

Salud mental y factores de resiliencia durante el confinamiento por COVID-19*

Mental Health and Resilience Factors during Lockdown by COVID-19

Recibido: 29 Agosto 2020 | Aceptado: 26 Octubre 2020

JUAN M. FERNÁNDEZ-MILLÁN

Universidad de Granada, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1164-682X>

FRANCISCO D. BRETONES^a

Universidad de Granada, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4981-1790>

RESUMEN

La pandemia del coronavirus y posterior confinamiento domiciliario adoptada para impedir su propagación puede generar la aparición de síntomas de salud mental, especialmente en países con periodos de confinamientos largos. El presente artículo explora los factores de afrontamiento llevados a cabo por la población general para atenuar dichos síntomas derivados de esta situación. Para ello, se llevó a cabo un estudio mediante encuestas a una muestra de 1041 personas entre 18 y 65 años de edad y residentes en España. Los resultados encontrados muestran el impacto de la actitud positiva y la percepción de autoeficacia como estrategias efectivas de afrontamiento, así como otras variables sociodemográficas. El artículo expone la utilidad y aplicaciones prácticas de estos resultados y posibles líneas futuras, así como la necesidad de realizar entrenamiento psicológico a la población, en estas variables cognitivas ante futuras pandemias y confinamientos.

Palabras clave

autoeficacia; confinamiento; positivismo; diferencias individuales; salud mental.

ABSTRACT

The coronavirus pandemic and subsequent lockdown adopted to prevent its spread can generate the appearance of mental health symptoms, especially in countries with long periods of confinement. This article explores the coping factors carried out by the general population to attenuate these symptoms derived from this situation. To do this, we carried out a survey study on a sample of 1041 people between 18 and 65 years of age and residents in Spain. The results found show the impact of the positive attitude and the perception of self-efficacy as effective coping strategies, as well as other sociodemographic variables. The article exposes the usefulness and practical applications of these results and possible future lines, as well as the need to perform psychological training to the population in these cognitive variables in the face of future pandemics and lockdown.

Keywords

self-efficacy; lockdown; positivism; individual differences; mental health.

^a Autor de correspondencia. Correo electrónico: fdiazb@ugr.es

Para citar este artículo: Fernández-Millán, J. M., & Bretones, F. D. (2020). Salud mental y factores de resiliencia durante el confinamiento por COVID-19. *Universitas Psychologica*, 19, 1-13. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy19.smfr>

Las investigaciones sobre el impacto psicológico derivado de la pandemia del COVID-19, aunque abundantes, son aún incipientes, centrándose, la mayoría de ellas, en la prevalencia de determinados trastornos de salud mental (Salari et al., 2020; Vera-Villaroel, 2020), tales como ansiedad (Moghanibashi-Mansourieh, 2020; Shevlin et al., 2020), alteraciones en los patrones de sueño (Cellini et al., 2020) o depresión (Hyland et al., 2020). Sea como fuere, apenas se han publicado estudios acerca de los factores de resiliencia que han ayudado a las personas a vivir bajo estas circunstancias. Algunos de ellos han tenido un carácter meramente teórico (Chen & Bonanno, 2020) dada la inmediatez, y otros se han centrado en los efectos durante cortos periodos de cuarentena (Brooks et al., 2020) o exclusivamente en poblaciones asiáticas (Cao et al., 2020; Rehman et al., 2020; Wang et al., 2020). Sin embargo, en algunos países occidentales, el confinamiento domiciliario ha sido prolongado. Este fue el caso de España donde las autoridades pusieron en marcha uno de los confinamientos más estrictos y largos en el tiempo que llevó a la población a vivir en sus propios hogares de manera aislada durante más de tres meses. En consecuencia, el objetivo general de nuestro estudio será analizar los factores de resiliencia durante largos periodos de confinamiento y su impacto sobre síntomas de salud mental en una muestra española.

Situaciones de aislamiento prolongado o *isolated confined environment* (ICE, por sus siglas en inglés; Suedfeld & Steel, 2000) ya habían sido estudiadas desde la psicología en otros ambientes (naves espaciales, bases antárticas, submarinos, plataformas petrolíferas atlánticas), aunque en el caso de confinamiento por COVID-19 se daban características diferenciales y novedosas que justificaban su interés de estudio. Estas diferencias son tanto de naturaleza ambiental (el confinamiento se dio en entornos naturales y cotidianos como fueron los hogares), como social (se produjeron en grupos naturales como son la familia), pero sobre todo psicológicas. Esta última diferencia no es nada despreciable ya que, en el caso de las otras situaciones de confinamiento, las

personas participantes viven esta experiencia de forma voluntaria y desarrollando un sentimiento de conciencia y control sobre el aislamiento y su duración que en el caso del confinamiento por COVID-19 no sucedía.

En muchos casos, estos estudios sobre confinamientos humanos (voluntarios o impuestos) se han centrado en evaluar el daño sobre la salud mental de la persona, obviando factores de afrontamiento ante dicha situación extrema. Algunos ejemplos se encuentran en los estudios sobre los diarios de los primeros exploradores de los polos, los cuales relataban como desarrollaban sentimientos trascendentales y de camaradería para combatir el aislamiento (Mocellin & Suedfeld, 1991). Algo similar sucede en estudios llevados a cabo con astronautas (Harrison & Summit, 1991; Suedfeld, 2018). No es necesario aclarar que las personas que viven en estos hábitats deben enfrentarse a situaciones estresantes (físicas y psicológicas), cuando no de extremo peligro, frente a las que, en la mayoría de los casos, confrontan de forma exitosa, utilizando distintas estrategias y recursos psicológicos (Suedfeld et al., 2015).

Las fortalezas de carácter (Peterson & Seligman, 2004) se encuentran entre las características individuales más investigadas en este campo y son entendidas como rasgos positivos de personalidad que muestran efectos beneficiosos y disminución del malestar tras un evento externo negativo tales como desastres naturales (Duan & Guo, 2015), crisis económicas (Hendriks et al., 2018), conflictos armados (Shoshani & Slone, 2016) o ataques terroristas (Lamade et al., 2019), actuando como amortiguadores frente a situaciones de adversidad bien evitando problemas antes de su aparición (amortiguación), reinterpretándolos durante la adversidad (reevaluación) o apoyando la recuperación posterior (resistencia) (Niemiec, 2019).

El modelo de Peterson y Seligman (2004) sugiere la existencia de un conjunto de fortalezas trascendentales, las cuales son agrupadas por Martínez-Martí (2006) en cinco: apreciación de la belleza y la excelencia (capacidad para

experimentar éxtasis, elevación o admiración ante el arte, la música, la naturaleza o las habilidades, cualidades y acciones de las personas); gratitud (ante un obsequio material o inmaterial); esperanza u positividad (pensamientos y la orientación hacia el futuro); humor (capacidad para ver la adversidad de una manera benigna y provocar la risa en los demás) y espiritualidad (creencia en que la vida tiene una dimensión trascendental). Todos los factores de fortaleza, excepto las fortalezas teológicas, arrojaron correlaciones positivas significativas con la resiliencia a eventos negativos (Martínez-Martí & Ruch, 2017) siendo fundamentales para el bienestar, especialmente en tiempos de adversidad, amortiguando y ayudando a las personas a adaptarse y manejar dichas dificultades de una manera menos traumática.

Por consiguiente, y de acuerdo con el objetivo de nuestro estudio, enunciamos la siguiente hipótesis:

H1: Las personas con más fortalezas trascendentales desarrollarán mejores síntomas de salud mental.

Empero, junto a un mayor número de fortalezas, o relacionadas con ellas, las personas cuentan también con una alta percepción de autoeficacia, la cual hace referencia a la confianza, creencia y valoración que el individuo tiene sobre su capacidad para enfrentarse adecuadamente a situaciones estresantes (Bandura, 1977). Esta expectativa de autoeficacia influye tanto en los sentimientos como en los pensamientos, por lo que las personas con pocas expectativas tienden a mostrar sentimientos y cogniciones negativos sobre su capacidad y habilidades para manejar adecuadamente un evento (Sanjuán et al., 2000). Por consiguiente, el nivel de autopercepción que la persona tenga sobre su autoeficacia será un determinante del nivel de ansiedad asociado al evento estresante.

Diversos estudios, tanto transversales como longitudinales, han encontrado que un bajo sentido de autoeficacia pronosticaba la aparición de síntomas de angustia general (Luszczynska et al., 2012), ansiedad (Endler et al., 2001; Tejedor & Mangas, 2016) o estrés postraumático

(Thormar et al., 2016). Las creencias generales de autoeficacia también se han asociado a una mejor respuesta a eventos negativos naturales, como por ejemplo terremotos (Armaş et al., 2017), percibiendo estos factores no como un desafío, sino como una oportunidad, por lo que las personas con este tipo de creencia podrían estar más dispuestas a superarlos, participando en estrategias activas de resolución de problemas, de manera que la percepción de una mayor o menor falta de control incidía en los niveles de ansiedad.

Además, se han encontrado hallazgos de que las personas con una alta percepción de autoeficacia desarrollaban mayores procesos de bienestar (Marcionetti & Rossier, 2016).

Tomando estos efectos en cuenta, hipotetizamos que, en el caso del proceso de confinamiento por COVID-19:

H2: Las personas con una alta percepción de autoeficacia tendrán menores síntomas de salud mental.

Otra de las variables psicológicas en que se ha comprobado su relación con el afrontamiento de problemas es la positividad. Scheier y Carver (1985) lo definieron como la tendencia generalizada global a creer que uno experimentará generalmente buenos resultados frente a malos resultados en la vida. Esta positividad se basa en modelos de motivación de valor de expectativa, por lo que serán de importancia tanto el valor del objetivo como la confianza en alcanzar la meta (Carver et al., 2010).

La positividad, por tanto, tiene varios beneficios (Scheier et al., 1994) entre los que podemos citar la mejora el estado de ánimo con emociones más favorables, lo que ayudará a enfrentarse a situaciones de ansiedad, tensión o depresión (Hart et al., 2008). Obviamente, esta anticipación y expectativa positiva sobre el futuro es muy importante para afrontar posibles trastornos mentales ante eventos estresantes. En segundo lugar, esta actitud positiva promueve una mejor resistencia frente a problemas difíciles. Un caso sería, por ejemplo, el de las víctimas de desastres naturales (Van der Velden et al., 2007). Finalmente, un tercer beneficio es que las personas positivas cuidan mejor su salud física y

mental, por lo que es más probable que busquen información sobre posibles peligros, y cambien y modifiquen su comportamiento para evadirlos debido a que tienden a utilizar estrategias y abordar los problemas de forma activa (Scheier et al., 1994).

Por todo ello, hipotetizamos que durante el confinamiento prolongado:

H3: Las personas con mayor actitud positiva tienen un menor nivel de síntomas de salud mental.

Empero, aunque *autoeficacia* y *positivismo* son considerados constructos distintos, son componentes complementarios que se relacionan diferencialmente con resultados importantes de la vida, incluido el ajuste psicológico y el afrontamiento (Rand, 2018), de manera que pueden considerarse recursos internos que median en la recuperación emocional después de la exposición a desastres naturales como el caso de tornados (Benight et al., 1999).

En este sentido, Proctor et al. (2011), por ejemplo, observaron fuertes correlaciones significativas entre ambas variables, aunque dicha relación disminuía cuando se incluían otros predictores psicológicos en un modelo de regresión (Govindji & Linley, 2007). Weber et al. (2013), por su parte, encontraron asociaciones positivas entre la autoeficacia general con los rasgos de fortalezas, de manera que estas últimas explicaban el 46 % de la variación en la autoeficacia general y el 32 % de los puntajes de bienestar. Otros autores han encontrado relaciones de mediación entre ellas. Así, por ejemplo, Strobel et al. (2011) reportaron que la autoeficacia general mediaba las relaciones entre determinados rasgos de personalidad y el bienestar.

Sin embargo, actualmente, no está claro si la autoeficacia media la relación entre procesos de fortalezas más generales y el bienestar, ni si la promoción de la autoeficacia entre las personas promueve procesos de fortalezas ni tampoco como se relacionan estas variables ante procesos de aislamiento.

Por consiguiente, se predice que en los procesos de confinamiento:

H4: Las personas con una mayor combinación de fortalezas, autoeficacia y positivismo tendrán un menor nivel de síntomas psicopatológicos.

Además de la incidencia de estas variables psicológicas sobre la aparición de síntomas psicopatológicos en situaciones o eventos negativos inesperados, otros autores han señalado diferencias sociodemográficas entre grupos, tales como el género, la edad o el nivel educativo. Estas variables se han asociado de una u otra manera con la autoeficacia. Es el caso del estudio de Löve et al. (2012) llevado a cabo en Suecia donde encontraron niveles más altos de autoeficacia entre los hombres que entre las mujeres. También hay autores que han reportado que la autoeficacia disminuye con la edad, bien por una incidencia directa sobre la misma o bien por estar relacionada negativamente con procesos organizativos, sociales y fisiológicos antecedentes de la autoeficacia, tales como, por ejemplo, mayores padecimientos de salud física o cercanía del proceso de jubilación (Bonsaksen et al., 2019).

De todas maneras, algunos estudios sugieren la influencia combinada de estas variables entre sí sobre la autoeficacia. De este modo, por ejemplo, Leganger et al. (2000) en su estudio con una muestra noruega no encontraron efectos principales por género, pero sí que la autoeficacia era mayor entre hombres que entre las mujeres, en aquellos con el nivel educativo más bajo. Y, a su vez, una educación más baja se asoció también con una menor edad. Estos resultados proporcionan razones para explorar posibles interacciones entre las variables sociodemográficas, con miras a sus asociaciones con otras variables de naturaleza psicológica y su implicación sobre la salud mental. No obstante, dado que estos estudios se llevaron a cabo en situaciones no traumáticas y en países nórdicos con un alto nivel educativo y alto grado de igualdad de género, la realización de estudios en otros países y en otros eventos negativos sería bastante relevante y arrojaría nueva luz al fenómeno analizado.

En resumen, los hombres más jóvenes y con un nivel educativo más bajo parecen tener un mayor nivel de autoeficacia. Por consiguiente,

y considerando que esta variable psicológica es un atenuador de los síntomas negativos de salud mental, se hipotetiza que, en el caso de las personas en confinamiento prolongado por el COVID-19:

H5: Los hombres (a), más jóvenes (b) y con un nivel educativo más bajo (c) desarrollarán un mayor nivel de autoeficacia que impactará en un menor nivel de síntomas de salud mental.

Método

A fin de corroborar tales hipótesis de trabajo, se llevó a cabo un estudio transversal mediante el método de encuesta. Sin embargo, dado que la investigación se realizó durante el periodo de confinamiento y con el fin de recabar de manera más precisa los sentimientos y percepciones de los participantes, los cuestionarios fueron aplicados *online*, mediante la técnica de bola de nieve.

Participantes

El estudio se realizó con un muestreo no intencional utilizando distintas redes sociales profesionales, mediante la técnica de bola de nieve. Los criterios para participar en el estudio fueron tener una edad en un rango entre 18 y 65 años y residir en territorio español en el momento de la encuesta.

De esta manera, se recibieron un total de 1080 cuestionarios. De estos fueron rechazados 39 cuestionarios (3.6 %) sea por no cumplir algunos de los requisitos de participación (22), sea por estar incompletos (17). La muestra final estuvo, por tanto, conformada por 1041 personas en un rango de edad entre 18 y 65 años y promedio promedio de 40.09. De estas, hubo una mayor participación de mujeres (71.6 %) que de hombres (28.4 %) y la mayoría con estudios universitarios (66.9 %) frente a otros niveles educativos inferiores tales como secundarios (28.2 %), primarios (4.4 %) o sin estudios (0.5 %). En cualquier caso, el método de recolección de datos a través de encuesta *online* probablemente condicionó la sobrerrepresentación de personas con mayor

nivel educativo y mejor acceso a estas redes profesionales.

Aun así, nuestro estudio no buscaba la representatividad muestral de la población española, aunque debido al gran tamaño de la muestra los resultados obtenidos aseguraban valores de potencia muy altos. Además, existe mucha literatura sobre grandes tamaños de muestra desequilibradas y su baja incidencia sobre los resultados obtenidos (Alamolhoda et al., 2017), de manera que este hecho pudiera contribuir a obtener diferentes valores de potencia (error tipo II) con tamaños de submuestra grandes (superiores a 200 observaciones), lo cual no afectaría a la significancia general del estudio ni a las relaciones entre variables.

Instrumentos

Para la recogida de estos datos se elaboró una encuesta que contemplaba las siguientes variables:

Variables sociodemográficas: evaluada a través de cuatro preguntas (localidad, sexo, edad y nivel de estudios).

Fortalezas trascendentales: consta de un listado de las cinco fortalezas señaladas por Martínez-Martí (2006): apreciación de la belleza y la excelencia; gratitud; esperanza u optimismo; humor y espiritualidad. Las respuestas fueron recogidas de manera dicotómica donde la persona debía responder a la pregunta “¿cuáles de estas virtudes te han ayudado a superar o llevar mejor la situación de confinamiento?” (Sí = 1; No = 0).

Autoeficacia general: Para la evaluación de esta variable se empleó la adaptación española de la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer (1996). Este cuestionario consta de 10 ítems con respuestas en una escala tipo likert de cinco puntos (1 = *totalmente desacuerdo*; 5 = *totalmente de acuerdo*). Este test ha sido ampliamente utilizado en la literatura, y tiene muy buenas propiedades psicométricas (Sanjuán et al., 2000). Los resultados obtenidos dieron una

buena confiabilidad alpha del instrumento ($\alpha = 0.88$).

Positividad: consta de una sola pregunta la cual evaluaba la percepción en el continuo negativo-positivo hacia la situación de confinamiento en una escala de siete ítems (1 = “del confinamiento solo he sacado cosas negativas”; 4 = “he sacado cosas positivas y negativas”; 7 = “solo he sacado cosas positivas”).

Síntomas psicopatológicos: Para la evaluación de estos síntomas se utilizó la adaptación española del DASS (Daza et al., 2002) y, en concreto, los síntomas: depresión (“me sentí triste y deprimido.”); apatía (“no me pude entusiasmar por nada.”); falta de aire (“se me hizo difícil respirar.”); ansiedad (“sentí que estaba a punto de pánico.”) e irritabilidad (“sentí que estaba muy irritable.”). Los participantes debían responder si estaban padeciendo alguno de estos síntomas durante el confinamiento en una escala de 1 (*nada*) a 5 (*mucho*). Los resultados obtenidos dieron una buena confiabilidad alpha ($\alpha = 0.86$).

Procedimiento

El cuestionario anteriormente descrito fue consensado y aprobado por el Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes (GIPEC) del Colegio de Psicólogos. Una vez confeccionada la encuesta, y dado el estado de confinamiento general en que se encontraba todo el país, el cuestionario fue creado en la plataforma Google Form, enviándose el enlace del mismo mediante la técnica de bola de nieve a través de distintas redes sociales (correo electrónico, WhatsApp, Telegram, Twitter, LinkedIn).

Este método permitió recoger respuestas de personas de difícil acceso, dadas las circunstancias de confinamiento, solicitando a los contactos que mandaran el cuestionario atendiendo a características de heterogeneidad (familia, amigos, compañeros de trabajo, etc.).

La encuesta empezaba con una breve descripción de los objetivos del estudio e instrucciones para su cumplimentación, garantizando la confidencialidad de los datos

obtenidos y el uso exclusivo para los fines de investigación descritos. Se facilitaba además el nombre y correo electrónico del investigador principal para resolver dudas o preguntas, así como la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento. Finalmente, se solicitaba el consentimiento informado para poder continuar. Los datos fueron recogidos entre el 11 y el 25 de abril, es decir, durante el periodo de confinamiento total de la población, y posteriormente analizados con el programa estadístico SPSS© versión 16.

Resultados

Tras el análisis de los datos obtenidos, los primeros resultados descriptivos y de correlación obtenidos indicaron buenas relaciones entre las variables del estudio (Tabla 1).

Tabla 1

Media (M), desviación típica (SD) y correlaciones de las variables del estudio

Variable	M	DE	1	2	3	4	5	6
1. Autoeficacia	3.84	0.61						
2. Síntomas psic.	2.34	1.07	-0.38**					
3. Fortalezas	3.78	1.18	0.24**	-0.2**				
4. Positividad	4.27	1.09	0.35**	-0.47**	0.27**			
5. Género (mujer = 1)	1.29	0.45	0.04	-0.19**	-0.07*	0.01		
6. Edad (años)	40.18	13.09	0.06	-0.3**	0.12**	0.15**	0.04	
7. Estudios (univ = 4)	3.6	0.6	0.17**	-0.11**	-0.07*	0.09**	0.01	-0.45

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

De los resultados de la Tabla 1 se observaron altos valores promedio en las tres variables psicológicas de estudio (en una escala de 1 a 5) y, especialmente, en el caso de positividad. También se pudieron apreciar las intercorrelaciones entre estas tres variables, todas positivas y con significación estadística. Así, en concreto, se puede observar en las relaciones entre la autoeficacia y el número de fortalezas trascendentales ($r_{xy} = 0.24$ $p < 0.01$) que la persona posee, o esta última y el grado de positividad ($r_{xy} = 0.27$ $p < 0.01$). En cuanto a qué fortalezas trascendentales han ayudado más a hacer frente a la situación de confinamiento, obtuvieron mayores respuestas el humor (90.5 %) junto a la esperanza (85.5 %) y la gratitud (81.67 %), siendo la menos elegida la espiritualidad a la que ha recurrido poco más

la mitad de la muestra (51.17 %). También es interesante resaltar como las tres variables psicológicas del estudio (fortalezas, autoeficacia y positividad) correlacionaron negativamente y de manera significativa con la aparición de síntomas psicopatológicos, tanto a nivel general como con cada uno de los cinco síntomas incluidos en el estudio (apatía, falta de aire, irritabilidad, ansiedad y depresión).

Igualmente, se aprecian correlaciones significativas entre el número de fortalezas y los síntomas psicopatológicos desarrollados durante la pandemia y de aquellos con las variables sociodemográficas estudiadas. En concreto, se pueden observar de los datos de la Tabla 1, las diferencias por edad en las correlaciones con las variables de estudio, de manera que las personas mayores utilizaron un mayor número de fortalezas trascendentales ($r_{xy} = -0.12$ $p < 0.01$) que les hizo tener menores niveles de problemas de salud mental ($r_{xy} = -0.3$ $p < 0.01$).

También se hallaron diferencias por género, de manera que las mujeres, aunque utilizaron un mayor número de fortalezas trascendentales ($r_{xy} = -0.07$ $p < 0.05$), presentaron más síntomas ($r_{xy} = -0.19$ $p < 0.01$) durante el confinamiento que los hombres. De hecho, realizando una comparación de medias mediante el test de Welch, se pudo comprobar como las mujeres autoevaluaron una mayor presencia de trastornos psicológicos que los hombres ($t(6) = 6.43$; $p < 0$). Caso diferente presentó la percepción de la autoeficacia, la cual no correlacionó significativamente con ninguna de las variables sociodemográficas del estudio a excepción del nivel educativo, en el que las personas con estudios universitarios tenían una mayor autopercepción ($r_{xy} = 0.17$ $p < 0.01$). Analizando las variables de estudio mediante un análisis de regresión jerárquico (Tabla 2), se observa la asociación de las diferentes variables con los síntomas psicopatológicos.

Tabla 2

Análisis de regresión de variables y su asociación con síntomas

Modelo	Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		t
		β	Error	β	β	
1	(Constante)	4.324	0.117			36.876**
	Positividad	-0.464	0.027	-0.475		-17.371**
2	(Constante)	5.659	0.186			30.362**
	Positividad	-0.377	0.027	-0.386		-13.731**
3	Autoeficacia	-0.444	0.049	-0.253		-9.005**
	(Constante)	6.255	0.192			32.603**
	Positividad	-0.344	0.027	-0.353		-12.876**
4	Autoeficacia	-0.441	0.048	-0.251		-9.267**
	Edad	-0.019	0.002	-0.228		-8.884**
	(Constante)	6.713	0.199			33.789**
	Positividad	-0.347	0.026	-0.356		-13.277**
	Autoeficacia	-0.425	0.047	-0.242		-9.124**
5	Edad	-0.018	0.002	-0.221		-8.806**
	Sexo	-0.413	0.059	-0.174		-6.99**
	(Constante)	6.98	0.24			29.079**
	Positividad	-0.345	0.026	-0.353		-13.185**
	Autoeficacia	-0.411	0.047	-0.234		-8.731**
6	Edad	-0.018	0.002	-0.224		-8.909**
	Sexo	-0.413	0.059	-0.174		-7.004**
	Nivel de estudio	-0.09	0.045	-0.05		-1.976*

Variable dependiente: Síntomas psicopatológicos * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$.

Del análisis de la Tabla 2 se puede apreciar como todos los modelos tenían muy buenos niveles de significación ($p < 0$), siendo las variables psicológicas (especialmente la positividad) las que tienen un mayor peso predictivo que las sociodemográficas (edad, sexo y nivel de estudios en ese orden), en los síntomas de salud mental reportados. De esta forma, la combinación de variables psicológicas (positividad x autoeficacia) englobadas en el modelo 2 se relacionaron negativamente con estos síntomas, explicando el 53 % de la varianza ($R = 0.531$; $R^2 = 0.282$; $\Delta R^2 = 0.28$), siendo el valor predictivo solo de la variable positividad recogido en el modelo 1 bastante mayor ($R = 0.475$; $R^2 = 0.226$; $\Delta R^2 = 0.225$). El efecto principal de las variables positividad y autoeficacia estaría comprobado, mostrando que, a niveles más altos de estas, se informaron niveles más bajos de síntomas. Quedaría, por tanto, confirmada nuestra hipótesis 1 (aunque en conjunción con la variable positividad) y la hipótesis 3.

En cuanto a las variables demográficas, estas también tuvieron un efecto predictivo sobre los síntomas reportados por las personas participantes durante el confinamiento. Sin embargo, este efecto era mucho mayor en

combinación con las variables psicológicas anteriormente descritas, como ha sido el caso de los más jóvenes en el modelo 3 ($R = 0.577$; $R^2 = 0.333$; $\Delta R^2 = 0.331$) y las mujeres en el modelo 4 ($R = 0.602$; $R^2 = 0.362$; $\Delta R^2 = 0.36$), en combinación con las otras variables. De todas estas, un nivel educativo más bajo será la variable que represente un menor valor predictivo de manera significativa ($\beta = -0.09$ $p < 0.05$). Quedaría por tanto confirmada nuestra hipótesis 5.

Con respecto a nuestra hipótesis 4, esta se ha confirmado aunque parcialmente ya que el coeficiente de determinación del modelo 5 de regresión, constituido por las variables positividad, autoeficacia, edad, sexo y nivel educativo, ha explicado el 60.4 % de la varianza ($R = 0.604$) de los síntomas de salud mental reportados por la muestra española del estudio, durante el confinamiento por COVID-19. En todos los modelos de regresión, sin embargo, la variable de rasgo fortalezas trascendentales quedó excluida con niveles de significación bajos no siendo, por tanto, un predictor significativo en la disminución de síntomas de salud mental reportados.

Aun así, se cree que el modelo 5 es un buen predictor de la aparición e intensidad de los síntomas durante el confinamiento en la muestra de estudio, y que incluso se podría aplicar también a población general, por los buenos valores predictivos hallados ($R^2 = 0.365$; $\Delta R^2 = 0.362$) con valores R^2 superiores por tanto a 0.26, y que indicarían un efecto sobre la población general teórica (Cohen, 1988).

Discusión

Los seres humanos se adaptan y reinterpretan las situaciones difíciles y traumáticas que conllevan una ruptura con la rutina, para lo que utilizan características personales y psicológicas para afrontarlas. Implícita en estos resultados, se encuentra la idea central de la escuela de la psicología positiva, es decir, que el ser humano

cuenta con la capacidad de afrontar experiencias traumáticas y extraer beneficios de las mismas.

Una de las principales conclusiones ha sido la importancia de los procesos actitudinales positivos sobre los negativos durante la situación de aislamiento, y el papel importante que esta visión positiva tiene como inhibidor o amortiguador en la aparición de síntomas de salud mental. Estos resultados coinciden con los enunciados teóricos de Chen y Bonanno (2020) para esta pandemia del coronavirus, así como investigaciones en otros entornos de aislamiento (Suedfeld et al., 2015; Suedfeld & Steel, 2000), en las que encontraron el papel predominante de la visión positiva como estrategia de afrontamiento de periodos de confinamiento prolongado y su repercusión en una mejor salud mental.

Esta actitud positiva es mucho más eficaz como forma de afrontamiento con la expectativa de autoeficacia. Una característica a nivel cognitivo que puede desarrollarse es la percepción de autoeficacia que tienen las personas. De los datos obtenidos, se pueden comprobar los beneficios de contar con altos niveles de autoeficacia para sufrir menos sintomatología de salud mental. Estos resultados estarían en consonancia con los hallados por otros autores (Guerra et al., 2017) los cuales constataron que, en jóvenes, la autoeficacia mediaba la relación entre el apoyo social y la sintomatología de estrés postraumático producida por polivictimización durante la infancia. En este sentido, el desarrollo y entrenamiento sobre la población general en dichas variables cognitivas (positivismo y autoeficacia) será de gran utilidad ante futuros confinamientos u otros acontecimientos traumáticos de diversa índole.

También se pudo comprobar que, aunque esta visión positiva de los acontecimientos y de lo que uno es capaz de obtener a nivel humano de ellos, correlacionó con las fortalezas trascendentales que se usan para enfrentarse a los estresores y consecuencias negativas (síntomas). Sin embargo, estos rasgos personales no son un componente predictor significativo quedando excluido de nuestro modelo de regresión.

Aun así, sí se pudo observar la importancia diferencial de algunas variables sociodemográficas. En este sentido, las mujeres, y sobre todo los más jóvenes, son más susceptibles a presentar mayor sintomatología. Obviamente, los resultados sobre estas variables sociodemográficas habrá que tomarlos con precaución, dado el desbalance en algunas de ellas (sexo y nivel educativo). Aun así, los tamaños de las submuestras son grandes, lo cual no invalidaría la significancia general del estudio ni a las relaciones entre variables (Alamolhoda et al., 2017).

Los resultados del modelo de regresión múltiple desarrollado, especialmente el número 5, permiten predecir la gravedad que percibirá el sujeto en los síntomas experimentados, conociendo las variables predictoras tanto psicológicas (positividad y autoeficacia) como personales (edad, sexo y nivel educativo) con un mínimo margen de error. Este modelo será de gran utilidad, por tanto, para seleccionar a los sujetos para programas de prevención.

Con respecto a las fortalezas, no se pudo comprobar que un mayor número de ellas conseguían amortiguar la aparición de síntomas patológicos. Aun así, de las cinco fortalezas estudiadas, sí se corroboró que un alto porcentaje de participantes manifestaron usar el humor para hacer frente a la situación estresante del confinamiento. Esto estaría en consonancia con los resultados encontrados por Suedfeld et al. (2015) que reportaron que, en otras situaciones de aislamiento, como es el caso de los astronautas, estos utilizaban de forma frecuente el humor positivo en sus periodos de estancia en el espacio, por lo que sugerían el uso por parte de las agencias espaciales terrestres de bromas y reformulación de los estresores de manera humorística para ayudar a aliviar el estrés.

Como conclusión general del estudio y en referencia al confinamiento por COVID-19, se puede afirmar que poseer una buena actitud de positividad, así como de autoeficacia para enfrentarse a las situaciones traumáticas, han sido algunas de las estrategias empleadas por la población general. Estos resultados del presente estudio estarían en consonancia con

los encontrados por Plomecka et al. (2020) sobre una muestra de más 12 000 personas en 12 países. Estos autores encontraron que variables psicológicas tales como la positividad junto con otras sociodemográficas predecían menores síntomas psicológicos en las personas confinadas por COVID-19. Estos componentes formarían un “sistema inmunológico psicológico” como defensa ante los estresores de estas situaciones adversas. Esta afirmación tiene un valor añadido: la posibilidad de elaborar programas de prevención desde la psicología con programas enfocados a desarrollar la autoeficacia y modificar las características personales hacia actitudes positivas. Fernández-Millán (2013) alude a que sobrevivir a una catástrofe es cuestión de actitud y plantea la importancia de los simulacros junto con la formación como una forma de desarrollar la autoestima y el autoconocimiento de los propios límites, las debilidades y las fortalezas, mejorando la respuesta emocional de aquellos que sobreviven.

Aun así, el estudio presenta algunas limitaciones que se deben tener en cuenta. De una parte, la muestra no refleja una representatividad de la población total española, aunque dado el gran número de casos recogidos en este estudio, la variabilidad con respecto a la población teórica sería muy pequeña. Por otra parte, es conveniente la realización de nuevos estudios en otras muestras más amplias y en países distintos acerca de estos factores y considerar otros aspectos culturales para precisar los procesos de evaluación y estrategias de intervención preventivas.

Referencias

- Alamolhoda, M., Ayatollahi, S. M. T., & Bagheri, Z. (2017). A comparative study of the impacts of unbalanced sample sizes on the four synthesized methods of meta-analytic structural equation modeling. *BMC Research Notes*, *10*, 446. <https://doi.org/10.1186/s13104-017-2768-5>
- Armaş, I., Cretu, R. Z., & Ionescu, R. (2017). Self-efficacy, stress, and locus of

- control: The psychology of earthquake risk perception in Bucharest, Romania. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 22, 71-76. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2017.02.018>
- Baessler, J., & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia. Adaptación española de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=186652>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Benight, C. C., Ironson, G., Klebe, K., Carver, C. S., Wynings, C., Burnett, K., Greenwood, G. D., Baum, A., & Schneiderman, N. (1999). Conservation of resources and coping self-efficacy predicting distress following a natural disaster: A causal model analysis where the environment meets the mind. *Anxiety, Stress, and Coping*, 12(2), 107-126. <https://doi.org/10.1080/10615809908248325>
- Bonsaksen, T., Lerdal, A., Heir, T., Ekeberg, Ø., Skogstad, L., Grimholt, T. K., & Schou-Bredal, I. (2019). General self-efficacy in the Norwegian population: Differences and similarities between sociodemographic groups. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(7), 695-704. <https://doi.org/10.1177/1403494818756701>
- 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, 912-920. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8)
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological character strengths under COVID-19 lockdown impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, 112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 879-889. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006>
- Chen, S., & Bonanno, G. A. (2020). Psychological adjustment during the global outbreak of COVID-19: A resilience perspective. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S51-S54. <https://doi.org/10.1037/tra0000685>
- Cellini, N., Canale, N., Mioni, G., & Costa, S. (2020). Changes in sleep pattern, sense of time, and digital media use during COVID-19 lockdown in Italy. *Journal of Sleep Research*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/284mr>
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(3), 195-205. <https://doi.org/10.1023/A:1016014818163>
- Duan, W., & Guo, P. (2015). Association between virtues and posttraumatic growth: Preliminary evidence from a Chinese community sample after earthquakes. *Peer J. Life & Environment*, 3, e883. <https://doi.org/10.7717/peerj.883>
- Endler, N. S., Speer, R. L., Johnson, J. M., & Flett, G. L. (2001). General self-efficacy and control in relation to anxiety and cognitive performance. *Current Psychology*, 20, 36-52. <https://doi.org/10.1007/s12144-001-1002-7>
- Fernández-Millán, J. M. (2013). *Gestión e intervención psicológica en emergencias y catástrofes*. Pirámide.
- Govindji, R., & Linley, P. A. (2007). Strengths use, self-concordance and well-being: implications for strengths coaching and coaching psychologists. *International Coaching Psychology Review*, 2(2), 143-153. <https://doi.org/10.1037/t01038-000>
- Guerra, C., Inostroza, R., Villega, J., Villalobos, L., & Pinto-Cortez, C. (2017). Polivictimización y sintomatología postraumática: el rol del apoyo social y

- la autoeficacia. *Revista de Psicología*, 26(2), 1-10. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2017.47951>
- Harrison, A. A., & Summit, J. (1991). How “third force” psychology might view humans in space. *Space Power*, 10(2), 185-203. <https://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=5595132>
- Hart, S. L., Vella, L., & Mohr, D. C. (2008). Relationships among depressive symptoms, benefit-finding, optimism, and positive affect in multiple sclerosis patients after psychotherapy for depression. *Health Psychology*, 27(2), 230-238. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.2.230>
- Hendriks, T., Graafsma, T., Hassankhan, A., Bohlmeijer, E., & de Jong, J. (2018). Strengths and virtues and the development of resilience: A qualitative study in Suriname during a time of economic crisis. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(2), 180-188. <https://doi.org/10.1177/0020764017749624>
- Hyland, P., Shevlin, M., McBride, O., Murphy, J., Karatzias, T., Bentall, R. P., & Vallières, F. (2020). Anxiety and depression in the Republic of Ireland during the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(3). <https://doi.org/10.1111/acps.13219>
- Lamade, R. V., Jayawickreme, E., Blackie, L. E. R., & McGrath, R. E. (2019). Are sequential sample designs useful for examining post-traumatic changes in character strengths? *Journal of Positive Psychology*, 15, 292-299. <https://doi.org/10.1080/17439760.2019.1610481>
- Leganger, A., Kraft, P. & Roysamb, E. (2000). Perceived self-efficacy in health behaviour research: conceptualisation, measurement and correlates. *Psychology & Health*, 15(1), 51-69. <https://doi.org/10.1080/08870440008400288>
- Löve, J., Moore, C. D., & Hensing, G. (2012). Validation of the Swedish translation of the General Self-Efficacy Scale. *Quality of Life Research*, 21(7), 1249-1253. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-0030-5>
- Luszczynska, A., Durawa, A. B., Dudzinska, M., Kwiatkowska, M., Knysz, B., & Knoll, N. (2012). The effects of mortality reminders on posttraumatic growth and finding benefits among patients with life-threatening illness and their caregivers. *Psychology & Health*, 27, 1227-1243. <https://doi.org/10.1080/08870446.2012.665055>
- Marcionetti, J., & Rossier, J. (2016). Global life satisfaction in adolescence: The role of personality traits, self-esteem, and self-efficacy. *Journal of Individual Differences*, 37(3), 135-144. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000198>
- Martínez-Martí, M. L. (2006). El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la psicología positiva. *Clínica y Salud*, 17(3), 245-258. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/b83aac23b9528732c23cc7352950e880>
- Martínez-Martí, M. L., & Ruch, W. (2017). Character strengths predict resilience over and above positive affect, self-efficacy, optimism, social support, self-esteem, and life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 12, 110-119. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1163403>
- Mocellin, J. S. P., & Suedfeld, P. (1991). Voices from the ice: Diaries of polar explorers. *Environment and Behavior*, 23, 704-722. <https://doi.org/10.1177/0013916591236004>
- Moghanibashi-Mansourieh, A. (2020). Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102076. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102076>
- Niemiec, R. M. (2019). Six functions of character strengths for thriving at times of adversity and opportunity: A theoretical perspective. *Applied Research in Quality of Life*, 15, 551-572. <https://doi.org/10.1007/s11482-018-9692-2>
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. American Psychological Association.
- Plomecka, M. B., Gobbi, S., Neckels, R., Radziński, P., Skórko, B., Lazzeri, S.,

- Almazidou, K., Dedić, A., Bakalović, A., Hrustić, L., Ashraf, Z., Es hagh, S., Rodríguez-Pino, L., Waller, V., Jabeen, A., Alp, A. B., Behnam, M. A., Shibli, D., Barańczuk-Turska, Z., ... Jawaid, A. (2020). Mental Health Impact of COVID-19: A global study of risk and resilience factors. *BMJ Yale*. <https://doi.org/10.1101/2020.05.05.20092023>
- Proctor, C., Maltby, J., & Linley, P. A. (2011). Strengths use as a predictor of well-being and health-related quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 12, 153-169. <https://doi.org/10.1007/s10902-009-9181-2>
- Rand, K. L. (2018). Hope, self-efficacy, and optimism: Conceptual and empirical differences. En M. W. Gallagher & S. J. López (Eds.), *The Oxford handbook of hope* (pp. 45-58). Oxford University Press.
- Rehman, U., Shah Nawaz, M. G., Khan, N. H., Korsi, D., Kharshing, K. D., Khursheed, M., Gupta, K., Kashyap, D., & Uniyal, R. (2020). Depression, anxiety and stress among Indians in times of COVID-19 lockdown. *Community Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00664-x>
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Global Health*, 16(57). <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Sanjuán, P., Pérez, A. M., & Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(Supl. 2), 509-513. <http://www.psicothema.com/english/psicothema.asp?id=615>
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.219>
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.6.1063>
- Shevlin, M., Nolan, E., Owczarek, M., McBride, O., Murphy, J., Gibson Miller, J., Hartman, T. K., Levita, L., Mason, L., Martinez, A. P., McKay, R., Stocks, T. V. A., Bennett, K. M., Hyland, P., & Bentall, R. P. (2020). COVID-19-related anxiety predicts somatic symptoms in the UK population. *British Journal of Health Psychology*, 1-8. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12430>
- Shoshani, A., & Slone, M. (2016). The resilience function of character strengths in the face of war and protracted conflict. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.02006>
- Strobel, M., Tumasjan, A., & Spörrle, M. (2011). Be yourself, believe in yourself, and be happy: Self-efficacy as a mediator between personality factors and subjective well-being. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 43-48. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2010.00826.x>
- Suedfeld, P. (2018). Antarctica and space as psychosocial analogues. *Reviews in Human Space Exploration*, 9(12), 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.reach.2018.11.001>
- Suedfeld, P., Brcic, J., Johnson, P., & Gushin, V. (2015). Coping strategies during and after spaceflight: data from retired cosmonauts. *Acta Astronauta*, 110, 43-49. <https://doi.org/10.1016/j.actaastro.2014.12.011>
- Suedfeld, P., & Steel, G. D. (2000). The environmental psychology of capsule habitats. *Annual Review of Psychology*, 51, 227-253. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.227>
- Tejedor, E. M., & Mangas, S. L. (2016). La autoeficacia y la autorregulación como variables moderadoras del estrés laboral en docentes de educación primaria. *Universitas Psychologica*, 15(1),

- 205-218. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-1.aavm>
- Thormar, S. B., Sijbrandij, M., Gersons, B. P., Van de Schoot, R., Juen, B., Karlsson, T., & Olf, M. (2016). PTSD symptom trajectories in disaster volunteers: The role of self-efficacy, social acknowledgement, and tasks carried out. *Journal of Traumatic Stress, 29*(1), 17-25. <https://doi.org/10.1002/jts.22073>
- Van der Velden, P. G., Kleber, R. J., Fournier, M., Grievink, L., Drogendijk, A., & Gersons, B. P. (2007). The association between dispositional optimism and mental health problems among disaster victims and a comparison group: A prospective study. *Journal of Affective Disorders, 102*(1-3), 35-45. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.12.004>
- Vera-Villaroel, P. (2020). Psicología y COVID-19. Un análisis desde los procesos psicológicos básicos. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology, 14*(1), 10-18. <https://doi.org/10.7714/CNP S/14.1.201>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Weber, M., Ruch, W., Littman-Ovadia, H., Lavy, S., & Gai, O. (2013). Relationships among higher-order strengths factors, subjective well-being, and general self-efficacy - The case of Israeli adolescents. *Personality and Individual Differences, 55*, 322-327. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.03.006>

Notas

- * Artículo de investigación.