



Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Tesis de Grado

**Aspectos psicológicos vinculados al Coronavirus en adolescentes
del AMBA**

Alumno: Sara Yancev

Legajo: B00011206-P1

Tutora: Lic. Gabriela Di Puglia

Co-Tutora: Lic. Paula Gerardi

Título a obtener: Lic. en Psicología

Abril 2022

Resumen

A raíz de la enfermedad producida por el virus SARS-COD-2, la cual originó una pandemia viral a fines del año 2019 y principio del año 2020 (Ruibal et al., 2020), la vida de todas las personas se vio alterada por grandes cambios repentinos que impactaron a nivel social, afectivo, educativo, laboral, etcétera (Sanz et al., 2020). El objetivo del siguiente trabajo es indagar si existen relaciones significativas entre los aspectos del impacto psicológico del coronavirus en adolescentes del AMBA con edades comprendidas entre 15 y 22 años de edad ($M=18.51$; $DE=1.86$; $Me=18$), que correspondían a la etapa de la adolescencia tardía. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus [CIPC] (Sandín et al., 2020) diseñado para evaluar diversos aspectos psicológicos asociados al coronavirus, especialmente el impacto de tipo emocional y un cuestionario de datos sociodemográficos ad-hoc diseñado para los objetivos del estudio. Se encontró una relación estadísticamente significativa y directa, entre el uso de conductas preventivas y el miedo al coronavirus, de manera que, a mayor miedo al virus mayor resulta la prevención de los adolescentes. Finalmente, se han encontrado diferencias significativas en las variables sociodemográficas género, lugar de residencia, vacunación, si trabaja y si trabajó como personal sanitario durante el confinamiento y si tuvo durante el confinamiento convivientes que requerían de cuidado constante. En conclusión, las consecuencias de esta realidad que ha tocado vivir tuvieron su impacto en los adolescentes, quienes han tenido miedos al coronavirus, pero también han registrado una experiencia positiva ante la adversidad y han implementado nuevas medidas de prevención para el resguardo de su salud y la de las personas de su entorno.

Palabras clave: aspectos psicológicos – coronavirus – adolescencia.

Abstract

As a result of the SARS-COD-2 virus disease, which caused a viral pandemic in late 2019 and early 2020 (Ruibal et al., 2020), the lives of all people were altered by sudden major changes that impacted social, emotional, educational, occupational, and so on (Sanz et al., 2020). The aim of the following work is to investigate whether there are significant relationships between aspects of the psychological impact of the coronavirus in adolescents from AMBA aged between 15 and 22 years old ($M=18.51$; $SD=1.86$; $Me=18$), who corresponded to the late adolescence stage. The instruments used were the Coronavirus Psychological Impact Questionnaire [CIPC] (Sandín et al., 2020) designed to assess various psychological aspects associated with coronavirus, especially the emotional impact, and an ad-hoc sociodemographic data questionnaire designed for the objectives of the study. A statistically significant and direct relationship was found between the use of preventive behaviors and fear of the coronavirus, so that the greater the fear of the virus, the greater the prevention of adolescents. Finally, significant differences were found in the sociodemographic variables gender, place of residence, vaccination, whether they worked and whether they worked as health personnel during confinement, and whether they had live-in relatives who required constant care during confinement. In conclusion, the consequences of this reality had an impact on the adolescents, who were afraid of the coronavirus, but also had a positive experience in the face of adversity and implemented new preventive measures to protect their health and that of the people around them.

Key words: psychological aspects - coronavirus - adolescence.

Introducción

El coronavirus es una enfermedad producida por el virus SARS-COD-2, la cual afecta las vías respiratorias y, por su característica de ser fácilmente contagiosa, desde su aparición en China a fines del año 2019 ha originado una pandemia viral (Ruibal et al., 2020). Dicho virus se ha propagado rápidamente por todo el mundo, dejando miles de contagios y decesos, poniendo a prueba el sistema sanitario (Urzúa et al., 2020). El confinamiento fue una medida primaria necesaria para evitar los contagios en el primer periodo de pandemia, cuando aún no se contaba con la posibilidad de acceder a una vacuna que permita combatir la mortandad y el colapso de los sistemas de salud. Por este motivo, las medidas de cuidado posibles eran la sanitización, el uso de barbijo, la higiene y el distanciamiento social (Martínez Sierra, 2020).

A raíz de este acontecimiento, un gran desconcierto e incertidumbre invadió a los seres humanos a nivel mundial, generando una situación inédita en la que la vida de las personas se ha visto alterada por una serie de cambios y modificaciones abruptas (Sanz et al., 2020). Teniendo en cuenta que, en la adolescencia se producen cambios que afectan todos los aspectos fundamentales de una persona (Moreno Hernández & Del Barrio, 2010), es que surgió la inquietud de indagar cuál fue el impacto psicológico del virus en la población de adolescentes bonaerenses. Sandín et al. (2018) definen el impacto psicológico como un conjunto de reacciones de tipo emocional con cierto grado de especificidad; estas emociones negativas tales como miedo, ansiedad y/o preocupación suelen ocurrir en forma combinada cuando el estrés es muy grande y la naturaleza amenaza al sujeto de forma impredecible y difícil de controlar (Sandín, 2009). A la vez, de acuerdo con las características del suceso estas emociones serán más o menos predominantes.

En lo que respecta a la adolescencia, los autores Moreno Hernández y Del Barrio (2010) han caracterizado a la adolescencia como una etapa en la que se producen una serie de transformaciones a nivel corporal, mental, social y de las relaciones familiares. Asimismo,

este período tiene distintas fases: adolescencia temprana (11 a 14 años), adolescencia media (15 a 18 años) y adolescencia tardía (18 años en adelante). Se estima que la adolescencia tardía se extiende hasta los 21 años o incluso más, por lo general, finaliza cuando el adolescente completa su desarrollo físico y alcanza la altura definitiva de adulto. Dentro de este marco, Medina Valencia et al. (2021) han compartido en su investigación que la pandemia y la medida de confinamiento, han impactado en esta población tanto a nivel personal como social. De esta manera, los adolescentes se han visto afectados por la situación, lo que se manifestó de diversas formas (algunos de ellos se han sentido solitarios, otros más activos, otros más pasivos). Se considera que los cambios de hábitos que el contexto de pandemia ha requerido (suspensión de clases, cierre de centros recreativos, distanciamiento social) ha perjudicado en mayor medida a este grupo etario, ya que por naturaleza el adolescente se encuentra en la búsqueda de relaciones fuera del círculo familiar; siendo la motivación, el tiempo libre y las actividades dependientes de los vínculos de amistades, la principal fuente de su bienestar.

En Argentina, se ha indagado sobre las consecuencias y el impacto que el aislamiento social, preventivo y obligatorio pudo tener en los niños, niñas y adolescentes. Dicho aislamiento se constituyó como una medida impuesta por el gobierno nacional a raíz de la situación contextual. Rodríguez Ceberio y Calligaro (2020) realizaron una reflexión sobre los modos y el contenido de comunicación que los adultos responsables debieron transmitir a este grupo poblacional, a fin de contemplar un cuidado adecuado de la salud mental y de las emociones. Entre sus conclusiones, destacaron que los mensajes que se brindan a los adolescentes deben establecerse sobre la base de la incondicionalidad amorosa, basada en el amor de apego, de la protección y el cuidado hacia los hijos/as. De esta manera, las recomendaciones tienen en cuenta que esta generación está inmersa desde hace tiempo en un mundo relacional virtual globalizado, donde la información se transmite minuto a minuto.

Bazán et al. (2020) plantean que la adolescencia y la juventud son etapas en las cuales el sujeto se abre a nuevas experiencias extra familiares y comienza a explorar nuevas relaciones socioafectivas con una visión de oportunidades varias que le ofrece la vida. En este momento vital, se incrementan los vínculos sociales y se avanza en la formación de la identidad. Si bien puede pensarse como un período de oportunidad, no debe dejarse de lado que también puede constituirse como un período de vulnerabilidad (debido a los cambios que se deben enfrentar) en el que pueden aparecer conductas de riesgo que acarreen consecuencias a nivel económico, social o de la salud. En este sentido, Pedreira Massa (2020) realizó una investigación en España en la que destacó que la pandemia impactó en toda la sociedad, pero particularmente, en los adolescentes. Indicó que se trató del colectivo que pasó más inadvertido y, en el cual se presentaron, síntomas tales como somatizaciones, desregulaciones emocionales, relaciones de duelo disfuncionales, cambios de conducta y reactivación de malos tratos en la convivencia familiar.

En este contexto, la psicología ha ocupado y ocupa un rol importante ante una crisis de tal magnitud que pone a prueba la capacidad de adaptación, tanto en forma individual como colectiva (Espada et al., 2020). Vides Alonzo et al. (2020) plantean que la exposición a un aislamiento prolongado puede acarrear problemas de salud, tanto a nivel físico como mental, pudiendo causar estrés, ansiedad y/o desregulaciones emocionales; síntomas que terminan por resultar agotadores para el sujeto que los padece y que pueden afectar tanto a niños/as como adolescentes y adultos. Esta situación tiene una poderosa carga psicológica para las personas. En la misma línea, Ramírez Ortiz et al. (2020) remarcan que son muchas las alteraciones psicológicas asociadas a la pandemia; pueden presentarse desde síntomas aislados hasta trastornos complejos con un potente deterioro de la funcionalidad, como así también insomnio, ansiedad, depresión y estrés postraumático. Estos autores exponen que la situación muestra la necesidad de que las instituciones de salud mental desarrollen estrategias que

permitan actuar con destreza, brindando soporte al personal de salud y a la población afectada, en beneficio de aliviar el impacto psicológico.

En el campo de la atención psicológica, un estudio de caso permitió establecer criterios para tratar patologías asociadas a la adaptación de los adolescentes durante el aislamiento. De esta manera, se logró identificar patrones recurrentes de conductas vinculadas al confinamiento y determinar criterios diagnósticos. Se propuso que la intervención psicoterapéutica se oriente hacia la aplicación de técnicas como entrevistas clínicas, semiestructuradas, test psicométricos y análisis exhaustivos para llegar a confirmar diagnósticos de trastorno de adaptación. Dado que las áreas cognitiva, afectiva, social, conductual y somática son las más afectadas en este tipo de trastornos, la orientación cognitiva conductual se impuso como modelo de trabajo, a partir de la implementación de técnicas de relajación y programas de actividades con la familia (Chaso Cataluña, 2020).

Por su parte, Galiano Ramírez et al. (2020) realizaron una investigación en la que concluyeron que las experiencias negativas atravesadas durante las etapas del desarrollo ocupan un lugar crítico en la conformación de la salud mental. De esta manera, se destaca que la pandemia por el Covid-19 no sólo significa un impacto trascendental, sino que su escaso abordaje y su relativa invisibilidad, compromete a los individuos más vulnerados, en otras palabras, la población infantojuvenil. Las conclusiones de Galiano Ramírez y colaboradores se han vinculado con otras investigaciones, como la de Martínez Sierra y Olea Uribe (2020). Estos investigadores llevaron a cabo un estudio con adolescentes de varios países latinoamericanos (México, Panamá, Paraguay, Guatemala y Bolivia) que tenían edades comprendidas entre 15 y 18 años. Los resultados dieron a conocer el análisis que realizan los mismos en relación a las experiencias que tuvieron en la pandemia, reflejando la similitud de las realidades de Latinoamérica y el sentimiento de preocupación por la ausencia de estrategias de los estados para atender las necesidades de los sectores más desprotegidos.

A causa de la declaración de emergencia sanitaria nacional, se modificó el funcionamiento de todas las organizaciones institucionales, incluidas las educativas (Cotonieto Martínez et al., 2021). Por consiguiente, se implementaron medidas de cuidado para evitar la propagación del virus, entre ellas se suspendieron las actividades académicas presenciales y se comenzó a utilizar la educación a distancia mediada por tecnología en forma obligatoria y repentina. De esta manera, para continuar con el aprendizaje, fue necesario pensar en una nueva forma de enseñar. Investigaciones como la de Failache et al. (2020) dejaron ver que, tras las medidas tomadas, miles de estudiantes en todos los niveles se vieron afectados, no solo por esta nueva forma de enseñanza y aprendizaje, sino también por el gran desafío que representó el acceso a la tecnología y el uso de la misma. En este sentido, el autor destacó que no todas las personas contaban con los instrumentos e instalaciones necesarias para que los alumnos pudieran continuar con sus estudios.

A nivel mundial, con la pandemia del Covid-19 el reto educativo de mayor relevancia consistió en la posibilidad de transmitir adecuadamente la información, promoviendo la prevención y aconsejando a la sociedad en lo que refiere al cuidado de la salud. En tal contexto, surgieron inquietudes con relación a la alfabetización en salud de estudiantes, docentes y personal administrativo de las instituciones académicas (González Moreno, 2020). Se enfatiza entonces, la importancia de mantener los canales de todo tipo de apoyo y comunicación a fin de que los adolescentes puedan gestionar su proceso de adaptación a esta nueva realidad que le toca vivir a la sociedad.

Por un lado, desde la relevancia teórica, esta investigación aportará datos empíricos sobre el impacto psicológico del coronavirus en la población de adolescentes, permitiendo incrementar el conocimiento sobre la temática abordada. De esta manera, será posible identificar aspectos vinculados a la experiencia con el coronavirus, al uso de los medios de comunicación, a las conductas asociadas al confinamiento, al uso de conductas preventivas,

al miedo al coronavirus, al distrés, a los síntomas de estrés postraumático, a la interferencia del coronavirus y a la experiencia positiva ante la adversidad. Por otro lado, desde el ámbito clínico, el profesional de la psicología podrá beneficiarse de estos datos para tenerlos en cuenta al momento de abordar desórdenes o patologías vinculadas originadas o agravadas por el confinamiento, el virus o la pandemia en general. Por último, desde el punto de vista social, permitirá obtener un panorama actual de cómo se percibe la pandemia por Covid-19 y comprender de qué pudo influir en los distintos niveles: social, laboral, académico y afectivo.

Por todo lo anteriormente mencionado, la finalidad del presente trabajo es indagar si existen relaciones significativas entre las dimensiones del impacto psicológico del coronavirus en adolescentes del AMBA. Asimismo, se pretende (1) describir la muestra según variables sociodemográficas; (2) describir el impacto psicológico; (3) comparar el impacto psicológico de los adolescentes según las variables sociodemográficas.

La hipótesis general que se contrastó sostuvo que existe una relación inversa de las experiencias positivas ante la adversidad con los miedos al coronavirus, los síntomas de estrés postraumático y las interferencias por el coronavirus. Finalmente, la hipótesis específica sostuvo que existe una relación directa entre el uso de conductas preventivas y el miedo al coronavirus.

Método

Diseño

Se empleó un diseño cuantitativo, no experimental (ya que no se manipuló la variable independiente y no hubo control total de las variables contaminadoras), con alcance descriptivo y correlacional. La secuencia de tiempo fue de corte transversal (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico ad-hoc compuesto por preguntas dirigidas a indagar aspectos tales como edad, género, lugar de residencia, grupo de convivencia, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, vacunación, enfermedades preexistentes, convivientes con enfermedades crónicas o que requerían de cuidado constante, trabajo como personal sanitario, asistencia a fiestas clandestinas, si respetó las medidas de restricción durante el confinamiento.

Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus [CIPC] (Sandín et al., 2020) es un instrumento autoaplicado diseñado para evaluar diversos aspectos psicológicos asociados al coronavirus, especialmente el impacto de tipo emocional. Incluye varias preguntas iniciales de tipo sociodemográfico y 9 escalas independientes (al tratarse de escalas independientes, cada una de ellas puede aplicarse de forma separada). Estas escalas se describen como sigue: (1) Experiencia con el coronavirus [ECOV], consta en 12 ítems e incluye dos tipos de respuesta (Si-No); (2) Uso de medios de comunicación [UMC], consta de 4 preguntas e incluye tres tipos de respuestas (1=poco o nada; 3=la mayor parte del día); (3) Conductas asociadas al confinamiento [CAC], consta de 10 preguntas e incluye dos alternativas de respuestas (Si-No); (4) Uso de conductas preventivas [UCP], consta de 7 preguntas e incluye dos alternativas de respuestas (Si-No); (5) Escala de miedo al coronavirus [EMC], consta de 18 preguntas e incluye cinco tipos de respuestas (1=nada o casi nada; 5=muchísimo o extremadamente); (6) Escala de distrés [ED], consta de 11 preguntas e incluye cinco tipos de respuestas (1=nunca o casi nunca; 5= siempre o casi siempre), (7) Escala de síntomas estrés postraumático [ESEP], consta de 8 preguntas e incluye cinco tipos de respuestas (1=nunca o casi nunca; 5=siempre o casi siempre); (8) Escala de inferencia por el coronavirus [EIC], consta de 11 preguntas e incluye cinco tipos de respuestas (1=nunca o casi nunca; 5=siempre o casi siempre); (9) Escala de experiencia positiva ante la adversidad [EEPA], consta de 12 preguntas e incluye cinco tipos de respuestas (1=nada o casi nada aplicable a mí;

5=totalmente aplicable a mi). El producto de su aplicación es la construcción de nueve conceptos o escalas de impacto psicológico resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario. La consistencia interna de la escala es elevada: $\alpha = .84$ a $.87$.

Muestreo

Se empleó un muestreo no probabilístico de tipo intencional por conveniencia del investigador (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018). De esta manera, los participantes fueron seleccionados en función de algunas de sus características, utilizando criterios racionales.

Participantes

La muestra se compuso de (73) adolescentes con una media de edad de 18.51 (DE=1.86; Me=18; Mín.=15; Máx.=22) de los cuales el 80.8% (n=59) eran mujeres y el 19.2% eran hombres (n=14). Del total de participantes, el 50.7% (n=37) residía en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mientras que, el 49.3% (n=36) residía en Provincia de Buenos Aires. En lo que respecta al grupo de convivencia, el mayor porcentaje de la muestra (46.6%) refirió convivir con ambos padres y con hermanos/as, luego el 21.9% refirió vivir solo con madre y hermanos/as, el 13.7% manifestó convivir con ambos padres y el porcentaje restante solo con su madre (4.1%), solo con su padre (1.4%), solo con padre y hermanos/as (5.5%), con su pareja (1.4%) o con otros familiares (5.5%). A la vez, se relevó que el 20.5% convivía con una persona que padecía enfermedad crónica y el 4.1% convivía con una persona que requería de cuidado constante.

El 27.4% tenía estudios universitarios incompletos, el 2.7% tenía estudios terciarios incompletos, el 17.8% había terminado los estudios secundarios y el resto no había finalizado la escolaridad (secundario incompleto=39.7%, primario completo=12.3%). Con relación al

estado civil, el 87.7% refirió estar soltero/a y el 12.3% refirió encontrarse en pareja. Asimismo, el 67.1% no trabajaba y el 32.9% se encontraba trabajando al momento de la administración. En torno a la vacunación, se observó que el mayor porcentaje de la muestra se encontraba vacunado (77.5%) y, de ese total de participantes vacunados, el 61.3% tenía 2 dosis, el 35.5% tenía una sola dosis y el 3.2% se había aplicado una vacuna de dosis única. Los tipos de vacuna aplicados eran Sinopharm (51.6%), Moderna (16.1%), Sputnik (12.9%), AstraZeneca (9.7%), Pfizer (6.5%) y Cansino (3.2%).

La mayor cantidad de participantes manifestó no tener enfermedades preexistentes (95.5%) y no haber trabajado como personal sanitario durante el confinamiento (97.3%). El 17.5% expresó haber asistido a fiestas clandestinas, mientras que el resto, no asistió en ningún momento del confinamiento. Finalmente, el mayor porcentaje (80%) refirió haber respetado las medidas de restricción durante el confinamiento.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron en la muestra los protocolos de aquellos sujetos que cumplían con el rango de edad establecido (15 a 22 años), que residían en AMBA y que brindaban su consentimiento informado para la participación en el estudio. Los protocolos de aquellas personas que no cumplían con alguno/s de estos criterios fueron excluidos de la muestra.

Procedimiento

Los participantes fueron convocados a través de redes sociales e invitados a prestar su colaboración con el estudio. Se les brindó información sobre el objetivo general de la investigación, pero no se detallaron los objetivos específicos ni las hipótesis de la misma. Aquellos interesados en participar aceptaron un consentimiento informado en el que se aseguraba el anonimato de su identidad, la preservación y la confidencialidad de la información relevada. También, se aclaró que no se recibiría compensación económica por la participación y los datos serían tratados únicamente con fines académicos-científicos. La

administración de los instrumentos se llevó a cabo en forma individual a través de un formulario de Google Forms en el transcurso de los meses de septiembre a diciembre del año 2021.

Análisis de Datos

Los datos obtenidos fueron sistematizados con el software IBM-SPSS (Statistical Package For The Social Sciences) versión 26. Se exploró la distribución de cada variable a través de la prueba Kolmogórov-Smirnov, observándose que podía asumirse anormalidad en las escalas síntomas de estrés postraumático y uso de conductas preventivas ($p < .05$) y normalidad en el resto de las escalas. Se realizaron análisis de correlación utilizando Rho de Spearman para medir el grado de asociación entre las experiencias positivas ante la adversidad y los síntomas de estrés postraumático y; entre el miedo al coronavirus y el uso de conductas preventivas. A su vez, la prueba R de Pearson permitió medir las relaciones de las experiencias positivas ante la adversidad con el miedo al coronavirus y con las interferencias por el coronavirus. Para el análisis de las diferencias entre grupos se decidió utilizar estadísticos no paramétricos (U de Mann Whitney y H de Kruskal Wallis).

Resultados

Descripción de las Variables

Tabla 1.

Descripción de las escalas del impacto psicológico por el coronavirus.

<i>Variables</i>	<i>M(DE)</i>	<i>95% IC</i>	<i>Rango</i>	<i>n</i>
Experiencias positivas ante la adversidad	39.41 (9.38)	[37.30, 42.16]	18-58	73
Miedos al coronavirus	53.85 (13.35)	[50.77, 57.52]	21-85	73
Síntomas de estrés postraumático	14.84 (6.52)	[13.09, 16.58]	8-33	73
Uso de conductas preventivas	3.47 (1.77)	[3.07, 3.97]	0-6	73
Interferencias por el coronavirus	32.93 (8.05)	[30.77, 35.08]	16-51	73
Uso de medios de comunicación	1.74 (0.93)	[1.23, 1.83]	0-4	73
Distrés	37.09 (12.17)	[32.71, 41.48]	13-55	73

Experiencia con el coronavirus	4.42 (1.94)	[3.63, 4.87]	1-9	
Conductas asociadas al confinamiento	7.12 (1.70)	[7.01, 8.05]	2-10	73

Nota: IC: intervalo de confianza.

Se observaron las siguientes medias (M) y desvíos estándar (DE) en las escalas del impacto psicológico por el coronavirus: experiencias positivas ante la adversidad (M=39.41; DE=9.38; Mín.=18; Máx.=58), miedos al coronavirus (M=53.85; DE=13.35; Mín.=21; Máx.=85), síntomas de estrés postraumático (M=14.84; DE=6.52; Mín.=8; Máx.=33), uso de conductas preventivas (M=3.47; DE=1.77; Mín.=0; Máx.=6), interferencias por el coronavirus (M=32.93; DE=8.05; Mín.=16; Máx.=51), uso de medios de comunicación (M=1.74; DE=.93; Mín.=0; Máx.=4), distrés (M=37.09; DE=12.17; Mín.=13; Máx.=55), experiencia con el coronavirus (M=4.42; DE=1.94; Mín.=1; Máx.=9) y conductas asociadas al confinamiento (M=7.12; DE=1.70; Mín.=2; Máx.=10) (Ver Tabla 1).

Tabla 2.

Descripción de las dimensiones de los miedos al coronavirus.

<i>Variables</i>	<i>M(DE)</i>	<i>95% IC</i>	<i>Rango</i>	<i>n</i>
Miedo al contagio, la enfermedad y la muerte	27.44 (6.93)	[25.82, 29.06]	9-44	73
Miedo a la carencia de productos de consumo básicos	8.26 (3.72)	[7.39, 9.13]	3-15	73
Miedo al aislamiento social	10.03 (3.83)	[9.24, 10.82]	3-15	73
Miedo relacionado con el trabajo y los ingresos económicos	8.12 (3.57)	[7.29, 8.96]	3-15	73

Nota: IC: intervalo de confianza.

En lo que respecta a la Escala de Miedos al Coronavirus (EMC), se observaron las siguientes medias y desvíos estándar en sus dimensiones: miedo al contagio, la enfermedad y la muerte (M=27.44; DE=6.93; Mín.=9; Máx.=44), miedo a la carencia de productos de consumo básicos (M=8.26; DE=3.72; Mín.=3; Máx.=15), miedo al aislamiento social (M=10.03; DE=3.83; Mín.=3; Máx.=15) y miedo relacionado con el trabajo y los ingresos económicos (M=8.12; DE=3.57; Mín.=3; Máx.=15).

Correlaciones

Tabla 3.

Correlación entre miedos al coronavirus y uso de conductas preventivas.

<i>Medidas</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
1. Miedos al coronavirus	.	.30**	.88**
2. Uso de conductas preventivas	.30**	.	.35**
3. Miedo al contagio, la enfermedad y la muerte	.88**	.35**	.

Nota: **: ($p < 0.01$). *: ($p < 0.05$).

La prueba Rho de Spearman permitió observar una correlación entre el miedo al coronavirus y el uso de conductas preventivas ($\rho = .27$, $p = 0.019$), de manera que, a medida que aumenta el miedo se implementan mayores cuidados para prevenir el contagio del virus y viceversa. Asimismo, también se observó una correlación directa entre los miedos al coronavirus y el miedo al contagio, la enfermedad y la muerte ($\rho = .88$, $p = 0.000$). En lo que respecta al uso de conductas preventivas, esta dimension se relaciona en forma directa con el miedo al contagio, la enfermedad y la muerte ($\rho = .35$, $p = 0.003$).

Tabla 4.

Correlación entre experiencias positivas ante la adversidad, miedos al coronavirus e interferencias por el coronavirus.

<i>Medidas</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
1. Experiencias positivas ante la adversidad	.	.48**	.15
2. Miedos al coronavirus	.48**	.	-.09
3. Interferencias por el coronavirus	.15	-.09	.

Nota: **: la correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

También se observó, a través de la prueba r de Pearson, una relación significativa y positiva entre las experiencias positivas ante la adversidad y el miedo al coronavirus ($r = .48$, $p = 0.000$), lo que indica que cuando una de estas variables aumenta la otra también lo hace. En lo que respecta a las experiencias positivas ante la adversidad y las interferencias por el

coronavirus, no se encontró relación estadísticamente significativa entre ambas variables (prueba utilizada: r de Pearson).

Tabla 5.

Correlación entre experiencias positivas ante la adversidad y las dimensiones de la Escala de Miedos al Coronavirus (EMC).

<i>Medidas</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
1. Miedo al contagio, la enfermedad y la muerte	.	.65**	.20	.47**	.43**
2. Miedo a la carencia de productos de consumo básicos	.65**	.	.17	.46**	.37**
3. Miedo al aislamiento social	.20	.17	.	.35**	.31**
4. Miedo relacionado al trabajo y los ingresos económicos	.47**	.46**	.35**	.	.16
5. Experiencias positivas ante la adversidad	.	.37**	.31**	.16	.

Nota: **: la correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

Buscando indagar si existían relaciones de las experiencias positivas ante la adversidad con los distintos miedos al coronavirus, se encontraron correlaciones directas de esta variable con el miedo al contagio, la enfermedad y la muerte; el miedo a la carencia de productos de consumo básicos y el miedo al aislamiento social.

Análisis de las Diferencias entre Grupos

Tabla 6.

Comparación según variables sociodemográficas utilizando U de Mann Whitney.

	<i>Género</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
1. Miedos al coronavirus	Mujeres (n=59)	39.83	246.00	-2.34	.019
	Hombre (n=41)	25.07			
	<i>Lugar de residencia</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
2. Conductas asociadas al confinamiento	CABA (n=37)	42.96	445.50	-2.49	.013
	GBA (n=36)	30.88			
3. Experiencias positivas ante la adversidad	CABA (n=37)	41.77	489.50	-.195	.051
	GBA (n=36)	32.10			
	<i>Vacunación</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>

	Si (n=57)	22.82	67.50	-2.33	.020
	No (n=16)	12.50			
	<i>Personal sanitario</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
	Si (n=2)	6.75	10.50	-2.05	.041
	No (n=71)	37.85			
	<i>Convivientes con cuidado constante</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
4. Uso de medios de comunicación	Si (n=3)	64.50	22.50	-2.41	.016
	No (n=70)	35.82			
5. Uso de conductas preventivas	Si (n=3)	67.00	15.00	-2.54	.011
	No (n=70)	35.71			
	<i>Trabajo</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
	Si (n=24)	29.88	417.00	-2.04	.041
	No (n=49)	40.49			
6. Experiencias con el coronavirus	Si (n=24)	44.54	407.00	-2.15	.031
	No (n=49)	33.31			

Se observó, a través de la prueba U de Mann Whitney, una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres en los miedos al coronavirus (hombres=25.07, mujeres=39.83, $p=0.019$), siendo las mujeres quienes presentan mayores miedos. En lo que respecta al lugar de residencia, se encontró que los sujetos residentes en CABA presentaban mayores conductas asociadas al confinamiento (CABA=42.96, GBA=30.88, $p=0.013$) y mayor experiencia positiva ante la adversidad (CABA=41.77, GBA=32.10, $p=0.051$) que los sujetos residentes en GBA. Asimismo, quienes estaban vacunados al momento de la administración también registraron una mayor experiencia positiva ante la adversidad (vacunados=22.82, no vacunados=12.50, $p=0.020$) que quienes no estaban vacunados.

Se encontraron diferencias entre los sujetos que tenían convivientes que requerían de cuidado constante y los sujetos que no. De esta manera, los del primer grupo presentaban mayor uso de conductas preventivas (con convivientes=67.00, sin convivientes=35.71, $p=0.011$) y uso de medios de comunicación (con convivientes=64.50, sin convivientes=35.82, $p=0.016$).

En torno al trabajo, los resultados indicaron que las personas que trabajaban al momento de la administración tenían puntajes más altos en experiencia con el coronavirus (trabajan=44.54, no trabajan=33.31, $p=0.031$), mientras que, los que no trabajaban puntuaban más alto que los que sí en uso de conductas preventivas (trabajan=29.88, no trabajan=40.49, $p=0.041$). Además, se observó que quienes no trabajaron como personal sanitario durante el confinamiento presentaban mayores puntajes en experiencias positivas ante la adversidad (personal sanitario=6.75, no personal sanitario=37.85, $p=0.041$).

Las variables edad, grupo de convivencia, nivel de estudios, estado civil, tipo de vacuna, número de dosis, si tiene enfermedad preexistente, si tiene convivientes con enfermedad crónica, si asistió a fiestas clandestinas durante el confinamiento y si respetó las medidas de restricción no dieron lugar a diferencias estadísticamente significativas.

Discusión

A partir de los resultados obtenidos se indagaron las relaciones significativas entre los aspectos del impacto psicológico del coronavirus en adolescentes bonaerenses, encontrando que existe correlación directa entre las experiencias positivas ante la adversidad y el miedo al coronavirus. De esta manera, se afirma que a medida que aumenta el miedo hacia el coronavirus, también se incrementa la experiencia positiva ante la adversidad. En este sentido, la hipótesis general de que existe una relación inversa de las experiencias positivas ante la adversidad con los miedos al coronavirus, los síntomas de estrés postraumático y las interferencias por el coronavirus, se refuta.

Medina Valencia et al. (2021) propuso que la pandemia y, particularmente el confinamiento, afectó a los adolescentes tanto a nivel social como personal. Esto se debía a que las medidas restrictivas les impedían establecer vínculos fuera del ámbito familiar, lo que constituía una fuente de bienestar en esa etapa de la vida. Los datos hallados en este estudio

difieren de lo propuesto por los autores, ya que se relevó que cuando mayor era el miedo al contagio del virus más positiva resultaba la experiencia. Se entiende entonces que, a raíz del confinamiento, los adolescentes comenzaron a valorar más la posibilidad de pasar tiempo en el hogar, de cuidar a sus familiares y de fortalecer los vínculos con ellos.

Con relación a la hipótesis específica, ésta sostenía que existe una relación directa entre el uso de conductas preventivas y el miedo al coronavirus. Los resultados encontrados han permitido confirmar la hipótesis específica, observando que a medida que aumentan los miedos al coronavirus también se incrementa el uso de conductas preventivas. Se destaca la prevención como la consecuencia de una adecuada transmisión de la información a través de los canales de comunicación, cuya importancia resaltaba González Moreno (2020). Dicha alfabetización en salud, como el autor la llama, promueve la prevención y el cuidado de la población adolescente en un contexto de desconcierto e incertidumbre alterado por grandes cambios y modificaciones repentinas (Sanz et al., 2020) en donde prevalece el miedo al contagio, la enfermedad y/o la muerte.

Se realizó un análisis de las diferencias entre grupos, donde se descubrió que las mujeres presentaban mayores miedos al coronavirus que los hombres. Este dato puede explicarse a partir de que el mayor porcentaje de la muestra correspondía al género femenino. Asimismo, las personas que residían en CABA presentaban mayores conductas asociadas al confinamiento y mayor experiencia positiva ante la adversidad que los sujetos residentes en GBA, lo que puede vincularse a aspectos tales como una mayor circulación de personas y uso de transporte público en CABA, a los diferentes protocolos establecidos en Provincia de Buenos Aires y en Capital Federal y a la gestión de los gobernantes en un lugar y otro.

En lo que respecta al sistema sanitario, los adolescentes que se encontraban vacunados al momento de la administración y el grupo que no había trabajado como personal sanitario durante el confinamiento registraban valores más altos en experiencias positivas ante la

adversidad. Se infiere que el resultado hallado se encuentra vinculado a la prevención del contagio del virus por una parte y, por otra, a la posibilidad de resguardarse y tener menor probabilidad de contacto con personas portadoras del virus, algo que quienes trabajaban como personal de salud no podían hacer, sencillamente por las características de su labor profesional.

Por un lado, se observó que las personas con convivientes que requerían de cuidado constante (dependencia) registraban mayores conductas preventivas y utilizaban en mayor medida los medios de comunicación, lo que puede suceder a raíz de que los medios brindaban información pertinente para el cuidado de la salud tanto propia como ajena e impulsaban a este grupo de adolescentes a implementar conductas de prevención que aseguraran el bienestar de sus convivientes. Por otro lado, los adolescentes que trabajaban registraban manifestaba mayor experiencia con el coronavirus, mientras que, los que no trabajaban manifestaban un mayor uso de conductas preventivas. Podría inferirse que los sujetos que trabajaban durante el confinamiento tenían mayor experiencia con el virus debido a que estaban más expuestos al contagio al tener que salir de sus casas por motivos laborales, a diferencia de los que no trabajaban, quienes tenían la posibilidad de resguardarse en sus hogares y, por ende, prevenir en mayor medida los riesgos de contagio. Sin embargo, sería prudente indagar en futuras líneas de investigación acerca de la modalidad de trabajo (presencial o home office).

En lo que respecta al análisis de las diferencias de grupos, se han realizado observaciones sobre los datos reportados. Muchas de ellas resultan ser inferenciales, por lo que se recomienda tener en cuenta lo mencionado en los párrafos anteriores al momento de realizar futuras investigaciones, ya que podrían resultar el puntapié de nuevas preguntas de investigación y nuevos aportes al ámbito científico. En este sentido, se recomienda seguir profundizando la temática con muestras más amplias y homogéneas, en donde se cuente con

un mayor número de muestra masculina y se indaguen otras variables sociodemográficas no incluidas en el presente estudio.

Para finalizar, se destacan algunas limitaciones del estudio: (1) al utilizar un diseño no experimental, correlacional con una secuencia de tiempo transversal, no es posible controlar absolutamente las variables, establecer relaciones de causa entre ellas, conocer exactamente la dinámica de las relaciones ni el tiempo en el que se sostienen; (2) los resultados obtenidos para la muestra, no pueden ser generalizados al resto de la población debido a que el tamaño muestral no es representativo; (3) el mayor porcentaje de la muestra corresponde al género femenino y (4) al tratarse de un cuestionario extenso, existe la posibilidad de que algunos participantes lo respondan bajo el efecto de la fatiga, lo que podría afectar la obtención de los datos.

Se recomienda tener en cuenta las limitaciones anteriormente presentadas al momento de desarrollar nuevos estudios sobre la temática. Asimismo, se sugiere tener en cuenta el nivel socioeconómico de la población investigada, ya que en el contexto de pandemia no todas las personas han tenido las mismas posibilidades de acceder a recursos y herramientas que permitan afrontar la situación contextual.

Conclusión

Se concluye que el confinamiento ha posicionado a las personas y particularmente, a los adolescentes frente a una combinación diversa de entornos complejos y ha desatado un conjunto de acciones, medidas y emociones que hasta el momento no habían sido experimentadas. Esta situación tomó por sorpresa a todos los individuos e impactó a nivel educativo, social, laboral, emocional, entre otros.

A todo ello, se agregó la creciente incertidumbre del inicio del confinamiento acerca de cómo avanzaría la pandemia en nuestro país, el contagio y las complicaciones del virus, la

ausencia de recursos para tratarlo (tales como vacunas y/o tratamientos específicos), la falta de certeza acerca de cuánto duraría el aislamiento, cuándo se regresaría a las actividades diarias y/o cuándo se reabrirán las instituciones educativas. En síntesis, las consecuencias de esta realidad que ha tocado vivir tuvieron su impacto en los adolescentes, quienes han tenido miedos al coronavirus, pero también han registrado una experiencia positiva ante la adversidad y han implementado nuevas medidas de prevención para el resguardo de su salud y la de las personas de su entorno.

Bibliografía

Bazán, C., Brückner, F., Giacomazzo, D., Gutiérrez, M. A., & Maffeo, F. (2020). Adolescencia, Covid-19 y aislamiento social, preventivo y obligatorio. *Revista AMAdA*, 16(2).<http://www.amada.org.ar/index.php/revista/numeros-anteriores/volumen-16-n-2-2020/419-adolescentes-covid-19-y-aislamiento-social-preventivo-y-obligatorio>

Chaso Cataluña, P. V. (2020). *Conductas adaptativas de un adolescente de 16 años en aislamiento a causa del Covid-19*. Tesis de grado. Universidad Técnica de Babahoyo. Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación.

Cotonieto Martínez, E., Martínez García, R., & Rodríguez Terán, R. (2021). Reflexiones sobre la educación en tiempos de COVID-19: retos y perspectivas. *Revista Saberes Educativos*(6), 116-127. doi:10.5354/2452-5014.2021.60712

Espada, J. P., Orgilés, M., Piqueras, J. A., & Morales, A. (21 de septiembre de 2020). *Consejo General de la Psicología de España - Infocop Online*. Las Buenas Prácticas en la Atención Psicológica Infanto-juvenil ante el COVID-19 Clínica y Salud: https://www.infocop.es/view_article.asp?id=14993

Failache , E., Katzkowicz, N., & Machado, A. (2020). Consecuencias del cierre de las escuelas por el Covid-19 en las desigualdades educativas. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 9(3). <https://doi.org/10.15366/riejs2020.9.3>

Galiano Ramírez, M., Prado Rodríguez, R., & Mustelier Bécquer, R. (2021). Salud mental en la infancia y adolescencia durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Pediatría*, 92. <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/>

González Moreno, S. E. (2020). Alfabetización en COVID-19 a través de redes sociales. *Revista De Estilos De Aprendizaje*, 13(0), 128-139. <https://orcid.org/0000-0001-9105-858X>

Hernández Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill.

Martínez Sierra, P. (2020). Aproximación a las implicaciones sociales de la pandemia del COVID19 en niñas, niños y adolescentes: el caso de México. *Sociedad e Infancias*, 255-258. <https://doi.org/10.5209/soci.69541>

Martínez Sierra, P. D., & Olea Uribe, F. M. (2021). Voces desde Latinoamérica: adolescentes ante la pandemia por COVID19. *Revista sobre la Infancia y la Adolescencia*, (20), 78-95. <https://doi.org/10.4995/reinad.2021.14192>

Medina Valencia, R. T., Ramos Carranza, I. G., & Andrade Sánchez, A. I. (2021). El tiempo libre y la recreación en la adolescencia durante el Covid-19. *Revista Científica Olimpia*, 18(1), 279-293. <https://orcid.org/0000-0002-0629-9635>

Moreno Hernández, A., & Del Barrio, C. (2010). *a experiencia adolescente. A la búsqueda de un lugar en el mundo*. Aique.

Pedreira Massa, J. L. (2020). Salud Mental y Covid-19 en la infancia y adolescencia: visión desde la psicopatología y la Salud Mental. *Revista Española de Salud Pública*, 94(1), 1-17. <https://medes.com/publication/154926>

Ramírez Ortiz, J., Castro Quintero, D., Lerma Córdoba, C., Yela Ceballos, F., & Escobar Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 48(4), 1-8. <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>

Rodríguez Ceberio, M., & Calligaro, C. (2020). “Instrucciones” a niñas, niños y adolescentes sobre la pandemia del Covid-19. Contenido y formas de comunicación. *Revista Digital Prospectivas en Psicología*, 5(1), 4-14. https://www.kennedy.edu.ar/wp-content/uploads/2020/12/04_05_01_1.-%E2%80%9CINSTRUCCIONES%E2%80%9D-A-NIN%CC%83AS-NIN%CC%83OS-Y-ADOLESCENTES-.pdf

Ruibal Francisco, J. L. (2020). La enfermedad Covid-19 en la infancia y adolescencia. *Real Academia Nacional de Medicina de España*, 137(2), 179-189. <http://dx.doi.org/10.32440/ar.2020.137.02.rev10>

Sandín, B. (2009). *El estrés*. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). Manual de psicopatología, Vol. 2 (ed. rev., pp. 3-42). McGraw-Hill.

Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R.M. (2018). *Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. En J.C. Arango-Lasprilla, I. Romero, N. Hewitt-Ramírez, y W. Rodríguez (Eds.), *Trastornos psicológicos y neuropsicológicos en la infancia y la adolescencia* (pp. 119-161). Manual Moderno.

Sandín, B., Valiente, R. M., García Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población

española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1-22. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>

Sanz, I., Sáinz González, J., & Capilla, A. (2020). *Efectos de la crisis del coronavirus en la educación*. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI). <https://oei.org.br/arquivos/informe-covid-19d.pdf>

Urzúa, A., Vera Villaroel, P., Caqueo Urizar, A., & Polanco Carrasco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia Psicológica*, 38(1), 103-118.

Vides Alonzo, R. R., Alegría Barrow, E. M., Morales Guerra, I. J., Sagastume Roque, C. J., & Montejó Galdámez, J. D. (2020). Covid-19: Distanciamiento social, sus efectos psicológicos y 10 estrategias para sobrellevarlo. *Revista Científica del Sistema de Estudios de Postgrado de la Universidad de San Carlos de Guatemala*, 3(1), 17–23. <https://doi.org/10.36958/sep.v3i01.27>

Apéndices

Cuestionario de Impacto Psicológico por el Coronavirus [CIPC]

Preguntas iniciales

A continuación, se hacen algunas preguntas generales relacionadas con el periodo de confinamiento debido al coronavirus. Por favor conteste según sea aplicable a usted.

1. Su lugar de residencia actual está ubicado en:

☐ Un pueblo ☐ Una ciudad

2. ¿Tiene su casa jardín privado?

☐ Sí ☐ No

3. ¿Vive con niños menores de 12 años?

☐ Sí ☐ No

4. ¿Vive con personas que padecen alguna enfermedad crónica grave (diabetes, enfermedad cardiovascular, etc.)?

☐ Sí ☐ No

5. ¿Vive con alguna persona dependiente que requiera elevada atención?
☐ Sí ☐ No
6. Durante el confinamiento ¿ha trabajado fuera de casa como sanitario (en hospital, ambulancia, centro de salud, etc.)?
☐ Sí ☐ No
7. Durante el confinamiento ¿ha trabajado como miembro de apoyo a las actividades sanitarias desde las fuerzas o cuerpos de seguridad (policía, guardia civil, militar, etc.)?
☐ Sí ☐ No

(1) Experiencia con el Coronavirus (ECOVI)

Por favor conteste a las preguntas que se hacen a continuación relacionadas con el coronavirus.

1. ¿Ha tenido síntomas que podrían haber sido causados por el coronavirus?
☐ Sí ☐ No
2. ¿Ha tenido síntomas y le han confirmado un diagnóstico por el coronavirus?
☐ Sí ☐ No
3. ¿Ha estado hospitalizado/a por el coronavirus?
☐ Sí ☐ No
4. ¿Ha estado contagiada por coronavirus alguna persona que vive con usted?
☐ Sí ☐ No
5. ¿Ha estado contagiado por coronavirus algún familiar cercano o amigo íntimo que no viva con usted?
☐ Sí ☐ No
6. ¿Algún familiar cercano o amigo íntimo ha estado hospitalizado por el coronavirus?
☐ Sí ☐ No
7. ¿Ha muerto algún familiar cercano o amigo íntimo por el coronavirus?
☐ Sí ☐ No
8. ¿Ha muerto algún amigo o compañero de trabajo por el coronavirus?
☐ Sí ☐ No
9. ¿Cree que puede evitar el contagio por coronavirus si toma las medidas de precaución necesarias?
☐ Sí ☐ No
10. ¿Tiene confianza en nuestro sistema sanitario para hacer frente al coronavirus?
☐ Sí ☐ No
11. ¿Cree que va a solucionarse a corto plazo la situación que vivimos actualmente generada por el coronavirus?
☐ Sí ☐ No
12. ¿Se fía de la información que aparece en relación con el coronavirus en los medios de comunicación? ¿Cree que es veraz y rigurosa?
☐ Sí ☐ No

(2) Uso de los medios de comunicación (UMC)

Por favor, indique el tiempo que dedica al día a estar informado/a sobre el coronavirus.

Poco o nada = 1
Sólo en momentos puntuales = 2
La mayor parte del día = 3

1. ¿Cuánto tiempo ve la TV para informarse sobre el coronavirus?
2. ¿Cuánto tiempo utiliza internet (periódicos digitales, Google, etc.) para informarse sobre el coronavirus?
3. ¿Cuánto tiempo utiliza las redes sociales (WhatsApp, Twitter, etc.) para informarse sobre el coronavirus?
4. ¿Cuánto tiempo dedica a la prensa escrita (en papel) para informarse sobre el coronavirus?

(3) Conductas asociadas al confinamiento (CAC)

A continuación, se indican varias conductas relacionadas con periodo de confinamiento y el coronavirus. Por favor conteste seleccionando el Sí o el No según sea aplicable a usted.

1. ¿Ha salido habitualmente de casa (su lugar de residencia actual) por cuestiones laborales?
☐ Sí ☐ No
2. ¿Ha dormido más que antes?
☐ Sí ☐ No
3. ¿Ha visto la TV más que antes?
☐ Sí ☐ No
4. ¿Ha practicado ejercicio físico de forma regular? (3 o más días a la semana)?
☐ Sí ☐ No
5. ¿Ha utilizado las redes sociales más que antes (WhatsApp, Instagram, etc.)?
☐ Sí ☐ No
6. ¿Han cambiado mucho sus rutinas (horas de acostarse y levantarse, comer/cenar, etc.)?
☐ Sí ☐ No
7. ¿Ha utilizado internet más que antes?
☐ Sí ☐ No
8. ¿Ha dedicado más tiempo que antes a ver películas, leer, o jugar a videojuegos?
☐ Sí ☐ No
9. ¿Ha aprovechado para realizar actividades en casa para las que antes no disponía de tiempo?
☐ Sí ☐ No
10. ¿Ha mantenido sus cuidados personales habituales (aseo personal, vestirse, arreglarse, etc.)?
☐ Sí ☐ No

(4) Uso de conductas preventivas (UCP)

Estas son algunas de las conductas para evitar el contagio del coronavirus. Por favor conteste seleccionando el Sí o el No según sea aplicable a usted.

1. ¿Utiliza siempre o casi siempre mascarilla cuando sale de casa?
☐ Sí ☐ No
2. ¿Utiliza siempre o casi siempre guantes cuando sale de casa?
☐ Sí ☐ No
3. ¿Mantiene siempre o casi siempre la distancia de seguridad con otras personas fuera de casa (al menos 2 metros)?
☐ Sí ☐ No
4. ¿Cree que se lava o desinfecta las manos con excesiva frecuencia?
☐ Sí ☐ No
5. ¿Desinfecta habitualmente los objetos y superficies con gel desinfectante, lejía, alcohol, etc.?
☐ Sí ☐ No

6. ¿Toma precauciones habitualmente al llegar del supermercado, lavando los alimentos, desinfectando el móvil o las llaves, etc.?

☐ Sí ☐ No

7. ¿Se protege habitualmente al tocar zonas de posible contagio, como pomos de puertas, ascensores, lectores de tarjetas de crédito, etc.?

☐ Sí ☐ No

(5) Escala de Miedos al Coronavirus (EMC)

Indique cuánto miedo y preocupación ha experimentado durante el periodo de confinamiento cuando piensa en las situaciones que se indican a continuación relacionadas con el coronavirus.

Nada o casi nada = 1
Un poco = 2
Bastante = 3
Mucho = 4
Muchísimo o extremadamente = 5

1. Que usted pueda contagiarse del coronavirus
2. Que usted pueda morir debido al coronavirus
3. Que se contagie algún familiar o algún ser querido
4. Que pueda morir algún familiar o algún ser querido
5. Que se siga propagando el coronavirus
6. Que usted pueda perder su trabajo o parte de su trabajo
7. Que usted o algún familiar tenga que salir de casa (hacer compra, ir a trabajar, etc.)
8. Que usted pueda perder ingresos económicos
9. Que algún familiar o algún ser querido pierda el trabajo
10. Que usted pueda contagiar a algún familiar o ser querido
11. Que usted pueda enfermar o que se agrave alguna enfermedad que ya tenía
12. Que escaseen los alimentos u otros productos de primera necesidad
13. Que le ocurra algo grave (un accidente, una enfermedad, etc.) y tenga que ir a urgencias
14. Que pueda quedarse sin cosas importantes en casa (alimentos, productos de farmacia, etc.)
15. No poder ver a familiares o amigos íntimos
16. No poder celebrar cosas importantes (un bautizo, una comunión, una boda, etc.)
17. Ver/oír noticias o historias sobre el coronavirus
18. Estar aislado/a socialmente

La EMC incluye las siguientes subescalas: (1) Miedo al contagio, la enfermedad y la muerte (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 7, 10, 11, 17); (2) Miedo a la carencia de productos de consumo básicos (ítems 12, 13, 14); (3) Miedo al aislamiento social (ítems 15, 16, 18); y (4) Miedo relacionados con el trabajo y los ingresos económicos (ítems 6, 8, 9).

(6) Escala de Distrés (ED)

A continuación, se indican varias experiencias emocionales que puede tener la gente con mayor o menor frecuencia. Por favor, indique con qué frecuencia ha experimentado durante el confinamiento cada una de las experiencias emocionales siguientes:

Nunca o casi nunca = 1
Algunas veces = 2
Bastantes veces = 3
Muchas veces = 4
Siempre o casi siempre = 5

1. ¿Ha sentido mucha ansiedad o miedo?
2. ¿Se ha sentido muy triste o deprimido/a?
3. ¿Se ha sentido muy preocupado/a por muchas cosas sin poder controlarlo?
4. ¿Se ha sentido solo/a o aislado/a?
5. ¿Ha sentido desesperanza con respecto al futuro?
6. ¿Se ha sentido irritable, con ira o agresión?
7. ¿Se ha sentido muy nervioso/a?
8. ¿Se ha sentido agobiado/a o estresado/a?
9. ¿Se ha sentido intranquilo/a o inquieto/a?
10. ¿Ha tenido problemas para dormir (ha dormido mal)?
11. ¿Ha tenido ataques de ansiedad o pánico?

(7) Escala de Síntomas de Estrés Postraumático (ESEP)

En relación con el coronavirus, seleccione con qué frecuencia le ha ocurrido a usted durante el periodo de confinamiento lo que indica a continuación:

Nunca o casi nunca = 1
Algunas veces = 2
Bastantes veces = 3
Muchas veces = 4
Siempre o casi siempre = 5

1. ¿Ha tenido pensamientos o recuerdos desagradables no deseados sobre el coronavirus?
2. ¿Ha tenido pesadillas o no ha podido dormir por imágenes del coronavirus?
3. ¿Estos pensamientos o recuerdos sobre el coronavirus han provocado que se sienta abrumado o agobiado?
4. ¿Ha intentado evitar esos pensamientos o recuerdos molestos sobre el coronavirus?
5. ¿Los recuerdos del coronavirus le han producido reacciones físicas, como sudoración o taquicardia?
6. ¿Algunas imágenes perturbadoras sobre el coronavirus han invadido su mente?
7. ¿Estos pensamientos, recuerdos o imágenes sobre el coronavirus han alterado sus relaciones familiares o sus relaciones con los amigos?
8. ¿Estos pensamientos, recuerdos o imágenes sobre el coronavirus han alterado su trabajo o las actividades de su vida diaria?

(8) Escala de Interferencia por el Coronavirus (EIC)

¿Ha perturbado su vida el coronavirus o el confinamiento? Indique la frecuencia con que le ha ocurrido.

Nunca o casi nunca = 1
Algunas veces = 2

Bastantes veces = 3
Muchas veces = 4
Siempre o casi siempre = 5

1. ¿Ha tenido problemas laborales graves (despido ERTE, etc.)?
2. ¿Ha tenido dificultades en el trabajo (relacionados con el desplazamiento, cambios de horarios o en las funciones a desempeñar, problemas con compañeros o superiores, problemas con clientes, etc.)?
3. ¿Ha tenido dificultades en los estudios (dificultades para estudiar o examinarse, etc.)?
4. ¿Ha tenido discusiones o conflictos con sus familiares?
5. ¿Le ha perturbado o alterado no poder ver a algunos de sus familiares que veía habitualmente?
6. ¿Le ha perturbado o alterado no poder ver a sus amigos?
7. ¿Le ha perturbado o alterado no poder realizar actividades de ocio fuera de casa (viajar, salir, etc.)?
8. ¿Ha tenido problemas para realizar actividades de ocio en casa (leer, escribir, ver películas, videojuegos, etc.)?
9. ¿Le ha perturbado o alterado no poder realizar actividades físicas fuera de casa (deporte, ejercicio físico, ir al campo, etc.)?
10. ¿Le ha perturbado o alterado no poder salir de casa salvo para cosas muy necesarias?
11. ¿Le ha perturbado o alterado no poder disponer de cosas que necesitaba?

(9) Escala de Experiencias Positivas ante las Adversidades (EEPA)

A veces una situación adversa puede hacernos ver o vivir experiencias positivas. La situación del confinamiento tiene muchas cosas negativas, pero para algunas personas también puede tener consecuencias positivas. Por favor indique hasta qué punto es aplicable a usted lo que se dice a continuación relacionado con el periodo de confinamiento:

Nada o casi nada aplicable a mí = 1
Algo aplicable a mí = 2
Bastante aplicable a mí = 3
Muy aplicable a mí = 4
Totalmente aplicable a mí = 5

1. He aprendido a organizar mejor mi tiempo libre para no aburrirme.
2. He descubierto aficiones nuevas o actividades que nunca antes había realizado y que me gustan.
3. Me he hecho más religioso o espiritual
4. Ha cambiado mi escala de valores y ahora valoro y aprecio cosas que antes no valoraba o apreciaba
5. Me he interesado más por la gente que me importa, por si se encuentran bien física y emocionalmente
6. Me ha gustado pasar más tiempo con mi familia o personas con las que vivo
7. Me ha gustado tener más tiempo libre para mí
8. Me intereso por el futuro más que antes
9. He aprendido a apreciar más lo que tenemos («no se aprecian las cosas hasta que las pierdes») en vez de buscar siempre lo que no tenemos
10. He aprendido a valorar más las relaciones personales
11. He aprendido a valorar más los beneficios de las actividades al aire libre

12. He disfrutado de actividades lúdicas con mis familiares (jugar a las cartas, aprender a cocinar algo, etc.).