Mercedes Valtueña-García^{a,b,†}
Elena Martín-Gil^{a,†}
Leticia González-Blanco^{a,b,c,d,e,*}
Lorena de la Fuente-Tomás^{a,b,c,d}
Francesco Dal Santo^a,
Clara Álvarez- Vázquez^a
Carlota Moya- Lacasa^a
Clara Martínez- Cao^{a,f},
Leticia García-Álvarez^{b,c,d,e,f}
Pilar A. Sáiz^{a,b,c,d,f}
Julio Bobes^{a,b,c,d,f}
María Paz García- Portilla^{a,b,c,d,f,*}

Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 y el confinamiento en una muestra española con trastorno de ansiedad: diferencias entre sexos

^a Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Oviedo, España.

^b Departamento de psiquiatría, Universidad de Oviedo, Oviedo, España.

^c Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)

^d Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Oviedo, España.

^e Instituto Universitario de Neurociencias del Principado de Asturias (INEUROPA), Oviedo, España.

^f Departamento de psicología, Universidad de Oviedo, Oviedo, España.

† Primera autoría conjunta.

RESUMEN

Introducción. El impacto psicológico en las etapas iniciales de la pandemia por COVID-19 y el confinamiento fue mayor en personas con trastornos mentales. En este estudio se exploraron las diferencias en el impacto psicológico según el sexo en personas con trastorno de ansiedad en España.

Metodología. Estudio transversal, descriptivo y comparativo de los datos aportados por los participantes en una encuesta online anónima realizada entre el 19 y el 26 de marzo de 2020. El cuestionario ad hoc incluyó datos sociodemográficos, clínicos y variables relacionadas con COVID-19, junto con preguntas sobre estrategias de afrontamiento y las versiones en español de la Escala de Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) y la Escala de Impacto del Estresor (IES). Se utilizaron análisis descriptivos bivariados y modelos de regresión logística.

Resultados. De los 21.207 participantes, se analizaron 1617 (7,6%) personas con trastorno de ansiedad autoinformado [1347 (83,3%) mujeres; 270 (16,7%) varones]. El impacto psicológico fue mayor en las mujeres que en los hombres con diferencias estadísticamente significativas en cada subescala del DASS-21 y subescalas del IES. Después de ajustar por posibles variables de confusión, se observó que ser mujer se asoció con puntuaciones más altas en las subescalas de pensamientos intrusivos y evitativos.

Conclusiones. Nuestro estudio sugiere que las mujeres con trastorno de ansiedad son un grupo vulnerable a un mayor impacto negativo en la salud mental y, especialmente, en los síntomas relacionados con el trastorno de estrés post-traumático.

Palabras clave. SARS-CoV-2; Pandemia COVID-19; confinamiento; impacto psicológico; trastorno de ansiedad; sexo.

Actas Esp Psiquiatr 2023;51(2): 65-75 | ISSN: 1578-2735

PSYCHOLOGICAL IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC AND LOCKDOWN IN A SPANISH SAMPLE WITH ANXIETY DISORDER: SEX DIFFERENCES

ABSTRACT

Background. The early psychological impact of the COVID-19 pandemic and lockdown is greater in people with mental disorders. This study explored the differences in the psychological impact on people with an anxiety disorder by sex in Spain.

Methods. Cross-sectional, descriptive, comparative study of the data provided by participants in an anonymous online survey between March 19 and 26, 2020. The ad hoc questionnaire included sociodemographic, clinical, and variable data related to COVID-19, along with questions about coping strategies, and the Spanish versions of the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21) and Impact of Event Scale (IES). Descriptive bivariate analyses and logistic regression models were used.

Results. Of the 21,207 participants, 1617 (7.6%) people with self-reported anxiety disorder were analyzed [1347 (83.3%) females; 270 (16.7%) males]. The psychological

*Autor de correspondencia:

Leticia González-Blanco

Dirección postal: Centro de Salud Mental La Corredoria C/Alfredo Blanco s/n, Oviedo 33011, España.

Teléfono de contacto: +34 985104219 Fax: +34 985103653

Dirección de email: leticiagonzalezblanco@gmail.com

(Leticia González-Blanco)

impact was greater on women than men with statistically significant differences in each subscale of the DASS-21 and subscales of the IES. After adjusting for potential confounding variables, it was observed that being a woman was associated with higher scores on the intrusive and avoidant thoughts subscales.

Conclusions. Our study suggests that women with an anxiety disorder are a group vulnerable to a greater negative impact on mental health and, especially, symptoms related to post-traumatic stress disorder.

Keywords. SARS-CoV-2; COVID-19 pandemic; lockdown; psychological impact; anxiety disorder; sex

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, tanto en España como el resto del mundo está experimentando los efectos de una pandemia sin precedentes provocada por el nuevo coronavirus denominado "Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2" (SARS-CoV-2) por el *International Committee on Taxonomy of Viruses* (ICTV) el 11 de febrero de 2020. Este es el agente causal de la enfermedad COVID-19, que es la abreviatura de "enfermedad del coronavirus 2019"¹.

Desde que se descubrió el primer caso de neumonía causada por COVID-19 en Wuhan, provincia de Hubei, China, en diciembre de 2019, el número de personas infectadas ha aumentado rápidamente en todo el mundo². Este coronavirus tiene una mayor mortalidad y un mayor impacto en la salud física y mental que la epidemia por el *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) en 2003 y la epidemia por el virus *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus* (MERS-CoV) en 2012³. Para detener la rápida propagación de Covid-19 en España, el gobierno declaró el estado de alarma y el confinamiento el 14 de marzo de 2020⁴.

Existen precedentes de periodos de cuarentena establecidos en epidemias anteriores. Estos han demostrado que el miedo a la infección junto con el aislamiento del entorno y la privación de libertad tienen un alto coste psicológico^{5,6}. En circunstancias como estas, se han reportado incrementos en las puntuaciones medias de estrés postraumático⁷, síntomas depresivos y suicidios consumados⁸. Al mismo tiempo, surgen reacciones emocionales negativas, como ansiedad, irritabilidad, ira, cambios de humor, insomnio, aparición de pensamientos intrusivos y conductas de evitación, entre otras^{5,9}. Las consecuencias y la gravedad del impacto en la salud mental son mayores en poblaciones vulnerables, como quienes entre las personas que contraen el virus, adultos mayores¹⁰, niños,

mujeres embarazadas, personas con antecedentes de enfermedades físicas y quienes pierden la estabilidad económica^{5,9,11}.

Un reciente estudio de investigación elaborado por García-Álvarez *et al.*, 2020, en una amplia muestra representativa de la población residente en España, confirmó la hipótesis de que las personas con antecedentes psiquiátricos están más predispuestas a desarrollar reacciones y síntomas de ansiedad y depresión relacionados con el trastorno de estrés traumático (TEPT)³. Además, algunas publicaciones de las primeras etapas de la pandemia señalaron que el estigma, las interrupciones en la atención y seguimiento por parte de los servicios de salud mental, las dificultades en el autocuidado y tener comorbilidades físicas son algunas de las razones por las que las personas con trastornos mentales son un grupo más vulnerable a los efectos negativos de la pandemia del COVID-19¹²⁻¹⁴. Como resultado, las personas con trastornos mentales tienen menor capacidad para aprovechar los recursos médicos locales y establecer estrategias de afrontamiento que minimicen los efectos negativos de la pandemia en su salud mental¹⁵.

Al mismo tiempo, las personas con problemas de salud mental pueden experimentar un empeoramiento de los síntomas anteriores debido a una mayor susceptibilidad al estrés en comparación con la población general^{14,16,17}. Asimismo, los resultados de un estudio publicado por González Blanco *et al.*¹⁸ reflejaron que las personas con un trastorno mental grave (TMG) presentaban un mayor impacto negativo de la pandemia y el confinamiento en su salud mental de las personas que aquellos participantes del grupo de control sin trastornos mentales conocidos. Sin embargo, no se observaron diferencias en el impacto psicológico experimentado por los participantes con TMG versus los participantes del grupo control que padecían trastornos mentales comunes como ansiedad o depresión.

En el caso específico de las personas con trastornos de ansiedad, las diferencias en el impacto en su salud mental podrían explicarse en parte por su percepción de que tienen un mayor riesgo de infectarse¹⁴. Estos hallazgos apoyan la hipótesis de que tener un trastorno de ansiedad es un factor de riesgo para experimentar un mayor impacto psicológico por la pandemia y el confinamiento.

Por otro lado, un estudio previo realizado en una muestra de población general residente en Chipre con edades comprendidas entre los 18-60 años, evaluó el impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 dos semanas después de que el gobierno chipriota decretara medidas de prevención de contagios. También exploró la

existencia de factores de riesgo y factores de protección individuales, demográficos y ambientales durante las primeras fases de la pandemia. Este estudio identificó como factores de riesgo para sufrir un mayor impacto psicológico de la pandemia, entre otros, ser mujer, ser más joven y ser estudiante de pregrado¹⁹. Otro estudio realizado en una muestra de población general residente en la República de Irlanda también encontró que entre las mujeres se presentaban tasas más altas de trastorno de ansiedad generalizada y depresión, siendo las más jóvenes las que habían experimentado un mayor descenso en los ingresos debido a la pandemia de COVID-19. El impacto negativo en la salud mental también fue mayor entre aquellos que tenían un ser querido con COVID-19 confirmado / sospechado y riesgo percibido de infección por COVID-19 en los próximos meses²⁰. Sin embargo, en ambos estudios no se examinó el impacto que presentaban en su salud mental según el sexo, teniendo en consideración la existencia en ese momento de trastornos mentales comunes como la ansiedad o la depresión, entre otros.

Por lo tanto, hasta donde sabemos, no hay estudios centrados en detectar las diferencias en el impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 y el confinamiento, según el sexo, en individuos con trastorno de ansiedad. Por lo tanto, el objetivo principal del presente estudio fue analizar el impacto psicológico en fases iniciales de la pandemia de COVID-19 y el confinamiento, según el sexo, en una amplia muestra de participantes con trastorno de ansiedad autorreportado en el momento de realización del estudio, en España. Otro objetivo fue determinar si existen diferencias según el sexo en las estrategias de afrontamiento utilizadas.

Se plantea la hipótesis de que se produce un mayor impacto psicológico en la salud mental de las mujeres con un trastorno de ansiedad que en los hombres.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Este estudio de investigación es un análisis secundario del mayor estudio transversal español hasta la fecha diseñado para medir el impacto psicológico de la pandemia por COVID-19 y el confinamiento en una muestra de población residente en España (para más detalles, ver García Álvarez et al.)³. Todos los participantes respondieron una encuesta *online*, de forma anónima y voluntaria, entre las 2:30 p.m. del 19 de marzo y las 4:30 p.m. del 26 de marzo. En ese momento, España vivía bajo un estado de alarma y confinamiento declarado por el gobierno nacional el 14 de marzo. La encuesta se difundió utilizando una estrategia de *bola*

de nieve a través de todo tipo de medios de comunicación y redes sociales. El objetivo de este método era facilitar la participación de personas pertenecientes a diferentes grupos sociales para poder conformar así una muestra lo más amplia posible de todos los residentes en España. El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario Central de Asturias (ref. 2020.162). Además, este estudio de investigación se llevó a cabo de acuerdo con los principios éticos de la Declaración de Helsinki²¹. Todos los encuestados tenían 18 años o más, indicaron que habían leído la información relacionada con el estudio y dieron su consentimiento informado para participar.

Participantes

Del total de 21.207 encuestados que participaron en el proyecto original, se seleccionaron aquellos que cumplían con los siguientes requisitos: Respondieron afirmativamente a la pregunta "¿Tiene actualmente un problema de salud mental?" y marcaron la opción de trastorno de ansiedad en respuesta a la pregunta "¿De qué tipo?". En ese momento, había 1617 (7,6%) participantes con trastorno de ansiedad. Estos participantes fueron divididos en dos grupos, hombres: $n = 270$ (16,7%) y mujeres: $n = 1347$ (83,3%). En esos grupos, el 76,2% de las personas con trastorno de ansiedad recibieron psicoterapia (70,4% hombres vs. 77,4% mujeres, $p < 0,014$) y el 53% estaban tomando tratamiento psicofarmacológico (no se observaron diferencias significativas de sexo).

Evaluaciones

Un cuestionario ad hoc realizado *online* recopiló datos sociodemográficos (provincia de residencia, edad, sexo, nivel de educación, estado civil, número de personas en el hogar, tener menores o personas mayores a cargo, estado laboral, ingresos económicos mensuales, cambios en el estado laboral debido a COVID-19, cambios en los ingresos mensuales debido a COVID-19); información clínica relacionada con la salud física (antecedentes de enfermedades previas y datos relacionados con la infección por COVID-19); Información clínica relacionada con la salud mental (antecedentes psiquiátricos previos, incluidos antecedentes de diagnósticos de depresión o ansiedad o problemas de salud mental actuales). Además, se evaluó el impacto psicológico del COVID-19 utilizando las versiones en español de dos instrumentos psicométricos autoadministrados: *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21)²² y la *Impact of Event Scale* (IES)²³. Ambos cuestionarios estaban dirigidos a medir el impacto psicológico negativo atribuido exclusivamente a la pandemia y el confinamiento en los 7 días anteriores. En el presente estudio, se analizaron las puntuaciones totales en las

escalas y subescalas, donde una puntuación más alta en cada subescala indica un impacto negativo mayor.

La versión en español de la DASS-21²² es un instrumento autoadministrado rápido y sencillo con adecuadas propiedades psicométricas. Consta de 21 ítems divididos en tres subescalas que evalúan la presencia y gravedad de los síntomas relacionados con tres estados afectivos negativos: depresión, ansiedad y estrés. Las puntuaciones en cada subescala de la DASS-21²² también sirven para analizar la gravedad de los síntomas de las respuestas desadaptativas: 0-1 "sin respuesta desadaptativa," 2-3 "dudosa," 4 "leve," 5 "moderada," 6 "grave" y 7 "extremadamente grave." Por su parte, la escala IES²³ consta de 15 ítems, 7 de los cuales miden pensamientos intrusivos y 8 de ellos, miden pensamientos evitativos. Las puntuaciones más altas en las cinco subescalas se traducen en un mayor impacto negativo.

Finalmente, es importante señalar que, como se hizo en el estudio de García-Álvarez *et al.* (2020), las cuatro opciones de respuesta para cada ítem (0-3) de las escalas originales IES²³ y DASS-21²² se simplificaron a una opción de respuesta binaria (0 "no", 1 "sí"). La simplificación en las opciones de respuesta se hizo por dos razones. La primera de ellas se debe a que las puntuaciones de las versiones validadas en español de la escala DASS-21²² y de la escala IES²³ no tienen un punto de corte validado para la población española. La segunda razón es que, al tratarse de escalas autoadministradas, si las opciones de respuesta se reducen de cuatro posibilidades a dos, se facilita la participación en el estudio y se anima a los encuestados a indicar si tienen un estado afectivo negativo debido a la pandemia de COVID-19 y el confinamiento (para más detalles ver García-Álvarez *et al.* (2020))³.

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados utilizando el *Statistical Package for the Social Sciences* para Windows, versión 24.0 (IBM SPSS, Inc., Armonk, NY, USA). El nivel de significación estadística se estableció en un nivel de confianza (α) de 95% ($p < 0.05$), y todas las pruebas fueron realizadas a dos colas. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables clínicas y sociodemográficas de los dos grupos, en el que se dividió toda la muestra según el sexo. Se calcularon las medias y desviaciones estándar para las variables cuantitativas y las frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Para el análisis bivariado, se utilizó la prueba chi-cuadrado para las variables categóricas y poder así, detectar diferencias entre los grupos y la prueba t de Student para comparar las diferencias en las variables continuas entre los dos grupos.

Para variables que mostraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis bivariado, posteriormente se realizó una regresión logística múltiple para identificar factores asociados a ser clasificada como mujer.

RESULTADOS

Características sociodemográficas y variables relacionadas con COVID-19 analizadas en toda la muestra y diferencias según el sexo

La edad media fue de 35,4 años (DE = 12,5). La mayoría de los participantes eran solteros (55,7%) y aproximadamente 50% de la muestra tenía educación superior (52%). Un total de 53,9% de los participantes estaban trabajando en el momento del estudio, y la mayoría afirmó no haber cambiado de situación laboral (82,7%) o haber tenido cambios en los ingresos debido a la pandemia (72,2%).

En cuanto a las diferencias observadas según el sexo, las mujeres eran más jóvenes que los hombres [34,8 (DE = 12,2) vs. 38,1 (DE = 13,5), $p < 0,001^*$]. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables sociodemográficas estudiadas.

Por otro lado, cabe destacar que un número mayor de mujeres en comparación con los hombres que reportaron tener un trastorno de ansiedad, presentaron síntomas relacionados con COVID-19 (16,8% vs. 11,9%, $p < 0,044$). (Para más detalles, véase el material suplementario la Tabla 1 del material suplementario)

Impacto psicológico temprano de la pandemia de COVID-19 y el confinamiento en toda la muestra y diferencias según el sexo

Un gran número de participantes experimentaron una reacción de tipo depresivo, seguida de las reacciones de estrés y ansiedad (74,3%, 70,9% y 41,7%, respectivamente) según lo determinado por el DASS-21. En la escala IES, cabe destacar que el 69,8% de la muestra informó que experimentaba un estilo de afrontamiento evitativo, mientras que el 49,3% de los participantes informaron que presentaban pensamientos intrusivos.

Las mujeres con trastorno de ansiedad reportaron reacciones depresivas (76,2% vs. 64,8%, $p < 0,001$), ansiedad (44,1% vs. 29,6%, $p < 0,001$) y estrés (73,5% vs. 57,8%, $p < 0,001$) con mayor frecuencia que los hombres. Como muestran las subescalas IES, los pensamientos intrusivos (51,4% vs. 38,5%, $p < 0,001$) y los comportamientos evitativos (73,1% vs. 53,7%, $p < 0,001$) también fueron más frecuentes en las mujeres (Tabla 1).

Tabla 1	Impacto psicológico en toda la muestra y según el sexo (Mercedes Valtueña- García, et al.).			
	Total (n= 1617)	Mujeres (n= 1347)	Hombres (n = 270)	Estadístico, Valor <i>p</i>
DASS-21 subescalas, puntuaciones medias (DE)				
Depresión	4.3 (1.2)	4.4 (1.2)	4.1 (1.3)	$t = 0.248, 0.004$
Ansiedad	3.1 (2.1)	3.2 (2.1)	2.4 (2.0)	$t = 2.612, < 0.001$
Estrés	4.5 (2.2)	4.6 (2.2)	3.9 (2.5)	$t = 28.156, < 0.001$
DASS-21 subescalas, n (%)				
Depresión				$\chi^2 = 15.175, < 0.001$
No	416 (25.7)	321 (23.8)	95 (35.2)	
Sí	1201 (74.3)	1026 (76.2)	175 (64.8)	
Ansiedad				$\chi^2 = 19.369, < 0.001$
No	943 (58.3)	753 (55.9)	190 (70.4)	
Sí	674 (41.7)	594 (44.1)	80 (29.6)	
Estrés				$\chi^2 = 26.920, < 0.001$
No	471 (29.1)	357 (26.5)	114 (42.2)	
Sí	1146 (70.9)	990 (73.5)	156 (57.8)	
IES subescalas, puntuaciones medias (DE)				
Intrusión	3.49 (2.1)	3.63 (2.1)	2.83 (2.1)	$t = 0.001, < 0.001$
Evitación	4.57 (2.0)	4.72 (1.9)	3.8 (2.1)	$t = 3.884, < 0.001$
IES total	5.41 (3.4)	8.35 (3.3)	6.63 (3.6)	$t = 7.030, < 0.001$
IES subescalas, n (%)				
Intrusión				$\chi^2 = 15.042, < 0.001$
No	820 (50.7)	654 (48.6)	166 (61.5)	
Sí	797 (49.3)	693 (51.4)	104 (38.5)	
Evitación				$\chi^2 = 39.956, < 0.001$
No	488 (30.2)	363 (26.9)	125 (46.3)	
Sí	1129 (69.8)	984 (73.1)	145 (53.7)	

DE: desviación estándar; DASS-21: Depression, Anxiety, and Stress Scale (No: incluye no y dudoso; Sí: incluye leve, moderado, grave y extremadamente grave); IES: Impact of Event Scale

Factores asociados al impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 y el confinamiento en personas con trastorno de ansiedad según el sexo

Los resultados de la regresión logística binaria mostraron que la edad y las subescalas de pensamientos intrusivos y evitativos de la escala IES fueron los únicos factores asociados con el sexo. Por lo tanto, ser mujer se asoció con ser más joven y tener puntuaciones más altas en las subescalas de intrusión y evitación de la escala IES. La Tabla 2 muestra los coeficientes B, los valores de *p* y los odds ratios (OR) (IC 95%) de las variables del modelo (Tabla 2).

Tabla 2	Modelo de regresión logística. Categoría de referencia: "Mujeres con trastorno de ansiedad" (Mercedes Valtueña- García, et al.).		
	B	OR (95% IC)	<i>p</i>
Edad	-0.015	0.985 (0.975-0.995)	0.004
IES-Intrusión	0.116	1.124 (1.046-1.206)	0.001
IES-Evitación	0.176	1.192 (1.105- 1.286)	< 0.001

OR: odds ratio; IC: interval de confianza; IES: Impact of Event Scale

Estrategias de afrontamiento establecidas por toda la muestra y según el sexo

En cuanto a las estrategias empleadas por los participantes para minimizar el impacto negativo de la pandemia y el confinamiento en la salud mental, un alto porcentaje de la muestra informó de la capacidad de poder disfrutar del tiempo libre (80,8%). Las actividades más frecuentes fueron ver la televisión (83,8%) y utilizar las redes sociales (87,9%), así como pintar/escuchar música (81,8%). Por el contrario, un porcentaje menor de participantes accedieron al uso de drogas ilegales (4%), alcohol (18,9%) o tabaco (24,9%) para hacer frente a las consecuencias negativas de la pandemia y cerca de la mitad de toda la muestra utilizó el tiempo destinado al medio laboral para ese propósito.

Como se muestra en la Tabla 3, al explorar las diferencias en las estrategias de afrontamiento utilizadas según el sexo, un mayor porcentaje de mujeres que de hombres refirieron destinar tiempo a cocinar (63% vs. 53,3%, $p < 0,003$), utilizar redes sociales (88,8% vs. 83,7%, $p < 0,019$) y practicar yoga o meditación (24,8% vs. 3%, $p < 0,001$). Por otro lado, los hombres prefirieron pasar tiempo leyendo o viendo noticias relacionadas con COVID-19 (49,7% vs. 59,3%, $p < 0,004$). No hubo diferencias entre los grupos con respecto a otras actividades de ocio (Tabla 3).

DISCUSIÓN

Hasta donde sabemos, este es el primer estudio realizado en España para evaluar el impacto psicológico que la pandemia de COVID-19 y el confinamiento, han tenido en las fases iniciales de la misma, sobre las personas que referían padecer un trastorno de ansiedad. Del mismo modo, este es el único estudio de investigación en la literatura científica que explora las diferencias según el sexo, en el impacto psicológico y las estrategias de afrontamiento empleadas por las personas que referían padecer un trastorno de ansiedad. Es de destacar que el porcentaje de personas que experimentaron respuestas desadaptativas en cualquiera de los cinco dominios psicológicos que evaluamos, fue diferente según del sexo de los participantes. Los principales hallazgos del presente estudio muestran que las mujeres reportaron experimentar un mayor impacto psicológico negativo que el referido por los hombres. Teniendo en cuenta los factores de confusión, las mujeres presentaron una mayor proporción de síntomas relacionados con el TEPT.

Al comparar los hallazgos de este estudio con los obtenidos del análisis de impacto psicológico basado en la ausencia o presencia de trastorno mental pasado / actual en la muestra original³, el porcentaje de personas con trastorno de ansiedad que informaron padecer una reacción

Tabla 3 Estrategias de afrontamiento en toda la muestra y según el sexo (Mercedes Valtueña- García, et al.).

	Total (n= 1617)	Mujeres (n= 1347)	Hombres (n = 270)	Estadístico, Valor p
Coping strategies, n (%)				
Disfrutar del tiempo libre, Sí	1305 (80.8)	1083 (80.5)	222 (82.2)	$\chi^2 = 0.420, 0.517$
Practicar deporte, Sí	808 (50.0)	683 (50.7)	125 (46.3)	$\chi^2 = 1.749, 0.186$
Ver la televisión, Sí	1355 (83.8)	1128 (83.7)	227 (84.1)	$\chi^2 = 0.018, 0.892$
Ver/leer noticias sobre COVID-19, Sí	829 (51.3)	669 (49.7)	160 (59.3)	$\chi^2 = 8.285, 0.004$
Pintar/escuchar música, Sí	1312 (81.1)	1102 (81.8)	210 (77.8)	$\chi^2 = 2.391, 0.122$
Cocinar, Sí	992 (61.3)	848 (63.0)	144 (53.3)	$\chi^2 = 8.781, 0.003$
Redes sociales, Sí	1422 (87.9)	1196 (88.8)	226 (83.7)	$\chi^2 = 5.486, 0.019$
Trabajar, Sí	716 (44.3)	588 (43.7)	128 (47.4)	$\chi^2 = 1.285, 0.257$
Yoga/meditación, Sí	449 (27.8)	401 (24.8)	48 (3.0)	$\chi^2 = 16.127, <0.001$
Consumo de alcohol, Sí	305 (18.9)	249 (18.5)	56 (20.7)	$\chi^2 = 0.747, 0.387$
Consumo de tabaco, Sí	402 (24.9)	341 (25.3)	61 (22.6)	$\chi^2 = 0.893, 0.345$
Consumo de drogas ilegales, Sí	65 (4.0)	50 (3.7)	15 (5.6)	$\chi^2 = 1.981, 0.159$

depresiva (74.3%) en nuestra muestra, fue similar al reportado por el grupo de participantes que padecían trastorno mental actual (TMA) (74.4%). Sin embargo, se detectó que en nuestra población con trastorno de ansiedad, un mayor porcentaje de personas manifestaron ansiedad (41.7%) o estrés (70.9%) en comparación con el grupo de participantes con TMA del estudio de García-Álvarez *et al.* (2020)³ (37.2% y 66.3%, respectivamente). Como reportó anteriormente García-Álvarez *et al.* (2020)³, estos hallazgos contrastan con los datos observados en estudios realizados en una población china donde las respuestas de ansiedad predominan sobre las respuestas de estrés y depresión²⁴. Las diferentes respuestas psicológicas de las poblaciones española y china podrían explicarse en parte por las diferencias culturales y de estilo de vida entre las poblaciones mediterráneas y orientales. Al mismo tiempo, la subescala DASS-21 de ansiedad pregunta específicamente sobre manifestaciones físicas asociadas, que pueden ser mayores en la población china que en la española y se interpretan como síntomas relacionados con COVID-19. Sin embargo, aunque parece que en las personas con un trastorno de ansiedad hubo una respuesta de ansiedad en solo una minoría, hay que tener en cuenta el hecho de que prácticamente toda la muestra de participantes estaba en tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico. Además, debe tenerse en cuenta que las reacciones de estrés, evitación y pensamientos intrusivos también son diferentes manifestaciones de ansiedad, por lo que casi toda la muestra en el presente estudio experimentó alguna forma de ansiedad.

Con respecto a las diferencias según el sexo, un mayor porcentaje de mujeres presentó reacciones de ansiedad, estrés y cambios de humor negativos en comparación con el porcentaje de los hombres. Además, los pensamientos intrusivos y los comportamientos de evitación fueron más frecuentes entre las mujeres que en el grupo de hombres. Sin embargo, cuando se tuvieron en cuenta todos los posibles factores de confusión en el análisis multivariado, las únicas reacciones psicológicas que se asociaron con ser mujer fueron las conductas de evitación y los pensamientos intrusivos. Juntos, estos dos síntomas pueden estar asociados con el desarrollo de un TEPT²⁵.

En varios estudios previos realizados con población general, se han reportado diferentes respuestas al estrés agudo según el sexo. Específicamente, se han descubierto diferencias en las bases neurobiológicas de la respuesta al estrés agudo, incluidos los mecanismos celulares y moleculares que podrían explicar estos hallazgos^{26,27}. Esto podría significar, por ejemplo, que las mujeres que sobreviven a desastres naturales son más vulnerables que los hombres a desarrollar trastornos psiquiátricos relacionados con el estrés, como trastornos de pánico, ansiedad, trastorno de estrés posttrau-

mático y depresión²⁶. Al mismo tiempo, se ha reportado en la literatura que existe una asociación entre el sexo, los ideales específicamente masculinos y el estrés del rol de género masculino, y la menor eficacia del tratamiento psicoterapéutico en hombres^{28,29}. Una posible explicación puede ser que los hombres sean más reacios a reconocer el trauma psicológico. Esto dificulta el procesamiento cognitivo-emocional del trauma e impediría que los hombres buscaran tratamiento específico^{28,30}. Otros estudios realizados después de la epidemia de SARS que se desarrolló entre 2002-2004 revelaron que, si no se tratan en las primeras etapas, los trastornos psicológicos pueden persistir durante semanas, meses o incluso años después de que finaliza la epidemia.³¹

Estos hallazgos, junto con el descubrimiento de la existencia de diferencias según el sexo en los mecanismos moleculares²⁶ y marcadores genéticos relacionados con las hormonas femeninas y masculinas³² implicados en la respuesta al estrés agudo, podrían justificar el diseño de diferentes estrategias terapéuticas para mujeres y hombres. El objetivo de estas estrategias terapéuticas adaptadas según el sexo de los usuarios sería evitar la cronicidad, prevenir el incremento de las personas con trastornos resistentes al tratamiento y mejorar la calidad de vida en mujeres y hombres²⁸.

Volviendo a los objetivos del presente estudio, se observaron diferencias según el sexo en las estrategias de afrontamiento establecidas según los grupos. Los hombres desarrollaron más estrategias de funcionamiento cognitivo, como ver o leer noticias sobre la pandemia COVID-19, mientras que las mujeres desarrollaron más estrategias terapéuticas y ocupacionales, como compartir contenido en las redes sociales, cocinar y practicar yoga / meditación. En este sentido, Brooks *et al.*⁵ señalaron la importancia de las redes sociales como medio para mantener la comunicación con los seres queridos en períodos de aislamiento social como el confinamiento. Se cree que esta estrategia es eficaz para reducir el aburrimiento, los sentimientos de aislamiento, pánico y estrés asociados con la distancia física establecida entre los seres queridos.

Además, intencionalmente o no, el grupo de mujeres siguió la recomendación común de limitar la exposición a los medios de comunicación que informaban sobre la evolución de la pandemia, con el objetivo de reducir el estrés relacionado. Sin embargo, a pesar de limitar esta exposición, las mujeres eran más vulnerables a los síntomas del TEPT. Se cree que, las personas que presentaban un trastorno de ansiedad al inicio de la pandemia, esta estrategia de afrontamiento es parcialmente efectiva porque pueden ser más sensibles a dicha información y pueden experimentar reacciones de ansiedad con menos estímulos que aquellos sin tales trastornos^{16,33}.

Limitaciones y futuras investigaciones

Estos hallazgos deben interpretarse a la luz de algunas limitaciones. La principal limitación es el sesgo asociado al método empleado para reclutar la muestra estudiada. Para ello, se utilizó una encuesta *online* con difusión por el efecto bola de nieve a través de diferentes redes sociales. Por lo tanto, por el propio método empleado, es difícil reclutar personas que no tienen acceso a internet así como incluir personas de la población general, pertenecientes a un grupo etario mayor. Además, los datos se obtuvieron de los participantes incluidos en el estudio, a través de cuestionarios autoadministrados, lo que indica que las reacciones de depresión, ansiedad y estrés no son verificadas posteriormente por personal calificado. Asimismo, son los participantes los que afirmaron al responder a las preguntas, que padecían un trastorno de ansiedad. Estas características dificultan la capacidad de poder extrapolar los hallazgos a personas con un diagnóstico de trastorno de ansiedad establecido por personal cualificado.

Asimismo, otra limitación a destacar es que, en el estudio de las diferencias en el impacto psicológico negativo de la pandemia de COVID-19 y el confinamiento experimentado por hombres y mujeres así como las diferentes estrategias de afrontamiento desarrolladas, solo se considera el sexo biológico de los participantes sin profundizar en el estudio de las diferencias según los roles de género masculino o femenino.

Sin embargo, este estudio supera las limitaciones de estudios de investigación realizados hasta el momento, por el empleo de instrumentos de evaluación psicométrica validados en español y de los que se ha demostrado que presentan alta especificidad, así como el hecho de evaluar una muestra de gran tamaño.

Los hallazgos de este estudio son importantes porque pueden ayudar a desarrollar en el futuro, protocolos de salud pública personalizados según el sexo de la población con el objetivo de prevenir trastornos mentales a largo plazo como es el caso del TEPT. Al mismo tiempo, este conocimiento puede ser útil en el desarrollo de programas de atención psicológica temprana adaptados a mujeres con trastornos de ansiedad.

Las opciones terapéuticas aprobadas en primera línea para el tratamiento del TEPT incluyen la terapia de exposición prolongada (EP) y la terapia de procesamiento cognitivo (TPC)^{34,35}. Las terapias basadas en *mindfulness*, incluyendo la meditación-relajación, la repetición de mantras, la reducción del estrés basada en *mindfulness* (MBSR), la terapia cognitiva basada en *mindfulness* (MBCT) y la terapia de exposición

basada en *mindfulness* (MBET), recientemente han demostrado ser útiles para el tratamiento del TEPT. Con ellos, se han logrado resultados prometedores en la reducción de las reacciones de evitación y las repercusiones afectivas y cognitivas del TEPT. Sin embargo, se necesitan más estudios que comparen su eficacia versus las psicoterapias de primera línea para el TEPT, incluyendo la EP y la CPT.

Además, varios estudios han demostrado que las mujeres son más receptivas que los hombres a las psicoterapias para el tratamiento del TEPT^{28,30} y que existen posibles dianas moleculares para nuevas farmacoterapias con mayor especificidad en mujeres con TEPT²⁶. Sin embargo, el descubrimiento de nuevas dianas moleculares para el tratamiento de trastornos relacionados con el estrés, como el TEPT, se ve obstaculizado por la escasez de investigación preclínica realizada en muestras de mujeres^{26,36}. Más bien, se ha encontrado que la mayoría de los estudios se realizan exclusivamente en participantes de sexo masculino. En cualquier caso, se necesitan más estudios para investigar los diferentes beneficios obtenidos en función de las distintas estrategias de afrontamiento desarrolladas según el sexo de los sujetos.

CONCLUSIONES

Este trabajo tiene como objetivo estudiar y comparar las diferencias según el sexo en el impacto en la salud mental de la pandemia de COVID-19 y el confinamiento en personas con trastornos de ansiedad. Los principales hallazgos muestran que el impacto psicológico fue mayor en las mujeres que en los hombres, específicamente en lo que respecta a los pensamientos intrusivos y las conductas de evitación. Además, los estilos de afrontamiento establecidos fueron diferentes en el grupo de mujeres en comparación con el de los hombres. Mientras que las mujeres emplearon estrategias de afrontamiento terapéuticas y ocupacionales como cocinar, usar redes sociales y practicar yoga / meditación para minimizar el impacto psicológico negativo en su salud mental, los hombres prefirieron establecer estrategias cognitivas de afrontamiento que se han relacionado con un mayor riesgo de experimentar reacciones de estrés, como ver o leer noticias relacionadas con la evolución de la pandemia de COVID-19. En resumen, las mujeres con trastorno de ansiedad representan un grupo particularmente vulnerable a padecer un mayor impacto negativo en su salud mental como consecuencia de la pandemia COVID-19.

Además, este estudio sugiere que se deben estudiar intervenciones terapéuticas específicas que se deberían ofrecer a las mujeres con trastornos de ansiedad, especialmente para prevenir el desarrollo a largo plazo de TEPT.

Nota del autor

LGA, LFT, MPPG, PAS y JB diseñaron el estudio. Todos los autores lo revisaron, dieron su aprobación y contribuyeron a la obtención de los datos analizados. MVG, EMG y LGB realizaron los análisis estadísticos. MVG y EMG escribieron el primer borrador del manuscrito. Todos los autores revisaron todos los borradores y dieron su aprobación final. Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con el trabajo presentado.

Fuentes de financiación

Este trabajo fue parcialmente financiado por el Gobierno del Principado de Asturias PCTI-2018- 2022 IDI/2018/235, por el CIBERSAM, los Fondos Europeos de Desarrollo Regional (FEDER) y la Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria del Principado de Asturias (Finba).

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a Sharon Grevet por su ayuda en la revisión de la versión en inglés del presente artículo.

Apéndice A. Material suplementario

Documento complementario *online* relacionado con este artículo.

Bibliografía

- Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, *et al.* Genomic characterization and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *The Lancet.* 2020;395(10224): 565-74.
- Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, *et al.* A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020; 382:727-33.
- García-Álvarez L, de la Fuente-Tomás L, García-Portilla MP, Sáiz PA, Lacasa CM, Dal Santo F, *et al.* Early psychological impact of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) pandemic and lockdown in a large Spanish sample. *J Glob Health.* 2020;10(2):020505.
- Real Decreto-ley 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. (Boletín oficial del Estado, número 67, de 14 de marzo de 2020: 25390-25400)
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet.* 2020;395(10227): 912-20.
- Rubin GJ, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ.* 2020;368:m313.
- Tan B, Chew N, Lee G, Jing M, Goh Y, Yeo L, *et al.* Psychological Impact of the COVID 19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *Ann Intern Med.* 2020;173(4):317-20.
- Barbisch D, Koenig KL, Shih FY. Is There a Case for Quarantine? Perspectives from SARS to Ebola. *Disaster Med Public Health Prep.* 2015;9(5):547-553.
- Khan S, Huremovic D. Psychology of the Pandemic. *Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to Infection Outbreak.* Switzerland, Springer; 2019.
- Applegate WB, Ouslander JG. COVID-19 presents high risk to older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68(4):681.
- Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med.* 2020;383(6):510-12.
- Chatterjee SS, Barikar C M, Mukherjee A. Impact of COVID-19 pandemic on pre-existing mental health problems. *Asian J Psychiatr.* 2020;51:102071.
- Druss BG. Addressing the COVID-19 Pandemic in Populations With Serious Mental Illness. *JAMA Psychiatry.* 2020;77(9):891-892.
- Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(4):e21.
- Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen Psychiatr.* 2020;33(2):e100213.
- Asmundson GJG, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *J Anxiety Disord.* 2020;71:102-211.
- Fineberg NA, Van Ameringen M, Drummond L, Hollander E, Stein DJ, Geller D, *et al.* How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: A clinical

- cian's guide from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) and the Obsessive-Compulsive and Related Disorders Research Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology. *Compr Psychiatry*. 2020;100:152-174.
18. González-Blanco L, Dal Santo F, García-Álvarez L, de la Fuente-Tomás L, Lacasa CM, Paniagua G, *et al.* COVID-19 lockdown in people with severe mental disorders in Spain: Do they have a specific psychological reaction compared with other mental disorders and healthy controls?. *Schizophr Res*. 2020;223:192-198.
 19. Solomou I, Constantinidou F. Prevalence and Predictors of Anxiety and Depression Symptoms during the COVID-19 Pandemic and Compliance with Precautionary Measures: Age and Sex Matter. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(14):4924.
 20. Hyland P, Shevlin M, McBride O, Murphy J, Karatzias T, Bentall R P, *et al.* Anxiety and depression in the Republic of Ireland during the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatrica Scand*. 2020;142(3):249-256.
 21. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Jama*. 2013;310;20:2191-4.
 22. Bados A, Solanas A, Andrés A. Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). *Psicothema*. 2005;17:679-83.
 23. Báguena MJ, Villarroja E, Beleña A, Díaz A, Roldán C, Reig R. Propiedades Psicométricas de la Versión Española de la escala Revisada de Impacto del Estresor. *Anál. Modif. Conduct*. 2001; 27: 581-604.
 24. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, *et al.* Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1729.
 25. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association; 2013.
 26. Bangasser DA, Valentino RJ. Sex differences in stress-related psychiatric disorders: neurobiological perspectives. *Front Neuroendocrinol*. 2014;35(3):303-19.
 27. Luft C, Greggio S, Venturin GT, da Costa MS, da Costa JC, Donadio MVF. Sex differences in the effects of acute stress on cerebral glucose metabolism: A microPET study. *Brain Res*. 2019;1722:146355.
 28. Christiansen DM, Berke ET. Gender- and Sex-Based Contributors to Sex Differences in PTSD. *Curr Psychiatry Rep*. 2020;22(4):19.
 29. Cox DW, O'Loughlin J. Posttraumatic stress mediates traditional masculinity ideology and romantic relationship satisfaction in veteran men. *Psychology of Men & Masculinity*. 2017;18(4),382.
 30. Wade D, Varker T, Kartal D, Hetrick S, O'Donnell M, Forbes D. Gender difference in outcomes following trauma-focused interventions for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *Psychol Trauma*. 2016;8(3):356-64.
 31. Ko CH, Yen CF, Yen JY, Yang MJ. Psychosocial impact among the public of the severe acute respiratory syndrome epidemic in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;60(4):397-403.
 32. Josephs RA, Cobb AR, Lancaster CL, Lee HJ, Telch MJ. Dual-hormone stress reactivity predicts downstream warzone stress-evoked PTSD. *Psychoneuroendocrinology*. 2017;78:76-84.
 33. Gruber J, Prinstein MJ, Clark LA, Rottenberg J, Abramowitz JS, Albano A M, *et al.* Mental health and clinical psychological science in the time of COVID-19: Challenges, opportunities, and a call to action. *Am Psychol*. 2021;76(3):409-26.
 34. Boyd JE, Lanius RA, McKinnon MC. Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: a review of the treatment literature and neurobiological evidence. *J Psychiatry Neurosci*. 2018;43(1):7-25.
 35. Resick PA, Williams LF, Suvak MK, Monson CM, Gradus JL. Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80(2):201-10.
 36. Beery AK, Zucker I. Sex bias in neuroscience and biomedical research. *Neurosci Biobehav Rev*. 2011;35(3):565-72.

MATERIAL SUPLEMENTARIO

Tabla S1	Características sociodemográficas y clínicas de toda la muestra con trastorno de ansiedad y según el sexo. (Mercedes Valtueña- García, <i>et al.</i>)			
	Total (n= 1617)	Mujeres (n= 1347)	Hombres (n = 270)	Estadístico, Valor <i>p</i>
Variables sociodemográficas				
Edad, Media (DE)	35.4 (12.5)	34.8 (12.2)	38.1 (13.5)	$t = 5.578, < 0.001$
Estado civil, n (%)				$\chi^2 = 3.760, 0.153$
Nunca casado	901 (55.7)	765 (56.8)	136 (50.4)	
Casado/Viviendo como casado	625 (38.7)	508 (37.7)	117 (43.3)	
Separado/Divorciado/Viudo	91 (5.6)	74 (5.5)	17 (6.3)	
Nivel educativo, n (%)				$\chi^2 = 4.453, 0.108$
Primario	33 (2)	28 (2.1)	5 (1.9)	
Secundario	744 (46)	604 (44.8)	140 (51.9)	
Superior	840 (52)	715 (53.1)	125 (46.3)	
Estado laboral, n (%)				$\chi^2 = 5.192, 0.075$
Desempleado/Jubilado	264 (16.3)	212 (15.7)	52 (19.3)	
Activo laboralmente	871 (53.9)	719 (53.4)	152 (56.3)	
Estudiante/Ama de casa/Otro	482 (29.8)	416 (30.9)	66 (24.4)	
Variación de los ingresos por COVID-19, n (%)				$\chi^2 = 4.000, 0.135$
Ninguno	1167 (72.2)	959 (71.2)	208 (77)	
Reducción	439 (27.1)	378 (28.1)	61 (22.6)	
Aumento	11 (0.7)	10 (0.7)	1 (0.4)	
Cambio de situación laboral debido al COVID-19, n (%)				$\chi^2 = 3.438, 0.064$
No	1320 (82.7)	1088 (81.9)	232 (86.6)	
Sí	277 (17.3)	241 (18.1)	36 (13.4)	
Hijos a cargo, n (%)				$\chi^2 = 0.280, 0.597$
No	1177(72.8)	984 (73.1)	193 (71.5)	
Sí	440 (27.2)	363 (26.9)	77 (28.5)	
Mayores a cargo, n (%)				$\chi^2 = 0.975, 0.323$
No	1441 (89.1)	1205 (89.5)	236 (87.4)	
Sí	176 (10.9)	142 (10.5)	34 (12.6)	
Variables COVID-19, n (%)				
Enfermedad física actual, Sí	548 (37.8)	460 (37.9)	88 (37.8)	
Pruebas de COVID-19, Sí	22 (1.4)	21 (1.6)	1 (0.4)	$\chi^2 = 2.371, 0.124$
Familiares/Amigos infectados por COVID-19, Sí	351 (21.7)	295 (21.9)	56 (20.8)	$\chi^2 = 0.159, 0.690$
Vivir con personas infectadas por COVID-19, Sí	23 (1.4)	22 (1.6)	1 (0.4%)	$\chi^2 = 2.558, 0.110$
Síntomas del COVID-19, Sí	258 (16)	226 (16.8)	32 (11.9)	$\chi^2 = 4.070, 0.044$

DE: desviación estándar