



ESTUDIO LONGITUDINAL DEL IMPACTO PSICOLÓGICO DERIVADO DE LA COVID-19 EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA (PSI-COVID-19)

Resultados comparativos 1ª, 2ª y 3ª oleada
(Datos del 21-29 de marzo; 13-27 de abril y
21 de mayo - 4 de junio de 2020)



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID





Estudio realizado en el marco de la Cátedra extraordinaria UCM-Grupo 5
Contra el estigma (Universidad Complutense de Madrid y Grupo 5).

Director de la cátedra: Prof. Manuel Muñoz, Catedrático de Evaluación y
Diagnóstico Psicológico, UCM.

Autoría del estudio:

Berta Ausín	Profesora Contratada Doctora, Facultad de Psicología, UCM
Clara González-Sanguino	Contrato predoctoral de Personal Investigador en Formación en la Facultad de Psicología, UCM
Miguel Ángel Castellanos	Profesor Contratado Doctor, Facultad de Psicología, UCM
Jesús Saiz	Profesor Ayudante Doctor, Facultad de Psicología, UCM
Aída López-Gómez	Becaria contratada por la Cátedra UCM – Grupo 5 Contra el Estigma
Carolina Ugidos	Becaria contratada por la Cátedra UCM – Grupo 5 Contra el Estigma

Fecha: 16 de junio de 2020

La **Cátedra extraordinaria UCM – Grupo 5 Contra el Estigma** es un espacio de investigación, comunicación y difusión de los conocimientos científicos, que trabaja para mejorar la lucha contra el estigma en nuestra sociedad mediante la investigación, la formación, la transferencia de conocimiento y el uso de estrategias medioambientales y culturales.

Ante la situación creada por el Covid-19 el equipo de la cátedra ha llevado a cabo un estudio acerca del impacto psicológico de la Covid-19 y la situación de confinamiento derivada del estado de alarma decretado por el Gobierno para combatir la propagación del virus (Psi-Covid-19). De este modo, se están evaluando los efectos psicológicos que la situación de alarma y confinamiento producida por la Covid-19, tienen sobre distintas variables psicológicas. Se han realizado tres oleadas de medida: 21-29 de marzo (durante la suspensión total en España de toda actividad laboral no considerada como imprescindible); 13-27 de abril (en España se había levantado la restricción de las actividades no esenciales) y 21 de mayo – 4 de junio en la desescalada del confinamiento.

Los primeros resultados del estudio dieron cuenta del impacto psicológico que la situación de confinamiento más restrictiva tuvo sobre la población española desde el 21 al 29 de marzo de 2020, es decir en las primeras semanas de la situación de alarma. Estos resultados están recogidos con cierto detalle en un informe en www.contraelestigma.com y en el artículo científico:

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*, S0889-1591(20)30812-6. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>

El resumen de los resultados de la 2ª oleada (13-27 de abril) pueden consultarse en **www.contraelestigma.com**.

En el presente informe se recogen los principales resultados del estudio longitudinal, en el que se comparan los datos en las variables en las tres oleadas del estudio: los datos recogidos entre el 21-29 de marzo, el 13-27 de abril y el 21 de mayo – 4 de junio de 2020.

Índice de contenidos:

1. Objetivos del estudio y marco teórico

2. Metodología

2.1. Diseño

2.2. Participantes

2.3. Instrumentos

2.4. Análisis estadísticos

3. Resultados

3.1. Impacto psicológico

3.2. Soledad

3.3. Discriminación y estigma internalizado

3.4. Apoyo social

3.5. Bienestar

3.6. Autocompasión

3.7. Sucesos vitales estresantes

4. Conclusiones

Referencias

1. Objetivos del estudio y marco teórico

En diciembre de 2019 se identificaron en la ciudad china de Wuhan los primeros casos de personas enfermas de un tipo de neumonía de causa desconocida. El 7 de enero de 2020 se identifica como causa el COVID-19. Hasta el 1 de mayo de 2020, la Organización Mundial de la Salud ha informado de 3.145.407 casos de la enfermedad en 214 países, áreas o territorios en el mundo. Esta situación ha provocado que la mayoría de los países hayan declarado el estado de emergencia sanitaria y hayan tomado, entre otras medidas, el confinamiento forzoso de la población. Hasta el 1 de mayo de 2020 en España se han confirmado por Polymerase Chain Reaction test (PCR) 215.216 casos (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias, Ministerio de Sanidad, Gobierno de España, 2020). El 14 de marzo se declaró el estado de emergencia y se aplicaron drásticas medidas de cuarentena a todos los ciudadanos españoles.

El impacto de la cuarentena sobre la salud psicológica resulta evidente, sin embargo, hasta hace unos meses, los estudios llevados a gran escala con grandes muestras que diesen cuenta de los efectos de la misma, eran escasos, probablemente debido a lo anómalo de la situación. En una revisión reciente, Brooks et al., 2020, incluyeron 24 estudios que abordaron los efectos negativos de esta situación sobre la salud mental. En general, como resultados sobre el impacto psicológico indicaron que la cuarentena se asocia con un mayor distrés psicológico, síntomas de estrés postraumático, depresión, mayores niveles de estrés, insomnio, irritabilidad y humor bajo, y en líneas generales, con emociones de miedo, nerviosismo, tristeza y culpa. Incluso en aquellos estudios que pudieron comparar muestras de personas en cuarentena frente a grupos control, se observó que el distrés psicológico llegó a producirse en un 34% de la población general en cuarentena, frente al 12% en las personas que no habían sido aisladas.

Los resultados de la 1ª oleada de este estudio dan cuenta del impacto psicológico que la situación de confinamiento derivado de la alarma sanitaria actual tuvo sobre la población española en las dos primeras semanas de confinamiento, sugiriendo la necesidad de un mayor apoyo psicológico en general y en ciertos grupos. En general las mujeres, personas más jóvenes, con diagnósticos previos y aquellos que mostraban síntomas o tenían alguna persona cercana contagiada mostraron un mayor impacto psicológico, mientras que el bienestar espiritual y la soledad se mostraron como los predictores más relevantes para la depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático.

En los resultados de la 2ª oleada de este estudio, en general, se observa un incremento en la sintomatología depresiva, somática, y en la percepción de soledad, mientras que los síntomas de ansiedad y estrés postraumático no muestran cambios significativos. En relación a las variables predictoras de depresión encontramos la soledad y una menor edad, mientras que el bienestar psicológico es el mayor protector ante la aparición de sintomatología depresiva. Esto mismo ocurre con la ansiedad, donde además el género femenino, junto a la soledad y edad, también aparece como predictor de la misma. Por otro lado, en relación al estrés postraumático

el bienestar psicológico es el mayor protector, mientras que la soledad, el género femenino y trabajar presencialmente son los predictores con un mayor peso. Los modelos de predicción son equiparables a los encontrados en la primera evaluación del estudio longitudinal (González-Sanguino et al., 2020). La principal variable protectora de la aparición de sintomatología fue el bienestar espiritual, mientras que como principal predictor vuelve a aparecer la soledad.

El objetivo del presente estudio es llevar a cabo una investigación longitudinal sobre los efectos que la situación de alarma y cuarenta producida por el Covid-19 tienen sobre la salud psicológica en la población española, junto con la identificación de los principales predictores y protectores, desde mediados de marzo hasta finales de abril de 2020.

2. Metodología

2.1. Diseño

El estudio longitudinal tuvo lugar entre el 21 de marzo y el 4 de junio, llevando a cabo tres mediciones, una del 21 al 28 de marzo, otra del 13 al 27 de abril y la tercera del 21 de mayo al 4 de junio. La evaluación se llevó a cabo mediante una encuesta online en la plataforma Google Forms para poder obtener llegar al máximo posible de población mediante efecto de bola de nieve.. La evaluación se lanzó el 21 de marzo por diversos canales de las redes sociales (email, Twitter, distribución mediante listas de Whatsapp, Facebook...), en la página web www.contraelestigma.com, así como se pidió a diversos organismos oficiales que la distribuyeran. Posteriormente en la segunda y tercera evaluación (13-27 de abril; 21 mayo – 4 junio) se contactó vía email con los participantes que señalaron querer participar de forma longitudinal en el estudio.

Todos los participantes fueron informados de la investigación, así como consintieron participar en la misma mediante la aceptación de las leyes de protección de datos relativas al reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de protección de datos de carácter personal. El estudio también recibió el visto bueno de la Comisión Deontológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid con la referencia "pr_2019_20_029".

2.2. Participantes

En la primera evaluación se reclutó a los participantes a través del envío de la encuesta por diversos canales de las redes sociales y en la página web www.contraelestigma.com. La muestra, obtenida mediante el efecto de bola de nieve, estuvo compuesta por un total de 3480 personas, formada por población general y diversos grupos específicos. Para la segunda evaluación se contactó por email a aquellas personas que habían aceptado participar en el estudio de forma longitudinal, reclutando una muestra total de N = 1041. En la tercera evaluación se reclutó una muestra total de N= 569.

Los criterios de inclusión fueron 1. Ser mayor de 18 años; 2. Aceptar participar en la segunda evaluación del estudio. El único criterio de exclusión fue ser menor de 18 años.

Género:	N	%
Hombre	106	18,7%
Mujer	461	81,2%
Otro	0	-

Edad:		
Jóvenes	150	26,4%
Adultos	364	64,1%
Mayores	54	9,5%
Estado civil:		
Soltero/a	275	48,4%
Casado/a	229	40,3%
Divorciado/a	43	7,6%
Separado/a	17	3%
Viudo/a	4	0,7%
Situación de Pareja:		
No tiene pareja	141	24,8%
Tiene pareja pero no comparten la misma vivienda	96	16,9%
Tiene pareja y comparten la misma vivienda	331	58,3%
Hijos:		
Sí	271	47,7%
No	297	52,3%
Educación:		
Estudios elementales	6	1,1%
Bachillerato	72	12,7%
Estudios medios o de FP	68	12%
Grado o Licenciatura	219	38,6%
Posgrado, máster o doctorado	203	35,7%
Actividad laboral:		
Paro	48	8,5%
Estudiante	86	15,1%
Jubilado	35	6,2%

Trabajando	320	56,3%
Otra	79	13,9%
Trabajo por cuenta propia o por cuenta ajena:		
Trabajo por cuenta propia	62	10,9%
Trabajo por cuenta ajena	375	66%
No trabaja	131	23,1%
Tipo de Profesión:		
Administración	49	8,6%
Comercial	29	5,1%
Educación	111	19,5%
Sociosanitario	185	32,6%
Otros	194	34,2%
Situación económica:		
Buena o Muy Buena	366	64,4%
Mala o Muy Mala	58	10,2%
Regular	140	24,6%
Importancia de las creencias religiosas:		
Muy importantes	33	5,8%
Bastante importantes	77	13,6%
No muy importantes	173	30,5%
Nada importantes	285	50,2%
Enfermedades previas:		
Cardiovascular	27	4,8%
Neurológica	12	2,1%
Respiratorias	28	4,9%
Psiquiatría y salud mental	41	7,2%
Ninguna de las anteriores	460	81%
Síntomas CoVid-19:		

Sí	115	20,2%
No	453	79,8%
Diagnóstico Positivo en CoVid-19:		
Sí	10	1,8%
No	557	98,1%
Familiar con Diagnóstico Positivo en CoVid-19:		
Sí	182	32%
No	386	68%
Conviviendo con alguien con diagnóstico positivo en CoVid-19:		
Sí	8	1,4%
No	560	98,6%
Percibe que tiene suficiente información		
Sí	333	58,6%
No	98	17,3%
Siente que tiene demasiada información	137	24,1%
Obligado a asistir al puesto de trabajo:		
Presencial	109	19,2%
Teletrabajo	224	39,4%
No se aplica	235	41,4%
Edad media	40,91	

2.3. Variables e instrumentos

Las variables e instrumentos incluidos en la evaluación fueron las siguientes:

- Variables sociodemográficas.

- Variables relacionadas con el Covid-19: padecimiento de síntomas (si, no); diagnóstico positivo o no; ingreso hospitalario; existencia o no de familiares o personas cercanas contagiadas; convivencia con persona contagiada; percepción de la información recibida sobre la situación de alarma (considera que tiene suficiente información si, o, o bien considera que está sobreinformado); situación laboral (obligado a acudir a su centro de trabajo o bien teletrabajo).
- Impacto psicológico: se evaluó la presencia de depresión, ansiedad y síntomas de estrés postraumático mediante PHQ-4 (Kroenke, Spitzer, Williams, & Löwe, 2009) y PCL-C (Lang & Stein, 2005).
- Discriminación con el InDI-D (Scheim & Bauer, 2019).
- Estigma internalizado: se incluyeron dos preguntas del ISMI (Boyd, Adler, Otilingam, & Peters, 2014).
- Soledad con el UCLA-3 (Russell, 1996).
- Bienestar con 4 ítems de FACIT-Sp12 (Bredle, Salsman, Debb, Arnold, & Cella, 2011).
- Apoyo social con el EMAS (Zimet, Dahlem, Zimet, y Farley, 1988).
- Autocompasión con 6 ítems de SCS (García-Campayo et al., 2014).
- Sucesos vitales estresantes: Listado de experiencias amenazantes (List of Threatening Experiences—LTE, Motrico et al., 2013).

2.4. Análisis estadístico

En cada una de las etapas de registro se llevó a cabo una descripción de las variables bajo estudio con gráficos y descriptivos uni y multivariantes. Además, se estudiaron las diferencias en las variables objetivo (apoyo social, discriminación, estigma, etc.) para los diferentes grupos sociodemográficos registrados (sexo, edad, ocupación, etc.). Estas diferencias se analizaron con contrastes para medias y porcentajes, así como comparativas de valores de prevalencia de los trastornos y odds ratio. Se realizaron análisis de diferencias de medias para muestras dependientes.

Para analizar los datos longitudinales, se calcularon modelos lineales mixtos (LMM) con pendientes aleatorias (tiempo anidado a los sujetos) para cada variable de salud mental. El método de estimación fue de máxima probabilidad (ML) y los modelos se construyeron con un enfoque escalonado e impulsado por la teoría, probando el cambio significativo asociado con los términos de efectos fijos. Como índice de la bondad del ajuste, se proporciona la estadística marginal de Nakawaga pseudo-R², que informa del porcentaje de varianza explicado por los efectos fijos. Los análisis se han realizado en R (v3.5.6) con el paquete lme4.

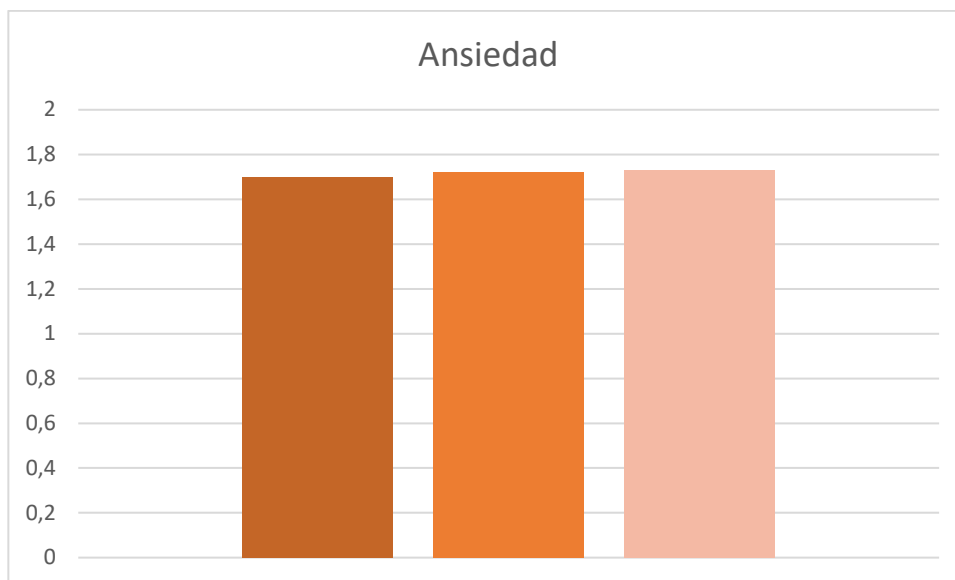
3. Resultados

A continuación, se muestran los gráficos de barras con las medidas de la 1ª, 2ª Y 3ª oleada.

3.1. Impacto psicológico

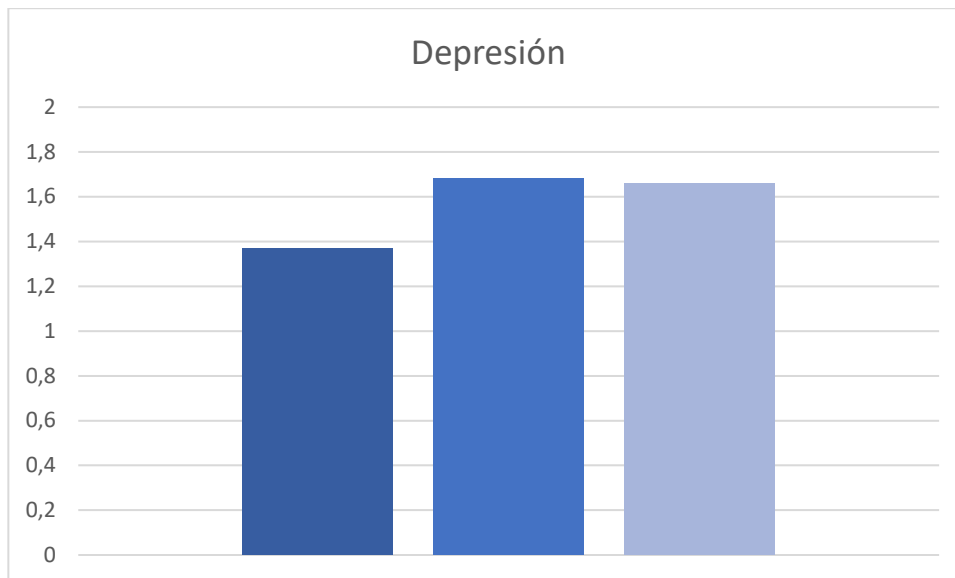
Medidas 1ª, 2ª y 3ª oleada en variables de salud mental

Ansiedad



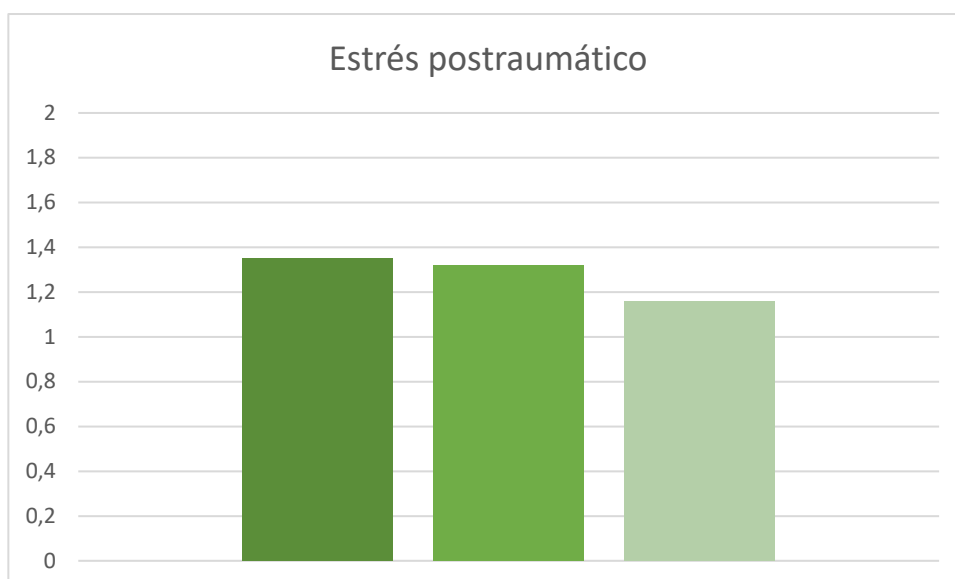
Los síntomas de ansiedad no presentan cambios significativos entre la 1ª y la 2ª oleada (descienden ligeramente) y se mantienen en la 3ª oleada. En relación con el género se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con el género femenino con mayores puntuaciones en ansiedad ($t = 5.23$, $p = 0.000$). En relación a la edad se encontraron diferencias significativas, con las personas de 18-30 años mostrando mayores puntuaciones de ansiedad en comparación con los otros grupos ($F = 14.67$, $p = 0.000$).

Depresión



Aumenta la sintomatología depresiva entre la 1ª y la 2ª oleada, disminuyendo ligeramente en la 3ª oleada. En relación al género se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con mayores puntuaciones en el género femenino ($t = 3.68$, $p = 0.000$). Las personas más jóvenes mostraron mayores puntuaciones de depresión en comparación con los grupos de mayor edad ($F = 12.70$, $p = 0.000$).

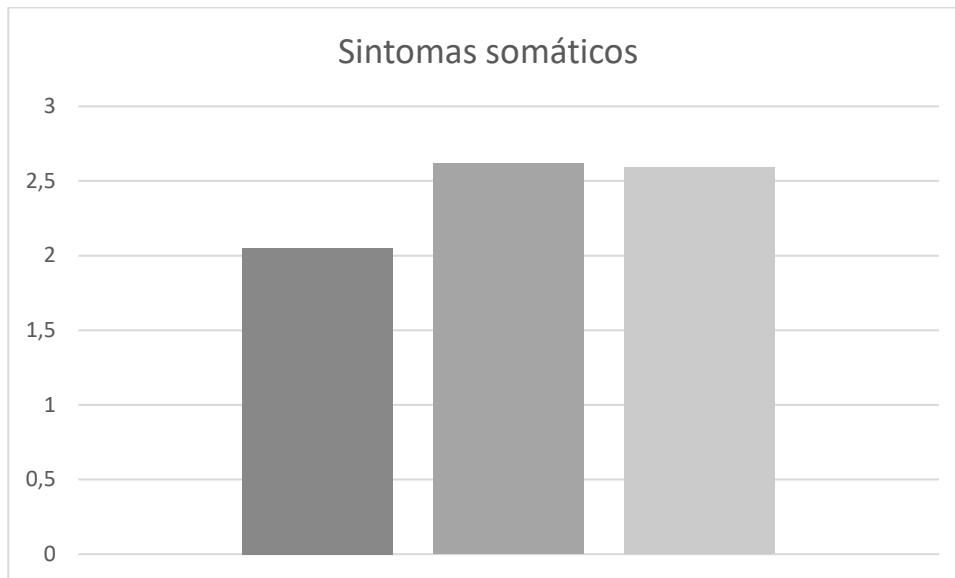
Estrés post-traumático



Los síntomas de estrés postraumático no presentan cambios significativos

entre la 1ª y la 2ª oleada, aunque descienden ligeramente. Desciende significativamente en la 3ª evaluación. En relación al género se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con mayores puntuaciones en el género femenino ($t = 3.10$, $p = 0.002$). No se encontraron diferencias significativas en función de la edad ($F = 1.23$, $p = 0.29$).

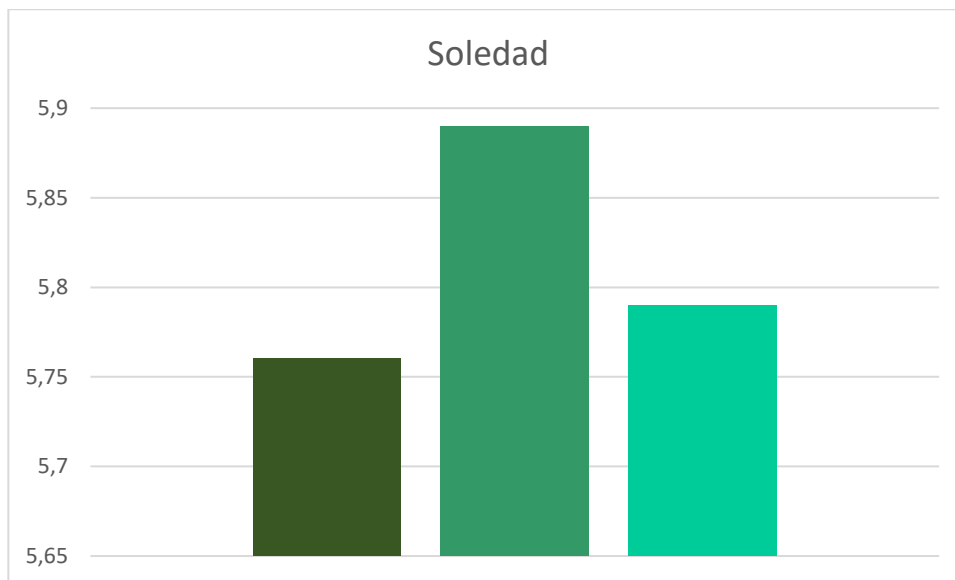
Síntomas somáticos



La sintomatología somática aumenta ligeramente entre la 1ª y la 2ª oleada, disminuyendo ligeramente en la 3ª. El género femenino mostró significativamente mayor sintomatología somática ($t = 4.35$, $p = 0.000$). El grupo de personas más jóvenes mostró mayor sintomatología somática en comparación con los otros grupos ($F = 12.68$, $p = 0.000$).

3.2. Soledad:

Medidas 1ª, 2ª y 3ª oleada en variables de soledad

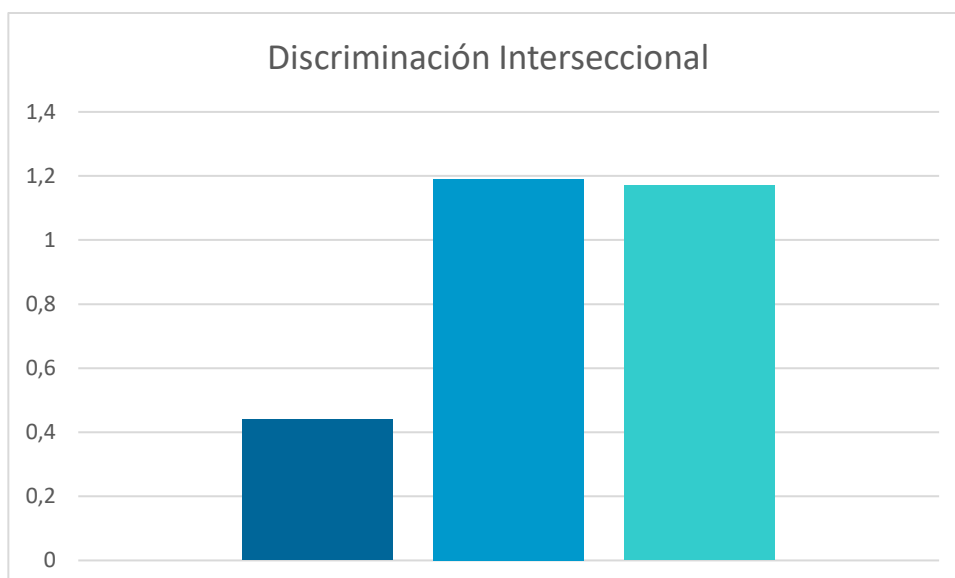


Aumenta la percepción de soledad de manera sustancial entre la 1ª y la 2ª oleada. Y se produce una disminución significativa de la percepción de la soledad en la 3ª oleada respecto a la 2ª. No se encontraron diferencias en función del género ($t = 0.71$, $p = 0.47$). Las personas entre 18 y 30 años mostraron puntuaciones significativamente mayores de soledad en comparación con los otros grupos ($F = 8.12$, $p = 0.000$).

3.3. Discriminación y estigma internalizado

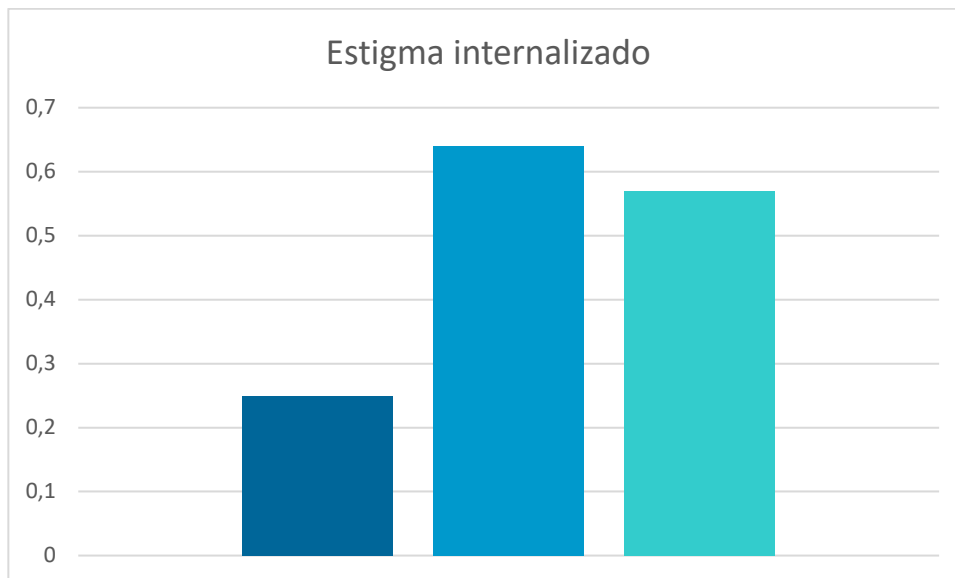
Medidas 1ª, 2ª y 3ª oleada en variables de Discriminación interseccional y estigma internalizado

Discriminación interseccional



Aumenta la percepción de discriminación de manera significativa entre la 1ª y la 2ª oleada, observándose una ligera disminución en la 3ª oleada. No se encontraron diferencias significativas en función del género ($t = 0.46$, $p = 0.64$). En relación a la edad se encontraron diferencias significativas entre el grupo de personas de 18-30 años en comparación con el resto, revelando haber sido más discriminados ($F = 6.97$, $p = 0.001$).

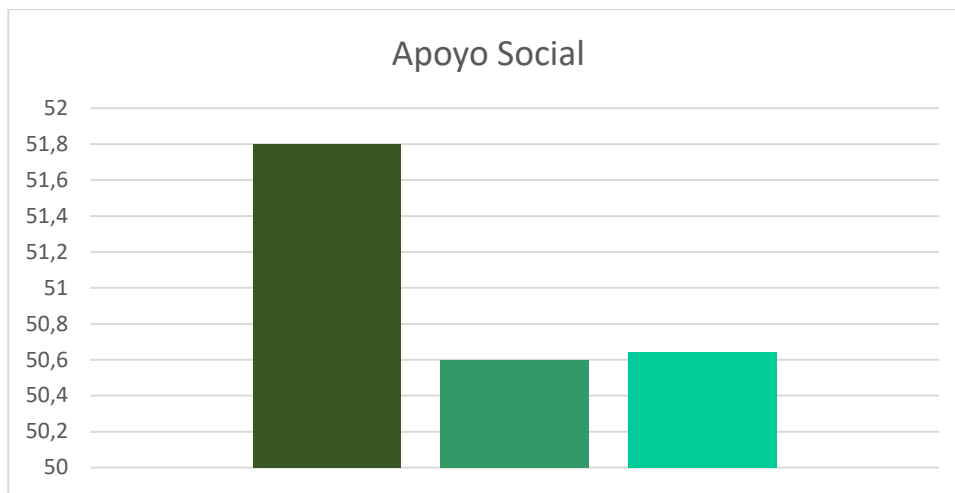
Estigma internalizado



Aumenta el estigma internalizado de manera significativa entre la 1ª y la 2ª oleada, observándose una ligera disminución en la 3ª oleada. No se encontraron diferencias en función del género ($t = 1.20$, $p = 0.22$). En la edad se encontraron diferencias significativas en el grupo de personas de mayor edad (>59) en comparación con el resto, con menores puntuaciones de estigma internalizado ($F = 6.13$, $p = 0.002$).

3.4. Apoyo social

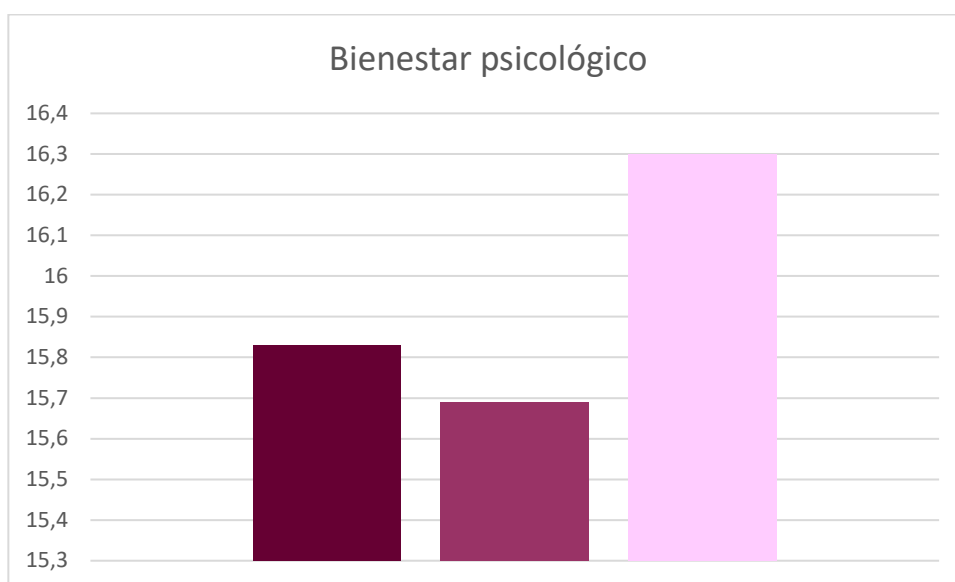
Medidas 1ª, 2ª y 3ª oleada en variables de Apoyo social



Disminuye la percepción de apoyo social de manera significativa entre la 1ª y la 2ª oleada y se mantiene el nivel de percepción de apoyo social en la 3ª oleada, aunque aumenta ligeramente. No se encuentran diferencias en función del género ($t = 0.06$, $p = 0.947$). Tampoco se observan diferencias significativas entre los distintos grupos de edad ($F = 4.82$, $p = 0.05$).

3.5 Bienestar

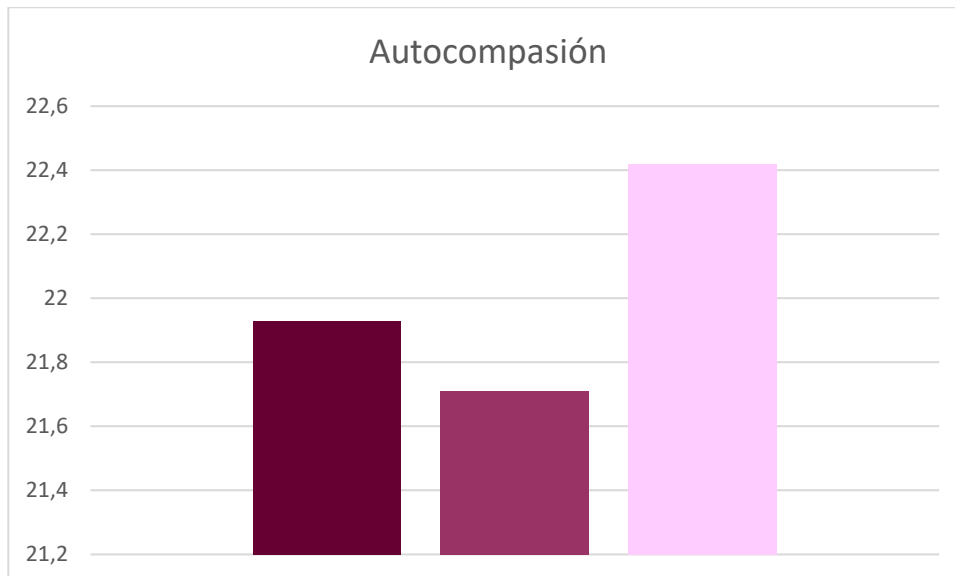
Medidas 1ª, 2ª y 3ª oleada en variables de Bienestar



Disminuyen las puntuaciones en bienestar espiritual entre la 1ª y la 2ª oleada, observándose un aumento significativo en esta variable en la 3ª oleada. Se revelaron puntuaciones significativamente más bajas en bienestar asociadas al género femenino ($t = -2.69$, $p = 0.007$). Se encontraron diferencias significativas en el grupo de personas de menor edad en comparación con el resto ($F = 5.59$, $p = 0.004$).

3.6. Autocompasión

Medidas 1ª, 2ª y 3ª oleada en variables de Autocompasión



Disminuye la autocompasión en las personas de la muestra de manera significativa entre la 1ª y la 2ª oleada, y aumenta de manera significativa las puntuaciones en esta variable en la 3ª oleada. El género femenino mostró puntuaciones significativamente menores de autocompasión ($t = -2.26$, $p = 0.02$). En relación a la edad se encontraron diferencias significativas entre el grupo más joven (18-30) en comparación con el de mayor edad (>60) ($F = 6.66$, $p = 0.001$).

3.7. Sucesos vitales estresantes

Medidas 1ª, 2ª y 3ª oleada en variables de Sucesos vitales estresantes (SVE)

En la 3ª oleada se incluyeron 12 preguntas acerca de posibles sucesos vitales estresantes que pudiera haber presentado la persona desde el inicio del estado de alarma y el confinamiento. Los ítems incluidos fueron:

- Ítem 1. Ha sufrido usted mismo una enfermedad, lesión o agresión grave
- Ítem 2. Algún familiar cercano ha sufrido una enfermedad, lesión o agresión grave
- Ítem 3. Ha muerto uno de sus padres, hijos o pareja/cónyuge
- Ítem 4. Ha muerto un amigo cercano a la familia o algún otro familiar (tíos, primos, abuelos)

Ítem 5. Se ha separado a causa de problemas en su matrimonio

Ítem 6. Ha roto una relación estable

Ítem 7. Ha tenido un problema grave con un amigo cercano, vecino o familiar

Ítem 8. Se ha quedado sin empleo o buscando empleo durante más de un mes sin éxito

Ítem 9. Le han despedido de su trabajo

Ítem 10. Ha tenido una crisis económica grave

Ítem 11. Ha tenido problemas con la policía o ha comparecido ante un tribunal

Ítem 12. Le han robado o ha perdido algo de valor

Número total de SVE desde el 15 de marzo de 2020

N ^a SVE	Frecuencia
0	287
1	147
2	102
3	26
4	10
5	5
8	1
Total	578

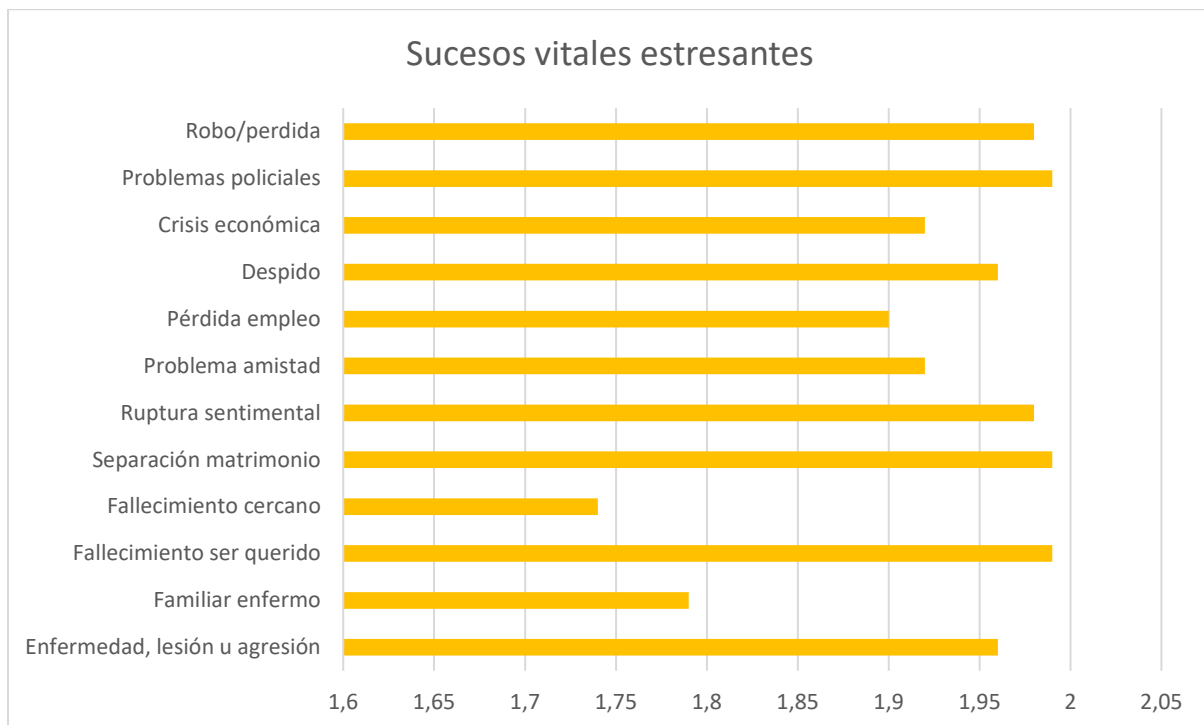
Se observa que 287 personas dijeron no haber presentado ningún SVE desde el 15 de marzo. 249 personas presentaron al menos 2 SVE en este período y 16 personas señalaron haber presentado más de 4 SVE.

Porcentaje de personas que han presentado cada subtipo de SVE

Subtipo de SVE	Frecuencia (lo ha presentado)
Problemas conyugales y relacionales	11 (2%)
Problemas de empleo y financieros	75 (13%)
Problemas personales	63 (11%)
Enfermedad y duelo en las personas cercanas	144 (25%)

El 25% de la muestra dice haber presentado un SVE relacionado con una enfermedad y duelo en las personas cercanas, mientras que el 13% ha sufrido un problema de empleo y financieros, el 11% un problema personal (como un robo o problema legal) y el 2% un problema conyugal y relacional.

Personas que han presentado cada subtipo de SVE



En el gráfico y en la tabla se observa la puntuación media de cada SVE. Los SVEs más frecuentes son: Fallecimiento ser querido; y Problemas policiales. A continuación: Ruptura sentimental, Enfermedad, lesión u agresión, Robo/pérdida, lesión u agresión; Despido. Seguido de Crisis económica, Problema de amistad y Pérdida de empleo.

Sucesos vitales estresantes	P. Media
Enfermedad, lesión u agresión	1,96
Familiar enfermo	1,79
Fallecimiento ser querido	1,99
Fallecimiento cercano	1,74
Separación matrimonio	1,99
Ruptura sentimental	1,98
Problema amistad	1,92
Pérdida empleo	1,90
Despido	1,96
Crisis económica	1,92
Problemas policiales	1,99
Robo/perdida	1,98

En relación al género no se encontraron diferencias entre ninguno de los grupos ($t = -1.10$, $p = 2.26$) En relación a la edad, las personas de 18-30 años revelaron haber sufrido menos sucesos estresantes, en comparación con el grupo de personas de mayor edad (>60) ($F = 4.82$, $p = 0.008$).

4. Conclusiones

¿Qué cambios se observan en esta tercera medida en el impacto de esta situación en nuestra salud mental?

Sintomatología de Salud mental:

- ✓ En general, en la tercera oleada se observa una leve disminución en la sintomatología depresiva, de estrés postraumático y de síntomas somáticos, manteniéndose la ansiedad. Pareciendo indicar una situación de problemas adaptativos, más que depresivos o post-traumáticos.
- ✓ El género femenino sigue mostrando una ligeramente mayor sintomatología en todas las áreas (ansiedad, depresión, estrés postraumático y síntomas somáticos).
- ✓ Las personas más jóvenes 18-30 años siguen mostrando una mayor sintomatología en comparación con el resto de grupos, excepto para el estrés postraumático, donde no se encuentran diferencias.

¿Qué cambios se observan en esta tercera medida en el impacto de esta situación en nuestra percepción de soledad?

Soledad:

- ✓ Aumenta la percepción de soledad de manera sustancial entre la 1ª y la 2ª oleada y se produce una disminución significativa de la percepción de la soledad en la 3ª oleada respecto a la 2ª. Consecuencia lógica de la salida progresiva del confinamiento.
- ✓ No se encontraron diferencias en función del género.
- ✓ Las personas más jóvenes revelaron sentir mayor soledad en comparación con el resto.

¿Se han observado cambios acerca de la discriminación y el estigma internalizado?

Discriminación y Estigma Internalizado:

- ✓ De manera general, se observa un incremento significativo en la percepción de discriminación y el estigma internalizado entre la 1ª y la

- 2ª oleada, que se mantiene con una ligera disminución en la 3ª oleada.
- ✓ No se encontraron diferencias en el género.
- ✓ Las personas más jóvenes informaron haberse sentido más discriminadas y tener mayor estigma internalizado en comparación con el resto.

¿Se han observado cambios en cómo estamos haciendo frente al confinamiento?

A grandes rasgos, tras el paso de las semanas, la percepción de apoyo social parece disminuir. En cuanto a la autocompasión y al bienestar, disminuyen ligeramente en la 2ª oleada y aumentan de manera significativa en la 3ª oleada.

Apoyo social:

- ✓ Disminuye la percepción de apoyo social de manera significativa entre la 1ª y la 2ª oleada y se mantiene en la 3ª oleada, incluso aumentando ligeramente.
- ✓ No se encontraron diferencias en cuanto al género ni la edad.

Bienestar:

- ✓ Disminuyen las puntuaciones en bienestar psicológico entre la 1ª y la 2ª oleada, observándose un aumento significativo en esta variable en la 3ª oleada.
- ✓ Las mujeres, y personas más jóvenes presentaron menores puntuaciones de bienestar psicológico.

Autocompasión:

- ✓ Disminuye la autocompasión en las personas de la muestra de manera significativa entre la 1ª y la 2ª oleada, y aumenta de manera significativa las puntuaciones en esta variable en la 3ª oleada.
- ✓ Las mujeres y las personas más jóvenes mostraron puntuaciones menores en la autocompasión.

¿En qué medida la muestra ha sufrido SVE durante el confinamiento y de qué tipo?

En la tercera oleada se ha introducido una medida sobre los sucesos vitales estresantes que se han vivido durante el confinamiento (13 de marzo – 4 de junio).

Sucesos vitales estresantes:

- ✓ 291 personas (50% de la muestra) vivieron al menos 1 SVE en este

período y 42 personas (7% de la muestra) señalaron haber presentado más de 3 SVE. Número elevados si se considera que se refieren a un periodo que no llega a 3 meses.

- ✓ Destaca el hecho de que el 25% de la muestra informa haber presentado un SVE relacionado con una enfermedad y duelo en las personas cercanas.
- ✓ El 13% ha sufrido un problema de empleo y financieros, el 11% un problema personal (como un robo o problema legal) y el 2% un problema conyugal y relacional.
- ✓ No se encuentran diferencias en cuanto al género en relación a la presencia de sucesos estresantes.
- ✓ Las personas de 18-30 años revelaron haber sufrido una menor cantidad de sucesos estresantes, en comparación con el grupo de personas de mayor edad de la muestra (>60). Este dato se confronta con la observación de un mayor malestar en el grupo más joven. Es decir, las personas mayores son las que sufren más sucesos vitales estresantes, y a pesar de este hecho, sobrellevan mejor la situación de confinamiento.

El presente estudio longitudinal ha permitido conocer los efectos que la situación de alarma y cuarenta producida por el Covid-19 han tenido sobre la salud psicológica en la población española, desde mediados de marzo hasta principios de junio de 2020.

Los resultados parecen indicar que el impacto de la situación derivada por la pandemia está siendo más alto en el género femenino y las personas más jóvenes, a pesar de que las personas de mayor edad hayan sufrido un mayor número de sucesos estresantes y hayan podido verse más afectadas a nivel médico por el virus.

Estos resultados pueden suponer la base para futuras intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria en relación al coronavirus y la salud mental, que deben tener en cuenta aquellos grupos más vulnerables, y las cuales podrían incluir estrategias que han demostrado eficacia en la mejoría del bienestar espiritual en situaciones de estrés, como la meditación (Bormann, Thorp, Wetherell, Golshan, & Lang, 2013); y tratar de mejorar la comunicación y activar las redes sociales (Brooks 2020), por ejemplo mediante profesionales que prestan atención telefónica (Maunder et al., 2003), para combatir la soledad.

Además, desde países como China, más avanzados en la expansión y recuperación del virus, son distintos los modelos de intervención publicados. Por ejemplo, Zhang, Wu, Zhao, & Zhang (2020), proponen un modelo que integra a los psiquiatras,

psicólogos y trabajadores sociales en una plataforma online para manejar mejor los problemas psicológicos urgentes derivados del Coronavirus y llevar a cabo intervenciones psicológicas en pacientes, familiares y personal sanitario. Mientras que, por otro lado, Xiao (2020), propone como alternativa llevar a cabo “structured letter therapy”, una intervención donde la persona y el profesional se comunican mediante documentos escritos, que ha permitido durante la cuarentena, continuar la atención y seguimiento en algunos casos de necesitaban de atención psicológica. En nuestro contexto deben destacarse las intervenciones telefónicas puestas en marcha desde distintas instituciones (Gobierno de España, Universidad Complutense de Madrid, etc.) y las intervenciones psicológicas utilizando plataformas virtuales (por ejemplo, la Clínica Universitaria de Psicología o el Máster en Psicología Clínica, ambos de la UCM). Aunque la evidencia es muy limitada y provisional, este tipo de intervenciones pueden resultar de utilidad para mantener el contacto con las personas afectadas y proporcionarles el apoyo que pudieran precisar en cada caso, sirviendo como ejemplo de las distintas intervenciones que pueden llevarse a cabo de forma remota y haciendo el uso de las tecnologías de la información y la comunicación.

Referencias

- Alon, T., Doepke, M., Olmstead-Rumsey, J., Tertilt, M., 2020. The Impact of COVID-19 on Gender Equality. Cambridge, MA. <https://doi.org/10.3386/w26947>
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 221–231. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.005>
- Bredle, J. M., Salsman, J. M., Debb, S. M., Arnold, B. J., & Cella, D. (2011). Spiritual Well-Being as a Component of Health-Related Quality of Life: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Religions*, 2(1), 77–94. <https://doi.org/10.3390/rel2010077>
- 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)
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marín, J., López-Artal, L., & Demarzo, M. M. P. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M.A., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., & Muñoz, M. (2020). Mental Health Consequences during Initial Stage of the 2020 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in Spain. *Brain Behavior and Immunity*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>.
- Ko, N.-Y., Lu, W.-H., Chen, Y.-L., Li, D.-J., Wang, P.-W., Hsu, S.-T., Chen, C.-C., Lin, Y.-H., Chang, Y.-P., Yen, C.-F., 2020. COVID-19-Related Information Sources and Psychological Well-being: An Online Survey Study in Taiwan. *Brain. Behav. Immun.* <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.019>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613–621. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>
- Lang, A. J., & Stein, M. B. (2005). An abbreviated PTSD checklist for use as a screening instrument in primary care. *Behaviour Research and Therapy*, 43(5), 585–594. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.04.005>
- Li, Z., Ge, J., Yang, M., Feng, J., Qiao, M., Jiang, R., Bi, J., Zhan, G., Xu, X., Wang, L., Zhou, Q., Zhou, C., Pan, Y., Liu, S., Zhang, H., Yang, J., Zhu, B., Hu, Y., Hashimoto, K., Jia, Y., Wang, H., Wang, R., Liu, C., Yang, C., 2020. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain. Behav. Immun.* <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007>
- Losada-Baltar, A., Jiménez-Gonzalo, L., Gallego-Alberto, L., Pedroso-Chaparro, M.D.S., Fernandes-Pires, J., Márquez-González, M., 2020. “We’re staying at home”. Association of self-perceptions of aging, personal and family resources and loneliness with psychological distress during the lock-down

- period of COVID-19. *J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.*
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa048>
- Motrico, E., Moreno-Küstner, B., de Dios Luna, J., Torres-González, F., King, M., Nazareth, I., ... & Vicens, C. (2013). Psychometric properties of the List of Threatening Experiences—LTE and its association with psychosocial factors and mental disorders according to different scoring methods. *Journal of affective disorders*, 150(3), 931-940.
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2
- Scheim, A. I., & Bauer, G. R. (2019). The Intersectional Discrimination Index: Development and validation of measures of self-reported enacted and anticipated discrimination for intercategory analysis. *Social Science and Medicine*, 226, 225–235. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.12.016>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., ... & Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, behavior, and immunity*.
- Xiao, C. (2020). A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)-related psychological and mental problems: structured letter therapy. *Psychiatry Investigation*, 17(2), 175-176.
<https://doi.org/10.30773/pi.2020.0047>.
- Yao, H., 2020. The more exposure to media information about COVID-19, the more distressed you will feel. *Brain. Behav. Immun.*
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.031>
- Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., & Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*, 3(1), 3-8. <https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.