

Percepción de los impactos producidos por la COVID-19 y la ansiedad

Perception of the impacts produced by COVID-19 and anxiety

Verónica Antonieta Pascual Marichal

Graduada en Psicología y Máster en Psicología General Sanitaria. Universidad de La Laguna

Roberto García Sánchez

Doctor en Psicología. Profesor en la Universidad Europea de Canarias.

ORCID 0000-0003-0385-1532

Adelia de Miguel Negredo

Doctor en Psicología. Catedrática de Psicología Clínica en la Universidad de La Laguna.

ORCID 0000-0002-5337-6920



VOL. 51. Número 186 (2025)

ISSN 0211-7339

<http://dx.doi.org/10.33776/amc.v51i186.8616>

Editorial
Universidad
de Huelva



Resumen:

Desde su aparición a finales de 2019, la COVID-19 ha llegado a ser pandemia a nivel global, trayendo consigo numerosas consecuencias en la salud mental de la población. El siguiente estudio tuvo como objetivo conocer si las personas que mostraron una elevada puntuación en ansiedad rasgo, percibieron un mayor nivel de impactos negativos como consecuencia de la COVID-19. Para ello se han analizado los impactos percibidos por la COVID-19 y los niveles de ansiedad rasgo y estado en una muestra de 266 personas, que cumplieron de manera online el cuestionario STAI y el cuestionario Escala Covid, elaborado para esta investigación. Los principales resultados mostraron una relación entre la ansiedad (rasgo y estado) y el factor de mantenimiento de la salud mental. Además, se encontraron correlaciones entre los factores de pérdida de contacto social y de ocio y el mantenimiento de la salud mental. También se observaron diferencias entre mujeres y hombres respecto al factor del mantenimiento de la salud mental. Se encontraron resultados acordes a estudios previos, siendo recomendable continuar investigando respecto a la relación entre la ansiedad y la percepción de las consecuencias de la COVID-19.

Palabras clave:

COVID-19; SARS-Cov-2; ansiedad rasgo; ansiedad estado; salud mental.

Abstract:

Since its appearance at the end of 2019, COVID-19 has become a global pandemic, bringing with it many consequences for the mental health of the population. The present study aimed to find out if people who showed a high score in trait anxiety perceived a higher level of negative impacts as a consequence of COVID-19. For this, the perceived impacts of COVID-19 and the levels of trait and state anxiety have been analyzed in a sample of 266 people, who completed the STAI questionnaire and the Covid Scale questionnaire, prepared for this research, online. The main results showed a relationship between anxiety (trait and state) and the maintenance factor of mental health. In addition, correlations were found between the factors of loss of social and leisure contact and the maintenance of mental health. Differences were also observed between women and men regarding the factor of maintaining mental health. Results consistent with previous studies were found, and it is recommended to continue investigating the relationship between anxiety and the perception of the consequences of COVID-19.

Key words:

COVID-19; SARS-Cov-2; trait anxiety; state anxiety; mental health.

Fecha de recepción: 6/2/2025

Fecha de aceptación: 1/4/2025

Correspondencia: Adelia de Miguel Negredo. E-mail: admiguel@ull.edu.es



1. Introduction

El día 14 de marzo de 2020 se activa en España el estado de alarma a nivel nacional después de la declaración de la situación de pandemia a nivel internacional, el 11 de marzo, por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Todo esto tiene lugar tras la expansión mundial del virus SARS-Cov-2, una enfermedad del coronavirus tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave (González y Labad, 2020), que surge de forma inesperada en Wuhan (China) en diciembre de 2019 y se extiende rápidamente por todo el planeta.

Desde que se originó la COVID-19, investigadores de todo el mundo trabajaron muy rápidamente para intentar descubrir cuál ha sido su origen, cuál es su vía de transmisión, su diagnóstico y su tratamiento. Sin embargo, el sentimiento de incertidumbre en las personas ya que su contagio puede ser mortal, ha generado gran tensión emocional en la población (Chung et al., 2021).

Según el epidemiólogo Basilio Valladares (Mesa y Zapata, 2021), hoy en día se conoce que este virus se transmite principalmente por el aire de persona a persona, a través de las gotículas de la saliva. La mejor forma de prevención del contagio es la utilización de mascarillas y la distancia de separación entre las personas. En cuanto a su tratamiento, consiste en actuar frente a los procesos inflamatorios de la “cascada de citoquinas” y controlar el proceso de coagulación que genera el virus en el organismo. Además, se han creado vacunas con RNA mensajero que estimulan la generación de anticuerpos contra la proteína espícula que es la que utiliza el virus para penetrar en las células.

En el Estado español, una vez declarado el estado de alarma nacional las decisiones legales comienzan a estar bajo el control del gobierno central y la normativa más importante es el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. En este Real Decreto se definen las nuevas medidas a seguir para ese momento. Una de ellas fue la aplicación de un confinamiento nacional, con restricción de la movilidad y los accesos a los espacios públicos, donde solo se podía salir del domicilio para actividades esenciales como hacer la compra de alimentos o productos de primera necesidad o desplazarse en algunos casos para acudir al lugar de trabajo. Todos los centros educativos pasaron a modalidad telemática, se suspendió la actividad comercial que no ofreciera productos de primera necesidad y también el cierre de los espacios de cultura, ocio y deporte, entre otros. Además, se reguló la utilización obligatoria de la mascarilla tanto en la vía pública como en espacios cerrados. Las restricciones iban cambiando poco a poco y se llevó a cabo un Plan de desescalada nacional, aprobado por el Consejo de Ministros el 28 de abril de 2020 que incluía cuatro fases para ir avanzando en la desescalada según la situación iba mejorando (Mesa y Zapata, 2021).

Estos primeros meses de confinamiento generaron un gran impacto para la sociedad en todos los aspectos, además era común encontrar distintas noticias, consejos y advertencias sobre este coronavirus, de un sinfín de fuentes diversas, que producía mucha desinformación y una situación de nerviosismo y preocupación por parte de la población española y que además iban cambiando con demasiada rapidez. Una vez se iba avanzando en las distintas fases de la desescalada, la situación pandémica mejoraba. Hasta que en octubre llega una segunda ola de contagios y se declara el segundo estado de alarma, regulado por el Real Decreto 926/2020, de

25 de octubre y que se prorroga hasta el 9 de mayo de 2021. En este Real Decreto las regulaciones hacían referencia a la restricción de libertad y movimiento, restricción de salida del ámbito autonómico y limitaciones en la permanencia de grupos de personas. Todas estas medidas, que suponen una ruptura en la cotidianidad de las personas, pueden producir consecuencias psicosociales y psicológicas múltiples, generales y específicas (Scholten et al., 2020). Principalmente en aspectos como la percepción de incertidumbre; sobrecarga de información relacionada con la pandemia y rumores; sensación de amenaza constante a la salud propia y a la de los seres queridos, entre otros (OMS, 2020; Scholten et al., 2020; Taylor, 2019).

Puesto que la COVID-19 ha resultado ser una fuente de estrés para la mayoría de las personas alrededor de todo el mundo, esto ha podido producir un aumento de la ansiedad, miedo a lo desconocido, o la situación de aislamiento social y la intolerancia a la incertidumbre. Entendiendo esta última como esa tendencia emocional, cognitiva y conductual desfavorable ante situaciones que pueden ser ambiguas (Buhr y Dugas, 2002).

En cuanto al bienestar subjetivo, este hace referencia al bienestar psicológico que tiene una persona y a la satisfacción que esta tiene con su propia vida. Cuanto mayor sea el bienestar subjetivo percibido que tenga una persona, mejor será su ajuste mental y dispondrá de una mayor satisfacción con sus condiciones de vida actuales (Friedman, Kern y Reynolds, 2010). Aspectos como la ansiedad pueden afectar al bienestar subjetivo personal haciendo que este disminuya (Jovanovic, 2011).

La ansiedad puede definirse como una respuesta a amenazas potenciales, no identificadas o no realizadas (Barlow, 2002). Por lo que su característica principal es la anticipación de algo que puede percibirse como peligroso y que tiene una función activadora de la respuesta del individuo como mecanismo adaptativo de protección (Miguel-Tobal, 1996). La experimentación de la ansiedad en exceso puede suponer manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como a nivel funcional (Vila, 1984). Se experimenta como un sentimiento de tensión, de aprensión difusa, como un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo que resulta desagradable y que viene acompañado de distinta sintomatología como puede ser taquicardia, opresión torácica, malestar epigástrico e inquietud. Sin embargo, también puede ser una condición clínica normal, cuando es una señal de alerta que advierte una situación amenazante y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo (Kaplan, Sadock y Sadock, 2009; Spielberger et al., 1983).

Según Spielberger et al. (1968, 1994), se pueden describir dos tipos de ansiedades no clínicas: la Ansiedad-Rasgo (A-R), se refiere al rasgo individual que predispone a responder de forma nerviosa ante estímulos y situaciones de la vida cotidiana que la persona interpreta como amenazantes; y la Ansiedad-Estado (A-E), se caracteriza por manifestaciones de ansiedad que se producen de forma breve en el tiempo, la mayoría de las veces, al enfrentar estresores reales (Fayos y Suárez, 2013).

En estudios de pandemias anteriores ya se demostraba cómo la ansiedad o la falta de ansiedad influía en el comportamiento de las personas y cómo podían generar respuestas emocionales de inquietud o de desorden social (Taylor, 2019). Otros estudios, muestran que las personas ansiosas procesan la información con pensamientos acerca de amenaza, peligro y daño personal, llevando a una predicción mayor del peligro frente a los eventos expuestos (Beck y

Emery, 1985). En la misma línea, un estudio llevado a cabo por Arredondo et al. (2005) concluye que las personas que tienden a la ansiedad presentan una mayor visión catastrófica del peligro.

En cuanto a los distintos impactos que ha generado la COVID 19 en el ámbito de la sociedad encontramos que las personas comenzaron a llevar a cabo sus tareas cotidianas desde sus hogares debido al confinamiento lo que llevó a una sobrecarga de estrés mental (Danet-Danet, 2021). Además, el encierro debido al confinamiento generaba una situación de inestabilidad psicosocial que empeoraba la estabilidad emocional de las personas (Palacio-Ortiz et al., 2020).

Respecto a la salud mental, la incertidumbre relacionada con la COVID-19 puede ocasionar ansiedad, depresión, estrés, y proyectar un cuadro clínico, que debe ser abordado por profesionales del área de la salud mental (Nicolini, 2020). Según las conclusiones del estudio llevado a cabo por Juvenal et al. (2021) debido al confinamiento originado por la COVID-19 se fusionan algunos elementos que son predictores de ansiedad, depresión y estrés, como pueden ser los proyectos no desarrollados, frustrados o destruidos, el sobrepeso, o la tensión por esperar a un familiar que trabaje en el ámbito sanitario. Las conclusiones de otro estudio afirman que frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19, las personas estudiadas presentaron alteraciones psicológicas de ansiedad y depresión como estado, altos niveles de estrés y sin idea suicida en la mayoría de los casos (Chibás et al, 2020). Por otra parte, González y Hernández (2020) relacionan en su estudio el estrés, la ansiedad (rasgo y estado) y el afrontamiento flexible en personas sanas durante la pandemia, concluyendo que tanto el estrés como la ansiedad están relacionados significativamente y de forma negativa con la flexibilidad de afrontamiento. Otro estudio llevado a cabo para conocer las manifestaciones psíquicas de la pandemia en población adulta mayor encontró que prevalece la ansiedad y el insomnio, seguidos de depresión e irritabilidad, también se evidencian las preocupaciones al aislamiento (Pérez et al, 2021). Las emociones como la ansiedad y la depresión aumentaron debido a la COVID-19, al tiempo que disminuyó la sensación de felicidad y satisfacción con la vida (Li et al, 2020).

En otros ámbitos como por ejemplo la educación, la COVID-19 ha generado muchas dificultades para el correcto funcionamiento de la enseñanza al cerrarse los centros educativos y pasar la enseñanza a la modalidad virtual en más de 190 países según La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en el que 1.200 millones de estudiantes de distintos niveles educativos dejaron de asistir a clases. Todo esto ha supuesto superar diversas dificultades tecnológicas y capacitación para la teleformación. Se resalta la afectación psicológica vivida por parte del alumnado, debido a la situación de confinamiento y cómo esta impactó en su aprendizaje educativo (Gontijo y Luiz, 2022). Además, la situación de confinamiento, la interrupción de las rutinas diarias y la falta de interacción social, entre otros, han generado un aumento de presión, estrés y ansiedad para los jóvenes (UNESCO, 2020; Sanz, Sáinz y Capilla, 2020).

Entre septiembre del año 2020 y marzo del año 2021 se ha llevado a cabo un Proyecto promovido por la concejalía de Participación Ciudadana del Ayuntamiento de San Cristóbal de La Laguna en colaboración con la Fundación General de la Universidad de La Laguna en el que ha participado la autora de este trabajo. Según este estudio, llamado: la Monografía comunitaria “La COVID-19 en San Cristóbal de La Laguna: una mirada desde la comunidad” (Mesa y Zapata, 2021), a nivel local los impactos negativos percibidos a causa de la pandemia en el municipio de San Cristóbal de La Laguna hacen referencia a diferentes dimensiones que son (en orden de

mayor a menor impacto) la Sociedad, Economía, Salud, Educación, Empleo, Ocio, Servicios Sociales y Espacios Públicos. En cuanto a las tres dimensiones principales, en primer lugar, el impacto de Sociedad hace referencia a la pérdida de contacto social originado por la pandemia, así como a la disminución afectuosa a la hora de relacionarnos con las demás personas. En segundo lugar, el impacto en Economía hace referencia al cierre de negocios, pérdida o disminución de las fuentes de ingreso, llevando a un empeoramiento de la situación económica familiar. El tercer impacto más percibido es el de la dimensión Salud, que hace referencia al deterioro del estado de ánimo y el incremento de síntomas asociados a la salud mental como el estrés, la ansiedad y la depresión.

Teniendo en cuenta estos impactos encontrados en la investigación de Mesa y Zapata (2021) se ha elaborado el cuestionario Escala Covid. El presente estudio pretende indagar en la percepción de estos impactos y comprobar si existe correlación con la ansiedad rasgo.

Metodología

Diseño

El diseño de este estudio fue de tipo correlacional, en el que los sujetos participantes cumplimentaron un formulario a través de la herramienta *Google Forms*.

Muestra

La muestra evaluada estaba compuesta por 266 personas: 180 mujeres (67,7%) y 86 hombres (32,3%). La edad de la muestra estaba en el rango de 18 a los 88 años. La edad media para las mujeres fue de 39,27 años ($DT = 13,02$), mientras que para los hombres fue de 41,56 años ($DT = 14,7$), no existiendo diferencias significativas entre ambos grupos ($t = -1,29$, $p = 0,20$).

En cuanto a los datos sociodemográficos de la muestra, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables entre hombres y mujeres. De cualquier modo, con la finalidad de poder describir la muestra utilizada para el siguiente estudio, se comentan a continuación algunos de los principales datos sociodemográficos, que se muestran en la **Tabla 1**, referidos a las variables de edad, estado civil actual, estado civil durante el confinamiento, hijos, formación académica, ocupación profesional, personas con las que se convive y zona de residencia. Sobre este último aspecto se recoge con más detalle en la **Tabla 2** con la distribución demográfica de la muestra.

Tabla 1

Porcentajes y chi cuadrado con relación a las variables sociodemográficas del estudio.

		Total		Mujeres		Hombres		Chi Cuadrado (Mujeres – Hombres)
		N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	
Edad	De 18 a 30	73	27,4%	49	27,2%	24	27,9%	$\chi^2=2,68$ $p=0,44$
	De 31 a 40	94	35,3%	69	38,3%	25	29,1%	
	De 41 a 50	34	12,8%	22	12,2%	12	14,0%	
	De 51 a 88	65	24,4%	40	22,2%	25	29,1%	
Estado civil actual	Viudo/a	4	1,5%	4	2,2%	0	0,0%	$\chi^2=5,00$ $p=0,42$
	Soltero/a	85	32,0%	59	32,8%	26	30,2%	

Percepción de los impactos producidos por la COVID-19 y la ansiedad

	Divorcio/Separación	9	3,4%	5	2,8%	4	4,7%	
	Relación sin conv.	4	1,5%	2	1,1%	2	2,3%	
	Viviendo en pareja	91	34,2%	65	36,1%	26	30,2%	
	Casado/a	73	27,4%	45	25,0%	28	32,6%	
Estado civil confinamiento	Viudo/a	3	1,1%	3	1,7%	0	0,0%	$\chi^2=4,94$ $p=0,42$
	Soltero/a	89	33,5%	61	33,9%	28	32,6%	
	Divorcio/Separación	5	1,9%	3	1,7%	2	2,3%	
	Relación sin conv.	6	2,3%	5	2,8%	1	1,2%	
	Viviendo en pareja	91	34,2%	65	36,1%	26	30,2%	
	Casado/a	72	27,1%	43	23,9%	29	33,7%	
Hijos	No	148	55,6%	100	55,6%	48	55,8%	$\chi^2=0,00$ $p=0,97$
	Si	118	44,4%	80	44,4%	38	44,2%	
Formación académica	Estudios primarios	9	3,4%	5	2,8%	4	4,7%	$\chi^2=1,45$ $p=0,84$
	ESO	10	3,8%	6	3,3%	4	4,7%	
	Bachillerato	27	10,2%	18	10,0%	9	10,5%	
	FP	51	19,2%	33	18,3%	18	20,9%	
	Universidad	169	63,5%	118	65,6%	51	59,3%	
Ocupación profesional	Desempleo	23	8,6%	18	10,0%	5	5,8%	$\chi^2=2,48$ $p=0,78$
	Jubilación/Pensión	14	5,3%	9	5,0%	5	5,8%	
	R. cuidado familiar	6	2,3%	5	2,8%	1	1,2%	
	Estudia	14	5,3%	10	5,6%	4	4,7%	
	Trabaja	161	60,5%	105	58,3%	56	65,1%	
	Trabaja y estudia	48	18,0%	33	18,3%	15	17,4%	
Convivencia	Solo/a	28	10,5%	19	10,6%	9	10,5%	$\chi^2=3,90$ $p=0,56$
	Compañeros/as piso	20	7,5%	12	6,7%	8	9,3%	
	Con progenitor/a	38	14,3%	25	13,9%	13	15,1%	
	Con pareja	98	36,8%	67	37,2%	31	30,0%	
	Con hijos/as	12	4,5%	11	6,1%	1	1,2%	
	Con pareja+hijos/as	70	26,3%	46	25,6%	24	27,9%	
Zona de residencia	Rural	38	14,3%	27	15,0%	11	12,8%	$\chi^2=2,30$ $p=0,32$
	Urbano	227	85,3%	153	85,0%	74	86,0%	
	Periurbano	1	0,4%	0	0,0%	1	1,2%	

Nota. Elaboración propia.

Tabla 2

Distribución demográfica de la muestra

Lugar residencia	Frecuencia	Porcentaje	Lugar residencia	Frecuencia	Porcentaje
San Cristóbal de La Laguna	73	27,4	El Tanque	1	0,4
Santa Cruz de Tenerife	40	15,0	Las Palmas de Gran Canaria	8	3,0
Candelaria	15	5,6	Aruacas	4	1,5
Güímar	15	5,6	Telde	3	1,1
Puerto de la Cruz	8	3,0	Teror	1	0,4
Los Realejos	8	3,0	La Aldea de San Nicolás	1	0,4
La Orotava	3	1,1	Agüimes	1	0,4
El Sauzal	2	0,8	Agate	1	0,4
Tacoronte	4	1,5	Los Llanos de Aridane	5	1,9
La Victoria de Acentejo	1	0,4	El Paso	1	0,4
Ariceo	1	0,4	Arrecife	3	1,1
Arona	2	0,8	Teguise	3	1,1
Granadilla de Abona	3	1,1	Haría	1	0,4
El Rosario	2	0,8	Tinajo	1	0,4
Tegueste	3	1,1	Puerto del Rosario	2	0,8
Fasnia	1	0,4	Barcelona	24	9,0
San Miguel de Abona	4	1,5	Madrid	8	3,0
Guía de Isora	1	0,4	Murcia	6	2,3
La Guancha	1	0,4	Sevilla	4	1,5
Total				266	100

Nota. Elaboración propia.

En primer lugar, sobre la edad de la muestra se observó un mayor porcentaje de personas entre los 31 y 40 años (35,3%), seguido por la muestra de los 18 y 30 años (27,4%), entre 51 y 88 años (24,4%) y entre 41 y 50 años (12,8%). En cuanto al estado civil, durante el confinamiento se observó un mayor porcentaje de personas que convivían con su pareja (34,2%), solteros/as (33,5%) y casados/as (27,1%). Se encontraron porcentajes similares en la muestra de convivencia actual (34,2%, 32% y 27,4% respectivamente). Un 55,6% de la muestra no tenía hijos, mientras que un 44,4% tenía uno o más hijos. Sobre la formación académica, la mayoría de las personas tenían estudios universitarios (63,5%), en menor medida había personas con Formación Profesional (19,2%), bachillerato (10,2%), Educación Secundaria Obligatoria (3,8%) y estudios primarios (3,4%). Respecto a la ocupación, la muestra se compuso principalmente de personas que estaban trabajando (60,5%) y personas que compaginaban estudio y trabajo (18%). En lo referido con qué personas compartían su vivienda, se trataba mayoritariamente de personas que vivían con sus parejas (36,8%) o con sus parejas e hijos/as (26,3%). Finalmente, sobre el tipo de zona en la que residían, la mayoría afirmaba residir en una zona urbana (85,3%).

Instrumentos

Para la realización de esta investigación se emplearon dos cuestionarios: El State-Trait Anxiety Inventory (STAI) y un cuestionario de elaboración propia para esta investigación que se ha llamado Escala Covid.

El State-Trait Anxiety Inventory (STAI) es un instrumento creado con el objetivo de evaluar la ansiedad en dos dimensiones: estado y rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2011). La ansiedad como estado (A/E) evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. En esta dimensión se evalúan los factores ambientales que protegen o generan ansiedad. Por otro lado, la ansiedad como rasgo (A/R) es el factor de personalidad que predispone a sufrir o no ansiedad, y señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. En el presente estudio se ha utilizado la 8ª edición revisada y ampliada (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2011; Guillén-Riquelme, 2014), que consta de 20 preguntas para cada dimensión, haciendo un total de 40 preguntas, con cuatro alternativas de respuesta. En las preguntas de ansiedad estado se solicita que la respuesta a las preguntas se refiera a su estado actual en el momento de contestar, mientras que para la ansiedad rasgo se solicita a las personas que contesten haciendo referencia a cómo se sienten de forma general en la mayoría de las ocasiones. En los estudios con población española se ha contrastado una fiabilidad mediante alfa de Cronbach de 0,90 para ansiedad rasgo, y de 0,94 para ansiedad estado (Guillén-Riquelme, 2014).

El cuestionario Escala Covid (anexo 1) se ha elaborado teniendo en cuenta la participación de la autora en un estudio previo llamado la Monografía comunitaria “La COVID-19 en San Cristóbal de La Laguna: una mirada desde la comunidad” (Mesa y Zapata, 2021), que se explica en el apartado de introducción de este trabajo, en el que se identificaron los principales impactos negativos de la pandemia para la comunidad de San Cristóbal de La Laguna. Estos impactos estaban asociados principalmente a tres dimensiones: la Sociedad, la Economía y la Salud. Con base en estos resultados se elaboró el cuestionario Escala Covid, que consta de 16 ítems con cinco alternativas de respuesta y que en un principio se habían agrupado en los ámbitos descritos en la **Tabla 3**.

Tabla 3

Ámbitos seleccionados para cada ítem del cuestionario Escala Covid.

Ámbito	Ítems
Sociedad	Ha aumentado mi sentimiento de soledad
	Ha disminuido mi contacto social con las personas de mi entorno cercano (familiares, amistades, equipo de trabajo, vecindad).
	En general, actúo menos afectuoso/a hacia el resto de personas.
	Han aumentado mis acciones solidarias o iniciativas de ayuda en la sociedad.
Economía	Ha empeorado mi situación económica o la de mi familia.
	Aumentó mi situación de vulnerabilidad social (necesitar ayudas sociales).
	Tuve grandes dificultades para mantener mi empleo o mantener a flote mi negocio.
	He realizado más compras en las tiendas de barrio en lugar de las grandes superficies.
Salud	En general, se ha deteriorado mi estado de ánimo, estando más triste y/o más nervioso/a de lo habitual.
	He aumentado o comenzado el consumo de psicofármacos: pastillas para dormir, ansiolíticos, antidepresivos, etc.
	Ha empeorado mi salud psicológica.
	Me he contagiado menos con respecto a otras enfermedades, como la gripe o enfermedades respiratorias.
Ocio	He dejado de realizar las actividades lúdicas que venía desarrollando hasta ahora.
	Han disminuido mis alternativas de ocio.
	He disminuido mi ocio con personas no convivientes.
	Ha aumentado mi consumo de ocio en plataformas virtuales.

Nota. Elaboración propia.

Procedimiento de recogida de datos y análisis estadístico

Para la recogida de datos, se elaboró un cuestionario de manera online mediante la herramienta *Google Forms* en el que las personas fueron informadas del carácter confidencial y voluntario de participar en la investigación. Además, se les pidió contestar al consentimiento informado, a los datos sociodemográficos y a los instrumentos del STAI y del cuestionario Escala Covid.

Para llevar a cabo el análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS Statistics v.22.

La difusión del cuestionario se llevó a cabo a través de correo electrónico y WhatsApp, realizando también un muestreo en cadena. El cuestionario permaneció abierto para su contestación durante 2 meses.

Resultados

Análisis factorial

Para determinar si se consideraba adecuado hacer un análisis factorial para los ítems del cuestionario Escala Covid se realizó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y Bartlett que ha resultado significativa ($p=0,00$) por lo que sí se consideró adecuado realizar un análisis factorial para saber si los ítems se adecuaban a los factores que se proponían al elaborar el cuestionario.

Se realizó un análisis factorial de componentes principales y de rotación oblimin solicitando factores con valor propio igual o mayor que uno. La estructura factorial se agrupaba en cinco factores. Para seleccionar los ítems que formarían cada factor, se siguió el criterio de saturar en un factor igual o superior a $|0,30|$. En caso de que un ítem saturase en dos o más factores, se elegiría en aquel factor con mayor saturación. Finalmente, los factores se han llamado de la

siguiente forma: Pérdida de contacto social y de ocio, Problemas económicos, Solidaridad, Mantenimiento de la salud mental y Miscelánea.

En la **Tabla 4** se puede observar la media y la desviación típica para cada uno de los ítems del cuestionario Escala Covid. A continuación, se puede observar cómo los ítems saturaban en los distintos factores (**Tabla 5**):

Tabla 4

Media y desviación típica de los ítems del cuestionario Escala Covid

Ítems	Media	Desviación estándar
1. Ha aumentado mi sentimiento de soledad.	2,86	1,35
2. Ha empeorado mi situación económica o la de mi familia.	2,72	1,33
3. En general, se ha deteriorado mi estado de ánimo, estando más triste y/o más nervioso/a de lo habitual.	3,25	1,36
4. He dejado de realizar las actividades lúdicas que venía desarrollando hasta ahora	3,40	1,28
5. Ha disminuido mi contacto social con las personas de mi entorno cercano (familiares, amistades, equipo de trabajo, vecindad).	3,55	1,25
6. Aumentó mi situación de vulnerabilidad social (necesitar ayudas sociales).	1,87	1,26
7. He aumentado o comenzado el consumo de psicofármacos: pastillas para dormir, ansiolíticos, antidepresivos, etc.	1,74	1,25
8. Han disminuido mis alternativas de ocio.	3,67	1,30
9. En general, actúo menos afectuoso/a hacia el resto de personas.	3,08	1,40
10. Ha aumentado mi consumo de ocio en plataformas virtuales.	3,22	1,46
11. Me he contagiado menos con respecto a otras enfermedades, como la gripe o enfermedades respiratorias.	3,72	1,38
12. Tuve grandes dificultades para mantener mi empleo o mantener a flote mi negocio.	2,24	1,40
13. Ha empeorado mi salud psicológica.	3,02	1,40
14. He disminuido mi ocio con personas no convivientes.	3,74	1,30
15. Han aumentado mis acciones solidarias o iniciativas de ayuda en la sociedad.	2,87	1,25
16. He realizado más compras en las tiendas de barrio en lugar de las grandes superficies	3,24	1,33

Nota. Elaboración propia.

Tabla 5

Análisis factorial de componentes principales para los ítems del cuestionario Escala Covid

Matriz de estructura						
	Componente					
	1	2	3	4	5	h ²
5. Ha disminuido mi contacto social con las personas de mi entorno cercano (familiares, amistades, equipo de trabajo, vecindad).	0,85	0,12	0,12	-0,36	0,12	0,74
8. Han disminuido mis alternativas de ocio.	0,79	0,11	0,02	-0,35	0,31	0,66
14. He disminuido mi ocio con personas no convivientes.	0,74	0,11	0,16	-0,37	0,45	0,64
9. En general, actúo menos afectuoso/a hacia el resto de personas.	0,70	0,00	0,24	-0,32	0,03	0,53
4. He dejado de realizar las actividades lúdicas que venía desarrollando hasta ahora.	0,70	0,13	0,21	-0,37	0,15	0,50
12. Tuve grandes dificultades para mantener mi empleo o mantener a flote mi negocio.	0,06	0,81	0,07	-0,22	0,11	0,65
2. Ha empeorado mi situación económica o la de mi familia.	0,15	0,81	0,14	0,33	0,17	0,67
6. Aumentó mi situación de vulnerabilidad social (necesitar ayudas sociales).	0,09	0,79	0,00	-0,27	-0,07	0,64

15. Han aumentado mis acciones solidarias o iniciativas de ayuda en la sociedad.	0,12	0,18	0,81	-0,15	0,21	0,70
16. He realizado más compras en las tiendas de barrio en lugar de las grandes superficies	0,22	0,01	0,76	-0,12	-0,08	0,61
3. En general, se ha deteriorado mi estado de ánimo, estando más triste y/o más nervioso/a de lo habitual.	0,44	0,25	0,19	-0,88	0,19	0,78
13. Ha empeorado mi salud psicológica.	0,43	0,27	0,15	-0,86	0,26	0,76
1. Ha aumentado mi sentimiento de soledad.	0,45	0,09	0,09	-0,76	0,05	0,63
7. He aumentado o comenzado el consumo de psicofármacos: pastillas para dormir, ansiolíticos, antidepresivos, etc.	0,13	0,35	0,04	-0,65	0,08	0,48
11. Me he contagiado menos con respecto a otras enfermedades, como la gripe o enfermedades respiratorias.	0,18	-0,03	0,23	-0,19	0,77	0,66
10. Ha aumentado mi consumo de ocio en plataformas virtuales.	0,25	0,18	-0,11	-0,15	0,65	0,48
Valor propio	4,71	1,95	1,27	1,15	1,05	
% varianza explicada	29,44	12,19	7,94	7,21	6,59	
Consistencia interna (α)	0,82	0,73	0,47	0,80	0,24	

Nota. Elaboración propia.

Los ítems 5, 8, 14, 9 y 4 saturaron en el primer factor, que se ha llamado “Pérdida de contacto social y de ocio”. Este factor presentó un valor propio de 4,71. Es el factor que presentó un mayor porcentaje de varianza explicada, un 29,44%, y tuvo una consistencia interna de $\alpha=0,82$. Por tanto, las respuestas a esos cinco ítems se agruparon de tal manera que se puede afirmar que estos ítems tienen que ver con la pérdida del contacto social y de ocio.

Los ítems 12, 2 y 6 saturaron en el factor 2, con un valor propio de 1,95. Los ítems que en un primer momento se propusieron para el ámbito de economía se han juntado en este factor que se ha llamado “Problemas económicos”. Este factor presentó un 12,19% de varianza explicada y una consistencia interna de $\alpha=0,73$.

Los ítems 15 y 16 saturaron en el factor 3, que se ha denominado “Solidaridad”. El valor propio es de 1,27. El porcentaje de varianza explicado fue de 7,94% y la consistencia fue $\alpha=0,47$.

Los ítems 3, 13, 1 y 7 saturaron en negativo en el factor 4 “Mantenimiento de la Salud Mental”, presentando un valor propio de 1,15. Esto quiere decir que los sujetos respondieron que no se ha deteriorado el estado de salud mental, sino que actualmente se ha mantenido. Se habla de mantenimiento porque no explica que haya mejorado, pero sí que no ha empeorado. Este factor explicó un 7,21% de la varianza y presentó una consistencia de $\alpha=0,80$.

Finalmente, los ítems 11 y 10 saturaron en el factor 5, denominado “Miscelánea”. Presentó un valor propio de 1,05. El porcentaje de varianza explicada por este factor fue de 6,59%, mientras que la consistencia interna fue de $\alpha=0,24$. Este factor obtuvo una baja consistencia interna, debido a que solo está formado por dos ítems, que a priori muestran poca relación entre sí, ya que se relacionan con la salud física y con el ocio respectivamente.

El porcentaje de varianza explicada acumulada por estos cinco factores fue de 63,39%.

Análisis de correlaciones bivariadas

Para conocer si existía relación entre los factores del cuestionario Escala Covid y el STAI se realizó un análisis de correlaciones bivariadas. Los datos se presentan en la Tabla 6.

Tabla 6

Relación entre los factores del cuestionario Escala Covid y el STAI

	FSTAIE	FSTAIR	FEC_Pérdidas	FEC_Economía	FEC_Solid.	FEC_Salud Mental	FEC_Misc.	ECIVIL_ACT.	ECIVIL_CO NF.	HIJOS	FORMACIÓN ACADÉMICA	OCUPACIÓN	CON_VIVIENDA
ECIVIL_ACTUAL	,08	0,01	0,22***	0,03	0,17***	-0,03	0,14*	1					
ECIVIL_CONFINAMIENTO	,05	0,00	0,16**	0,07	0,22***	-0,07	0,13*	0,73**	1				
HIJOS	-0,06	-0,06	0,11	0,11	0,26***	-0,02	-0,06	0,38**	0,41***	1			
FORMACIÓN ACADÉMICA	-0,10	-0,13*	0,06	-0,21***	-0,04	0,07	0,01	-0,05	-0,03	-0,21***	1		
OCUPACIÓN	0,04	0,04	0,02	-0,13*	-0,12	-0,01	0,00	-0,06	-0,12	0,20***	0,15*	1	
CON_VIVIENDA	0,07	0,02	0,21***	0,05	0,14*	-0,06	0,08	0,67**	0,48***	0,56***	-0,11	0,09	1

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$
 Nota. Elaboración propia.

La correlación entre el factor de ansiedad estado y el factor ansiedad rasgo es alta ($r=0,81$; $p=0,00$).

Al analizar la correlación entre los factores del STAI y los factores del cuestionario Escala Covid se encontraron los siguientes resultados en los que ansiedad estado y ansiedad rasgo mostraron correlaciones muy similares al relacionarlas con los factores del cuestionario Escala Covid.

Se encontró una correlación positiva entre el factor de ansiedad estado en relación con el factor de la pérdida de contacto social y de ocio ($r=0,28$; $p=0,00$). Es decir, que quien tiende a puntuar alto en ansiedad estado también tiende a puntuar alto en la pérdida de contacto social y de ocio. Aunque, al atender al tamaño de la correlación se observa que esta no es tan grande para el tamaño de la muestra ($n=266$). Se obtuvo un resultado similar en el caso de ansiedad rasgo y pérdida de contacto social y de ocio ($r=0,29$; $p=0,00$). En economía sucede igual, aunque se encontró una significación, hay una puntuación baja para ansiedad estado ($r=0,27$; $p=0,00$); y para ansiedad rasgo ($r=0,25$; $p=0,00$). En el factor de solidaridad la puntuación para ansiedad estado fue baja ($r=0,15$; $p=0,01$) y también para ansiedad rasgo ($r=0,12$; $p=0,05$); aunque sea significativa tiene poca relevancia porque está cercana al cero. Es decir, se ha encontrado que quien puntúa alto en ansiedad estado también puntúa alto en solidaridad, pero como la correlación es tan baja significa que la ansiedad estado solo explica un 2% de la solidaridad. Lo mismo ocurre con el factor miscelánea que correlaciona con una puntuación baja en ansiedad estado ($r=0,13$; $p=0,03$) y en ansiedad rasgo ($r=0,17$; $p=0,01$).

Sin embargo, la relación de ansiedad estado con el factor de mantenimiento de la salud mental sí fue alta ($r=0,64$; $p=0,00$). Esto indica que las personas que puntúan alto en ansiedad estado puntúan bajo en el factor de mantenimiento de la salud mental. Ocurre igual con la ansiedad rasgo y el mantenimiento de la salud mental ($r=0,63$; $p=0,00$).

Al analizar la relación que existe entre los cinco factores del cuestionario Escala Covid se observaron los siguientes resultados: Se encontró una correlación alta y negativa entre pérdida de contacto social y de ocio y mantenimiento de la salud mental ($r=-0,51$; $p=0,00$), lo cual indica que las personas que habían percibido mayores pérdidas en el ámbito social y de ocio son las que percibieron mayor empeoramiento de su salud mental.

También se realizó un análisis de correlaciones bivariadas para conocer si existe relación entre los factores del cuestionario Escala Covid, el STAI y las variables sociodemográficas (Tabla 7), que serán descritas a continuación, aunque la mayoría de las correlaciones son bajas para el tamaño de la muestra.

Tabla 7

Relación entre los factores del cuestionario Escala Covid y el STAI con las variables sociodemográficas

Correlaciones							
	FSTAIE	FSTAIR	FEC_Pérdidas	FEC_Economía	FEC_Solidaria	FEC_Salud Mental	FEC_Miscel.
FSTAIE	1						
FSTAIR	0,81***	1					
FEC_Pérdidas	0,28***	0,29***	1				
FEC_Economía	0,27***	0,25***	0,16**	1			
FEC_Solidaria	0,15**	0,12	0,24***	0,14*	1		
FEC_SaludMental	-0,64***	-0,63***	-0,51***	-0,34***	-0,19***	1	
FEC_Miscelanea	0,13*	0,17**	0,33***	0,11	0,13*	-0,26***	1
*p<.05; **p<.01; ***p<.001							

Nota. Elaboración propia.

Se obtuvo una correlación negativa de ($r=-0,13$; $p=0,03$) entre la ansiedad rasgo y la formación académica, esto significa que las personas que puntuaron más alto en ansiedad rasgo puntuaron más bajo en formación académica.

En cuanto al factor de pérdida de contacto social y de ocio se encontraron varias correlaciones, una correlación positiva con la variable sociodemográfica de estado civil actual ($r=0,22$; $p=0,00$) y con el estado civil durante el confinamiento ($r=0,16$; $p=0,01$); esto indica que las personas casadas o que vivían en parejas puntuaron en mayor medida haber vivido pérdida de contacto social y de ocio. Así como con la variable convivencia para aquellos que conviven con su pareja e hijos ($r=0,21$; $p=0,00$).

En el factor problemas económicos se encontró una correlación negativa con la variable formación académica ($r=-0,21$; $p=0,00$), esto es que aquellas personas que tenían una formación académica más baja puntuaban más alto en el factor de problemas económicos. También se observó una correlación con la variable de ocupación, pero con una puntuación muy baja ($r=0,13$; $p=0,04$).

El factor de solidaridad correlaciona con la variable hijos ($r=0,26$; $p=0,00$). Es decir, que las personas que tenían hijos puntuaban más alto en el factor de solidaridad. También existe una correlación entre este factor con el estado civil actual ($r=0,17$; $p=0,00$), estado civil durante el confinamiento ($r=0,22$; $p=0,00$) y en convivencia ($r=0,14$; $p=0,02$), siendo las personas que están casadas o viven en pareja y aquellas que conviven con su pareja y sus hijos las que puntúan más alto en el factor de solidaridad.

Diferencias entre mujeres y hombres

Tal y como se observa en la **Tabla 8**, no se encontraron diferencias entre mujeres y hombres para ansiedad estado ($t=0,84$; $p=0,40$) ni para ansiedad rasgo ($t=0,70$; $p=0,48$). En cuanto a las diferencias entre sexo para los cinco factores del cuestionario Escala Covid solo se obtuvo significación de sexo con el factor de mantenimiento de la salud mental. Los hombres perciben haber empeorado menos en su salud mental a causa de la COVID-19 comparado con las mujeres ($t=-2,12$; $p=0,03$).

Tabla 8*Diferencias entre mujeres y hombres para el STAI y el cuestionario Escala Covid*

	Mujeres (n=180)		Hombres (n=86)		
	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>
FSTAIE	27,24	13,68	25,76	12,50	0,84
FSTAIR	26,64	11,76	25,55	12,25	0,70
Pérdidas	3,55	1,01	3,36	0,96	1,50
Economía	2,26	1,06	2,31	1,11	-0,29
Solidaridad	3,05	1,06	3,06	1,02	-0,08
Salud Mental	3,18	1,07	3,48	1,04	-2,12*
Miscelánea	3,50	1,05	3,41	1,12	0,62

*p<,05; **p<,01; ***p<,001

Nota. Elaboración propia.

Diferencias en función de la edad

Se realizó un análisis univariado de varianza para conocer si existían diferencias en función de la edad para los factores del STAI y del cuestionario Escala Covid. Para ello se tienen en cuenta los siguientes cuatro grupos de edad: entre los 18 y los 30 años, entre los 31 y los 40 años, entre los 41 y los 50 años y entre los 51 y los 88 años. Los resultados obtenidos se muestran en la Tabla 9.

Tabla 9*Diferencias en función de la edad para los factores del STAI y el cuestionario Escala Covid.*

ANOVA interacción STAI y Escala Covid x Edad		
	Efecto	
	Edad	Scheffé
FSTAIE	1,07	
FSTAIR	1,05	
Pérdidas	1,77	
Economía	0,32	
Solidaridad	7,40***	De 18 a 30 años < De 41 a 50 años De 18 a 30 años < De 51 a 88 años
Salud Mental	0,79	
Miscelánea	0,99	

*p<,05; **p<,01; ***p<,001

Nota. Elaboración propia.

No se encontraron diferencias significativas para la edad en los factores de ansiedad estado, ansiedad rasgo, pérdida de contacto social y de ocio, problemas económicos, mantenimiento de la salud mental y miscelánea.

Sí se observaron diferencias significativas para la edad en el factor de solidaridad: Entre el grupo de edad más joven que se encontraba entre los 18 y los 30 años existían diferencias significativas comparado con el grupo de edad de 41 a 50 años y con el grupo de 51 a 88 años. Puntuando el grupo de edad más joven significativamente más bajo en el factor de solidaridad que el grupo adulto de 41 a 50 años ($p=0,01$) y también puntuó significativamente más bajo que el grupo de edad más mayor de 51 a 88 años ($p=0,00$).

Diferencias entre tipo de zona

Se realizó un análisis univariado de la varianza para conocer las diferencias entre tipo de zona (urbana, rural, periurbana) comparado con el STAI y con los factores del cuestionario Escala Covid. La descripción del tipo de zona puede observarse en la **Tabla 10**. Y tal y como se muestra en la **Tabla 11** no se encontró ninguna significación.

Tabla 10

Descripción tipo de zona

Factores inter-sujetos		
	Etiqueta de valor	N
TIPO_ZONA	Rural	38
	Urbano	227
	Periurbano	1

Nota. Elaboración propia.

Tabla 11

Diferencias en función del tipo de zona para los factores del STAI y el cuestionario Escala Covid

Variable dependiente	Origen	F	Sig.
FSTAIE	Tipo de zona	0,84	0,43
FSTAIR	Tipo de zona	1,32	0,27
Pérdidas	Tipo de zona	0,76	0,47
Economía	Tipo de zona	0,72	0,49
Solidaridad	Tipo de zona	1,19	0,30
Salud Mental	Tipo de zona	0,95	0,39
Miscelánea	Tipo de zona	0,13	0,88

Nota. Elaboración propia.

Discusión y limitaciones

El objetivo principal de este trabajo ha sido conocer si las personas que muestran una elevada puntuación en ansiedad rasgo han percibido un mayor nivel de impactos negativos como consecuencia de la COVID-19. A continuación, se analizan los resultados obtenidos.

En primer lugar, se ha encontrado la existencia de una correlación positiva alta entre ansiedad estado y ansiedad rasgo, es decir que las personas que puntúan alto en ansiedad rasgo, mostrando una personalidad tendente a la ansiedad, también han puntuado con mayores niveles de ansiedad en el momento de realizar los cuestionarios.

La relación significativa más importante entre la ansiedad y los factores del cuestionario Escala Covid se encuentra en el factor de mantenimiento de la salud mental. Las personas que han puntuado alto tanto en ansiedad rasgo como en ansiedad estado sí percibieron que su salud mental había empeorado a causa de la COVID-19. Es decir, en situaciones de crisis las personas ansiosas perciben un mayor deterioro de su salud mental que las personas con baja tendencia a la ansiedad. En menor medida, también se ha encontrado que las personas que puntuaron alto en ansiedad estado y en ansiedad rasgo percibían una mayor pérdida de contacto social y de ocio relacionados con la COVID-19 y además percibían mayores problemas económicos causados por la pandemia. Estos resultados confirman la hipótesis esperada de que las personas con tendencia a la ansiedad (alta puntuación en ansiedad rasgo) perciben en mayor medida los impactos negativos relacionados con la COVID-19. Esta tendencia es esperable según los autores, debido a las distorsiones cognitivas relacionadas con los pensamientos de amenaza, peligro y

daños personales característicos de las personas ansiosas (Beck y Emery, 1985; Arredondo et al., 2005). Existe un mayor catastrofismo en el procesamiento de la información relacionada con los eventos referidos a la crisis de la COVID-19. Tal y como afirma Spielberger (1968, 1994), las personas con una puntuación alta en ansiedad rasgo, tienen una mayor predisposición a responder de forma alarmante ante las dificultades.

Por otro lado, en cuanto a la relación entre los factores del cuestionario Escala Covid, se ha encontrado una relación significativa entre el factor de pérdida de contacto social y de ocio y el mantenimiento de la salud mental. Es decir, las personas que han percibido mayores pérdidas en el ámbito social y de ocio son las que han descrito mayor empeoramiento de su salud mental. Se observa la importancia de potenciar la socialización y las actividades de ocio que se han visto afectadas por la pandemia para favorecer el mantenimiento de la salud mental relacionada con la COVID-19.

En cuanto a las diferencias intersexo, no se han encontrado para esta investigación diferencias significativas entre hombres y mujeres para ansiedad rasgo y ansiedad estado. Sin embargo, sí se obtuvieron diferencias significativas intersexo con el factor de mantenimiento de la salud mental, encontrando que la salud mental percibida por los hombres ha empeorado menos que la de las mujeres a causa de la COVID-19.

En cuanto a la edad se encuentran diferencias significativas para el factor de sociabilidad. El grupo de edad más joven (entre los 18 y los 30 años) puntuó significativamente más bajo comparado con el grupo de edad de 41 a 50 años y con el grupo de 51 a 88 años. Esto indica que las personas de edades más jóvenes han realizado menos acciones solidarias o de ayuda a la sociedad como consecuencia de la pandemia, que el grupo adulto de 41 a 50 años o el grupo mayor (más de 50 años). Además, el factor de solidaridad obtuvo una correlación significativa con las variables sociodemográficas de hijos, estado civil (actual y en el confinamiento) y de las personas con las que se convive. Siendo las personas que tenían hijos, estaban casadas o convivían con sus parejas e hijos las que realizaban más acciones solidarias como causa de la pandemia.

En menor medida, se ha encontrado una correlación negativa en el factor de problemas económicos con la variable de la formación académica. Esto implica que aquellas personas que tienen una formación académica más baja percibían tener mayores problemas económicos originados por la COVID-19. Por último, no se encontraron diferencias significativas entre el tipo de zona en la que vivían los sujetos (urbana, rural y periurbana) para los factores de ansiedad rasgo, ansiedad estado, ni para pérdida de contacto social y de ocio, problemas económicos, solidaridad o mantenimiento de la salud mental.

Haciendo referencia a las limitaciones de este estudio, en primer lugar, cabe destacar la importancia de ampliar el número de ítems del cuestionario para mejorar la eficacia del mismo, ya que hay factores como el de solidaridad o miscelánea que están compuestos solo por dos ítems y en el caso del factor de miscelánea con una muy baja consistencia interna, puesto que los ítems guardan poca relación entre sí.

Además, sería necesario añadir una muestra pre y post donde las personas contesten al cuestionario pensando en el periodo del confinamiento y luego contestar al mismo cuestionario pensando en el momento actual. De este modo se conocerían las diferencias entre ansiedad rasgo y estado y se podrían generar nuevos datos comparativos.

En cuanto a la muestra es importante señalar que hubo una participación más alta de población femenina que de población masculina, así como de población que vive en una zona urbana, con lo que para futuras investigaciones se puede considerar ampliar la muestra de población masculina y de población que viva en una zona rural para ver si se encuentran diferencias significativas.

Finalmente, este estudio ha revelado que las personas con alta ansiedad rasgo y estado experimentaron un mayor impacto negativo en su salud mental, vida social y economía debido a la pandemia de COVID-19. La ansiedad se correlacionó significativamente con el deterioro de la salud mental y la pérdida de contacto social. Además, se encontraron diferencias en la

percepción del impacto de la pandemia según el género y la edad, lo que sugiere que estos factores demográficos pueden influir en cómo las personas enfrentan situaciones de crisis. Es crucial considerar estas diferencias en futuras investigaciones y al diseñar intervenciones para apoyar a las personas con ansiedad durante eventos similares. Aunque este estudio proporciona información valiosa, es importante abordar las limitaciones mencionadas, como el tamaño de la muestra y la necesidad de datos pre y post pandemia, para obtener una comprensión más completa del impacto de la ansiedad en tiempos de crisis.

Financiación

Los autores declaran que no han recibido financiación alguna para este estudio y que no existen conflictos de intereses.

Referencias

- Aldana, J., Isea, J. y Colina, F. (2021). Depresión, ansiedad y estrés en familiares del personal médico que asiste a pacientes por covid-19. *Desde el Sur*, 13(2), 1-10. doi: 10.21142/DES-1302-2021-0024
- Arredondo, N., Álvarez, C., López, P. y Posada, S. (2005). Distorsiones cognitivas asociadas al trastorno de ansiedad generalizada. *Informes Psicológicos*, 7, 123-136.
- Beck, A. y Emery, G. (1985). *Desórdenes de Ansiedad y Fobias: Una Perspectiva Cognitiva*. New York: Basic Books.
- Çelik, E., Biçener, E., Bayın, Ümit, y Uğur, E. (2022). Papel de mediación de la sensibilidad a la ansiedad en las relaciones entre intolerancia a la incertidumbre y miedo al COVID-19. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 38(1), 1–6. <https://doi.org/10.6018/analesps.469511>
- Chibás, D., Arias, Y., Cabrera, Y., Herrero, Y. y García, Y. (2020). Manifestaciones Psicológicas Frente a La Situación Epidemiológica Causada Por La COVID-19. *Revista Habanera De Ciencias Médicas*, 19, 1-13.
- Chung, J., Thone, M. y Kwon, Y. (2021). COVID-19 vaccines: The status and perspectives in delivery points of view. *Advanced Drug Delivery Reviews*, 170, 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.addr.2020.12.011>
- Danet, A. (2021). Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. *Medicina Clínica*, 156(9), 449-458. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>
- Gontijo, V. y Luiz, J. (2022). Revisión Sistemática sobre los desafíos de la educación superior en línea durante la pandemia del COVID-19. *Revista de la Universidad Estatal de Milagro (UNEMI)*, 15(38), 14. <https://doi.org/10.29076/issn.2528-7737vol15iss38.2022pp14-23p>
- Guillén-Riquelme, A. y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Guillén-Riquelme, A. (2014). *Validación de la adaptación española del State-Trait Anxiety Inventory en diferentes muestras españolas*. Granada: Editorial de la Universidad de Granada.
- González, A. y Labad, J. (2020). Salud mental en tiempos de la COVID: reflexiones tras el estado de alarma. *Medicina Clínica Barcelona*, 155(9), 392–394. doi: 10.1016/j.medcli.2020.07.009
- González, M. y Hernández, S. (2020). Covid-19 y afrontamiento flexible en chilenos: papel del estrés percibido y la ansiedad. *Cuadernos de Neuropsicología*, 14(3), 10-19.

- Kaplan, H., Sadock, B., y Sadock, V. (2009). *Sinopsis de psiquiatría*. 10ª ed. Filadelfia: Lippincott Williams y Wilkins.
- Lahoz, M. y Valdrés, A. (2021). Niveles de ansiedad, eficacia y cambios en el desempeño ocupacional durante el confinamiento en España. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 18, 120-27.
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., y Zhu, T. (2020). The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2032. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>
- Miguel, J. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Santillana.
- Mesa, A. y Zapata, M. (2021). Monografía Comunitaria “La COVID-19 en San Cristóbal de La Laguna: una mirada desde la comunidad”. <https://doi.org/10.25145/b.Com.COVID19.LaLaguna.2021>
- Nicolini, H. (2020). Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19. *Cirugía y Cirujanos*, 88(5), 542-547. <https://doi.org/10.24875/CIRU.M20000067>
- Orellana, C., y Orellana, L. (2020). Predictores de síntomas emocionales durante la cuarentena domiciliar por pandemia de COVID-19 en El Salvador. *Actualidades en Psicología*, 34(128), 103-120. <https://doi.org/10.15517/AP.V34I128.41431>
- Organización Mundial de la Salud. (2020b). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. <https://www.who.int/publications-detail/mental-healthand-psychosocial-considerations-during-the-covid-19-outbreak>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Primeros auxilios psicológicos para el brote de la enfermedad del virus del Ébola: Informe. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. http://www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/131682/1/9789241548847_eng.pdf?ua=1
- Palacio, J., Londoño, J., Nanclares, A., Roble, P. y Quintero, C. (2020). Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49 (4), 279–288. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.05.006>
- Pérez, V., Sánchez, M., Ribot, V., Cagide, A. y Díaz, G. (2021) Principales Manifestaciones Psíquicas Ante La Pandemia COVID-19 en pacientes psicogerítricos del municipio Bauta. *Panorama Cuba y Salud*, 16(2), 29-37.
- Sanz, I., Sáinz, J., y 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)*
- Scholten, H., Quezada, V., Salas, G., Barria, N., Rojas, C., Molina, R., García, J., Jorquera, M. y Somarriva, F. (2020). Abordaje psicológico del COVID-19: una revisión narrativa de la experiencia latinoamericana. *Revista Interamericana de Psicología*, 54(1), e1287.
- Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1968). *Self-Evaluation Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1994). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Publicaciones de Psicología Aplicada. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., y Lushene, R. (2011). *STAI: cuestionario de ansiedad estado-rasgo* (8.ª rev. y ampl. ed. G. Buela, A. Guillén y N. Seisdedos). Madrid: Tea.
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. U.K.: Cambridge Scholars Publishing, Newcastle Upon Tyne.
- Vila, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. En J. Mayor y F. J. Labrador (Eds.), *Manual de modificación de conducta* (pp. 229-264). Madrid: Alhambra.
- Vivanco, A., Saroli, D., Caycho, T., Carbajal, C. y Noe, G. (2020). Ansiedad por Covid - 19 y salud mental en estudiantes universitarios. *Revista de investigación en psicología*, 23(2), 197-215.



Anexos

Anexo 1: Cuestionario Escala Covid

Este cuestionario forma parte de una investigación de Trabajo de Fin de Máster de Psicología General Sanitaria y está relacionado con los distintos impactos que ha podido tener la COVID-19 en la vida de las personas junto con la ansiedad (estado) y la ansiedad (rasgo).

La información que se recogerá tiene carácter confidencial por lo que no es necesario que indiques tu nombre y así puedas sentirte libre de contestar de forma sincera a cada una de las preguntas. Las respuestas serán utilizadas únicamente con fines de investigación y la participación es voluntaria.

El cuestionario consta de distintos bloques con un reducido número de preguntas y un descanso en el medio de ellas. Responder al cuestionario te llevará menos de 10 minutos. Al final del mismo no olvides darle al botón de "enviar".

Muchas gracias por tu colaboración.

A continuación, se te harán unas preguntas sobre tus datos sociodemográficos

- ¿Cuál es tu edad?:
- Sexo
 - Mujer
 - Hombre
 - Prefiero no decirlo
- Estado civil actual
 - Soltero/a
 - Viviendo en pareja
 - Casado/a
 - Viudo/a
 - Divorciado/a
 - Relación sin convivencia
 - Otro:
- Estado civil durante el confinamiento
 - Soltero/a
 - Viviendo en pareja
 - Casado/a
 - Viudo/a
 - Divorciado/a
 - Relación sin convivencia
 - Otro:
- ¿Tienes hijos?
 - Sí
 - No
- Formación académica finalizada
 - Estudios primarios
 - Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.)
 - Formación Profesional grado medio o superior (F.P.)
 - Estudios Universitarios

- Bachillerato o equivalente
 - Sin estudios
 - Otro:
- Ocupación profesional
 - Estudia
 - Trabaja
 - Trabaja y estudia
 - En situación de desempleo
 - Jubilado/a o pensionista
 - Responsable del cuidado familiar
- ¿Con quién vives actualmente?
 - Solo/a
 - Con mi pareja
 - Con mis hijos
 - Con mi pareja e hijos
 - Con mis padres
 - Con compañeros/as de piso
 - Otro:
- Municipio de residencia:
- La zona en la que vives es de tipo
 - Rural
 - Urbano
 - Otro

Impactos de la COVID-19

Por favor, para responder a este cuestionario piensa en el periodo actual dentro del contexto de la pandemia. Con este cuestionario se quiere conocer cómo percibes en la actualidad distintos ámbitos de la vida diaria. Por esa razón se te presentan unas afirmaciones para valorar según el grado de acuerdo o desacuerdo que sientas hacia ellas, siempre teniendo en cuenta a la pandemia como causa para cada una de estas afirmaciones y comparando esa situación con la época anterior a la COVID-19.

Por favor, selecciona la opción que más se adecúe a tu percepción sobre cómo pueden impactar las siguientes afirmaciones en tu persona.

La escala a responder tiene la siguiente valoración:

1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.

1. Ha aumentado mi sentimiento de soledad.
2. Ha empeorado mi situación económica o la de mi familia.
3. En general, se ha deteriorado mi estado de ánimo, estando más triste y/o más nervioso/a de lo habitual.
4. He dejado de realizar las actividades lúdicas que venía desarrollando hasta ahora.
5. Ha disminuido mi contacto social con las personas de mi entorno cercano (familiares, amistades, equipo de trabajo, vecindad).



Percepción de los impactos producidos por la COVID-19 y la ansiedad

6. Ha aumentado mi situación de vulnerabilidad social (necesitar ayudas sociales).
7. He aumentado (o comenzado) el consumo de psicofármacos: pastillas para dormir, ansiolíticos, antidepresivos, etc.
8. Han disminuido mis alternativas de ocio.
9. En general, actúo menos afectuoso/a hacia el resto de personas.
10. Ha aumentado mi consumo de ocio en plataformas virtuales.
11. Me he contagiado menos con respecto a otras enfermedades, como la gripe o enfermedades respiratorias.
12. He tenido dificultades para mantener mi empleo o mantener a flote mi negocio.
13. Ha empeorado mi salud psicológica.
14. He disminuido mi ocio con personas no convivientes.
15. Han aumentado mis acciones solidarias o iniciativas de ayuda en la sociedad.
16. He realizado más compras en las tiendas de barrio en lugar de las grandes superficies.