



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultad de Psicología

TRABAJO DE FIN DE GRADO

COVID-19 Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN UNA MUESTRA DE MUJERES ESPAÑOLAS

Miguel Ruiz de la Torre Mulet

Grado en psicología

Año Académico 2020-21

Trabajo tutelado por Carmen Borrás Sansaloni.

Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

S'autoritza la Universitat a incloure aquest treball en el Repositori Institucional per a la seva consulta en accés obert i difusió en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Palabras clave del trabajo:

Depresión, COVID-19, malestar psicológico, población femenina.

Índice

	Págs
Resumen:	1
Abstract:	1
Introducción:	2-7
▪ Objetivos	6
▪ Hipótesis	7
Metodología:	7-12
▪ Muestra de las participantes	7
▪ Variables e instrumentos utilizados	9
▪ Procedimiento	11
Resultados:	12
Discusión:	25
Conclusión:	30
Referencias Bibliográficas:	33
Anexos:	37

Resumen:

El SARS-CoV-2 conocido como COVID-19, ha generado un incremento de malestar psicológico y presencia de sintomatología depresiva (Sandín et al., 2020). Con el presente trabajo, se pretende conocer el posible impacto de la situación pandémica y de confinamiento en el estado emocional de una muestra de mujeres, atendiendo tanto a la ausencia de emocionalidad positiva (eutimia) como a la presencia de emocionalidad negativa (distimia). Asimismo, dados los cambios derivados de la pandemia, que ha supuesto un importante incremento en el uso de recursos online, interesó determinar si la aplicación online de instrumentos de medida presenta la misma capacidad de discriminación que en su aplicación tradicional.

Los resultados obtenidos, por una parte, muestran que las mujeres con trabajo remunerado presentan mayor malestar psicológico y sintomatología depresiva; y, por otra, la utilidad de las aplicaciones online en la evaluación psicológica.

Abstract:

SARS-CoV-2, known as COVID-19, has generated an increase in psychological discomfort and the presence of depressive symptoms (Sandín et al., 2020). The present work aims to know the possible impact of the pandemic and confinement situation on the emotional state of a sample of women, considering both the absence of positive emotionality (euthymia) and the presence of negative emotionality (dysthymia). Likewise, given the changes derived from the pandemic, which has led to a significant increase in the use of online resources, it was interesting to determine whether the online application of measurement instruments presents the same discrimination capacity as in its traditional application.

The results obtained, on the one hand, demonstrate that women with paid work present greater psychological discomfort and depressive symptoms; and, on the other, the usefulness of online applications in psychological evaluation.

Introducción:

A finales de enero de 2020, el SARS-CoV-2, conocido como COVID-19, se había extendido por diferentes países de tal manera que la Organización Mundial de la Salud (OMS) se vio obligada a declarar la enfermedad como <<una emergencia de salud pública>> (Sandín et al., 2020). Pocos días después, el 11 / 02 / 20, dada la velocidad con la que se estaba propagando, afectando a más de 100 países con más de 100.000 casos, esta enfermedad es declarada como pandemia (Sandín et al., 2020).

El 14 de marzo, el Gobierno Español decreta el estado de alarma, implantando un confinamiento obligatorio que se prolonga hasta el 03 / 05 / 20, que supuso un aislamiento domiciliario, limitación total de la libertad de circulación y suspensión de la actividad económica y educativa, siendo la única excepción aquellos servicios considerados esenciales y movilidad por necesidades primarias como alimentos, medicaciones entre otras (Decreto 463 de 2020; Sandín et al., 2020). La ausencia de interacciones personales junto al aislamiento social se relaciona con un amplio abanico de problemas psicosociales que repercute en el bienestar físico y psicológico (González Casas et al., 2020).

La pérdida de contacto físico de seres queridos, el fallecimiento de allegados sin posibilidad de despedirse, pérdida de libertad, incertidumbre, pérdidas económicas y sociales, etc. puede provocar efectos psicológicos negativos como ira, miedo, angustia, ansiedad, desesperanza, percepción de soledad y depresión entre otras (Huamani, 2020; Sandín et al., 2020; Ramírez-Coronel et al., 2020; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020).

El fallecimiento de un ser querido por COVID-19 y no poder despedirse según nuestra cultura puede generar sentimientos de ira, tristeza y resentimiento, incrementando la probabilidad de experimentar duelo patológico (Huracaya-Victoria, 2020). Si la pérdida ha sido significativa tiende a incluir sentimientos intensos de tristeza, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, culpabilidad y otra sintomatología propia del criterio A de depresión conforme al DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). No obstante, se debe prestar

atención a las diferencias entre un episodio depresivo mayor y la respuesta normal ante una pérdida significativa, mediante el criterio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales.

Según la OMS (2020) la depresión constituye un trastorno mental frecuente que afecta fundamentalmente a las mujeres, es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma relevante a la carga mundial general de morbilidad (OMS, 2020). La depresión se caracteriza por la presencia de ánimo triste, pérdida de interés o placer por cosas que antes se disfrutaban, vacío o irritabilidad, insomnio o hipersomnia, sensación de agotamiento, capacidad de concentración o de toma de decisiones diarias reducida y cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional de la persona (APA, 2013; OMS, 2020). En determinados casos, puede haber pensamientos de muerte, ideación suicida recurrente sin planificar o intento de suicidio con plan específico, todo en su conjunto produce un deterioro a nivel social, laboral u otras áreas relevantes del funcionamiento de la persona (APA, 2013). En el trastorno persistente, a esta sintomatología se suman los sentimientos de desesperanza y baja autoestima (criterio B), diferenciándose el trastorno depresivo mayor y el persistente por su duración, presentación temporal o etiología (APA, 2013).

A nivel clínico, la depresión es un compendio de sintomatología anímica, motivacional, cognitiva, física e interpersonal que representa la causa principal de discapacidad a nivel mundial, afectando a más de 300.000.000 de personas (OMS, 2020; Ramírez-Coronel et al., 2020).

El ser humano cuenta con distintos recursos para afrontar las situaciones de amenaza (percibida o real). En el caso particular de la situación sanitaria derivada del COVID-19, al exceder de nuestro control, se incrementa el riesgo de experimentar angustia, temor a la pérdida de seres queridos y pérdida de trabajo, incluso pánico ante la situación incierta (Huamani, 2020). A ello se sumó, la profusión de las denominadas “*fake-news*”, la falta de hospitales y personal cualificado, así como otras carencias que contribuyen a

percibir el presente y futuro catastrófico, generando miedo, preocupación, incertidumbre e inseguridad; y, por tanto, mayor presencia de estados de ánimo negativos como ansiedad y depresión (Huamani, 2020).

La ansiedad y la depresión presentan una elevada comorbilidad (APA, 2013; Huamani, 2020). Asimismo, la psicología cuenta tanto con herramientas dirigidas a la evaluación de ambas dimensiones mediante el mismo instrumento, como con instrumentos específicos.

En una condición de normalidad, la corteza prefrontal regula los pensamientos, emociones y comportamientos; en cambio, en una situación donde la pandemia se vuelve una amenaza acompañada de causas externas incontrolables, se produce un desequilibrio homeostático y pueden aparecer errores cognitivos, conductas disfuncionales y síntomas físicos pasajeros (Muñoz-Fernández et al., 2020). La exposición de estrés prolongada y la complejidad de adaptarse a una situación que produce cambios constantes, dificulta la adaptación, convirtiendo la COVID-19 en factor de riesgo para las mujeres, incluso si se prolonga demasiado, pueden acabar apareciendo un cuadro psicopatológico como los trastornos depresivos, además de conductas suicidas, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y trastornos psicosomáticos (Muñoz-Fernández et al., 2020). Por tanto, la pandemia de la COVID-19 presenta una emergencia a nivel general, con un alto impacto, no solo en salud física, sino también en salud mental (Pineda Díaz et al., 2020; Broche-Pérez et al., 2021).

La presencia del SARS-CoV-2 puede ocasionar inestabilidad en la salud mental de la población general. Se sabe también que las mujeres son más susceptibles a la depresión, por ello, se ha observado que este grupo de la población experimenta mayor temor al contagio, tanto a nivel personal como familiar en comparación con los hombres, y tienen mayor predisposición a presentar una afección de salud mental a través de un conjunto de factores de riesgo biológicos y sociales (Muñoz-Fernández et al., 2020; Ramírez-Coronel et al., 2020).

Diversos estudios demuestran que ser mujer, joven y con poca formación académica está relacionado con experimentar sintomatología depresiva y el riesgo de presentar depresión en tiempos de pandemia (Huarcaya-Victoria, 2020; Ramírez-Coronel et al., 2020; Vizioli y Crespi, 2020; Zegarra, 2020).

Por otro lado, el DSM-5, respecto a la depresión, señala que “las mujeres presentan tasas que llegan a ser 1,5-3 veces mayores que las de los hombres” (APA, 2013, p. 165). Si a ello se suma la asunción tradicional de roles de género en relación con el cuidado de los hijos, familiares dependientes, tareas domésticas, más la situación de pandemia, la mujer se encuentra en una posición de sobrecarga emocional que favorece dicha prevalencia (Muñoz-Fernández et al., 2020). Asimismo, el impacto emocional ocasionado por la COVID-19 ha afectado en el sueño reparador, ocasionando la falta de sueño (insomnio) o dormir en exceso (hipersomnia) (Huamani, 2020).

En cuanto al plano económico, la COVID-19 ha causado un fuerte impacto a nivel nacional e internacional (Zegarra, 2020). Tras la cuarentena total, se siguió imponiendo restricciones horarias de forma prolongada que han afectado directamente a empresarios y trabajadores. Los problemas económicos derivados de bajos o nulos ingresos constituyen un estresor añadido al miedo y a la incertidumbre acerca de perder el trabajo (Muñoz-Fernández et al., 2020; Eidman, 2020; Vizioli & Crespi, 2020; Pineda Díaz et al., 2020).

En este sentido, la población femenina, parece haber sido la más afectada, puesto que; por una parte; el sector servicios (limpieza, atención y cuidado) ha sido donde se ha producido uno de los mayores impactos a corto plazo. Sobre este particular, se ha comprobado que las personas que han visto afectados sus ingresos presentan valores de ánimo depresivo mayores frente a las personas que su situación de ingresos es regular (González Casas et al., 2020); y, por otra, la situación sanitaria ha supuesto un aumento significativo de responsabilidades de cuidado. En consecuencia, tal como indican Velastegui et al. (2020) la libertad, espacio y seguridad económica de las mujeres se han visto mermadas.

Objetivos:

El objetivo general del presente trabajo es conocer cómo está afectando la situación pandémica actual al bienestar psicológico de las mujeres de las Islas Baleares con trabajo remunerado. Con especial atención a las dimensiones eutimia y distimia de la depresión.

Por otra parte, interesó determinar si la capacidad de discriminación de los instrumentos utilizados en el presente trabajo es o no la misma en su modalidad tradicional y su aplicación *online*.

El confinamiento forzoso genera una pérdida de reforzadores naturales que puede llegar a desencadenar una serie de comportamientos disfuncionales acompañados de reacciones emocionales negativas, incrementando el riesgo de las mujeres a experimentar malestar general, anhedonia, desesperanza, pérdida de interés, insatisfacción entre otras por la situación COVID-19; si las actividades o hobbies de las participantes son de carácter externo como puede ser la actividad deportiva en gimnasio, pasear entre otras, apunta a la presencia de dicha sintomatología (Spielberger, 1996). Sin embargo, las participantes que mantuvieran actividades de otra naturaleza, tal como la lectura, videojuegos o el cine en casa, la COVID-19 y las medidas sanitarias adoptadas pudieran haber producido más un beneficio que la posibilidad de desarrollar sintomatología depresiva debido a la pérdida de reforzadores. De tal forma, interesó atender tanto a la ausencia de emocionalidad positiva como presencia de emocionalidad negativa.

Hipótesis:

Sobre la base de lo anteriormente expuesto, se plantean dos hipótesis:

- La situación pandémica de la COVID-19 ha incrementado el malestar psicológico de las mujeres con trabajo remunerado de las Islas Baleares y la presencia de sintomatología depresiva.

- Los inventarios BSI-18 e IDER proporcionan los mismos resultados utilizarlos de forma online o presencial y, por consiguiente, se pueden adaptar a una versión no presencial.

Metodología:

Muestra de las participantes

La selección de la muestra se obtuvo mediante muestreo no probabilístico, puesto que la selección fue a conveniencia del experimentador. La participación fue voluntaria y no remunerada.

De las mujeres que viven en las Islas Baleares y quisieron participar en el estudio, se seleccionaron 3 rangos de edad (*Rango 1*: 18–30 años; *Rango 2*: 31–50 años; *Rango 3*: 51–65 años), tanto en la muestra *online* como en la muestra presencial. Al no tener una versión *online* adaptada de los inventarios utilizados en el estudio, los ítems se introdujeron fielmente a *Google Forms*, sin modificación alguna en cuanto a la formulación de sus distintos reactivos.

La muestra *online* se obtuvo contestando a través de *Google Forms* en ausencia del experimentador. En la muestra presencial respondiendo en papel con supervisión del experimentador. Los criterios de inclusión para participar en este estudio fueron ser mujer, tener trabajo remunerado, ser española o tener la nacionalidad, identificarse con la cultura española, haber vivido mínimo 3 años en España y edad comprendida entre 18 y 65 años. La muestra fue recogida la primera quincena de mayo.

La muestra obtenida en la versión *online* fue de 60 mujeres, de las cuales 3 fueron excluidas del estudio por no cumplir los criterios de inclusión pertinentes al trabajo. Asimismo, se utilizó un programa aleatorio de internet llamado “*échalo a suerte*”, para obtener una muestra aleatoria conformada de 30 participantes (N=30) las cuales debían incluir una N=10 en los diferentes rangos de edad (*Rango 1*: 18–30 años; *Rango 2*: 31–50 años; *Rango 3*: 51–

65 años) (Véase *anexo 1-1a-1b*). Por otro lado, se obtuvo una muestra presencial conformada de 30 participantes (N=30) las cuales debían incluir una N=10 en los diferentes rangos de edad, igual que en la muestra online extraída.

De tal forma, la muestra *online* estuvo compuesta por:

- 9 mujeres del sector “Hostelería y Turismo” (30%).
- 9 del sector “Administración y Gestión” (30%).
- 2 del sector “Limpieza” (6,7%).
- Las 10 restantes (N=1) en los sectores “Informática y Comunicaciones”, “Marítimo-Pesquera”, “Sanidad”, “Servicios Socioculturales”, “Cajera”, “Educación”, “Imagen Personal”, “Seguridad”, “Funcionaria” y “Educación y Formación” (3,3%).

La muestra presencial, estuvo formada por:

- 13 mujeres del sector “Administración y Gestión” (43,3%).
- 3 del sector “Hostelería y Turismo” (10%).
- 3 del sector “Actividades Físicas y Deportivas” (10%).
- 2 del sector “Artes Gráficas” (6,7%).
- 2 del sector “Sanidad” (6,7%).
- 2 del sector “Limpieza” (6,7%).
- 2 trabajan como “Profesoras de Repaso” (6,7%).
- Las 3 restantes (N=1) en los sectores “Educación”, “Banca” e “Imagen Personal” (3,3%).

Se pudo corroborar que la muestra total de ambos grupos de participantes (*Online* y *Presencial*) eran mujeres nacidas y criadas en España (la mayoría en Baleares).

Variables e instrumentos utilizados:

Las variables objeto de estudio fueron: la sintomatología depresiva, presencia de emocionalidad negativa (Distimia) y ausencia de emocionalidad positiva (Eutimia).

Los instrumentos utilizados fueron:

- *Cuestionario Sociodemográfico* elaborado *ad hoc* con la finalidad de obtener información relativa a la edad, nivel de estudios, profesión, estado civil, convivientes y cultura predominante (véase *anexo 3-3a*).
- *Inventario de Depresión Estado – Rasgo (IDER)*. (Spielberger, 1996. Adaptación española de G. Buéla-Casal y D. Agudelo. 2008. Madrid. TEA Eds.) Instrumento específicamente construido para la evaluación de la depresión estado y rasgo, atendiendo a las dimensiones de distimia y eutimia. Se trata de una prueba breve y fácil aplicación (7 – 10 min), dirigida a jóvenes, adolescentes y adultos que superan muchas de las limitaciones de instrumentos anteriores, que ha demostrado su utilidad como ayuda para el diagnóstico y como instrumento de investigación.

Está compuesto por 20 ítems los cuales se dividen en 2 escalas de 10 ítems cada uno (10 de ellos para estado y otros para rasgo). Su principal objetivo es identificar el grado de afectación (Estado) y la frecuencia de ocurrencia (Rasgo) del componente afectivo de la depresión (Spielberger, 1996).

Mediante una escala Likert de 1 a 4 puntos en función de cómo se siente en este momento (Estado), se indica una intensidad: 1=Nada, 2=Algo, 3=Bastante y 4=Mucho.

En función de los resultados extraídos del *IDER*, se obtienen puntuaciones elevadas en eutimia, distimia o ambas. Puntuaciones elevadas en eutimia sugiere presencia de anhedonia, insatisfacción con los logros y capacidades intrínsecas, desesperanza frente al futuro y la pérdida de interés general, como puede ser en el

ámbito sexual o pérdida del apetito (Spielberger, 1996). Por otro lado, la distimia apunta a la experimentación de malestar general, tristeza, ansiedad, miedo, hostilidad, aflicción y soledad (aislamiento en el peor de los casos) (Spielberger, 1996).

La existencia de eutimia en los resultados mostraría presencia de anhedonia, la cual indicaría la aparición de sintomatología depresiva que, si no intervenimos, podría desencadenar en trastorno depresivo (Spielberger, 1996). No puede haber salud física en ausencia de salud mental (Ayala, 2007).

Para su posterior corrección, el IDER permite obtener 3 puntuaciones, resultado de la suma de los respectivos elementos de las subescalas de Distimia y Eutimia y la suma de ambas (puntuación directa total (PDTtotal) (véase *anexo 4-4a*).

- El *Inventario Breve de 18 Síntomas (BSI-18)* (Derogatis, L. 2013; Adaptación española de la Universidad de Valencia, SGS Tecnos, S.A. y el Dpto. I+D Pearson CLinical & Talent Assessment – 2013 Madrid: Pearson). Inventario autoaplicado desarrollado principalmente para detectar, con un alto índice de sensibilidad, trastornos psiquiátricos y malestar psicológico; y de forma secundaria medir resultados del tratamiento aplicado (Derogatis, 2013). Es aplicable a partir de los 18 años.

El BSI-18 se compone de 18 ítems (o síntomas) y se divide en 3 dimensiones de 6 ítems cada una, las cuales son: Somatización (corresponde a los ítems 1, 4, 7, 10, 13 y 16), Depresión (ítems 2, 5, 8, 11, 14 y 17) y Ansiedad (ítems: 3, 6, 9, 12, 15 y 18) (Derogatis, 2013).

Mediante una escala Likert de 0 a 4 puntos en función de cuánto malestar ha experimentado la última semana incluido el mismo día que lo contesta, se indica una intensidad: 0=Nada, 1=Un poco, 2=Moderadamente, 3= Bastante y 4=Mucho.

Además de las dimensiones señaladas, cuentan con un Índice Global de Severidad (IGS) que indica el nivel general de malestar psicológico de la persona en el momento de la evaluación (Derogatis, 2013) (véase *anexo 5-5a*).

- Por último, se generó un tercer cuestionario construido también *ad hoc*, el *Cuestionario de Acontecimientos Vividos en Situación COVID-19 (CAVSC)*, preguntas centradas en situaciones que las personas pueden haber experimentado durante la COVID-19 y cómo lo han vivido estas 2 últimas semanas, incluyendo el día que se responde a la prueba. Sus opciones de respuesta son de acuerdo con una escala Likert de 1 a 5 puntos donde 1=Nunca, 2=Algunas veces, 3=La mitad de las veces, 4=La mayoría de las veces y 5=Siempre (*véase anexo 6-6a*).

En general, las preguntas se relacionan con los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos del DSM-5.

Procedimiento

El estudio sigue una metodología selectiva (correlacional, psicométrico o de encuesta) con diseño descriptivo transversal dado que las variables de estudio no se manipulan directamente, sino a través de la selección de los sujetos del estudio. Además, se analizan datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra predefinida.

La obtención de resultados se consigue mediante los diferentes cuestionarios contestados por cada mujer de manera individual.

Como paso previo, se obtuvo el consentimiento informado, en el cual se describe el estudio de forma genérica, además de los extremos habituales de confidencialidad, protección de datos personales, el carácter voluntario y el derecho a abandonar el estudio (*véase anexo 2-2a*).

Posteriormente, se proporcionaron instrucciones estandarizadas dirigidas a la correcta cumplimentación de los inventarios.

En cuanto a las condiciones de aplicación en la muestra presencial, los cuestionarios fueron contestados en condiciones ambientales adecuadas, proporcionando las instrucciones de forma verbal y escrita.

A ambos grupos se le facilitó un correo electrónico a fin de poder atender dudas y comentarios sobre el estudio.

Resultados:

La comparación de resultados en muestra *online* y presencial se realizó mediante las puntuaciones centiles (P.C.) del *IDER*, de este modo se obtuvo que:

En el *rango 1 (18-30 años) online*, 6 mujeres obtuvieron un P.C. ≥ 75 en las escalas de Estado-Rasgo, mientras que, en la presencial, tal condición únicamente se observó en un caso. *En el rango 2 (31-50 años) online*, 4 mujeres obtuvieron un P.C. ≥ 75 en ambas escalas de Estado-Rasgo, mientras que en la presencial se obtuvo 3 casos de P.C. ≥ 75 . Por último, *en el rango 3 (51-65 años) online*, 3 mujeres obtuvieron un P.C. ≥ 75 en ambas escalas de Estado-Rasgo, mientras que en la presencial se obtuvieron 2 casos de P.C. ≥ 75 . Las participantes que obtienen un P.C. ≥ 75 indica la presencia de depresión.

Al no poder replicar los resultados en ambos grupos de muestra, se optó por calcular los estadísticos descriptivos mediante el programa estadístico *Jamovi*, a través de las subescalas "Eutimia-Estado", "Distimia-Estado", "Eutimia-Rasgo", "Distimia-Rasgo" y "Puntuación Directa Total (PDtotal)", con la intención de observar si alguna subescala del *inventario IDER* mantiene un P.C. ≥ 75 en los diferentes rangos de edad en muestra *online* y presencial.

La PDtotal es ≥ 13 en Eutimia-Estado ($PD_{EUTIMIA} \geq 13$) indica presencia de baja afectividad positiva (Spielberger, 1996). Si en Distimia-Estado $PD_{DISTIMIA} \geq 9$, indica presencia de alta afectividad negativa. Lo señalado aquí es aplicable a la eutimia y distimia Rasgo,

con la diferencia de que en la escala Rasgo $PD_{EUTIMIA} \geq 14$ sugiere presencia de baja afectividad positiva mientras $PD_{DISTIMIA} \geq 10$ indica presencia de alta afectividad negativa (Spielberger, 1996).

En el caso de la PD_{total} solo será relevante si $PD_{TOTAL} \geq 21$ para la escala Estado y $PD_{TOTAL} \geq 23$ para Rasgo.

En el primer rango de edad (*online*), se puede observar que las puntuaciones medias obtenidas en las subescalas de Eutimia y Distimia (Estado-Rasgo) superan la puntuación de corte junto a la PD_{total} , indicando afectividad en la escala Estado (*tabla 1*). Sin embargo, en el grupo presencial, se obtuvieron puntuaciones situadas dentro del rango de normalidad tanto en eutimia como en distimia (Estado-Rasgo) y PD_{total} (*tabla 2*).

Tabla 1

Rango 1: 18–30 años Online (Estado-Rasgo)

Descriptives	Descriptives			Descriptives	Descriptives		
	Eutimia-Estado	Distimia-Estado	PD Total		Eutimia-Rasgo	Distimia-Rasgo	PD Total
N	10	10	10	N	10	10	10
Mean	14.4	9.30	23.5	Mean	14.7	10.0	24.5
Standard deviation	2.55	2.21	3.87	Standard deviation	3.09	2.31	4.67
Minimum	9	5	17	Minimum	9	8	17
Maximum	18	13	29	Maximum	18	15	33
Shapiro-Wilk W	0.898	0.960	0.913	Shapiro-Wilk W	0.851	0.849	0.987
Shapiro-Wilk p	0.208	0.782	0.300	Shapiro-Wilk p	0.060	0.056	0.992

Tabla 2

Rango 1: 18–30 años Presencial (Estado-Rasgo)

Descriptives	Descriptives			Descriptives	Descriptives		
	Eutimia-Estado	Distimia-Estado	PD Total		Eutimia-Rasgo	Distimia-Rasgo	PD Total
N	10	10	10	N	10	10	10
Mean	11.5	7.40	18.9	Mean	12.1	8.70	20.7
Standard deviation	3.50	2.72	5.57	Standard deviation	2.18	2.83	4.37
Minimum	8	5	13	Minimum	10	5	15
Maximum	19	13	32	Maximum	16	14	29
Shapiro-Wilk W	0.885	0.809	0.847	Shapiro-Wilk W	0.869	0.942	0.959
Shapiro-Wilk p	0.148	0.019	0.054	Shapiro-Wilk p	0.099	0.573	0.780

En el segundo rango de edad (*online*), se puede observar que la puntuación situada dentro de Eutimia-Estado supera la puntuación de corte mientras que Distimia-Estado queda por debajo de ésta, pero muy próximo a ella. La PDtotal = 23 indica afectividad en la escala Estado (*tabla 3*). Referente a la escala Rasgo, indica puntuaciones inferiores en Eutimia, Distimia y PDtotal (*tabla 3*); lo que sugiere ausencia de afectividad negativa en la escala Rasgo.

En la muestra presencial se observa la misma tendencia, es decir, no se contemplan diferencias significativas en los cálculos (*tabla 4*).

Tabla 3

Rango 2: 31–50 años Online (Estado-Rasgo)

Descriptives	Descriptives			Descriptives	Descriptives		
	Eutimia-Estado	Distimia-Estado	PD Total		Eutimia-Rasgo	Distimia-Rasgo	PD Total
N	10	10	10	N	10	10	10
Mean	14.3	8.70	23.0	Mean	12.3	8.20	20.5
Standard deviation	2.67	3.68	4.42	Standard deviation	3.30	2.94	5.04
Minimum	10	5	16	Minimum	7	5	14
Maximum	17	15	31	Maximum	16	14	29
Shapiro-Wilk W	0.842	0.847	0.958	Shapiro-Wilk W	0.879	0.921	0.945
Shapiro-Wilk p	0.047	0.054	0.760	Shapiro-Wilk p	0.126	0.366	0.607

Tabla 4

Rango 2: 31–50 años Presencial (Estado-Rasgo)

Descriptives	Descriptives			Descriptives	Descriptives		
	Eutimia-Estado	Distimia-Estado	PD Total		Eutimia-Rasgo	Distimia-Rasgo	PD Total
N	10	10	10	N	10	10	10
Mean	13.3	8.80	22.1	Mean	12.5	7.30	19.8
Standard deviation	3.71	2.57	4.95	Standard deviation	3.50	2.75	5.63
Minimum	6	5	15	Minimum	8	5	13
Maximum	18	13	30	Maximum	19	11	30
Shapiro-Wilk W	0.954	0.965	0.930	Shapiro-Wilk W	0.939	0.751	0.938
Shapiro-Wilk p	0.718	0.841	0.448	Shapiro-Wilk p	0.540	0.004	0.530

Finalmente, el tercer rango de edad (*online*), se observa que la puntuación situada dentro de Eutimia-Estado supera la puntuación de corte, mientras que Distimia-Estado

queda por debajo de ésta. La PDtotal muestra afectividad en la escala Estado con 22.3 puntos (*tabla 5*). Referente a la escala Rasgo, muestra puntuaciones inferiores en Eutimia, Distimia y PDtotal (*tabla 5*); lo que sugiere ausencia de afectividad negativa en la escala Rasgo.

La muestra presencial obtuvo puntuaciones inferiores en Eutimia, Distimia (Estado-Rasgo) y PDtotal (*tabla 6*); indicando ausencia de afectación emocional.

Tabla 5

Rango 3: 51–65 años Online (Estado-Rasgo)

Descriptives	Descriptives			Descriptives	Descriptives		
	Eutimia-Estado	Distimia-Estado	PD Total		Eutimia-Rasgo	Distimia-Rasgo	PD Total
N	10	10	10	N	10	10	10
Mean	15.1	7.20	22.3	Mean	12.3	6.60	20.4
Standard deviation	2.23	2.62	3.68	Standard deviation	5.08	1.90	3.53
Minimum	11	5	16	Minimum	1	5	16
Maximum	18	13	27	Maximum	20	10	26
Shapiro-Wilk W	0.955	0.824	0.941	Shapiro-Wilk W	0.908	0.820	0.938
Shapiro-Wilk p	0.732	0.028	0.566	Shapiro-Wilk p	0.270	0.025	0.534

Tabla 6

Rango 3: 51–65 años Presencial (Estado-Rasgo)

Descriptives	Descriptives			Descriptives	Descriptives		
	Eutimia-Estado	Distimia-Estado	PD Total		Eutimia-Rasgo	Distimia-Rasgo	PD Total
N	10	10	10	N	10	10	10
Mean	11.0	7.20	18.2	Mean	10.6	7.20	17.8
Standard deviation	4.19	2.20	5.77	Standard deviation	4.27	1.93	5.65
Minimum	5	5	10	Minimum	5	5	10
Maximum	17	11	26	Maximum	17	11	26
Shapiro-Wilk W	0.936	0.890	0.940	Shapiro-Wilk W	0.918	0.908	0.887
Shapiro-Wilk p	0.504	0.171	0.548	Shapiro-Wilk p	0.342	0.269	0.155

A pesar de que el resultado del *inventario IDER* no es significativo, al analizar las subescalas de Eutimia y Distimia, se aprecia un incremento de la Eutimia-Estado a nivel general en comparación con la Distimia-Estado y la escala Rasgo. Los resultados sugieren una prevalencia más elevada en la subescala Eutimia-Estado, informando de la presencia

de anhedonia, insatisfacción con los logros y capacidades de la participante, desesperanza frente al futuro y pérdida de interés en el ámbito sexual e incluso pérdida del apetito (Spielberger, 1996).

Los resultados obtenidos en Eutimia-Estado sugieren que las participantes del estudio han visto afectadas sus vidas por la situación pandémica y, como consecuente, encontramos la dificultad para experimentar placer, el miedo ante la posibilidad de contagio, la incertidumbre del ambiente y cambios comportamentales negativos asociados a la insatisfacción de las participantes (Spielberger, 1996). Esta sucesión de desencadenantes produce la ausencia de emocionalidad positiva y una reducción de activación conductual que afecta a todas las áreas vitales de las participantes (personal, familiar, social y laboral). Los estudios de Muñoz-Fernández et al. (2020), Coronel-Ramírez et al. (2020) y Sandín et al. (2020) corroboran los resultados obtenidos. A pesar de la anulación del estado de alarma, la eliminación del uso obligatorio de mascarillas en entornos abiertos sin aglomeraciones y el toque de queda, dichos resultados se han obtenido cuando seguían presentes las medidas de seguridad de la COVID-19.

En relación con la elevada puntuación de la subescala Eutimia, se observa un aumento de la PDtotal de la escala Estado. Esto nos indica una prevalencia elevada de presencia de síntomas de un período mínimo de 2 semanas, que se corresponde a lo que evalúa el DSM-5 como Episodio Depresivo Mayor (EDM) (Spielberger, 1996; APA, 2013). Altas puntuaciones en Estado suelen corresponderse con la presencia de EDM o un trastorno depresivo mayor o persistente (Spielberger, 1996).

Respecto al *inventario BSI-18*, se aplicó la regla general de detección de casos clínicos; ante la falta de estudios de dicho inventario en trabajos relacionados con esta investigación, se aplica la siguiente regla; *Caso clínico* = $T_{(IGS)} \geq T_{63}$ o $T_{2DIM} \geq T_{63}$. (Derogatis, 2013). Esto quiere decir que, si el Índice Global de Severidad (IGS) es P.C. ≥ 63 o hay 2 dimensiones P.C. ≥ 63 , se considerará caso clínico (o positivo) y debe ser evaluada con

mayor detalle. Utilizar la regla general de detección aumenta la fiabilidad y validez del *BSI-18*.

Comparando los distintos rangos de edad en función del grupo *online* y presencial se obtuvo que:

En el *rango 1 (18-30 años)* encontramos 5 mujeres que superaban la puntuación de la regla general de detección. En el *rango 2 (31-50 años)* hallamos 3 mujeres que superaban la puntuación de la regla general de detección. Por último, en el *rango 3 (51-65 años)* no encontramos ninguna participante que superase la puntuación de corte en el grupo *online*. Sin embargo, en el grupo presencial, se obtuvo una mujer con una puntuación elevada a la regla general de detección.

A través del inventario breve de 18 síntomas (*BSI-18*) se obtuvieron los mismos resultados en ambas muestras (*online* y presencial) en los distintos rangos de edad. Aspecto que significa que las participantes de ambos grupos que han superado la puntuación de corte se encuentran en el rango clínico, y podrían presentar sintomatología comórbida a la ansiedad o a un trastorno depresivo, una síndrome ansioso-depresivo, trastorno de pánico depresivo, trastornos de somatización, depresiones somáticas, crisis vitales del desarrollo u otros trastornos (Derogatis, 2013). Incluso podría darse el caso de presentarse un trastorno somatomorfo, aunque se ha demostrado que es menos habitual (Derogatis, 2013).

Sobre la base de los resultados obtenidos en la muestra estudiada, hay probabilidad de presenciar todo tipo de sintomatología, síndromes o trastornos, porque las tres dimensiones de somatización, depresión, ansiedad junto al Índice General de Severidad (*IGS*), cumplen la regla de detección (*Caso clínico* = $T_{(IGS)} \geq T_{63}$ o $T_{2DIM} \geq T_{63}$) (Derogatis, 2013). El estudio apunta que las más prevalentes son las depresiones somáticas o trastornos depresivos; si la COVID-19 se prolonga a nivel temporal, podría desencadenar en un trastorno depresivo (Derogatis, 2013).

El *BSI-18* ha demostrado ser un instrumento con una consistencia interna (alfa de Cronbach) que oscila entre $\alpha=0.78$ y 0.91 en la muestra de trabajadores en activo. Cuanto más próximo a 1 el alfa de Cronbach, mayor fiabilidad. Asimismo, ha demostrado estabilidad temporal en estudios realizados con trabajadores/as en activo de una $N>200$ con un margen temporal de 7-25 días. De este modo, utilizando la correlación de Pearson, demuestra tener una adecuada estabilidad temporal (Derogatis, 2013).

Se realizaron análisis de correlación entre el *SCL-90-R* y el *BSI-18* por poseer ambos los constructos de somatización, depresión y ansiedad en una $N>770$ de trabajadores/as en activo. Aunque el *BSI-18* tuviera menos ítems, los resultados mostraron una elevada correlación entre las dimensiones mencionadas y el *IGS*, que oscila entre 0.82 y 0.87 (Derogatis, 2013). Estos estudios concluyen que el *BSI-18* presenta una estabilidad temporal además de una consistencia interna próxima a 1, indicando tener una alta fiabilidad y validez.

En lo que respecta al *Cuestionario de Acontecimientos Vividos en Situación COVID-19 (CAVSC)* mediante el paquete estadístico *Jamovi*, se calcularon los estadísticos descriptivos de los diferentes rangos de edad en muestra *online* y presencial. Se incorporó el cálculo de Shapiro-Wilk para grupos reducidos ($N\leq 50$) con la intención de comprobar si se cumplía la normalidad y poder manifestar que las puntuaciones siguen la distribución normal. Para una mayor comprensión de las puntuaciones medias, mediante una escala Likert de 1 a 5 puntos y su respectivo porcentaje de malestar, indica una intensidad: 1=Nunca (0-20%), 2=Algunas veces (21-40%), 3=La mitad de las veces (41-60%), 4= La mayoría de las veces (61-80%) y 5=Siempre (81-100%).

Se puede observar en los rangos 1 *online* y presencial (*Tabla 7 y 8*) que la variable “*No poder ver allegados*” indica una puntuación media de $3.4(68\%)$ y $2.6(52\%)$. Asimismo, “*deterioro general*” es de $3.4(68\%)$ y $2.5(50\%)$.

Tabla 7

Rango 1: 18–30 años Online.

Descriptives						
	Insomnio	Hipersomnia	No poder ver allegados	Pensamiento de despido	Reducción sueldo	Fallecimiento de allegado
N	10	10	10	10	10	10
Mean	2.00	2.30	3.40	1.60	2.50	1.40
Standard deviation	0.943	0.949	1.07	0.966	1.43	1.26
Minimum	1	1	1	1	1	1
Maximum	4	4	4	4	5	5
Shapiro-Wilk W	0.841	0.911	0.647	0.678	0.886	0.366
Shapiro-Wilk p	0.045	0.287	< .001	< .001	0.151	< .001

Incapaz de concentrarse	Pérdida de interés	Deprimida	Fatiga	MedidasCOVID-19	Deterioro general
10	10	10	10	10	10
2.20	2.30	2.40	2.40	2.20	3.40
1.14	0.949	1.17	0.966	0.789	1.43
1	1	1	1	1	1
4	4	4	4	4	5
0.848	0.911	0.878	0.904	0.751	0.908
0.055	0.287	0.124	0.245	0.004	0.268

Tabla 8

Rango 1: 18–30 años Presencial.

Descriptives						
	Insomnio	Hipersomnia	No poder ver allegados	Pensamiento de Despido	Reducción sueldo	Fallecimiento de allegado
N	10	10	10	10	10	10
Mean	1.90	2.50	2.60	1.20	1.50	1.50
Standard deviation	1.20	1.18	1.26	0.422	0.707	1.27
Minimum	1	1	1	1	1	1
Maximum	5	4	4	2	3	5
Shapiro-Wilk W	0.680	0.850	0.794	0.509	0.731	0.475
Shapiro-Wilk p	< .001	0.058	0.012	< .001	0.002	< .001

Incapacidad de concentrarse	Pérdida de interés	Deprimida	Fatiga	MedidasCOVID-19	Deterioro general
10	10	10	10	10	10
2.90	2.40	1.80	2.10	3.20	2.50
1.20	0.966	0.789	1.10	1.23	1.43
1	1	1	1	1	1
5	4	3	4	5	5
0.952	0.904	0.820	0.784	0.924	0.791
0.691	0.245	0.025	0.009	0.389	0.011

Respecto a los rangos 2 *online* y presencial (*Tabla 9 y 10*), se puede observar que la variable “*Deterioro general*” puntúan 2.9 (58%) y 2.8 (56%).

Tabla 9

Rango 2: 31–50 años Online.

Descriptives						
	Insomnio	Hipersomnia	No poder ver allegados	Pensamiento de Despido	Reducción sueldo	Fallecimiento de allegado
N	10	10	10	10	10	10
Mean	2.20	1.50	2.90	1.60	2.90	1.40
Standard deviation	1.03	0.707	0.876	1.07	1.73	0.699
Minimum	1	1	2	1	1	1
Maximum	4	3	4	4	5	3
Shapiro-Wilk W	0.764	0.731	0.805	0.647	0.840	0.650
Shapiro-Wilk p	0.005	0.002	0.017	< .001	0.044	< .001

Incapacidad de concentrarse	Pérdida de interés	Deprimida	Fatiga	MedidasCOVID-19	Deterioro general
10	10	10	10	10	10
1.90	1.90	1.70	2.20	1.70	2.90
1.29	1.29	0.949	1.32	0.949	0.994
1	1	1	1	1	2
5	5	3	5	4	5
0.744	0.744	0.686	0.843	0.727	0.829
0.003	0.003	< .001	0.048	0.002	0.033

Tabla 10

Rango 2: 31–50 años Presencial.

Descriptives						
	Insomnio	Hipersomnia	No poder ver allegados	Pensamiento de Despido	Reducción sueldo	Fallecimiento de allegado
N	10	10	10	10	10	10
Mean	2.40	1.80	2.20	1.90	1.90	3.00
Standard deviation	1.26	1.03	1.14	1.29	1.45	1.94
Minimum	1	1	1	1	1	1
Maximum	5	4	5	4	5	5
Shapiro-Wilk W	0.849	0.791	0.752	0.713	0.693	0.747
Shapiro-Wilk p	0.056	0.011	0.004	0.001	< .001	0.003

Incapacidad de concentrarse	Pérdida de interés	Deprimida	Fatiga	MedidasCOVID-19	Deterioro general
10	10	10	10	10	10
1.90	1.90	1.90	2.10	2.50	2.80
0.568	1.10	0.994	1.10	1.35	1.32
1	1	1	1	1	1
3	4	4	4	5	5
0.752	0.810	0.829	0.855	0.834	0.858
0.004	0.019	0.033	0.067	0.038	0.073

Finalmente, los rangos 3 *online* y *presencial* (Tabla 11 y 12), se puede observar que la variable “*Deterioro general*” puntúan 2.3 (46%) y 2.7 (54%).

Tabla 11

Rango 3: 51–65 años Online.

Descriptives							
	Insomnio	Hipersomnia	No poder ver allegados	Pensamiento de Despido	Reducción sueldo	Fallecimiento de allegado	
N	10	10	10	10	10	10	10
Mean	1.60	1.70	2.00	1.30	1.90	2.00	2.00
Standard deviation	0.699	0.675	0.816	0.483	1.29	1.15	1.15
Minimum	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	3	3	3	2	5	4	4
Shapiro-Wilk W	0.781	0.802	0.832	0.594	0.744	0.773	0.773
Shapiro-Wilk p	0.008	0.015	0.035	< .001	0.003	0.007	0.007

Incapacidad de concentrarse	Pérdida de interés	Deprimida	Fatiga	MedidasCOVID-19	Deterioro general
10	10	10	10	10	10
1.60	1.90	1.50	1.80	2.00	2.30
0.699	0.994	0.527	0.632	1.15	1.06
1	1	1	1	1	1
3	4	2	3	4	4
0.781	0.829	0.655	0.794	0.773	0.874
0.008	0.033	< .001	0.012	0.007	0.111

Tabla 12

Rango 3: 51–65 años Presencial.

Descriptives							
	Insomnio	Hipersomnia	No poder ver allegados	Pensamientos de Despido	Reducción sueldo	Fallecimiento de allegado	
N	10	10	10	10	10	10	10
Mean	2.20	1.40	2.30	1.00	1.40	1.70	1.70
Standard deviation	1.40	0.516	1.42	0.00	1.26	1.06	1.06
Minimum	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	5	2	5	1	5	4	4
Shapiro-Wilk W	0.835	0.640	0.865	NaN	0.366	0.730	0.730
Shapiro-Wilk p	0.038	< .001	0.087	NaN	< .001	0.002	0.002

Incapacidad de concentrarse	Pérdida de interés	Deprimida	Fatiga	MedidasCOVID-19	Deterioro general
10	10	10	10	10	10
2.10	2.30	2.00	2.10	2.60	2.70
1.37	1.42	1.41	1.20	1.07	1.42
1	1	1	1	1	1
5	5	5	4	4	5
0.775	0.865	0.744	0.824	0.892	0.865
0.007	0.087	0.003	0.028	0.177	0.087

Los resultados del CAVSC indican que aproximadamente el 50% coinciden en que la COVID-19 ha deteriorado su vida en todos los niveles (biológico, psicológico, social y laboral) llegando a alcanzar el 68% de malestar en la muestra más joven y, por ello, hemos hecho hincapié en la variable “*Deterioro general*”.

En el rango 1 se atendió a la variable “No poder ver allegados” en ambas muestras (online y presencial), las cuales superan el 50% de malestar a causa de la COVID-19 (véase gráfico 1 y gráfico 2).

Gráfico 1: Puntuaciones medias de los diferentes rangos de edad en muestra Online.

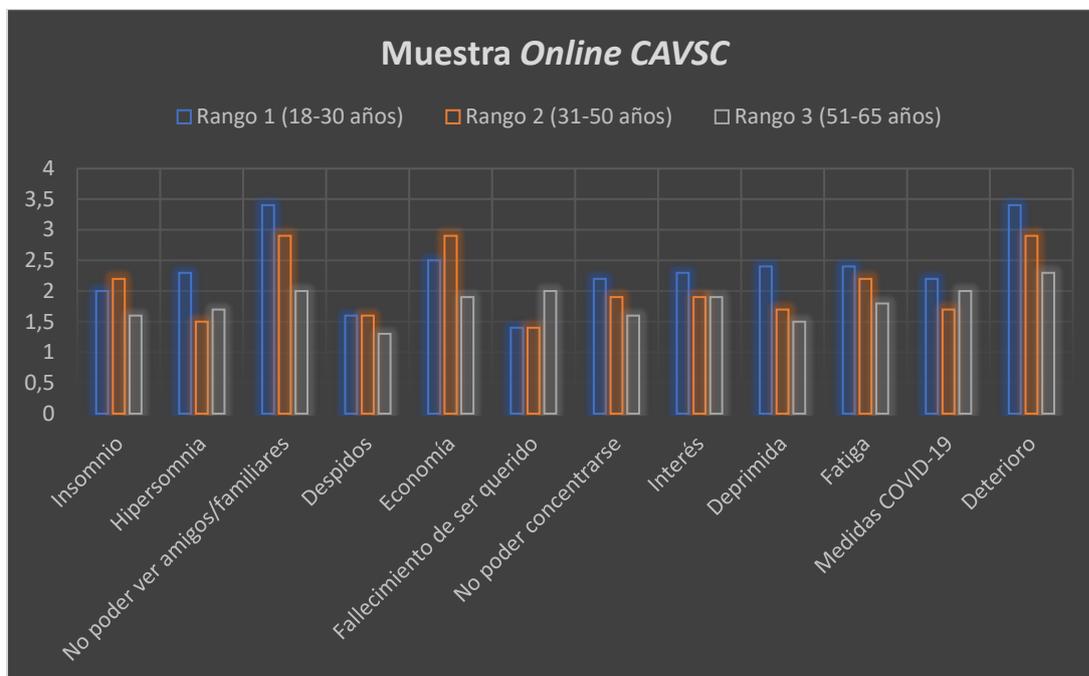
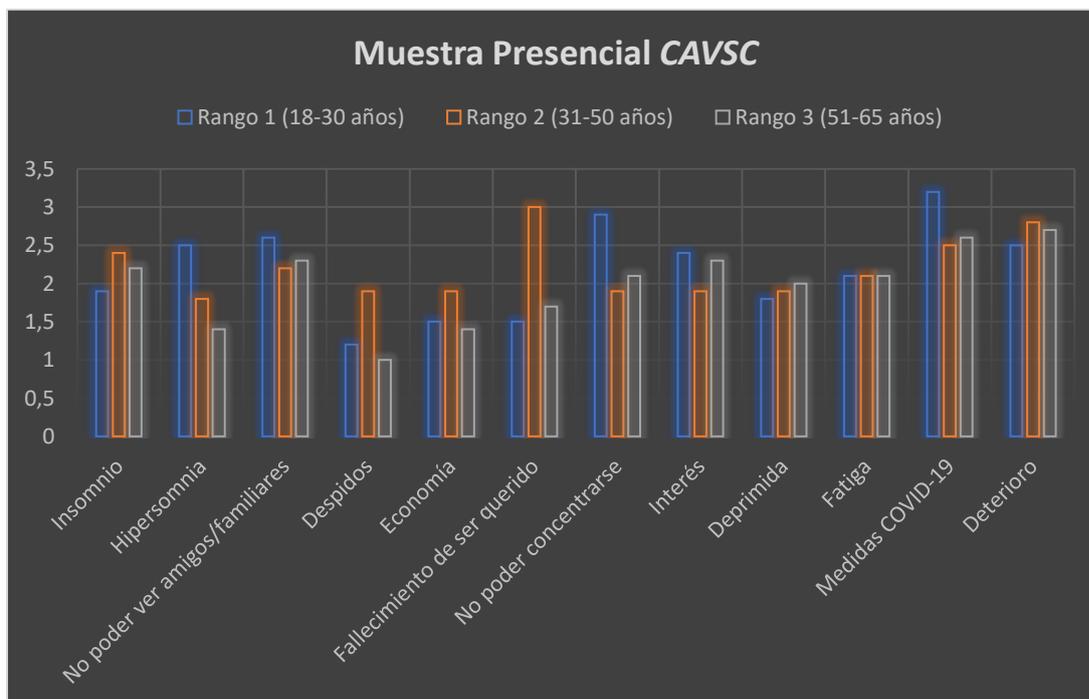


Gráfico 2: Puntuaciones medias de los diferentes rangos de edad en muestra Presencial.



Al aplicar *Shapiro Wilk (SW)* en los estadísticos descriptivos del CAVSC, la mayoría de los ítems no siguen la distribución normal. ($SWp < .05$) (véase *tabla 7– 12*) debido a la dispersión de puntuaciones localizadas en distintos puntos de la distribución.

Posteriormente, se hizo uso de la prueba de consistencia interna donde el *alfa de Cronbach* muestra una consistencia de $\alpha=0.754$ (*Tabla 13*), que indica la elevada fiabilidad del CAVSC. Asimismo, en la tabla se expone la media, desviación, discriminación de los ítems y la mejora del *alfa de Cronbach* si eliminamos algún ítem que no discrimina bien. Por ejemplo, eliminar “*insomnio*” con $r=0.1148$, mejoraría la consistencia ($\alpha=0.761$).

Tabla 13

Scale Reliability Statistics

	mean	sd	Cronbach's α
scale	2.15	0.221	0.754

[3]

Item Reliability Statistics

	mean	sd	item-rest correlation	if item dropped Cronbach's α
Insomnio	2.05	0.281	0.1148	0.761
Hipersomnia	1.87	0.441	0.5203	0.721
No poder ver allegados	2.57	0.516	0.8876	0.661
Pensamiento de despido	1.43	0.327	0.0579	0.768
Reducción sueldo	2.02	0.581	0.1425	0.779
Fallecimiento de allegado *	2.57	0.615	0.3283	0.754
Incapaz de concentrarse	2.10	0.443	0.5234	0.721
Pérdida de interés	2.12	0.240	0.5498	0.732
Deprimida	1.88	0.306	0.7053	0.712
Fatiga	2.12	0.194	0.9074	0.717
MedidasCOVID-19	2.37	0.524	9.80e-4	0.791
Deterioro general	2.77	0.378	0.7129	0.703

* reverse scaled item

Cuando el *ítem-rest* es $\leq .30$ se deben eliminar dichos ítems por la falta de correlación entre ellos como es “*insomnio*”, “*pensamientos de despido*”, “*reducción de*

sueldo” y “*medidas COVID-19*” respecto a la pandemia, dejando constancia de la poca relación que guardan con el constructo.

Una vez identificados los ítems que se debían mantener, se recalculó el α -Cronbach mostrando una consistencia interna de $\alpha = 0.847$ además de obtener una correlación positiva entre ítems (*tabla 14*).

Tabla 14

Scale Reliability Statistics

	Cronbach's α
scale	0.847

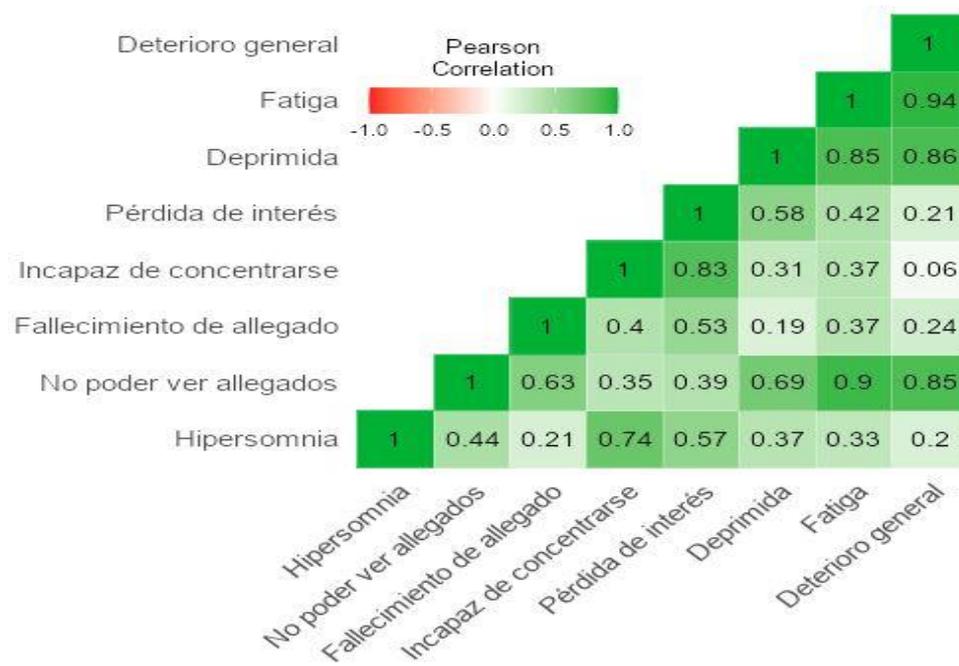
Item Reliability Statistics

	mean	sd	item-rest correlation	if item dropped Cronbach's α
Hipersomnia	1.87	0.441	0.526	0.837
No poder ver allegados	2.57	0.516	0.833	0.792
Fallecimiento de allegado *	2.57	0.615	0.485	0.859
Incapaz de concentrarse	2.10	0.443	0.563	0.832
Pérdida de interés	2.12	0.240	0.699	0.828
Deprimida	1.88	0.306	0.671	0.824
Fatiga	2.12	0.194	0.806	0.828
Deterioro general	2.77	0.378	0.579	0.830

* reverse scaled item

El gráfico de *Correlación de Pearson* muestra dicha correlación positiva de los ítems. Los resultados mostraron que existen correlaciones entre las distintas variables, siendo “*deprimida-fatiga*”, “*no poder ver allegados-deterioro general*”, “*deprimida-deterioro general*”, “*no poder ver allegados-fatiga*” y “*fatiga-deterioro general*” las que mantienen una relación más fuerte entre $r=0.85$ y $r=0.94$ (*gráfico 3*). Es decir, cuando una aumenta la otra también, e informa de que medimos diferentes elementos, aunque del mismo constructo.

Gráfico 3: Correlación de Pearson.



Por último, cabe señalar que los resultados obtenidos en el *cuestionario sociodemográfico* han resultado insuficientes para conocer si el nivel de estudios, estado civil y convivencia han influido en el posible impacto emocional causado por la COVID-19. Sin embargo, se puede observar que las participantes que presentan Eutimia-Estado, depresiones somáticas y/o trastorno depresivo, tienen una profesión relacionada con servicios de cara al público.

Discusión:

Las puntuaciones obtenidas en la subescala Eutimia-Estado del *IDER* indican que las participantes han experimentado pérdida de interés, anhedonia, reducción de energía (fatiga), disminución del nivel de alerta mental y pobre esperanza frente al futuro ante la situación COVID-19 (Spielberger, 1996). Estos resultados pueden, al menos en parte, deberse a los cambios constantes en relación con las medidas de seguridad de la COVID-19, las cuales han generado y generan incertidumbre en muchas personas. El confinamiento nocturno (toque de queda), el distanciamiento social (imposibilidad de

relacionarse directamente con seres queridos), realizar actividades de ocio, etc. parece haber constituido una pérdida importante de reforzadores habituales, hasta el punto de ocasionar ausencia de emocionalidad positiva como es el caso de la eutimia. En definitiva, se trata de una ruptura de costumbres, una ruptura de la vida habitual que tenía cada persona. A pesar de la anulación del estado de alarma, la eliminación del uso obligatorio de mascarillas en entornos abiertos sin aglomeraciones y el toque de queda, dichos resultados se han obtenido cuando seguían presentes las medidas de seguridad de la COVID-19.

Por otra parte, se observó cierta sintomatología difusa que entra en contradicción con lo obtenido por Pineda-Díaz et al. (2020), que encontraron resultados significativos en eutimia y distimia estado-rasgo. Cuestión que, si bien requiere mayor investigación, parece derivarse del tamaño de la muestra del presente estudio.

Referente a la muestra *online*, la obtención de resultados significativos en el *BSI-18* podría deberse al anonimato y la ausencia de control. Se desconoce si respondieron al momento y de forma ágil o si, por el contrario, pensaban mucho las respuestas. Incluso podría darse la situación de tener una mayor sensación de desinhibición a la hora de contestar, consiguiendo así una mejora en la cumplimentación de estas (Vela et al., 2020). Sin embargo, hay que tener presente que se consiguieron los mismos resultados en la modalidad presencial mediante el formato tradicional del *BSI-18*, inventario preparado para su aplicación en papel, por consiguiente, el *inventario breve de 18 síntomas* podría demostrar su validez a nivel *online* si hubiera un mayor control de las variables extrañas.

A pesar de la utilidad del *BSI-18* en el presente trabajo, su limitación principal se refiere a la imposibilidad de interpretar las relaciones entre los distintos niveles con la misma potencia que sus predecesores BSI y SCL-90-R (Derogatis, 2013). Sin embargo, ofrece información valiosa acerca de variables de interés a partir del perfil dimensional.

Según Eidman et al. (2020) las personas que vivían solas en comparación con las que vivían en pareja, presentaban mayores índices de sentimientos depresivos. En el

presente estudio, al tener una muestra reducida, no se ha podido comprobar si esta variable ha influido en las mujeres trabajadoras de Baleares que han formado parte de este estudio. De igual modo, parece de interés, añadir el nivel socioeconómico en posibles estudios posteriores.

De lo señalado en los párrafos precedentes, se desprende que el tamaño de la muestra constituye una de las principales limitaciones del presente estudio y que, precisamente, esta circunstancia no ha permitido un análisis más detallado en cuanto a los rangos de edad se refiere. No obstante, las limitaciones de movilidad e interacción imposibilitaron la obtención de una muestra presencial más amplia que permitiera la aplicación del programa aleatorio, tal como se hizo en la muestra *online*. De este modo, se asume que los resultados del BSI - 18 serían más representativos, así como que posiblemente, los resultados del IDER hubieran sido significativos.

Asimismo, dado el tamaño de la muestra, no se pudo averiguar si el nivel de estudios, el estado civil y el nivel de convivencia han influido respecto a la COVID-19. Ramírez-Coronel et al. (2020) dicen que un nivel de estudios bajo y tener hijos, genera un impacto psicológico negativo. En cambio, Broche-Pérez et al. (2021) dicen que acaba influyendo de manera diferente tener un hijo en comparación a no tener, tener 2 o más de dos.

El *Cuestionario de Acontecimientos Vividos en Situación COVID-19 (CAVSC)* presenta puntuaciones significativas en el ítem “deterioro general” en ambos grupos de muestra de los diferentes rangos. Según Ramírez-Coronel et al. (2020), la vida en áreas urbanas, el incumplimiento de las normas de bioseguridad (como viajar) y recibir visitas de grupos de amistades, son factores de riesgo que influyen en el malestar psicológico y presencia de sintomatología depresiva. Dichas variables pueden haber influido en el “deterioro general” y, como consecuente, estar dando resultados significativos.

Otro estudio como el de Muñoz-Fernández et al. (2020) explican la relevancia de la relación entre salario y carga de trabajo, como factor de vulnerabilidad para experimentar síntomas físicos o emocionales. En este trabajo se ha tenido presente la reducción de sueldo, pero no dicha relación con la carga de trabajo, la cual podría haber dado información relevante junto al ítem “deterioro general”.

También hablan de la automedicación de hipnóticos para los problemas de sueño. Esto podría explicar por qué el ítem “insomnio” no ha sido significativo y, por tanto, se debería añadir al cuestionario; pregunta abierta sobre si toma algún tipo de fármaco para saber si aparte de los hipnóticos, toma algo más o que toma generalmente.

El abuso de medicaciones psicoactivas, el consumo de tabaco y alcohol han incrementado en época pandémica (Muñoz-Fernández et al., 2020; Coronel-Ramírez et al., 2020; Broche-Pérez et al., 2021). Las personas que son incapaces de afrontar situaciones que producen un incremento del malestar como es la COVID-19, viven dicha pandemia como un acontecimiento negativo que genera problemas de afrontamiento, llevando a cabo estrategias de resolución de problemas con la intención de evitar el malestar utilizando el consumo y, cuando se pasa el efecto de la sustancia, vuelven a aparecer los sentimientos de malestar y se repite el círculo vicioso de la adicción produciendo un proceso de reforzamiento negativo. No se ha profundizado en el tema de adicciones, pero es un componente relevante si las participantes llegan a presentar sintomatología depresiva en la evaluación, para trabajar en ello de cara a la intervención.

Según Hurcaya-Victoria (2020) las personas que experimentan el fallecimiento de un ser querido por el SARS-CoV-2 y no pueden despedirse de ellos, puede generar un duelo patológico. En el caso de este estudio, no hubo correlación entre el fallecimiento de un allegado y un duelo patológico. Probablemente, por no ser una muestra suficientemente significativa.

La falta de correlación entre “fallecimiento de allegado” y “deprimida” del CAVSC, podría deberse al aumento de vacunaciones de la COVID-19, al levantamiento del estado de alarma o porque la muestra no es suficientemente representativa y la mayoría de personas que participan, no han experimentado el fallecimiento de un allegado a causa de la COVID-19.

Ozamiz-Etxebarria et al. (2020) hablan de la importancia del impacto que tienen los medios de comunicación y lo necesario que es tener un buen uso de ellos. Sería un aspecto interesante para el estudio, saber si a las participantes les ha generado algún tipo de sintomatología depresiva el mal uso de los medios de comunicación. Huamaní (2020) coincide con Ozamiz-Etxebarria et al. (2020).

Misirlis et al. (2020) indican que la educación virtual durante la pandemia puede generar sentimientos de soledad e insatisfacción que deriven en depresión. Hubiera sido “atractivo” incluir la educación virtual en este trabajo, pero, para las mujeres que han finalizado sus estudios, lo más razonable hubiera sido incluir el teletrabajo para observar si influye de la misma manera que en la educación virtual. Cho (2020) dice que la ausencia de habilidades tecnológicas para las conductas laborales se relaciona con una mayor prevalencia de síntomas depresivos. Este último autor refuerza la idea de incluir dicha variable como es el teletrabajo, porque hay profesiones que han pasado de no utilizar herramientas electrónicas en sus puestos de trabajo, a tener que realizar teletrabajo mediante dispositivos como ordenadores, o incluso familiarizarse con aplicaciones de nueva generación como *Zoom*. Hubiera sido interesante tenerlo presente ya que otros estudios corroboran que ser estudiante es un factor de riesgo para la presencia de sintomatología depresiva.

Por otra parte, dados los condicionantes temporales del presente trabajo, no fue posible incluir otras variables en el estudio. No obstante, dada la situación analizada y las respuestas emocionales relacionadas, parece pertinente prestar atención a las estrategias de afrontamiento como variable mediadora. Asimismo, parece que otras variables tales

como el autoconcepto y la autoeficacia percibida pueden haber jugado un importante papel en el desarrollo de sintomatología negativa ante la situación sanitaria experimentada. Cuestiones que, en cualquier caso, podrían formar parte de investigaciones futuras.

Conclusión:

Tal como indican los trabajos realizados por Martín et al. (2021), los datos obtenidos en el presente trabajo ponen de manifiesto que el *BSI-18* constituye una buena herramienta de apoyo en la evaluación psicológica en el campo de la salud mental.

Aunque es posible llevar a cabo un estudio con una muestra representativa y conseguir una versión adaptada del *BSI-18* y, probablemente del *IDER*, es conveniente contestar la versión presencial. Por un lado, hay variables que se pueden escapar en la versión *online*, y por otro, la entrevista y la observación en consulta junto al inventario de evaluación, proporciona información más detallada a la hora de realizar el juicio clínico y la toma de decisiones por parte del psicólogo clínico.

Ha pasado más de un año desde el inicio de la pandemia y se puede observar presencia de malestar psicológico y riesgo de sintomatología depresiva, incrementando el riesgo de padecer depresión. Como es sabido, no se puede en ninguna circunstancia diagnosticar únicamente con los inventarios. Es necesaria una entrevista clínica con un juicio clínico apropiado y una toma de decisiones idónea por parte del profesional cualificado.

Este estudio se une a la idea de que en un futuro próximo podremos observar secuelas que la COVID-19 ha dejado a nivel no solo físico, sino también psicológico, porque la salud mental no parece constituir una prioridad como es la salud física.

Según Lai et al. (2020) ser trabajadoras de primera línea se asocia significativamente a un mayor riesgo de sintomatología depresiva, especialmente mujeres,

por tanto, respalda nuestro estudio donde indica que pertenecer al género femenino y trabajar de cara al público incrementa el malestar psicológico, la sintomatología depresiva, ansiosa y de somatización.

Estas son las variables sociodemográficas que se han podido corroborar en este trabajo. Sin embargo, el nivel de estudios, estado civil, nivel de convivencia, tener o no hijos/as, la relación entre sueldo y carga de trabajo, educación virtual para las estudiantes, teletrabajo, vivir en el contexto urbano, vivir en un domicilio pequeño, la imposibilidad de poder despedirse de un ser querido que ha fallecido por la COVID-19, la mala gestión de los medios de comunicación y adicciones a fármacos o drogas de abuso como alcohol y tabaco, son factores de riesgo para la aparición de malestar psicológico y sintomatología depresiva generada a causa de la situación pandémica actual (Hurcaya-Victoria, 2020; Coronel-Ramírez et al., 2020; Broche-Pérez et al., 2020; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Sixto-Costoya, 2021). Además, el distanciamiento social, miedo e incertidumbre es un factor de riesgo para la presencia de depresión (Muñoz-Fernández et al., 2020; Coronel-Ramírez et al., 2020; Sandín et al., 2020).

En la actualidad, el estado de alarma ha sido anulado, eliminando el toque de queda y el uso de mascarilla no es obligatorio en espacios abiertos sin aglomeraciones. Sin embargo, este estudio se realizó cuando seguían presentes dichas medidas, las cuales han dejado claras que han influido a nivel biológico, psicológico, social y laboral. El presente trabajo, junto a los estudios de Hurcaya-Victoria (2020), Muñoz-Fernández et al. (2020), Coronel-Ramírez et al. (2020) y Sandín et al. (2020), corroboran que la situación pandémica incrementó el malestar psicológico y el riesgo de aparición de sintomatología depresiva en mujeres con trabajo remunerado cuando se realizó este trabajo.

Se estima que la inclusión de hombres en el estudio, de igual modo, pondría de manifiesto unos resultados semejantes.

El estudio ha podido comprobar que existe correlación entre la muestra más joven y mayor presencia de sintomatología depresiva, como demuestran Sandín et al. (2020) y Ausín et al. (2020) en sus estudios.

Ausín et al. (2020) explican que habría un incremento en la sintomatología depresiva, somática y en la percepción de soledad, si vuelve a implantarse un nuevo confinamiento obligatorio como el del 14 / 03 / 20, sobre todo en la muestra más joven.

Referencias Bibliográficas:

- American Psychiatric Association (APA) (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (5ª. ed). ISBN 978-8-4983-5810-0.
- Ausín, B., González, C., Castellanos, M., Saiz, J., López, A. & Ugidos, C. (2020) 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 de 2020; 13-27 de abril y 21 de mayo – 4 de junio). Cátedra extraordinaria UCM-Grupo 5 Contra el estigma. Universidad Complutense de Madrid y Grupo 5.
- Ayala, A. (2007). Salud física y salud mental: un binomio indisoluble. *Farmacia profesional*, 21(7), 53-56.
- Balluerka, N., Gómez, J., Hidalgo, D., Gorostiaga, A., Espada, J., Padilla, J. & Santed, M. (2020). Las Consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de Investigación.
https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf
- Boletín Oficial del Estado. (Marzo 14, 2020). Decreto 463 de 2020. *Por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19*. BOE. 67. <https://boe.es/buscar/pdf/2020/BOE-A-2020-3692-consolidado.pdf>
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E., & Reyes Luzardo, D. A. (2021). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, e2488.
- Cho, E. (2020). Examining Boundaries to Understand the Impact of COVID-19 on Vocational Behaviors. *Journal of Vocational Behavior*, 119.
<https://doi.org/10.1016/j.jvb.2020.103437>

- Derogatis, L. (2013). *Inventario Breve de 18 Síntomas*.
- Eidman, L., Arbizú, J., Lamboglia, A. T., & del Valle Correa, L. (2020). Salud Mental y síntomas psicológicos en adultos argentinos de población general en contexto de pandemia por COVID-19. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 24(2), 1-16.
- González Casas, D., Mercado García, E., Corchado Castillo, A. I., & De la Paz Elez, P. (2020). COVID-19 y su asociación con síntomas depresivos en población española. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(5).
- Huamaní, C. G. A. (2020). COVID-19: Pandemia que impacta en los estados de ánimo. *CienciAmérica: Revista de divulgación científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, 9(2), 354-362.
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Mental health considerations about the COVID-19 pandemic. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327–334. <https://doi.org/10.17843/RPMESP.2020.372.5419>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N.,... Hu, S. (2020). Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por coronavirus 2019. *Red JAMA abierta*, 3 (3), e203976.
doi: 10.1001 / jamanetworkopen.2020.3976
- Martín, A. P., García, M. C., & Sáez, Ó. M. (2021). Estado y gestión emocional de los pacientes afectados por la COVID-19 en un centro de salud. *Medicina Clínica*.
- Misirlis, N., Zwaan, M., & Weber, D. (2020). *International Students' Loneliness, Depression and Stress Levels in COVID-19 Crisis: The Role of Social Media and the Host University*. arXiv. <https://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/2005/2005.12806.pdf>
- Muñoz-Fernández, S. I., Molina-Valdespino, D., Ochoa-Palacios, R., Sánchez-Guerrero, O., & Esquivel-Acevedo, J. A. (2020). Stress, emotional responses, risk factors, psychopathology and management of healthcare workers during (COVID-19)

pandemic. *Acta Pediatrica de Mexico*, 41(4), S127–S136.

<https://doi.org/10.18233/APM41No4S1ppS127-S1362104>

Organización Mundial de la Salud (OMS), (2020, 30 enero). Depresión.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M. e Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la etapa inicial del brote de COVID-19 en una muestra de población del norte de España. *Cadernos de Saude Publica*, 36 (4). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>.

Pineda Díaz, D. A., Cardozo Guzmán, W. S., Atehortua Barbosa, N., & Velasco Tirado, K. X. (2020). Depresión y ansiedad (estado-rasgo) en el confinamiento obligatorio por covid-19 en Bucaramanga, Santander.

Ramírez-Coronel, AA, Cárdenas-Castillo, PF, Martínez-Suárez, PC, Yambay-Bautista, XR, Mesa-Cano, IC, Minchala-Urgilés, RE,... Arcos-Coronel, FE (2020). Impacto psicológico del confinamiento de covid-19 hacia una nueva construcción clinimétrica ansiedad-depresiva en mujeres adultas de azogues. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapeutica*, 39 (8), 923–934. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4542465>

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).

Sixto-Costoya, A., Lucas-Domínguez, R., & Agulló-Calatayud, V. (2021). COVID-19 Y SU REPERCUSIÓN EN LAS ADICCIONES. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 21(1).

Spielberger, C.D. (1996). *Inventario de Depresión Estado-Rasgo*. TEAediciones.

The jamovi project (2021). *jamovi*. (Version 1.6) [Computer Software]. Retrieved from

<https://www.jamovi.org>.

Vela, MF, Sánchez, JL, Rossi, D., Neila, MJ, Ragone, FA, Carrión, AQ, ... & Belamate, C. (2020). COMPORTAMIENTO PSICOMÉTRICO DEL INVENTARIO DE SÍNTOMAS REVISADO SCL-90 R: Administración remota durante confinamiento por COVID-19 en el Gran Mendoza. Universidad de Congreso.

Velastegui, D., Bustillos, A., Flores, F., Mayorga-lascano, M., Universidad, P., & Psicología, ED (2020). Efectos de la emergencia sanitaria por COVID-19 en la salud mental de hombres y mujeres de la zona 3 del Ecuador. Efectos de la emergencia sanitaria por COVID-19 en la salud mental de hombres y mujeres de la zona 3 de Ecuador. *Investigación y Desarrollo* , 12 (1), 38–50.

Vizioli, N., & Crespi, M. C. (2020). Factores Estresantes y Sintomatología Psicológica durante el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio por COVID-19 en Población Adulta de Buenos Aires. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 24(2), 17-41.

Zegarra, Á. Ch. (2020). Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. *Liberabit: Revista Peruana de Psicología*, 26(2), e425. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2020.v26n2.09>

Anexos:

Anexo 1: “Échalo a suerte” *Rango 1: 18–30 años online.*

← → ↻ 🏠 echaloasuerte.com/item/edf5e0dc-dae2-4ff7-9ecb-e666b4ee8809

ÉchaloASuerte

Elige elementos de una lista

Elegir elementos de una lista

Elementos

1 x 2 x 4 x 6 x 12 x 14 x 15 x 30 x
33 x 38 x 47 x 48 x 50 x 51 x 53 x

Separa los elementos por comas

Cuántos elementos quieres elegir?

10

Elegir elementos

53 47 51 30 38 6 1
50 33 14

Anexo 1a: “Échalo a suerte” *Rango 2: 31–50 años online.*

← → ↻ 🏠 echaloasuerte.com/item/e733850d-bd6b-4dd8-a04e-e6a76f067668

ÉchaloASuerte

Elige elementos de una lista

Elegir elementos de una lista

Elementos

7 x 9 x 10 x 13 x 16 x 20 x 21 x 22 x
25 x 29 x 35 x 36 x 39 x 41 x 42 x 43 x
45 x 49 x 56 x 57 x 60 x

Separa los elementos por comas

Cuántos elementos quieres elegir?

10

Elegir elementos

10 16 42 22 41 60
57 56 29 45

Anexo 1b: “Échalo a suerte” Rango 3: 51–65 años.

← → ↻ 🏠 echaloasuerte.com/item/3280fa33-2708-44bb-b3ed-7450574c9892

ÉchaloASuerte

Elige elementos de una lista

Elegir elementos de una lista

Elementos

3 5 8 11 17 18 19 24
26 27 28 31 34 37 40 44
46 52 54 55 59

Separa los elementos por comas

Cuántos elementos quieres elegir?

10

Elegir elementos

3 19 31 27 59 55
37 28 40 52

Anexo 2: Consentimiento informado *online*.

¿Cómo afecta el cambio de estilo de vida y el bienestar psicológico de las mujeres ante la situación COVID?

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se solicita su participación en este estudio, el cual forma parte de la formación académica del alumno para finalizar los estudios de grado. Una vez leído y haciendo “click” en aceptar, usted estará validando dicho consentimiento. En cumplimiento con los objetivos que se plantea este estudio, es de especial interés tener la nacionalidad española y haber vivido mínimo 3 años en el país. Al participar en el estudio acepta las condiciones que se muestran:

Colaborar en este trabajo consiste en contestar un cuestionario general y tres específicos el cual, le puede llevar entre 10 - 15 min aproximadamente. Usted participa en este estudio de forma voluntaria pudiendo abandonar éste en cualquier momento. No hay respuestas correctas o incorrectas y no quedará constancia de ningún tipo de información que pueda relacionarla con usted, es decir, sus respuestas quedarán en el anonimato sin nada que la pueda identificar.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, las responsabilidades éticas de la Universidad de les Illes Balears (UIB) toma las medidas pertinentes de confidencialidad.

El alumno que lleva a cabo el estudio es el único que tendrá acceso a las respuestas que usted ha proporcionado.

Gracias por su participación y ayudarme a poder convertirme en profesional de las ciencias de la salud. Cualquier duda estoy a su disposición: CORREO.

Anexo 2a: Consentimiento informado presencial.

¿Cómo afecta el cambio de estilo de vida y el bienestar psicológico de las mujeres ante la situación COVID?

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Se solicita su participación en este estudio, el cual forma parte de la formación académica del alumno para finalizar los estudios de grado. Una vez leído y firmado, usted estará validando dicho consentimiento. En cumplimiento con los objetivos que se plantea este estudio, es de especial interés tener la nacionalidad española y haber vivido mínimo 3 años en el país. Al participar en el estudio acepta las condiciones que se muestran:

Colaborar en este trabajo consiste en contestar un cuestionario general y tres específicos el cual, le puede llevar entre 10 - 15 min aproximadamente. Usted participa en este estudio de forma voluntaria pudiendo abandonar éste en cualquier momento. No hay respuestas correctas o incorrectas y no quedará constancia de ningún tipo de información que pueda relacionarla con usted, es decir, sus respuestas quedarán en el anonimato sin nada que la pueda identificar.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, las responsabilidades éticas de la Universidad de les Illes Balears (UIB) toma las medidas pertinentes de confidencialidad.

El alumno que lleva a cabo el estudio es el único que tendrá acceso a las respuestas que usted ha proporcionado.

Gracias por su participación y ayudarme a poder convertirme en profesional de las ciencias de la salud.

Firma de la participante

Anexo 3: cuestionario sociodemográfico *online*.

Cuestionario Sociodemográfico

Edad *

- 18-30 años
- 31-50 años
- 51-65 años

Nivel de Estudios: *

- Sin estudios
- Estudios Básicos (EGB o ESO (Educación Secundaria))
- PCPI o PQPI (Programas de Cualificación Profesional Inicial)
- Formación Profesional (FP medio y/o superior)
- Estudios Universitarios en proceso
- Estudios Universitarios finalizados
- Otro: _____

Familia profesional en la que trabaja: *

- Actividades físicas y deportivas
- Administración y gestión
- Agraria
- Artes gráficas
- Artes y artesanías
- Comercio y marketing
- Edificación y obra civil
- Electricidad y electrónica
- Energía y agua
- Fabricación mecánica
- Hostelería y Turismo
- Imagen personal
- Imagen y Sonido
- Industrias alimentarias
- Industrias Extractivas
- Informática y comunicaciones

- Instalación y mantenimiento
- Madera, mueble y corcho
- Marítimo-pesquera
- Química
- Sanidad
- Seguridad y medio ambiente
- Servicios socioculturales y a la comunidad
- Textil, confección y piel
- Transporte y mantenimiento de vehículos
- Vidrio y cerámica
- Otro: _____

Estado Civil: *

- Soltera
- Casada
- Divorciada
- Viuda
- Otro: _____

A nivel de convivencia: *

- Vivo sola
- Vivo con mi pareja
- Vivo solamente con mis hij@s
- Vivo con mi pareja e hij@s
- Tengo un familiar a cargo
- Además de pareja y/o hij@s tengo un familiar a cargo
- Vivo con mi padre o madre
- Vivo con ambos padres
- Otro: _____

¿En qué cultura se identifica? *

- Cultura Española
- Cultura Latinoamericana
- Anglosajona
- Oriental
- Germana
- Otro: _____

Anexo 3a: Cuestionario sociodemográfico presencial.**Cuestionario Sociodemográfico:**

Edad	Marque con una X el Rango de edad
18 – 30 años	
31 – 50 años	
51 – 65 años	

Nivel de Estudios	Marque con una X
Sin estudios	
Estudios Básicos (EGB o ESO)	
PCPI o PQPI (Programas de Cualificación Profesional Inicial)	
Formación Profesional (FP medio y/o superior)	
Estudios Universitarios en proceso	
Estudios Universitarios finalizados	
BUP i COU	
En caso de otro escriba en la casilla →	

Familia Profesional en la que trabaja	Marque con una X su Familia profesional
Actividades físicas y deportivas	
Administración y gestión	
Agraria	
Artes gráficas	
Artes y artesanías	
Comercio y marketing	
Edificación y obra civil	
Electricidad y electrónica	
Energía y agua	
Fabricación mecánica	
Hostelería y turismo	
Imagen personal	
Imagen y sonido	
Industrias alimentarias	
Industrias extractivas	
Informática y comunicaciones	

Instalación y mantenimiento	
Madera, mueble y corcho	
Marítimo-pesquera	
Química	
Sanidad	
Seguridad y medio ambiente	
Servicios socioculturales y a la comunidad	
Textil, confección y piel	
Transporte y mantenimiento de vehículos	
Vidrio y cerámica	
En caso de otro escriba en la casilla →	

Estado civil	Marque con una X
Soltera	
Casada	
Divorciada	
Viuda	
En pareja	
En caso de otro escriba en la casilla →	

A nivel de convivencia	Marque con una X
Vivo sola	
Vivo con mi pareja	
Vivo solamente con mis hij@s	
Vivo con mi pareja e hij@s	
Tengo un familiar a cargo	
Además de pareja y/o hij@s tengo un Familiar a cargo	
Vivo con mi padre o madre	
Vivo con ambos padres	
En caso de otro escriba en la casilla →	

¿En qué cultura se identifica?	Marque con una X
Cultura Española	
Cultura Latinoamericana	
Anglosajona	
Oriental	
Germana	
En caso de otro escriba en la casilla →	

Anexo 4: inventario IDER *online*.**Cuestionario I**

A continuación se presentan una serie de frases que la gente utiliza para describirse a sí misma. Por favor, marque la que más se aproxime a cómo se siente (A) EN ESTE MOMENTO y (B) GENERALMENTE. NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS.

Trate de dar la respuesta EN EL TIEMPO MÁS BREVE POSIBLE en función de la que mejor describa sus sentimientos actuales y cómo se siente la mayoría de las ocasiones.

SI UTILIZAS MÓVIL DESLIZA con el dedo para ver TODAS LAS OPCIONES DE RESPUESTA

Referente a la pandemia, (A) en este momento...

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy apenada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy decaída	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy desanimada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento desdichada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy hundida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy contenta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Estoy triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy entusiasmada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento enérgica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Referente a la pandemia, (B) Generalmente...

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
Disfruto de la vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento desgraciada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento plena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento dichosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo esperanzas sobre el futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy decaída	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

No tengo ganas de nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Estoy hundida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Estoy triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Me siento enérgica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Anexo 4a: inventario IDER presencial.

IDER Nombre M I P de 3 Profesión
 Sexo Y H Edad Fecha / /

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí misma. Por favor, lea las correspondientes a la columna de su sexo (VARONES o MUJERES) y rodee con un círculo el número que más se aproxime a cómo se siente **EN ESTE MOMENTO** y **GENERALMENTE**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos actuales y cómo se siente en la mayoría de las ocasiones.

DEBE CONTESTAR EN LA COLUMNA DE SU SEXO.

VARONES

EN ESTE MOMENTO...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenado	1	2	3	4
3. Estoy decaído	1	2	3	4
4. Estoy animado	1	2	3	4
5. Me siento desdichado	1	2	3	4
6. Estoy hundido	1	2	3	4
7. Estoy contento	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmado	1	2	3	4
10. Me siento enérgico	1	2	3	4

NO SE DETENGA, CONTINÚE CONTESTANDO A LOS ELEMENTOS 11 A 20.

GENERALMENTE...	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Disfruto de la vida	1	2	3	4
12. Me siento desgraciado	1	2	3	4
13. Me siento pleno	1	2	3	4
14. Me siento dichoso	1	2	3	4
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
16. Estoy decaído	1	2	3	4
17. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
18. Estoy hundido	1	2	3	4
19. Estoy triste	1	2	3	4
20. Me siento enérgico	1	2	3	4

MUJERES

EN ESTE MOMENTO...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenada	1	2	3	4
3. Estoy decaída	1	2	3	4
4. Estoy animada	1	2	3	4
5. Me siento desdichada	1	2	3	4
6. Estoy hundida	1	2	3	4
7. Estoy contenta	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmada	1	2	3	4
10. Me siento enérgica	1	2	3	4

NO SE DETENGA, CONTINÚE CONTESTANDO A LOS ELEMENTOS 11 A 20.

GENERALMENTE...	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Disfruto de la vida	1	2	3	4
12. Me siento desgraciada	1	2	3	4
13. Me siento plena	1	2	3	4
14. Me siento dichosa	1	2	3	4
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
16. Estoy decaída	1	2	3	4
17. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
18. Estoy hundida	1	2	3	4
19. Estoy triste	1	2	3	4
20. Me siento enérgica	1	2	3	4



Anexo 5: inventario BSI-18 online.**Cuestionario II**

A continuación hay una lista de problemas que las personas tienen algunas veces. Por favor, marque la alternativa que mejor describa en qué grado HA EXPERIMENTADO MALESTAR O CUÁNTO HA SUFRIDO debido a ese problema DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS INCLUIDO HOY.

SI UTILIZAS MÓVIL DESLIZA con el dedo para ver TODAS LAS OPCIONES DE RESPUESTA

Referente a la pandemia, indique cuanto malestar ha experimentado por:

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
Sensación de desmayo o mareo	<input type="radio"/>				
No sentir interés por las cosas	<input type="radio"/>				
Nerviosismo o temblor	<input type="radio"/>				
Dolores en el corazón o en el pecho	<input type="radio"/>				
Sentirse sola	<input type="radio"/>				
Sentirse tensa o alterada	<input type="radio"/>				

Náuseas o malestar de estómago	<input type="radio"/>				
Sentimientos de tristeza	<input type="radio"/>				
Sustos repentinos y sin razón	<input type="radio"/>				
Falta de aire	<input type="radio"/>				
Sentir que usted no vale nada	<input type="radio"/>				
Ataques de terror o pánico	<input type="radio"/>				
Adormecimiento u hormigueo en ciertas partes del cuerpo	<input type="radio"/>				
Sentirse sin esperanza frente al futuro	<input type="radio"/>				
Sentirse tan inquieta que no puede permanecer sentada	<input type="radio"/>				
Sentirse débil en partes del cuerpo	<input type="radio"/>				
Pensamientos de poner fin a su vida	<input type="radio"/>				
Sentirse con miedo	<input type="radio"/>				

Anexo 5a: inventario BSI-18 presencial

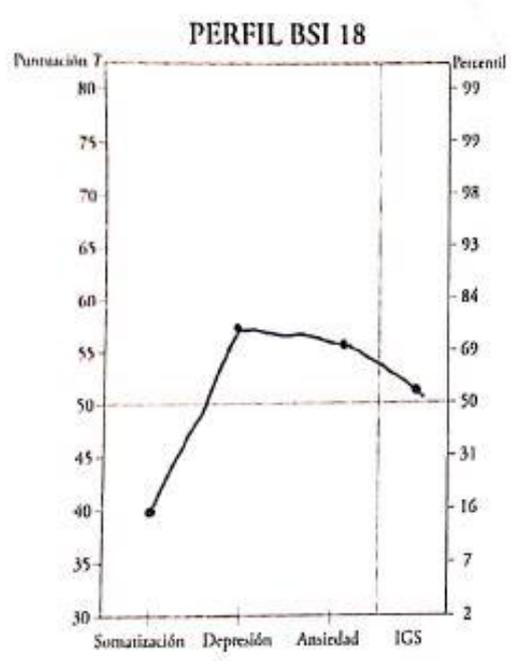


INDIQUE CUÁNTO MALESTAR HA EXPERIMENTADO POR:

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
1. Sensación de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
2. No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4
3. Nerviosismo o temblor	0	1	2	3	4
4. Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
5. Sentirse solo	0	1	2	3	4
6. Sentirse tenso o alterado	0	1	2	3	4
7. Náuseas o malestar de estómago	0	1	2	3	4
8. Sentimientos de tristeza	0	1	2	3	4
9. Sustos repentinos y sin razón	0	1	2	3	4
10. Falta de aire	0	1	2	3	4
11. Sentir que usted no vale nada	0	1	2	3	4
12. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
13. Adormecimiento u hormigueo en ciertas partes del cuerpo	0	1	2	3	4
14. Sentirse sin esperanza frente al futuro	0	1	2	3	4
15. Sentirse tan inquieto que no puede permanecer sentado	0	1	2	3	4
16. Sentirse débil en partes del cuerpo	0	1	2	3	4
17. Pensamientos de poner fin a su vida	0	1	2	3	4
18. Sentirse con miedo	0	1	2	3	4

INSTRUCCIONES DE CORRECCIÓN Y PUNTUACIÓN *M1 P₂₀ 3*

1. Trasladar las puntuaciones de cada ítem a su columna correspondiente.
2. Sumar las puntuaciones de cada columna para obtener la puntuación directa de cada dimensión.
3. Sumar la puntuación directa de las tres dimensiones para obtener el Índice global de severidad (IGS).
4. Trasladar las puntuaciones directas de las dimensiones y del IGS a las casillas correspondientes que figuran debajo del perfil. Consultar el baremo apropiado para obtener la puntuación *T* y trazar el perfil.



PD	0	4	4	8
Punt. <i>T</i> (Trabaja en azul)	40	57	55	52
Punt. <i>T</i> (Pacientes en rojo)	---	---	---	---

1.	0	1	2	3	4
2.	0	1	2	3	4
3.	0	1	2	3	4
4.	0	1	2	3	4
5.	0	1	2	3	4
6.	0	1	2	3	4
7.	0	1	2	3	4
8.	0	1	2	3	4
9.	0	1	2	3	4
10.	0	1	2	3	4
11.	0	1	2	3	4
12.	0	1	2	3	4
13.	0	1	2	3	4
14.	0	1	2	3	4
15.	0	1	2	3	4
16.	0	1	2	3	4
17.	0	1	2	3	4
18.	0	1	2	3	4

	1	2	3
0			
0	1		
0			0
0	1		
0			2
0	1		
0			1
0	0		
0			0
0	1		
0			1
0			
0	0		
0	4		
0			4
	1	2	3
	Somatización	Depresión	Ansiedad

IGS = [1 + 2 + 3] = 8

Anexo 6: Cuestionario de Acontecimientos Vividos en Situación COVID-19 (CAVSC) online.**Cuestionario III**

A continuación hay una lista de situaciones que las personas pueden sufrir durante la pandemia. Por favor, marque la alternativa que mejor describa cómo ha vivido esta serie de afirmaciones durante los **ÚLTIMOS 14 DÍAS INCLUIDO HOY**. Mediante una escala de 5 puntos donde **NUNCA** significa que no le ha sucedido y **SIEMPRE** significa que le sucede cada día o casi cada día.

SI UTILIZAS MÓVIL DESLIZA con el dedo para ver **TODAS LAS OPCIONES DE RESPUESTA**

Referente a la pandemia, estos últimos 14 días incluido hoy: *

	Nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Siempre
Me despierto a mitad de la noche y luego me cuesta volver a dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duermo toda la noche y tengo un aumento del sueño durante el día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

El no poder ver a mis amigos y familiares afecta a mi estado de ánimo sintiéndome irritada, triste e incluso llego a estar desanimada (ánimo por los suelos)

Ha habido despidos en mi trabajo y me siento ansiosa y cada día pienso que hoy podrían despedirme.

Se ha visto perjudicada mi economía con una reducción de sueldo y eso me genera incertidumbre además de ira y/o tristeza.

El fallecimiento de un familiar en plena pandemia me ha generado ira, resentimiento, tristeza y/o sentimientos de culpa intensos.

Me siento incapaz para concentrarme, pensar y tomar pequeñas decisiones

He perdido el interés por casi todas las actividades diarias la mayor parte del día casi todos los días

Me siento deprimida la mayor parte del día casi todos los días

Tengo fatiga o pérdida de energía casi todos los días

Pienso que las medidas de seguridad tomadas por la pandemia son adecuadas

Pienso que la pandemia ha deteriorado mi vida en todos los niveles (biológico, psicológico, social, laboral...)

Anexo 6a: Cuestionario de Acontecimientos Vividos en Situación COVID-19 (CAVSC)

presencial.

Cuestionario III:

A continuación, hay una lista de situaciones que las personas pueden sufrir durante la pandemia. Por favor, **marque la alternativa que mejor describa cómo ha vivido esta serie de afirmaciones** durante los **ÚLTIMOS 14 DÍAS INCLUIDO HOY**. Mediante una escala de 5 puntos donde NUNCA significa que no le ha sucedido y SIEMPRE significa que le sucede cada día o casi cada día.

Referente a la pandemia, estos últimos 14 días incluido hoy:

	Nunca	Algunas Veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Siempre
Me despierto a mitad de la noche y luego me cuesta volver a dormir					
Duermo toda la noche y tengo un aumento del sueño durante el día					
El no poder ver a mis amigos y familiares afecta a mi estado de ánimo sintiéndome irritada, triste e incluso llego a estar desanimada (ánimo por los suelos)					
Ha habido despidos en mi trabajo y me siento ansiosa y cada día pienso que hoy podrían despedirme					
Se ha visto perjudicada mi economía con una reducción de sueldo y eso me genera					

incertidumbre además de ira y/o tristeza					
El fallecimiento de un familiar en plena pandemia me ha generado ira, resentimiento, tristeza y/o sentimientos de culpa intensos					
Me siento incapaz para concentrarme, pensar y tomar pequeñas decisiones					
He perdido el interés por casi todas las actividades diarias la mayor del día casi todos los días					
Me siento deprimida la mayor parte del día casi todos los días					
Tengo fatiga o pérdida de energía casi todos los días					
Pienso que las medidas de seguridad tomadas por la pandemia son adecuadas					
Pienso que la pandemia ha deteriorado mi vida en todos los niveles (biológico, psicológico, social, laboral...)					