

Medida del nivel de Ansiedad de la población de Tenerife
durante el periodo de confinamiento por COVID-19

Trabajo Fin de Grado de Psicología

Elicio Jesús González León

Tutorizado por Pedro Prieto Marañón

Curso académico 2019-20

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a mi familia el constante apoyo que me ha dado durante la elaboración de este trabajo, gracias a ella he tenido la fuerza para poder afrontarlo. También a mis compañeros de TFG por su disposición a la hora de ayudarme.

Agradecer la labor de supervisión del trabajo por parte del Dr. Pedro Prieto Marañón como tutor, ayudándome a reconducirlo aún con las limitaciones que el estado de confinamiento nos ha generado.

Resumen

En investigaciones enfocadas en brotes víricos recientes del siglo XXI (Como el SARS, MERS o Ébola) se ha constatado la influencia psicológica durante periodos de cuarentena o confinamiento sobre la población general. Por ello se lleva a cabo una investigación exploratoria-descriptiva empleando un diseño transversal, con muestreo de conveniencia y metodología de encuesta para registrar la ansiedad durante la crisis del COVID- 19 en la población en confinamiento mayor de edad de Tenerife (Islas Canarias). Con este fin se ha medido el estado de ansiedad, la alteración en los hábitos y el estrés percibido en base al género, modalidad de trabajo y ansiedad diagnosticada, empleando la escala E.R.A, desglosada en sus subcomponentes (Respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras), además de una escala para medir la alteración de hábitos y el estrés percibido. Tras los análisis estadísticos se obtiene que las mujeres, las personas diagnosticadas de ansiedad y los estudiantes son los grupos de mayor media en comparación con los hombres, los no diagnosticados y el grupo Trabaja respectivamente.

Palabras clave: Ansiedad; Estrés; COVID-19; confinamiento; Tenerife.

Abstract

Research focusing on recent 21st century viral outbreaks (such as SARS, MERS or Ebola) has shown the psychological influence during periods of quarantine or confinement on the general population. Therefore, an exploratory-descriptive research is carried out using a transversal design, with convenience sampling and survey methodology to register anxiety during the COVID-19 crisis in the adult confined population of Tenerife (Canary Islands). To this end, the state of anxiety, the alteration in habits and perceived stress were measured based on gender, work mode and diagnosed anxiety, using the E.R.A. scale, broken down into its sub-components (Cognitive, physiological and motor responses), in addition to a scale to measure the Alteration in habits and Perceived stress. After the statistical analyses, it is obtained that women, people diagnosed with anxiety and students are the groups with the highest average in comparison with men, the undiagnosed and the Working group respectively.

Keywords: Anxiety; Stress; COVID-19; Confinement; Tenerife.

Introducción

El 31 de diciembre de 2019 la Organización Mundial de la Salud (OMS) notifica los primeros casos de neumonía detectados en la ciudad de Wuhan (provincia de Hubei, China), provenientes de un nuevo brote vírico de la familia *Coronaviridae*, posteriormente denominado SARS-CoV-2, el por entonces desconocido COVID-19 (*Coronavirus Disease-2019*). La rápida expansión de la epidemia ha supuesto que ciudades enteras hayan sido puestas bajo cuarentena masiva. El 11 de marzo de 2020 la OMS lo define como una pandemia.

En la Comunidad Autónoma de Canarias la alarma por coronavirus se disparó el 31 de enero con la detección del primer caso positivo en la isla de la Gomera. Ello y el aumento de los contagios llevó al Gobierno de Canarias a aplicar medidas de contención para evitar la propagación hasta el punto de suspender toda actividad lectiva en el archipiélago.

Estas medidas comenzaron a generar confusión, creando una sensación de intranquilidad en los ciudadanos, manifestándose en asistencias y consumos excesivos en supermercados, centros de salud y farmacias. Creándose así una situación de incertidumbre y sin precedentes.

A fecha de 14 de marzo el Gobierno español decreta el estado de alarma para hacer frente a la emergencia de salud pública. Estableciendo así el estado de confinamiento destinado a prevenir un mayor número de contagios regulando la limitación de movimiento de la población.

Desde una vertiente psicológica Blendon et al. (2004) apuntan que *“la ansiedad y la percepción errónea pueden causar, en el extremo, casos de fuga de pánico o a la negativa a cumplir con los esfuerzos de la cuarentena”*.

No obstante, esta preocupación se explica en un contexto que, como cita Ornell et al. (2020), aparte del miedo concreto de muerte, la pandemia por COVID-19 tiene implicaciones en otras esferas: organización familiar, cierre de escuelas, compañías y zonas públicas, cambios en las rutinas de trabajo, periodos de confinamiento, generación de sentimientos de desolación y abandono. Además de generar inseguridad sobre las repercusiones económicas y sociales.

Así, ante el enfrentamiento que hace el ser humano frente a la modificación del ambiente y el proceder a modificar sus conductas en función a estos cambios, hay ocasiones donde las demandas son excesivas para el individuo, siendo insuficiente el repertorio conductual para responder y pudiendo generar estrés y ansiedad. Tales ambientes desencadenantes de estrés y ansiedad son las vivencias de situaciones nuevas (Olga y Terry, 1997).

Uno de los entornos que puede generar ansiedad y estrés son las situaciones que provocan incertidumbre. Las catástrofes, los cambios importantes en la vida, las presiones y los conflictos cotidianos, pueden llegar a ser factores especialmente estresantes si se perciben como eventos negativos e incontrolables. Cuando los seres humanos perciben una pérdida de control, se vuelven vulnerables al deterioro de la salud (Myers, 1994).

La vivencia de un brote vírico como el COVID-19 genera esta situación donde se puede generar un impacto psicológico negativo en la población en confinamiento, por ello el despliegue de profesionales de la salud para intentar reducirlo.

En cuanto a la medida del confinamiento, despierta la preocupación en profesionales de la salud respecto al impacto que pueda llegar a causar en la salud física y mental de la población, pudiendo llegar a producir efectos psicológicos negativos en ella (riesgo de trastornos emocionales, síntomas depresivos, irritabilidad, ira y agotamiento emocional), así como factores estresantes que están asociados a: una mayor duración del periodo de confinamiento, miedos a la infección, frustración y aburrimiento, suministros inadecuados, información insuficiente (Brooks, 2020). Incluso pudiendo llegar a causar Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en el personal sanitario (Lin et al. 2007).

De la misma forma también se comprobó que durante el periodo de confinamiento por SARS en Toronto (2002-2003) el estrés psicológico ante dicha situación derivaba del distanciamiento social y la estigmatización, vivenciando reacciones emocionales como miedo, soledad, depresión, insomnio y ansiedad (DiGiovanni et al. 2004). Al igual que en la crisis del MERS (Middle East Respiratory Syndrome) de 2015 que asoló Corea, donde también hubo un periodo de confinamiento, desde mayo a junio, comprobándose que durante esta etapa se evidenciaba más ansiedad e ira (Jeong et al. 2016).

Este estado no afecta de igual manera a toda la población. En un estudio dirigido por Jiangyin Qiu en China se detectó un 35% de distrés psicológico en la población general, un 29.29% con distrés leve a moderado y un 5.14% con distrés severo. Las mujeres presentaron mayores índices de distrés psicológico que los varones. Además, según un estudio que llevan a cabo Cuiyan Wang y colaboradores, los factores asociados a un alto impacto psicológico y niveles elevados de estrés, síntomas de ansiedad y depresión fueron: sexo femenino, ser estudiante, presentar síntomas de ansiedad y una percepción pobre de la propia salud (Lozano-Vargas, 2020).

Así mismo uno de los sectores de la población más afectado durante brotes epidemiológicos es el de los trabajadores sanitarios que se han visto sometidos a cuarentena, mostrando más síntomas de estrés postraumático que la población general en la misma situación. Padeciendo también de más estigmatización, más conductas de prevención tras la cuarentena, mayor pérdida de ingresos y con más afectación psicológica: manifestaciones de ira, molestia, miedo, frustración, culpa, impotencia, aislamiento, soledad, nerviosismo, tristeza, preocupación y menor felicidad (Brooks, 2020).

Durante las epidemias la proporción de personas cuya salud mental se ve afectada tiende a ser mayor que el número de población afectada por la infección. En tragedias pasadas se ha comprobado que las implicaciones en la salud mental pueden durar y tener mayor prevalencia que la epidemia en sí, y que los impactos psicosociales y económicos pueden ser incalculables si se considera su resonancia en diferentes contextos (Ornell et al., 2020). Así como el hecho de tener un historial de enfermedad mental está asociado a experimentar ansiedad e ira 4-6 meses después del estado de confinamiento (Jeong et al. 2016).

La ansiedad es una de las respuestas emocionales más estudiadas en el campo de la psicología (Martínez-Sánchez et al. 1995), su importancia podría derivarse por ser una respuesta emocional específica y paradigmática, o dado que sus aplicaciones clínicas se encuentran en la raíz de múltiples trastornos psicopatológicos y psicosomáticos (Miguel Tobal, 1990). El estrés, al igual que la ansiedad, es un fenómeno complejo pero que aborda un proceso adaptativo y de emergencia en el ser humano, imprescindible para su supervivencia. Este no se considera una emoción en sí mismo, sino que es el agente generador de las emociones (Sierra et al. 2003).

Además, se puede conceptualizar el estrés, según los postulados del Modelo Transaccional de Estrés (Lazarus & Folkman, 1984) partiendo de la base de que los estímulos del entorno no son en sí mismos estresantes, sino que desencadenan una respuesta de estrés según la persona que los percibe, es decir, según el estrés percibido. Es así que iguales situaciones no generarían la misma reacción en todos los individuos, ya que estos no le darían el mismo significado a lo que sucede (Straub, 2012).

El concepto de ansiedad ha evolucionado paralelamente a los paradigmas dominantes, pasando por los campos de la Psicología de la Personalidad, de la Emoción y hasta dentro de la Psicología del Aprendizaje (incluyendo variables cognitivas por parte del enfoque cognitivo-conductual); para ser entendida en la actualidad como una respuesta emocional compleja fruto de la interacción de factores individuales y situaciones específicas (Endler y Parker, 1992).

Es desde el enfoque de la Psicología de la Personalidad donde se distingue la idea de ansiedad como rasgo, que supone una tendencia en la persona de activar un nivel alto de nerviosismo ante cualquier situación problemática o novedosa, frente a la ansiedad como estado, entendida como estado de excitación provocado por una situación especialmente estresante (Cattell y Scheier, 1961).

No obstante, según recogen en su trabajo (Sierra et al. 2003), cabe definir ansiedad como un constructo multidimensional que alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro. Su expresión se lleva a cabo mediante un conjunto de respuestas agrupadas en tres sistemas: *cognitivo o subjetivo, fisiológico o corporal y motor*; pudiendo actuar con cierta independencia (Miguel-Tobal, 1996).

Las respuestas cognitivas hacen referencia a pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad, etc.; las fisiológicas a diversos índices de activación del Sistema Nervioso Autónomo (S.N.A.) y Sistema Nervioso Simpático (S.N.S.); y las respuestas motoras a varios índices de agitación motora de ansiedad ante distintas situaciones.

En suma, en una emergencia de salud pública internacional como la provocada por el virus SARS-CoV-2, es importante investigar el impacto psicológico que está produciendo la pandemia en poblaciones concretas, para poder desarrollar estrategias que

permitan ayudar a reducir las repercusiones en la salud mental que se den durante la crisis (Wang et al., 2020).

Centrándonos en el efecto sobre la salud mental que la situación de pandemia (en su contexto) ha provocado, o puede provocar, se plantea el siguiente objetivo: Registrar el impacto psicológico en la población mayor de edad de la isla de Tenerife (Islas Canarias) por medio de una Escala Reducida de Ansiedad (E.R.A.), durante la quinta semana en confinamiento, para comprobar si existen diferencias relacionadas con el sexo, ansiedad diagnosticada o no, y si se trabaja o no.

También comprobar qué faceta de la ansiedad (Cognitiva, Fisiológica y Motora) se ve más afectada en la población en confinamiento según la E.R.A.

Además de analizar si se han producido alteraciones de los hábitos y si estos están relacionados tanto con las conductas de ansiedad manifestadas, así como con la percepción del estrés por parte de los individuos.

Método

Diseño

Para este trabajo se ha establecido una investigación exploratoria-descriptiva empleando un diseño transversal formado por un grupo, con muestreo de conveniencia y metodología de encuesta.

Participantes

La muestra está formada por 434 personas mayores de edad, todos ellos habitantes en la isla de Tenerife, que respondieron a la encuesta durante el periodo de confinamiento por COVID-19. De ellos, la mayoría (66%) eran mujeres (n= 285) y un 34% hombres (n= 149). Las edades están comprendidas entre los 18 y los 79 años ($\bar{X} = 34,5$; $S_x = 13,1$).

Del total de la muestra un 16 % (n= 70) afirma haber sido diagnosticado de ansiedad por un profesional de la salud, mientras que un 84% (n= 364), no lo ha sido.

De los/las participantes un 31.6% de los sujetos que contestan al cuestionario son estudiantes (n=137); un 23% no trabaja (n=100) y un 45.5% trabaja (n=197). Esta información puede consultarse en el Anexo 1.

Instrumentos

Para la evaluación de la ansiedad durante el periodo de confinamiento se ha utilizado la escala: “Alteración de hábitos” de elaboración propia, y una Escala Reducida de Ansiedad (E.R.A; extraída del I.S.R.A: *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*; de Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986) elaborada por Martínez-Sánchez et. al (1995). A parte, se emplearon también unas medidas de contestación autoinformada sobre el malestar y ansiedad durante el confinamiento. A continuación, se describe cada uno de los instrumentos empleados:

Escala de Alteración de hábitos (“Alteración de hábitos”): En esta prueba se le presenta al participante un cuestionario compuesto por diez ítems en un formato de cinco respuestas tipo Likert. En esta escala los sujetos responden la frecuencia con la que experimentan cambios durante el periodo de confinamiento en lo referente a: *Hábitos del sueño alterados (conciliación-mantenimiento), estado de nerviosismo, problemas de concentración, reacciones fisiológicas (Sudores, respiración, náuseas, fuertes latidos) hábitos alimenticios, vida sexual alterada, dificultad para relajarse y aburrimiento*. Ver Anexo 2.

Escala reducida de ansiedad (E.R.A): En esta prueba el participante contesta a una escala compuesta por diecisiete ítems con un formato de cinco respuestas tipo Likert. Esta prueba es extraída de la escala de respuestas de ansiedad del ISRA (Martínez-Sánchez et al. 1995) en la que los sujetos han de responder a la frecuencia con que generalmente experimentan distintas respuestas de ansiedad: *cinco de tipo cognitivo* (ítems: 1, 2, 3, 4, 5), *ocho de tipo fisiológico* (ítems: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13) y *otras cuatro de tipo motor* (ítems: 14, 15, 16, 17). Esta matriz de respuestas hace alusión a los últimos días en los que las personas eliciten dichas respuestas.

Estrés percibido: Es una prueba de elaboración propia conformada por dos ítems. En el primero se les pregunta a los sujetos por la percepción de la intensidad del malestar

percibido en los últimos días. El segundo ítem pregunta por la ansiedad autopercebida durante el mismo período.

Ansiedad diagnosticada: Se les pregunta a los sujetos, si en algún momento de sus vidas han sido diagnosticados o no de algún trastorno vinculado a la ansiedad por un profesional de la salud.

Procedimiento

El procedimiento consistió en elaborar un Formulario, reuniendo los instrumentos y medidas anteriormente citados en un cuestionario en línea (Google Forms: <https://www.google.com/forms/about/>) y procediendo a su difusión mediante redes sociales, emails, etc. En total se registraron 448 respuestas, de las cuales -por condiciones del diseño de la investigación-, se emplea una muestra de 434 sujetos para el trabajo.

Para la recogida de datos, se siguieron todos los cánones establecidos por Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (BOE nº 294 de 6 de diciembre). En el cuestionario se informó del carácter voluntario de su participación y de su necesario compromiso para dar comienzo a la prueba. Además de especificar que la muestra de población a contestar había de ser mayor de edad y habitar en la isla de Tenerife (Islas Canarias; España) durante el periodo de confinamiento. El cuestionario comenzó a distribuirse el lunes 13 de abril 2020.

Se incluye también, al finalizar el cuestionario, un teléfono de contacto y una dirección de correo electrónico del Colegio Oficial de Psicólogos de Tenerife (COP) para aquellos/as interesados/as en el servicio de asistencia que oferta durante el estado de alarma.

Se finaliza la recogida de la muestra el lunes 20 de abril 2020; periodo durante el cual la población continúa en estado de alarma por COVID-19, en su quinta semana en confinamiento.

Análisis de datos

En primer lugar, se realizaron análisis de consistencia interna empleando alfa de Cronbach (α) con el fin de medir la fiabilidad de los instrumentos: “Alteración de hábitos” y “Escala reducida de ansiedad (E.R.A)”. De igual modo se comprobó la consistencia interna de los factores del instrumento E.R.A correspondientes a las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras. Así como la consistencia interna de la medida del instrumento “Estrés percibido”.

Seguidamente se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre las variables: *Respuestas Cognitivas*, *Respuestas Fisiológicas*, *Respuestas Motoras*, *Alteración de Hábitos* y *Estrés percibido*.

También se realizó un Análisis Multivariado de Varianza (MANOVA) entre las variables “*Modalidad de trabajo*”, “*Ansiedad diagnosticada*” y “*Género*” tomando como variables dependientes los tres factores de ansiedad agrupados en la E.R.A: “*Respuestas Cognitivas*”, “*Respuestas Fisiológicas*” y “*Respuestas Motoras*”, además de las variables “*Alteración de Hábitos*” y “*Estrés percibido*”.

Así mismo se realizaron contrastes a posteriori entre los diferentes niveles de la variable “*Modalidad de trabajo*” en las variables dependientes “*Alteración de hábitos*”, “*Estrés percibido*”, “*Respuestas Cognitivas*”, “*Respuestas Fisiológicas*” y “*Respuestas Motoras*”.

Todos los análisis se realizaron con el programa de análisis estadístico jamovi, V.1.1.9 (The jamovi Project, 2019).

Resultados

Una vez recogidos los datos se llevaron a cabo los análisis estadísticos obteniéndose los siguientes resultados:

En primer lugar, como se observa en la Tabla 1, los coeficientes de fiabilidad obtenidos muestran una notable consistencia interna de los instrumentos empleados, siendo el Coeficiente Alfa de Cronbach (α) 0.876 para la escala de “Alteración de hábitos” y de un 0.941 α para la “Escala Reducida de Ansiedad (E.R.A)”. También la consistencia interna de cada uno de los 3 subcomponentes del E.R.A. es significativa (Véase Tabla 2), al igual que el instrumento *Estrés percibido* (Véase Tabla 3).

Tabla 1.

Consistencia interna de los instrumentos E.R.A y Alteración de hábitos

	α de Cronbach
E.R.A.	0.941
Alteración de hábitos	0.891

Tabla 2.

Consistencia interna de cada factor del E.R.A.

	α de Cronbach
Respuestas Cognitivas	0.881
Respuestas Fisiológicas	0.900
Respuestas Motoras	0.801

Tabla 3.*Consistencia interna del Estrés percibido*

	α de Cronbach
Estrés percibido	0.813

Seguidamente se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre los subcomponentes de la Escala Reducida de Ansiedad (E.R.A.): *Respuestas Cognitivas*, *Fisiológicas* y *Motoras* además de las variables *Alteración de hábitos* y *Estrés percibido*. Los resultados se presentan en la Tabla 4. En ella se observa como existen correlaciones positivas y significativas entre dichas variables.

Tabla 4.*Tabla de correlaciones entre variables*

	Estrés percibido	Respuestas. Motoras	Respuestas Fisiológicas	Respuestas Cognitivas	Alteración de hábitos
Estrés percibido	—				
Respuestas. Motoras	0.508 ***	—			
Respuestas Fisiológicas	0.579 ***	0.762 ***	—		
Respuestas Cognitivas	0.595 ***	0.698 ***	0.712 ***	—	
Alteración de hábitos	0.666 ***	0.655 ***	0.723 ***	0.739 ***	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

A continuación, se realizó un análisis multivariado de la varianza intergrupo (MANOVA) en el que se toman como variables independientes: Género, Ansiedad diagnosticada y modalidad de trabajo, y como variables dependientes se tomaron las variables: Alteración de Hábitos, los tres subcomponentes del E.R.A: Respuestas Cognitivas, Fisiológicas y Motora, además de la variable “Estrés percibido”.

Una vez llevado a cabo el análisis multivariado de varianza (MANOVA) observamos en la Tabla 5, como en primer lugar no hay ninguna interacción significativa entre las variables independientes, mientras que sí se observan efectos principales en las variables dependientes de los factores de Modalidad de trabajo, $\lambda = 0.953$, $F(10,836) = 2.041$, $p < 0.05$, Ansiedad diagnosticada $\lambda = 0.876$, $F(5,418) = 11.788$, $p < .001$ y Género, $\lambda = 0.913$, $F(5,418) = 7.928$, $p < .001$.

Tabla 5.

Tabla MANOVA

		valor	F	gl1	gl2	p
Modalidad de trabajo	Lambda de Wilks (λ)	0.953	2.041	10	836	0.027
Ansiedad diagnosticada	Lambda de Wilks (λ)	0.876	11.788	5	418	< .001
Género	Lambda de Wilks (λ)	0.913	7.928	5	418	< .001
Modalidad de trabajo * Ansiedad diagnosticada	Lambda de Wilks (λ)	0.984	0.687	10	836	0.737
Modalidad de trabajo * Género	Lambda de Wilks (λ)	0.978	0.919	10	836	0.515
Ansiedad diagnosticada * Género	Lambda de Wilks (λ)	0.978	1.854	5	418	0.101
Modalidad de trabajo* Ansiedad diagnosticada * Género	Lambda de Wilks (λ)	0.979	0.909	10	836	0.524

En relación al factor Género, las diferencias entre hombres y mujeres se encuentran en todas las variables dependientes: Alteración de hábitos, $F(1,422) = 9.986$, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.0231$, Respuestas Cognitivas, $F(1,422) = 15.495$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.0354$, Respuestas fisiológicas, $F(1,422) = 22.710$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.0511$ y Estrés percibido, $F(1,422) = 22.045$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.0496$, exceptuando las Respuestas Motora, $F(1,422) = 4.373$, $p < 0.05$, $\eta^2 = 0.0103$; siendo superior las medias de cada variable en el grupo de las mujeres. Las medias de estas, desglosadas por sexo, pueden verse en la tabla 6.

Tabla 6.

Estadísticos descriptivos según Género

	Género	Alteración de Hábitos	Respuesta Cognitiva	Respuesta Fisiológica	Respuesta Motora	Estrés percibido
N	Femenino	285	285	285	285	285
	Masculino	149	149	149	149	149
\bar{X}	Femenino	2.61	2.77	1.87	1.83	10.2
	Masculino	2.39	2.43	1.53	1.67	7.81

En cuanto a la Ansiedad Diagnosticada la diferencia entre los diagnosticados y no diagnosticados está en todas las variables dependientes estudiadas: Alteración de hábitos, $F(1,422) = 25.437$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.0569$, Respuestas Cognitivas, $F(1,422) = 22.699$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.051$, Respuestas Fisiológicas, $F(1,422) = 46.272$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.0988$, Respuestas Motoras, $F(1,422) = 26.244$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.0585$ y Estrés percibido, $F(1,422) = 40.590$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.0877$; siendo superior las medias de cada variable en el grupo de las personas diagnosticadas de ansiedad. Las medias de estas, desglosadas por cada nivel, pueden verse en la tabla 7.

Tabla 7.*Estadísticos descriptivos según Ansiedad diagnosticada.*

	Ansiedad diagnosticada	Alteración de Hábitos	Respuesta Cognitiva	Respuesta Fisiológica	Respuesta Motora	Estrés percibido
N	No diagnosticada	364	364	364	364	364
	Crónica	70	70	70	70	70
\bar{X}	No diagnosticada	2.45	2.56	1.65	1.69	8.72
	Crónica	2.97	3.12	2.27	2.21	12.8

Por último, y en relación al factor Modalidad de trabajo, en base a los análisis univariados, se observa que las diferencias que se encuentran en las variables Alteración de hábitos, $F(2,422) = 5.611, p < 0.01, \eta^2 = 0.0259$, Respuestas Cognitivas $F(2,422) = 7.225, p < .001, \eta^2 = 0.0331$ y Respuestas Motoras, $F(2,422) = 5.058, p < 0.01, \eta^2 = 0.0234$, son significativas. No habiendo diferencia de medias significativas en *Respuestas Fisiológicas*, $F(2,422) = 4.394, p < 0.01, \eta^2 = 0.0204$ ni en *Estrés Percibido*, $F(2,422) = 1.975, p > 0.05, \eta^2 = 0.093$. Las medias de cada variable desglosadas por cada nivel pueden verse en la tabla 8.

Tabla 8.*Estadísticos descriptivos según Modalidad de trabajo*

	Modalidad de trabajo	N	\bar{X}	Sx	SE
Alteración de hábitos	Estudiante	137	2.68	0.791	0.0676
	No Trabaja	100	2.63	0.934	0.0934
	Trabaja	197	2.39	0.759	0.0541
Respuestas Cognitivas	Estudiante	137	2.81	0.929	0.0794
	No Trabaja	100	2.78	0.926	0.0926
	Trabaja	197	2.48	0.892	0.0635
Respuestas Fisiológicas	Estudiante	137	1.88	0.835	0.0713
	No Trabaja	100	1.78	0.807	0.0807
	Trabaja	197	1.65	0.654	0.0466
Respuestas Motoras	Estudiante	137	1.93	0.818	0.0699
	No Trabaja	100	1.81	0.842	0.0842
	Trabaja	197	1.66	0.763	0.0544
Estrés percibido	Estudiante	137	9.55	4.558	0.3895
	No Trabaja	100	10.04	5.466	0.5466
	Trabaja	197	8.91	5.234	0.3729

Así mismo, para determinar entre qué niveles de la variable Modalidad de Trabajo se encuentran las diferencias encontradas se realizaron los contrastes a posteriori. Se observa que las diferencias significativas en relación a la variable Alteración de Hábitos se encuentra solamente entre los niveles Estudiante y Trabaja ($t_{192} = 3.40$, $p < 0.002$) siendo la media superior en el grupo de estudiantes.

En relación a la variable Respuestas Cognitivas se observan diferencias significativas únicamente entre los niveles: Estudiante y Trabaja ($t_{285} = 3.27$, $p < 0.002$) siendo la media superior en el grupo de estudiantes.

Por último, en cuanto a la variable Respuestas Motoras se puede observar como las diferencias se encuentran únicamente entre los niveles Estudiante y Trabaja, ($t_{285}=3.05$, $p < 0.007$), siendo la media superior en el grupo de estudiantes.

Discusión

La pandemia provocada por el Coronavirus (SARS-CoV-2) ha sido un acontecimiento impredecible y sin precedentes a escala global.

En relación a los objetivos planteados en este trabajo, según los resultados extraídos del *MANOVA* se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres durante este periodo en las variables: respuestas cognitivas y fisiológicas, es decir, aquellas referidas a pensamientos de preocupación, miedo e inseguridad y a los índices de activación del sistema nervioso autónomo y sistema nervioso simpático. Se observa que las mujeres tienen una mayor puntuación que los hombres en ambas respuestas de ansiedad.

Con respecto a la variable “Ansiedad diagnosticada”, a través del *MANOVA* se observa cómo existen diferencias significativas entre los dos grupos de ansiedad en las variables que recoge la E.R.A: respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras. Se comprueba que el grupo con ansiedad diagnosticada es el que mayor puntuación presenta en cada respuesta de ansiedad en relación al grupo que no presenta ansiedad diagnosticada.

La variable “Modalidad de trabajo” muestra diferencias significativas en cuanto a los tres niveles de modalidad de trabajo en las variables respuestas cognitivas y respuestas motoras, pero no en las fisiológicas, comprobando tras los contrastes a posteriori que los estudiantes presentan mayor media en comparación con la población que trabaja.

Así mismo, en relación a la variable dependiente “Alteración de hábitos”, se observan diferencias significativas a través del *MANOVA* entre hombres y mujeres, comprobando que las mujeres muestran mayor puntuación que los hombres. Entre los dos grupos de la variable Ansiedad diagnosticada, la población con ansiedad diagnosticada

presenta puntuaciones mayores que los no diagnosticados. En cuanto a los tres niveles de la variable Modalidad de trabajo, los estudiantes son los que más puntúan.

Finalmente, en cuanto al estrés percibido, se observa con respecto a la variable Género, diferencias significativas entre sus dos niveles, donde las mujeres son las que mayor puntúan. Entre los dos grupos de Ansiedad diagnosticada se observan diferencias significativas a través del *MANOVA*, comprobándose mayor puntuación en el grupo diagnosticado de ansiedad.

En resumen, las mujeres muestran mayor media en la E.R.A., en concreto en las respuestas cognitivas y fisiológicas, también en hábitos alterados y estrés percibido. Las personas con ansiedad diagnosticada presentan mayores índices en todas las respuestas de manifestación de ansiedad del E.R.A., así mismo en hábitos alterados y estrés percibido. Mientras que los estudiantes muestran mayor media en respuestas de manifestación cognitiva y motoras, así como en hábitos alterados y estrés percibido.

Así se corrobora que el estado de confinamiento en la isla de Tenerife ha dado muestras de ansiedad, hábitos alterados y estrés percibido en la población. Y en comparación con el estudio de Lozano-Vargas (2020), comparte que es en las mujeres, en los estudiantes y en la población diagnosticada de ansiedad, donde esta se manifiesta en mayor medida.

Así se recoge en este trabajo que la alteración de los hábitos durante el confinamiento en la población de Tenerife se ha dado más en mujeres, así como en el grupo de personas diagnosticadas de ansiedad y en el grupo de estudiantes. Corroborando también, como recoge Ornell et al. 2020, que el estado de confinamiento tiene implicaciones en otras esferas como: organización familiar, cierre de escuelas, compañías y zonas públicas, cambios en las rutinas de trabajo, etc.

No obstante, una limitación añadida de este trabajo es no tener un registro de la ansiedad en varias fases del periodo de confinamiento para así poder analizar la evolución del mismo; dado que a mayor duración del estado de confinamiento se comprueba mayor cantidad de factores estresantes (Brooks et al. 2020).

Como sugerencia final, es importante tener en cuenta los efectos a posteriori sobre la población con ansiedad del periodo de confinamiento. En este trabajo el grupo con ansiedad diagnosticada registra mayor media en todas sus facetas: cognitiva, fisiológica

y motora; así como en el estrés percibido. Por ello, con vistas al periodo posterior del confinamiento es importante centrarse en esta población para prevenir que se agraven sus problemas de salud ya que, como recoge Jeong et al. 2016, parte de la población afectada de trastornos mentales se ve aquejada 4-6 meses después de terminar el confinamiento. Pudiéndose dar en algunos casos trastornos por estrés postraumático (Lin et al. 2007).

Referencias Bibliográficas

- Blendon, RJ, Benson, JM, DesRoches, CM, Raleigh, E. y Taylor - Clark, K. (2004). La respuesta del público al síndrome respiratorio agudo severo en Toronto y los Estados Unidos. *Enfermedades infecciosas clínicas*, 38 (7), 925-931. <https://doi.org/10.1086/382355>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cattell, R. B., & Scheier, I. H. (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. Nueva York: Ronald.
- DiGiovanni, C., Conley, J., Chiu, D., & Zaborski, J. (2004). Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. *Biosecurity and bioterrorism: biodefense strategy, practice, and science*, 2(4), 265-272.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1992). Interactionism revisited: Reflections on the continuing crisis in the personality area. *European Journal of Personality*, 6(3), 177–198. <https://doi-org.accedys2.bbt.ull.es/10.1002/per.2410060302>
- Jeong, H., Yim, HW, Song, Y.-J., Ki, M., Min, J.-A., Cho, J. y Chae, J.-H. (2016) Estado de salud mental de personas aisladas debido al Síndrome Respiratorio del Medio Oriente. *Epidemiología y salud*, 38. <https://doi.org/10.4178/epih.e2016048>
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

- Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 83 (1), 51-56. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Lin, C. Y., Peng, Y. C., Wu, Y. H., Chang, J., Chan, C. H., & Yang, D. Y. (2007). The psychological effect of severe acute respiratory syndrome on emergency department staff. *Emergency medicine journal : EMJ*, 24(1), 12–17. <https://doi.org/10.1136/emj.2006.035089>
- Martínez-Sánchez, F., Cano-Vindel, A., Castillo Precioso, J.C., Sánchez García, J.A., Ortiz Soria, B. y Gordillo del Valle, E. (1995). Una Escala Reducida de Ansiedad basada en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (I.S.R.A.): Un estudio exploratorio. *Anales de psicología*, 11(1), 97-104.
- Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (1986). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad- ISRA-*. Madrid: TEA. (2ª Ed., 1988; 3ª Ed., 1994).
- Miguel Tobal, J.J. (1990). La ansiedad. En Mayor, J. y Pinillos, J.L. (Eds.) *Tratado de Psicología General*. Vol. 8. Motivación y Emoción. Madrid: Alhambra.
- Miguel Tobal, J. J. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Santillana.
- Myers, D.G. (1994). El estrés y la salud. En editorial médica panamericana (ed.). *Psicología* (pp. 457-489), Madrid.
- Olga, G. & Terry, L. (1997). *Superar el estrés*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ornell, F., Schuch, JB, Sordi, AO, Kessler, FHP, Ornell, F., Schuch, JB, Sordi, AO y Kessler, FHP (2020). “Miedo pandémico” y COVID-19: Carga y estrategias de salud mental. *Revista Brasileña de Psiquiatria*, 42 (3), 232-235. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>
- Sierra, J.C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: Tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3 (1), 10-59.
- The jamovi project (2019). *jamovi*. (Version 1.1) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, CS y Ho, RC (2020). Respuestas psicológicas inmediatas y factores asociados durante la etapa inicial de la epidemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) entre la población general en China. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública* , 17 (5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Anexos

Anexo 1.

Tabla de frecuencias: Modalidad de trabajo

Ocupación	Respuestas	% Total
Trabaja	197	45.5 %
Estudiante	137	31.6 %
No trabaja	100	23.0 %

Anexo 2.

Escala de Alteración de hábitos

Debajo encontrará una lista de síntomas que algunas personas experimentan a veces después de sucesos estresantes (Desde: "Nada" hasta "Mucho"). Por favor, lea cada uno e indique cuánto le ha afectado cada uno de ellos en los últimos 7 días ¿Cuánto malestar experimenta por estas dificultades? (Para poder ver todas las opciones rote el móvil horizontalmente)

	Nada	Casi nada	Algo	Bastante	Mucho
He tenido problemas para mantener el sueño (Una vez dormidos)					

He estado nervioso/a y me sobresalto y asusto fácilmente					
--	--	--	--	--	--

He tenido problemas de concentración					
--------------------------------------	--	--	--	--	--

Pensar en lo que está pasando me ha provocado reacciones físicas como sudores problemas de respiración, náuseas o fuertes latidos de corazón					
--	--	--	--	--	--

He cambiado mis hábitos alimenticios					
--------------------------------------	--	--	--	--	--

He tenido problemas para conciliar el sueño (Sin haberme llegado a dormir)					
--	--	--	--	--	--

Mi vida sexual se ha visto alterada					
-------------------------------------	--	--	--	--	--

Me ha resultado difícil relajarme					
-----------------------------------	--	--	--	--	--

(cont.)

He notado mi corazón sin hacer
esfuerzo físico (p.e: aumento del
ritmo cardíaco, ausencia de algún
latido)

¿Cómo de aburrido se siente?
