	6.64	3.89	125.65	<0.0001	1.35
Más de lo habitual	163	4.6	36.64	11.03				14.49	5.32			11.94	4.41				10.20	3.85				
Menos de lo habitual	35	1.0	28.82	12.69				10.37	5.40			11.40	4.72				7.05	4.18				
No	2942	83.5	22.66	11.62				8.57	5.29			9.19	4.56				4.89	3.67				
Consumo de alcohol																						
Similar	986	28.0	22.12	11.82	15.55	<0.0001	0.33	8.43	5.26	7.88	<0.0001	0.30	8.80	4.60	14.43	<0.0001	0.42	4.87	3.69	14.22 ^a	<0.0001	0.43
Más de lo habitual	269	7.6	27.39	11.63				10.05	5.38			10.75	4.33				6.57	4.04				
Menos de lo habitual	574	16.3	23.62	11.93				8.88	5.30			9.49	4.68				5.24	3.87				
No	1695	48.1	24.30	12.12				9.22	5.60			9.61	4.59				5.46	3.97				
Problemas para dormir																						
Similar	910	25.8	25.05	11.19	321.84	<0.0001	1.09	9.38	4.99	258.78 ^a	<0.0001	1.01	9.7	4.48	81.12	<0.0001	0.58	5.90	3.60	390.34 ^a	<0.0001	1.25
Más de lo habitual	776	22.0	33.12	11.14				13.14	5.43			11.33	4.25				8.63	3.85				
Menos de lo habitual	100	2.8	25.21	11.18				8.88	4.86			10.40	4.95				5.93	3.70				
No	1738	49.3	18.94	10.14				6.98	4.60			8.40	4.52				3.55	2.91				
Contacto con COVID-19																						
No	1455	41.3	22.83	11.82	8.93	≤0.001	0.14	8.53	5.30	9.69	<0.0001	0.16	9.32	4.69	2.77	0.06	---	4.97	3.73	12.54 ^a	<0.0001	0.12
Sí	595	16.9	24.09	12.23				9.41	5.61			9.25	4.56				5.42	3.89				
Quizás	1474	41.8	24.68	12.13				9.32	5.52			9.67	4.56				5.69	4.05				
Grupo de riesgo para COVID-19																						
No	2353	66.8	22.67	11.56	52.91	<0.0001	0.48	8.44	5.23	41.67 ^a	<0.0001	0.38	9.27	4.58	20.93	<0.0001	0.32	4.95	3.70	53.17 ^a	<0.0001	0.48
No se	438	12.4	28.95	13.47				10.94	5.92			10.78	4.89				7.22	4.39				
Sí	733	20.8	24.44	11.85				9.66	5.56			9.26	4.45				5.50	3.90				
Infectado																						
No	2394	67.9	22.76	11.78	29.40	<0.0001	0.27	8.49	5.30	32.95 ^a	<0.0001	0.35	9.28	4.63	6.33	0.00	0.02	4.98	3.74	31.38 ^a	<0.0001	0.32
Sí	112	3.2	25.91	13.27				10.44	5.95			9.21	4.79				6.25	4.55				
Quizás	1018	28.9	26.08	12.20				10.07	5.59			9.89	4.53				6.11	4.08				
En cuarentena																						
No	3389	96.2	23.75	11.98	2.95	0.09	0.12	8.98	5.44	-1.67	0.09	---	9.44	4.59	-0.63	0.53	---	5.32	3.89	4.42	0.04	0.18
Sí	135	3.8	25.57	13.61				9.78	5.91			9.74	5.31				6.04	4.21				
Autocuidado																						
Por debajo de la media	1810	51.4	19.11	10.53	25.95 ^a	<0.0001	0.84	7.29	4.76	20.21 ^a	<0.0001	0.68	8.01	4.38	20.12	<0.0001	0.68	3.80	3.13	26.19 ^a	<0.0001	0.88
Por encima de la media	1714	48.6	28.79	11.54				10.82	5.56			10.98	4.37				6.98	3.97				

Notas:

^a Estadística robusta: Welch^b Tamaño del efecto: Cohen's d. Se tomaron valores de referencia de 0.20, 0.50 y 0.80 para tamaños del efecto medio, mediano y grande, respectivamente.

Datos suplementarios 3

Análisis de diferencia de medias para las subescalas de Autocuidado y DASS-21

Género	N	%	DASS Global					DASS-Estrés					DASS- Depresión					DASS-Ansiedad				
			M	SD	F	p	d	M	SD	F	p	d	M	SD	F	p	d	M	SD	F	P	d
Hombres	909	25.8	11.46	10.78	-10.61	< .0001	0.12	5.35	4.68	-12.41	< .0001	0.13	3.53	3.85	-4.53	≤ .001	0.08	2.58	3.41	-11.21	< .0001	0.13
Mujeres	2611	74.2	16.05	12.42				7.67	5.33				4.22	4.21				4.16	4.30			
Edad																						
18-33	1187	33.7	16.60	12.93	23.33	< .0001	0.23	7.80	5.58	36.73*	< .0001	0.13	4.58	4.44	13.71*	≤ .001	0.21	4.22	4.45	21.76*	< .0001	0.27
34-49	1637	46.5	14.83	11.84				7.19	5.12				3.89	4.02				3.75	4.07			
50-65	609	17.3	12.47	11.32				5.80	4.80				3.57	3.86				3.10	3.73			
66-79	91	2.6	9.00	8.99				4.02	4.18				2.91	2.95				2.07	2.70			
Nivel educativo																						
Educación primaria o inferior	106	3.1	19.04	13.21	16.15	< .0001	0.26	7.91	5.52	6.63	< .0001	0.17	6.08	4.36	24.22	< .0001	0.29	5.03	4.90	13.89	< .0001	0.10
Formación profesional	385	11.1	16.93	13.69				7.70	5.78				4.82	4.67				4.40	4.57			
Educación secundaria	314	9.0	16.80	13.48				7.55	5.74				4.93	4.58				4.30	4.61			
Licenciatura	1412	40.6	15.15	12.02				7.20	5.19				4.08	4.11				3.86	4.11			
Master, doctorado universitario	1258	36.2	12.95	11.07				6.50	5.00				3.30	3.64				3.13	3.69			
Situación laboral																						
Estudiante	395	11.2	17.99	13.36	14.27 *	< .0001	0.36	8.38	5.72	12.85*	≤ .001	0.24	5.23	4.77	11.91*	< .0001	0.33	4.50	2.3	7.90*	< .0001	0.19
Empleado público	775	22.0	13.96	11.41				6.89	5.04				3.53	3.72				3.93	1.4			
Empleado por cuenta ajena	1208	34.3	14.63	11.73				7.00	5.16				3.87	3.91				4.06	1.2			
Autónomo	454	12.9	13.66	11.46				6.60	5.00				3.72	3.97				3.87	1.8			
Autónomo con empleados	107	3.0	12.73	11.40				6.30	4.72				3.17	3.52				4.20	1.4			
Jubilado	150	4.3	10.37	10.46				4.54	4.62				3.35	3.60				3.27	1.2			
Desempleado	262	7.4	19.54	14.99				8.58	5.82				5.88	5.33				5.10	1.3			
Otro	173	4.9	14.77	11.58				7.07	5.28				3.98	3.76				3.85	1.2			
Trastorno mental																						
No	2319	65.8	11.64	9.97	275.82 *	< .0001	0.82	5.82	4.70	195.87*	< .0001	0.64	3.11	3.31	152.80*	< .0001	0.93	2.71	3.26	191.85*	< .0001	0.68
No se	73	2.1	23.40	12.10				10.03	5.38				7.23	4.83				6.13	4.52			
Sí	1132	32.1	20.92	13.66				9.45	5.46				5.74	4.90				5.73	4.89			
Empeoramiento del trastorno mental																						
No	898	61.3	13.16	10.11	388.57 *	< .0001	1.64	6.44	4.60	327.50 *	< .0001	1.61	3.61	3.77	156.11*	< .0001	1.14	3.11	3.27	268.95*	< .0001	1.47
Sí	289	19.7	32.47	13.05				13.83	4.61				9.01	5.45				9.63	5.22			
Quizás	278	19.0	24.73	10.84				11.12	4.52				6.59	5.20				7.02	4.17			
Rutinas																						
Más o menos	841	23.9	17.77	12.45	84.49 *	< .0001	0.62	8.02	5.24	32.52*	< .0001	0.22	5.21	4.39	116.97*	< .0001	0.73	4.54	4.32	40.59*	< .0001	0.43
No	248	7.0	21.28	14.97				8.63	6.08				7.27	5.43				5.37	5.18			
Sí	2435	69.1	13.21	11.35				6.59	5.11				3.30	3.61				3.32	3.87			
Consumo de tranquilizantes																						
Similar	384	10.9	20.12	13.55	138.44 *	< .0001	1.32	8.90	5.34	120.86*	< .0001	1.37	5.80	5.01	59.98*	< .0001	0.81	5.42	4.65	82.43*	< .0001	1.06
Más de lo habitual	163	4.6	29.65	13.32				13.13	4.68				7.68	5.07				8.84	5.39			

Análisis de diferencia de medias para las subescalas de Autocuidado y DASS-21 (continuación)

Menos de lo habitual	35	1-0	21-66	12-90				9-29	5-33			6-43	3-84			5-94	4-93					
No	2942	83-5	13-28	11-11				6-47	5-01			3-58	3-77			3-23	3-70					
Consumo de alcohol																						
Similar	986	28-0	13-22	11-03	14-18*	< .0001	0-30	6-43	4-88	15-01*	< .0001	0-26	3-63	3-81	7-32*	< .0001	0-05	3-16	3-62	13-57*	< .0001	0-39
Más de lo habitual	269	7-6	18-32	12-78				8-74	5-23			4-81	4-51			4-76	4-66					
Menos de lo habitual	574	16-3	15-21	12-27				7-04	5-42			4-32	4-13			3-85	4-12					
No	1695	48-1	15-16	12-55				7-19	5-37			4-06	4-23			3-90	4-30					
Problemas para dormir																						
Similar	910	25-8	16-97	12-10	265-81*	< .0001	0-99	7-92	5-06	251-94*	< .0001	1-00	4-70	4-32	144-05*	< .0001	0-71	4-34	4-16	171-52*	< .0001	0-79
Más de lo habitual	776	22-0	23-07	13-19				10-61	5-11			6-19	4-78			6-27	5-00					
Menos de lo habitual	100	2-8	15-90	10-67				7-59	4-94			4-51	3-58			3-80	3-73					
No	1738	49-3	10-05	9-20				5-02	4-43			2-70	3-15			2-32	2-96					
Contacto con COVID-19																						
No	1455	41-3	13-98	11-96	8-36	< .0001	0-13	6-70	5-26	6-77	< .0001	0-08	3-87	4-11	4-85	.01	0-01	3-41	3-96	10-10*	< .0001	0-08
Si	595	16-9	14-70	11-92				7-11	5-25			3-84	3-90			3-75	4-10					
Quizás	1474	41-8	15-81	12-44				7-42	5-26			4-30	4-25			4-09	4-31					
Grupo de riesgo para COVID-19																						
No	2353	66-8	13-81	11-54	67-09	< .0001	0-58	6-70	5-11	37-88	< .0001	0-45	3-78	3-96	36-42	< .0001	0-44	3-85	.08	51-01	< .0001	0-52
No se	438	12-4	21-01	14-37				9-25	5-72			5-90	4-98			5-06	.24					
Si	733	20-8	14-61	11-70				6-97	5-17			3-78	3-86			4-06	.15					
Infectado																						
No	2394	67-9	13-72	11-62	33-91	< .0001	0-28	6-64	5-16	25-80	< .0001	0-26	3-78	3-99	14-29*	< .0001	0-20	3-30	3-84	40-15*	< .0001	0-34
Si	112	3-2	17-43	13-78				8	5-50			4-63	4-84			4-79	4-79					
Quizás	1018	28-9	17-29	12-88				7-99	5-37			4-59	4-32			4-70	4-56					
En cuarentena																						
No	3389	96-2	14-80	12-14	2-93	.09	0-12	7-06	5-26	-0-65	0-51	---	4-03	4-12	-0-49	0-61	...	3-70	4-10	-3-21	.002	0-15
Si	135	3-8	16-63	13-20				7-36	5-26			4-21	4-44			5-05	4-80					
Autocuidado																						
Por debajo de la media	1810	51-4	8-61	7-69	36-42*	< .0001	1-23	4-62	4-01	31-98*	< .0001	1-08	1-97	2-16	34-94*	< .0001	1-18	2-00	2-69	28-14*	< .0001	0-95
Por encima de la media	1714	48-6	21-48	12-56				9-65	5-20			6-22	4-57			5-59	4-58					

Notas:

* Estadística robusta: Welch

° Tamaño del efecto: Cohen's d. Se tomaron valores de referencia de 0.20, 0.50 y 0.80 para tamaños del efecto medio, mediano y grande, respectivamente.