

# ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y TEPT DURANTE EL CONFINAMIENTO: UN ESTUDIO LONGITUDINAL

## *Anxiety, depression, and PTSD during lockdown: A longitudinal study*

José Luis Vicente Escudero\*

Universidad de Murcia, Facultad de Psicología, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico - Murcia, España  
<https://orcid.org/0000-0003-0579-8528>

Andrea Melchor\*\*

Universidad de Murcia, Facultad de Psicología, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico - Murcia, España  
<https://orcid.org/0000-0001-7161-696X>

Fecha de recepción: 12 de julio 2022

Fecha de aceptación: 23 de agosto 2022

Fecha de publicación: 26 de setiembre de 2022

### Resumen

*Introducción: El período de confinamiento ha traído consecuencias psicológicas negativas en todo el mundo. Especialmente, se han visto agravados los problemas de ansiedad, depresión y estrés. Objetivo: Este estudio analiza la evolución y la relación de la ansiedad, depresión y TEPT al comienzo y final del confinamiento, y al inicio de la denominada “nueva normalidad” en España. Método: El presente estudio evaluó una muestra de 67 adultos de población general entre 18-56 años de la Región de Murcia, España, empleando el cuestionario STAI para ansiedad, BDI-II para depresión y EGS-R para TEPT. La muestra se recogió longitudinalmente entre los días 20 y 22 de marzo de 2020 (T1), 11 y 18 de mayo de 2020 (T2), y 1 y 9 de septiembre de 2020 (T3). Resultados: Se observó que los niveles elevados de depresión fueron un factor de riesgo para aumentar la sintomatología TEPT durante el confinamiento. Las prevalencias oscilaron, a lo largo de las tres mediciones, entre el 10.5% - 27.3% para la ansiedad estado, entre el 22.4% - 28.3% para la depresión y entre el 18.4% - 21.2% para el TEPT. Además, el TEPT, la ansiedad y la depresión, decrecieron a lo largo del tiempo de confinamiento, sin embargo, el análisis de clúster mostró que un grupo de sujetos aumentó sus niveles de TEPT a lo largo del confinamiento. Conclusiones: La población general ha visto significativamente afectada su salud mental durante la pandemia, lo que refleja una necesidad de apoyo psicológico adecuado para solventar estos problemas.*

**Palabras clave:** ansiedad; depresión; TEPT; confinamiento

### Abstract

*Background: The period of lockdown has brought negative psychological consequences worldwide. In particular, problems of anxiety, depression and stress have been exacerbated. Aim: This research analyses the evolution and relationship of anxiety, depression and PTSD at the beginning and end of lockdown and at the beginning of the so-called “new normality” in Spain. Method: The present research assessed a sample of 67 adults from the general population aged 18-56 years from the Region of Murcia, Spain, using the STAI questionnaire for anxiety, BDI-II for depression and EGS-R for PTSD. The sample was collected longitudinally between 20th and 22th March 2020 (T1), 11th and 18th May 2020 (T2), and 1st and 9th September 2020 (T3). Results: Elevated levels of depression were found to be a risk factor for increased PTSD symptomatology during lockdown. Prevalences ranged across the three measures from 10.5% - 27.3% for state anxiety, 22.4% - 28.3% for depression and 18.4% - 21.2% for PTSD. In addition, PTSD, anxiety and depression decreased over the time of lockdown; however, cluster analysis showed that one group of subjects increased their levels of PTSD over the time of lockdown. Conclusions: The general population has been significantly affected in their mental health during the pandemic, reflecting a need for adequate psychological support to address these problems.*

**Keywords:** anxiety; depression; PTSD; lockdown



Este es un artículo Open Access publicado bajo la licencia Creative Commons Atribución 4.0 International. (CC-BY 4.0)

\* Psicólogo. [joseluis.vicente@um.es](mailto:joseluis.vicente@um.es)

\*\* Psicóloga.

## INTRODUCCIÓN

La pandemia provocada por la COVID-19 forzó al Gobierno Español a proclamar un estado de alarma el 14 de marzo de 2020, con el objetivo de frenar la propagación del virus y disminuir el estado de emergencia en el que se encontraba la sanidad pública (Boletín Oficial del Estado, 2020). El Gobierno instauró un confinamiento que comenzó el mismo día del estado de alarma hasta el 3 de mayo de 2020, el cual fue de cumplimiento obligado en todo el territorio nacional. Tras ello, comenzó un periodo denominado “Nueva normalidad” en el que se estableció una serie de medidas relacionadas con la restricción a la movilidad, toque de queda, distanciamiento social, obligatoriedad del uso de mascarillas, etc. Sin embargo, lo que fue una medida beneficiosa para disminuir la propagación de la enfermedad, ha provocado efectos negativos en la sociedad a nivel económico, social y psicológico (Liu et al., 2020; Brooks et al., 2020).

Las investigaciones con población general adulta, llevadas a cabo en los primeros momentos de la pandemia en China, mostraron consecuencias emocionales en población con sintomatología de ansiedad, depresión y estrés. En Wuhan, Gao et al. (2020) mostraron prevalencias elevadas de depresión (48,3%), ansiedad (22,6%) y combinación de depresión y ansiedad (19,4%). Otro estudio encuestó a 1 210 sujetos de población general y observaron que, al menos, un tercio de los encuestados presentó niveles moderados o graves de estrés, depresión y ansiedad (Wang et al., 2020).

En España, Ozamiz-Etxebarria et al. (2020), durante los primeros días de la pandemia, sin la existencia de confinamiento, observaron que los niveles de estrés (8,1%), depresión (16,5%) y ansiedad (28,8%) fueron moderados, aunque menores en comparación con China (Wang et al., 2020). En Italia (Mazza et al. (2020), observaron elevados niveles de depresión (67.3% moderada; 17% severa), ansiedad (81.3% moderada; 7.2% severa) y estrés (72.8% moderada; 14.6% severa), estos niveles, durante el confinamiento, fueron superiores en comparación con España. En Reino Unido, Pierce et al. (2020), observaron el impacto de la pandemia en la salud mental antes y durante el cierre. La prevalencia poblacional de niveles clínicamente significativos de angustia

mental aumentó del 18.9% (IC del 95%: 17.8%-20%) en 2018/19 al 27.3% (IC del 95%: 26.3%-28.2%) en abril de 2020, un mes después del cierre.

Entre los factores de riesgo de padecer problemas de salud mental durante el confinamiento, algunos estudios han encontrado que: el sexo femenino, ser joven en comparación con ser adulto, ser estudiante, presentó un mayor afecto negativo, mayor miedo a la infección por COVID-19, un mayor historial de situaciones estresantes y problemas médicos mentales o físicos, ideación suicida, una situación socioeconómica adversa y tener un familiar o amigo cercano infectado o que padece una enfermedad o lesión potencialmente mortal, entre otros, se han asociado a mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés (Ahmed et al., 2020; Bryan et al., 2020; Ho et al., 2020; Huang y Zhao, 2020; Kwong et al., 2021; Li et al., 2020; Moghanibashi-Mansourieh, 2020; Niedzwiedz et al., 2021; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Qiu et al., 2020; Wang et al., 2020).

Por otro lado, algunos estudios señalan que un mayor nivel de confianza en los médicos para detectar la COVID-19, una mayor percepción de la probabilidad de supervivencia y menor riesgo de contagio, así como realizar medidas de precaución personales, como no compartir material y el lavado de manos, se han mostrado como factores protectores frente a los problemas de salud mental durante la pandemia (Wang et al., 2020).

Investigaciones longitudinales, antes y después del confinamiento, han mostrado resultados que sostienen el efecto negativo de la pandemia sobre la salud mental (Li et al., 2020; Niedzwiedz et al., 2021; Salari et al., 2020; Shanaham et al., 2020; Zimmermann et al., 2021). Zimmermann et al. (2021) examinaron en estudiantes universitarios el curso y la gravedad de los síntomas de ansiedad y depresión durante el año académico 2019-2020, antes y después de la pandemia. Observaron que la angustia, en el momento del confinamiento, fue superior al resto del año académico y una cuarta parte de los estudiantes manifestó ideación suicida y pensamientos de autolesión, y de estos, una cuarta parte no buscó ayuda de profesionales. Shanaham et al. (2020), en una muestra de participantes de 22 años, encontraron mayores niveles de estrés percibido

y de ira durante el confinamiento, en comparación con momentos previos. Además, encontraron que un mayor estrés percibido, durante el brote, tuvo como predictores antecedentes de estrés previo, eventos vitales estresantes, victimización por acoso escolar y baja salud autocalificada. Las estrategias de afrontamiento, que se asociaron con una menor angustia, incluyen el mantenimiento de una rutina diaria, la actividad física y la reevaluación/encuadre positivo. Diversas investigaciones encuentran que la salud de los jóvenes se vio significativamente afectada en la pandemia, por lo que sostienen la necesidad de un apoyo psicológico adecuado (Fu et al., 2021; Li et al., 2021; Sultana et al., 2021; Tang et al., 2021).

Estudios longitudinales actuales encuentran que la preocupación por la salud incrementa el riesgo de depresión; y la incertidumbre, el cambio repentino de la vida cotidiana, así como la preocupación por la salud, incrementan los niveles de ansiedad (Kwong et al., 2021).

Actualmente, se han mostrado como factores protectores frente a la aparición de psicopatología en adultos: recibir información sanitaria precisa, específica y actualizada, aquellos que se encontraban insatisfechos con la información veraz de la que disponían, tenían más riesgo a padecer ansiedad ( $B=2,07$ ) y depresión ( $B=0,43$ ) (Lei et al., 2020; Wang et al., 2020). La disponibilidad de recursos médicos, la eficiencia del sistema de salud pública y las medidas de prevención adoptadas por el Estado también se han mostrado como factores protectores (Qiu et al., 2020).

Dado que existen factores de riesgo, que podrían haber agravado los problemas de salud mental durante el confinamiento, tales como los eventos estresantes previos, la ansiedad o la depresión, pero son escasos los estudios que analizan la interacción y evolución de variables ansioso/depresivas durante este período. Este estudio tuvo por objetivo analizar la evolución y la relación de la ansiedad, depresión y Trastorno de estrés postraumático (TEPT) al comienzo y final del confinamiento y al inicio de la denominada “nueva normalidad” en España.

## MÉTODO

### Participantes

La recogida de muestra se llevó a cabo, de forma incidental, mediante redes sociales, siguiendo un diseño longitudinal con tres momentos temporales, entre los meses de marzo y septiembre de 2020.

Se seleccionó una muestra de  $n = 67$  participantes (68.7% mujeres) pertenecientes a la población general, con edades comprendidas entre 18 y 56 años. La media ( $M$ ) y desviación típica ( $DT$ ) de las edades varió en los diferentes momentos temporales ( $T_1 M = 26.67 DT = 11.669$ ;  $T_2 M = 29.85 DT = 11.594$ ;  $T_3 M = 30.22 DT = 11.492$ ).

No hubo muerte experimental durante los distintos momentos temporales. Toda la muestra fue recogida en la Región de Murcia, España.

Como criterio de inclusión, se exigió haber realizado correctamente el confinamiento domiciliario. Se excluyeron a los participantes menores de 18 años y a los sujetos que habían sido diagnosticados con COVID-19.

### Instrumentos

Se valoró la ansiedad, la depresión y el TEPT de los participantes empleando los siguientes cuestionarios:

*STAI. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo.* (Spielberger et al., 2011). Es un instrumento de autoinforme de 40 ítems en una escala de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (0 = nada/casi nunca; 1 = algo/a veces; 2 = bastante/a menudo; 3 = mucho/casi siempre). 20 ítems corresponden a ansiedad como estado emocional transitorio, sobre sentimientos subjetivos de tensión, aprensión y nerviosismo. Los otros 20 ítems corresponden a la ansiedad como rasgo relativamente estable a propensión ansiosa por parte del sujeto. La fiabilidad de este cuestionario en la población general española es elevada ( $\alpha = .93$ ). Algunas investigaciones con población española sugieren que un adecuado punto de corte para considerar ansiedad significativa en este cuestionario es el percentil 75. Para esta investigación, se midió la ansiedad estado en los tres momentos temporales, sin embargo, la ansiedad rasgo solo se evaluó en la

primera medición, ya que esta es considerada como un rasgo relativamente estable de los sujetos. Tanto las puntuaciones de ansiedad rasgo, como las puntuaciones de ansiedad estado oscilan entre 0 y 60.

*BDI-II. Inventario de Depresión de Beck.* (Beck et al., 1996), en su versión española (Sanz et al., 2003). Es un instrumento de autoinforme de 21 ítems en una escala de tipo Likert con tres opciones de respuesta. Este cuestionario evalúa la sintomatología depresiva y da gran importancia a los componentes cognitivos, conductuales y somáticos de la depresión. Este cuestionario presenta una elevada fiabilidad cuando se aplica en población general española ( $\alpha = .86$ ). Las puntuaciones del cuestionario oscilan entre 0 y 63 y se han establecido puntos de corte para población adulta española en función de la magnitud de las puntuaciones de los sujetos, siendo 0-13 indicativo de sintomatología mínima, 14-19 sintomatología leve, 20-28 sintomatología moderada, y  $>29$  sintomatología grave (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014).

*EGS-R. Escala de Gravedad de Síntomas Revisada del Trastorno de Estrés Postraumático.* (Echeburúa et al., 2016). Este cuestionario se basa en los criterios diagnósticos del DSM-5 para el TEPT y se compone de 21 ítems en una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (0 = nada; 1 = poco/ una vez por semana o menos; 2 = bastante/ de 2 a 4 veces por semana; 3 = mucho/ 5 o más veces por semana). Consta de 4 sub-escalas, las cuales son: reexperimentación con 5 ítems (rango de 0-15), 3 ítems de evitación conductual y cognitiva (rango 0-9), 7 ítems de alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (rango 0-21) y 6 ítems de hiperarousal (rango 0-18). La puntuación total de la gravedad del TEPT oscila entre 0-63 puntos. El cuestionario mostró una elevada consistencia interna en población española ( $\alpha = .91$ ). La puntuación mínima que debe obtener un sujeto en una sub-escala para ser considerado como síntoma presente, varía según la escala. El punto de corte mínimo de la escala total TEPT, establecido por los autores, es de 19 puntos, sin embargo, esta puntuación puede elevarse de acuerdo al interés de los investigadores, aumentando así la eficacia diagnóstica del instrumento.

## Procedimiento

La muestra se recogió longitudinalmente durante los tres momentos temporales. La primera recogida de datos ( $T_1$ ) tuvo lugar entre los días 20 y 22 de marzo de 2020, coincidentemente con el comienzo del confinamiento domiciliario en España. La segunda recogida de datos ( $T_2$ ) tuvo lugar entre los días 11 y 18 de mayo de 2020, fechas que se correspondían con el fin del confinamiento domiciliario. La tercera recogida de datos ( $T_3$ ) tuvo lugar entre los días 1 y 9 de septiembre de 2020, fecha que se correspondió con el comienzo de la denominada “nueva normalidad”, donde se propulsó el restablecimiento de la vida rutinaria con numerosas restricciones.

En  $T_1$ , se contactó con la muestra mediante la publicación y difusión de anuncios de la investigación por redes sociales (Facebook y WhatsApp). La administración de los instrumentos se realizó mediante la herramienta “Google Forms”. En la primera recogida de datos, se solicitó a los participantes un correo electrónico mediante el que contactar en las siguientes mediciones. Todos los cuestionarios se cumplieron de forma anónima (empleando como identificador una clave compuesta por las iniciales del nombre y apellidos de cada participante). En la primera medición, los participantes fueron informados de los objetivos y características del estudio y aportaron un consentimiento informado por escrito, y participaron de forma voluntaria. La Universidad de Murcia dio el visto bueno para que este estudio tuviese lugar.

En  $T_2$  y en  $T_3$ , se contactó por correo electrónico con los participantes, y se les solicitó que completasen de nuevo el protocolo de evaluación. No hubo muerte experimental en ninguno de los tres momentos temporales.

## Análisis de datos

Se analizó la consistencia interna mediante el índice alfa de Cronbach para todos los cuestionarios, en todos los momentos temporales.

Se calcularon las prevalencias de las variables objeto de estudio en los diferentes momentos temporales, tomando como criterio de sintomatología clínicamente significativa las puntuaciones en  $T_1$  iguales o superiores al percentil 75 en ansiedad, al percentil 70 en depresión y al percentil 80 en TEPT.

Se analizó la distribución normal de las variables y se emplearon pruebas paramétricas y no paramétricas, en función de su distribución, para calcular las diferencias de medias entre los grupos con TEPT significativo y sin TEPT significativo, en las variables de ansiedad, depresión y sub-escalas de TEPT. También, se analizó las diferencias intra-grupo de cada variable objeto de estudio, en cada momento temporal.

Se realizó un modelo de regresión logístico binario mediante el método “hacia adelante”, para analizar qué variables de sexo, edad, ansiedad, depresión y TEPT, en el momento temporal anterior, se asocian como factor de riesgo o protección al desarrollo del TEPT, en los diferentes momentos temporales.

Finalmente, se realizó un análisis de clúster jerárquico para el TEPT en los tres momentos temporales, mediante el método de Ward, siendo la medida de intervalo la distancia euclídea al cuadrado y observando el dendograma a una distancia de cinco puntos. Este análisis se realizó con el fin detectar grupos de sujetos que aumentasen, disminuyesen o mantuviesen su nivel de TEPT durante los diferentes momentos temporales y se analizaron las diferencias intra-grupo en la sintomatología TEPT en cada momento temporal.

Todos los análisis se realizaron empleando el programa IBM SPSS v.25 para Windows.

## RESULTADOS

Primero, se analizó la consistencia interna de los cuestionarios en los diferentes momentos temporales para comprobar la fiabilidad de las puntuaciones. La fiabilidad para las escalas de ansiedad estado ( $T_1 \alpha = .938$ ;  $T_2 \alpha = .960$ ;  $T_3 \alpha = .946$ ), ansiedad rasgo ( $T_1 \alpha = .821$ ), depresión ( $T_1 \alpha = .907$ ;  $T_2 \alpha = .883$ ;  $T_3 \alpha = .901$ ), y TEPT ( $T_1 \alpha = .921$ ;  $T_2 \alpha = .909$ ;  $T_3 \alpha = .916$ ) resultaron ser muy buenas.

Se calculó las prevalencias de la sintomatología clínicamente significativa para la ansiedad estado ( $T_1 = 27.3\%$ ;  $T_2 = 20.9\%$ ;  $T_3 = 10.5\%$ ), ansiedad rasgo ( $T_1 = 29.8\%$ ), depresión ( $T_1 = 28.3\%$ ;  $T_2 = 26.9\%$ ;  $T_3 =$

$22.4\%$ ), y TEPT ( $T_1 = 18.4\%$ ;  $T_2 = 21.2\%$ ;  $T_3 = 19.7\%$ ). En relación a los puntos de corte, para considerar sintomatología significativa, se calculó tomando como referencia las puntuaciones en  $T_1$  en todas las mediciones, para homogeneizar el criterio de decisión. Para la ansiedad, se consideró, como sintomatología significativa, la puntuación igual o superior al percentil 75, el cual se correspondía con una puntuación de 34 en Ansiedad Estado  $T_1$  y una puntuación de 28 en Ansiedad Rasgo  $T_1$ . Para la depresión, se consideró como sintomatología significativa la puntuación igual o superior a 14 (sintomatología leve), la cual se correspondió con el percentil 70 en  $T_1$ . Para el TEPT, se consideró como sintomatología significativa una puntuación igual o superior al percentil 80, el cual se correspondió con una puntuación total de 21 en  $T_1$ .

La prueba de Kolmogorov-Smirnov determinó que únicamente las escalas de ansiedad rasgo ( $Z = .08$ ;  $p = .2$ ), ansiedad estado  $T_1$  ( $Z = .107$ ;  $p = .055$ ), ansiedad estado  $T_2$  ( $Z = .107$ ;  $p = .054$ ) y ansiedad estado  $T_3$  ( $Z = .099$ ;  $p = .098$ ) siguieron la distribución normal, por lo que se emplearon las pruebas pertinentes, en función de la distribución de las variables.

Tomando como punto de corte el percentil 80 para el TEPT (puntuación de 21 en  $T_1$ ), se calculó las diferencias en ansiedad rasgo, ansiedad estado, depresión y sub-escalas de TEPT, en función de los grupos con sintomatología TEPT significativa ( $n = 13$  en  $T_1$ ;  $n = 15$  en  $T_2$ ;  $n = 14$  en  $T_3$ ) y sin sintomatología TEPT significativa ( $n = 54$  en  $T_1$ ;  $n = 52$  en  $T_2$ ;  $n = 53$  en  $T_3$ ) en cada momento temporal. Se encontró diferencias estadísticamente significativas en todas las variables de todos los momentos temporales en función del grupo de TEPT (tabla 1). Sin embargo, no se encontró diferencias estadísticamente significativas en ninguna variable o momento temporal en función del sexo.



**Tabla 1***Medias y Desviaciones típicas entre los grupos con sintomatología TEPT significativa y sintomatología no significativa*

		TEPT	TEPT	t/u (p)	d/r
		significativo	no significativo		
		M (DT)	M (DT)		
Ansiedad Rasgo*	T <sub>1</sub>	32.58 (9.05)	19.42 (7.96)	-2.35 (< .05)	-.583
Ansiedad Estado*	T <sub>1</sub>	30.92 (11.64)	23.13 (10.72)	-5.045 (< .001)	-1.252
	T <sub>2</sub>	29.93 (8.92)	17.56 (11.02)	-3.864 (< .001)	-.959
	T <sub>3</sub>	25.62 (7.5)	18.19 (10.88)	-2.321 (< .05)	.576
Depresión	T <sub>1</sub>	19.42 (8.18)	7.6 (6.21)	82.5 (< .001)	.494
	T <sub>2</sub>	15.36 (4.5)	7.29 (5.45)	97.5 (< .001)	.519
	T <sub>3</sub>	14 (6.55)	7.02 (6.41)	140 (< .001)	.41
Reexperimentación	T <sub>1</sub>	7 (2.59)	1.43 (1.83)	27 (< .001)	.625
	T <sub>2</sub>	3.79 (1.62)	.98 (1.52)	63.5 (< .001)	.611
	T <sub>3</sub>	6 (2.64)	1.36 (1.9)	67 (< .001)	.577
Evitación	T <sub>1</sub>	5.08 (2.5)	1.21 (1.44)	58.5 (< .001)	.562
	T <sub>2</sub>	4.57 (1.74)	1.08 (1.57)	57 (< .001)	.624
	T <sub>3</sub>	5.46 (2.47)	1.28 (1.78)	59.5 (< .001)	.597
Alteración de la cognición y estado de ánimo	T <sub>1</sub>	10.92 (4.03)	3.11 (2.36)	26 (< .001)	.617
	T <sub>2</sub>	9.07 (2.64)	2.94 (2.53)	30.5 (< .001)	.653
	T <sub>3</sub>	8.38 (3.28)	2.98 (2.69)	71.5 (< .001)	.55
Hiperarousal	T <sub>1</sub>	8 (3.51)	2.15 (2.02)	48 (< .001)	.572
	T <sub>2</sub>	8.79 (2.6)	2.1 (1.82)	11 (< .001)	.693
	T <sub>3</sub>	6.77 (2.89)	1.83 (1.92)	47.5 (< .001)	.604

\*Se empleó t de student en lugar de u de mann whitney y d de cohen en lugar de r por distribuirse las variables de forma normal.

Se analizó si existían diferencias significativas entre los tres momentos temporales (n = 67) en las variables de ansiedad estado, depresión, TEPT y sus sub-escalas (tabla 2). Únicamente, se encontró diferencias significativas en ansiedad estado entre

T<sub>1</sub> y T<sub>2</sub> (t = 2.822; p < .005; d = .265), en ansiedad estado entre T<sub>1</sub> y T<sub>3</sub> (t = 3.1; p < .005; d = .274), reexperimentación entre T<sub>1</sub> y T<sub>2</sub> (Z = -2.688; p < .05; r = .33) y reexperimentación entre T<sub>2</sub> y T<sub>3</sub> (Z = -2.09; p < .05; r = .259).

**Tabla 2**  
*Medias y desviaciones típicas en los diferentes momentos temporales*

	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	T <sub>3</sub>	t/X <sup>2</sup> (p)	Post hoc	d/r
	M (DT)	M (DT)	M (DT)			
Ansiedad Estado*	24,469 (11,17)	20,181 (11,717)	20,227 (10,738)	2,822 (< .005) entre T <sub>1</sub> -T <sub>2</sub> ; 3.1 (< .005) entre T <sub>1</sub> -T <sub>3</sub> ; .469 (.641) entre T <sub>2</sub> -T <sub>3</sub>		265 entre T <sub>1</sub> -T <sub>2</sub> ; 274 entre T <sub>1</sub> -T <sub>3</sub>
Depresión	10,09 (8,271)	9,31 (6,663)	8,54 (7,02)	1,773 (.412)		
TEPT	12,57 (11,089)	11,37 (9,653)	11,43 (9,846)	2,486 (.289)		
Reexperimentación	2,52 (2,946)	1,6 (1,915)	2,33 (2,782)	8,843 (< .05)	-2.668 (< .05) entre T <sub>1</sub> -T <sub>2</sub> ; -.781 (.435) entre T <sub>1</sub> -T <sub>3</sub> ; -2.09 (<.05) entre T <sub>2</sub> -T <sub>3</sub>	33 entre T <sub>1</sub> -T <sub>2</sub> ; .259 entre T <sub>2</sub> -T <sub>3</sub>
Evitación	2,01 (2,286)	1,85 (2,148)	2,16 (2,568)	1,043 (.594)		
Alteración de la cognición y estado de ánimo	4,67 (4,076)	4,28 (3,567)	4,10 (3,538)	.816 (.655)		
Hiperarousal	3,36 (3,311)	3,64 (3,532)	2,84 (2,895)	5,08 (.079)		

\*Se empleó t de student y d de cohen en lugar de la prueba de Friedman y r por distribuirse las variables de forma normal. Como prueba post hoc, se empleó la prueba Wilcoxon.

Para analizar las variables de riesgo/protección que más se asocian con la sintomatología de TEPT, se realizó un modelo de regresión logístico binario. Para ello, se categorizó en dos niveles de tratamiento la variable TEPT en los diferentes momentos temporales, considerando dos rangos, un rango sin sintomatología significativa, inferior a la puntuación del percentil 80 en T1, y un rango con sintomatología significativa, con

puntuación igual o superior al percentil 80 en T1. Se introdujo, como variables de asociación el sexo, la edad en T1, la ansiedad rasgo en T1, la ansiedad estado, la depresión y el TEPT en el momento temporal anterior (tabla 3). En el análisis, se incluyó las variables del momento temporal que se estaban analizando y las variables de los momentos temporales anteriores.

**Tabla 3***Análisis de regresión logístico binario para TEPT en diferentes momentos*

	Variables	Exp B (IC 95%)	Wald	p
<b>TEPT T<sub>1</sub></b>				
	Constante	.17	19.821	.000
	Depresión T <sub>1</sub>	1.221 (1.097- 1.359)	13.38	.000
Modelo			21.588	.000
R <sup>2</sup> %		44.1%		
<b>TEPT T<sub>2</sub></b>				
	Constante	.008	17.426	.000
	TEPT T <sub>1</sub>	1.075 (1.002- 1.154)	4.065	.044
	Depresión T <sub>2</sub>	1.236 (1.056- 1.446)	6.997	.008
Modelo			18.992	.000
R <sup>2</sup> %		49.1%		
<b>TEPT T<sub>3</sub></b>				
	Constante	.005	10.375	.001
	Ansiedad estado T <sub>2</sub>	.876 (.77- .997)	4.036	.045
	TEPT T <sub>2</sub>	1.328 (1.123- 1.57)	11.007	.001
	Depresión T <sub>3</sub>	1.232 (1.053- 1.442)	6.776	.009
Modelo			19.987	.000
R <sup>2</sup> %		62.8%		

Nota: se calculó R<sup>2</sup> de Nagelkerke.

El análisis de clúster jerárquico, para el TEPT en los tres momentos temporales, detectó cuatro clústeres diferentes, por lo que se decidió agrupar a los sujetos en estos cuatro grupos.

El grupo 1 ( $n = 24$ ) correspondió con el grupo de sujetos cuyas puntuaciones medias de TEPT se mantuvieron estables y muy bajas durante las tres mediciones. El grupo 2 ( $n = 27$ ) se correspondió con el grupo de sujetos cuyas puntuaciones medias de TEPT se mantuvieron estables y moderadamente

bajas a lo largo de las tres mediciones. El grupo 3 ( $n = 10$ ) correspondió con el grupo de sujetos cuyas puntuaciones medias de TEPT aumentaron desde puntuaciones no significativas en T<sub>1</sub> (por debajo de la puntuación 21 o percentil 80 en T<sub>1</sub>) hasta puntuaciones clínicamente significativas en T<sub>2</sub> y T<sub>3</sub>. El grupo 4 ( $n = 6$ ) correspondió con el grupo de sujetos cuyas puntuaciones medias de TEPT fueron muy altas en T<sub>1</sub>, pero decrecieron hasta puntuaciones significativas, pero no tan elevadas de TEPT en T<sub>2</sub> y T<sub>3</sub> (tabla 4).



**Tabla 4**

*Medias y desviaciones típicas para los 4 clústeres de TEPT*

	TEPT T <sub>1</sub>	TEPT T <sub>2</sub>	TEPT T <sub>3</sub>	X <sup>2</sup> (p)	Post hoc (p)
	M (DT)	M (DT)	M (DT)		
Grupo 1	3.71 (2.528)	4.5 (4.568)	2.75 (2.967)	4.765 (.092)	
Grupo 2	14.7 (6.402)	10.33 (6.451)	11.26 (5.965)	4.75 (.093)	
Grupo 3	11.8 (6.233)	23.7 (8.166)	26.7 (5.945)	13.623 (< .001)	-2.703 (< .05) entre T <sub>1</sub> -T <sub>2</sub>
Grupo 4	39.67 (5.203)	23 (9.94)	21.5 (6.38)	10.333 (< .05)	-2.803 (< .005) entre T <sub>1</sub> -T <sub>3</sub> -2.201 (< .05) entre T <sub>1</sub> -T <sub>2</sub> -2.201 (< .05) entre T <sub>1</sub> -T <sub>3</sub>

Nota: Se calculó las diferencias intra-grupos empleando la prueba de Friedman. Los contrastes post hoc se analizaron mediante la prueba de Wilcoxon.

**DISCUSIÓN**

Al analizar los resultados de este estudio, se observa que el período de confinamiento en España y, en concreto, en la Región de Murcia, se ha tenido un impacto psicológico negativo en la ansiedad, depresión y TEPT, tal como ha sucedido en otras Comunidades Autónomas del país (Ozamiz-Etxebarria et al., 2020) y en otras regiones del mundo (Mazza et al., 2020; Pierce et al., 2020; Wang et al., 2020).

En este estudio, durante las tres mediciones, las prevalencias oscilaron entre el 10.5% - 27.3% para la ansiedad estado, entre el 22.4% - 28.3% para la depresión y entre el 18.4% - 21.2% para el TEPT. Tanto para la ansiedad como para la depresión, la prevalencia más elevada fue en T<sub>1</sub> y la más baja en T<sub>3</sub>, sin embargo, para el TEPT, la prevalencia más baja fue en T<sub>1</sub> y la más elevada en T<sub>2</sub>. Estos datos muestran similares niveles de ansiedad que en la población China, Española, y de Reino Unido; sin embargo se observan niveles de depresión más bajos que la población China y niveles de depresión más elevados que en otras Comunidades Autónomas de España

(Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Pierce et al., 2020; Wang et al., 2020). Las prevalencias de este estudio fueron inferiores a las encontradas en Italia (Mazza et al., 2020).

De forma más específica, se observa que tanto el TEPT, como la ansiedad y la depresión han ido decreciendo durante el tiempo de confinamiento. Estos resultados podrían ser debido a la mejora de la información médica durante el período de confinamiento, a la consolidación de medidas personales de distanciamiento, lavado de manos, uso de mascarillas y decremento de los contagios, tal como algunos autores señalan como factores protectores (Li et al., 2020; Wang et al., 2020).

Sin embargo, aunque las puntuaciones medias hayan decrecido durante el período de confinamiento, observamos que existen diferencias estadísticamente significativas con tamaños del efecto entre moderados y altos en ansiedad, depresión y sub-escalas de TEPT, entre los grupos de personas que presentaron

niveles significativos de TEPT, en comparación con las personas que no tenían niveles significativos de TEPT. Estos datos indican que, tal como se ha observado en otros lugares del mundo, las vivencias altamente estresantes y el afecto negativo se asocian con mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión. (Moghanibashi-Mansourieh, 2020; Niedzwiedz et al., 2021; Wang et al., 2020; Qiu et al., 2020; Ho, et al., 2020). Además, estos problemas de salud mental han podido verse agravados por una salud mental más deteriorada en los momentos previos a la pandemia y a haber tenido algún familiar o amigo cercano infectado (Bryan et al., 2020; Li et al., 2020).

Nuestros resultados muestran, como variables predictivas del TEPT en  $T_1$ : la depresión en  $T_1$  (Odds Ratio (OR) = 1.221); como variables predictivas del TEPT en  $T_2$ : el TEPT en  $T_1$  (OR = 1.075) y la depresión en  $T_2$  (OR = 1.236); y como variables predictivas del TEPT en  $T_3$ : la ansiedad estado en  $T_2$  (OR = .876), el TEPT en  $T_2$  (OR = 1.328) y la depresión en  $T_3$  (OR = 1.232). Se observa que la sintomatología TEPT relevante en el momento temporal anterior es una variable importante para predecir el TEPT. Sin embargo, es aún más llamativo el comportamiento de la variable depresión, ya que es la única variable que se ha mostrado constantemente significativa como variable predictiva del TEPT, en los tres momentos temporales. Estos resultados coinciden con lo hallado por otros investigadores, los cuales encuentran que antecedentes de estrés percibido previo a la pandemia ( $B = 0.34$ ), eventos vitales estresantes ( $B = 0.1$ ), victimización por acoso escolar ( $B = 0.09$ ), baja salud autocalificada ( $B = 0.08$ ), sintomatología de internalización previa a la pandemia ( $B = 0.47$ ), etc. son predictores significativos de una mayor puntuación en ansiedad y depresión durante la pandemia (Fu et al., 2021; Li et al., 2021; Shanaham et al., 2020; Sultana et al., 2021; Tang et al., 2021; Zimmermann et al., 2021). Con estos resultados, parece razonable pensar que los niveles de depresión elevados, previos a la pandemia, han contribuido a aumentar y/o mantener la sintomatología postraumática durante el confinamiento.

El análisis de clúster refleja que, para la mayoría de los sujetos, los niveles de TEPT decrecieron durante el confinamiento. No obstante, el grupo 3 ( $n = 10$ ), aumentó significativamente los niveles de TEPT desde

valores no significativos, hasta valores significativos y muy elevados. Estos resultados podrían ser debido al aumento de la incertidumbre y al cambio repentino de la vida cotidiana, así como la preocupación por la salud, lo cual podría hacer que los niveles de ansiedad y estrés se incrementaran durante la cuarentena, con respecto a meses antes de la pandemia (Kwong et al., 2021).

No se ha analizado en profundidad datos sociodemográficos, sin embargo, es posible que las puntuaciones en ansiedad, depresión y TEPT sean superiores en mujeres que en varones; también, superiores en personas más jóvenes que en personas adultas, y superiores en personas con una situación socioeconómica adversa, tal como sugieren otras investigaciones (Andrades-Tobar et al., 2020; Ahmed et al., 2020; Ho, et al., 2020; Huang y Zhao, 2020; Kwong et al., 2021; Niedzwiedz et al., 2021; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Qiu et al., 2020; Sandín et al., 2020; Santamaría et al., 2020; Wang et al., 2020).

Hasta donde sabemos, este estudio es el primero que analiza longitudinalmente las variables de TEPT, ansiedad y depresión en población de la Región de Murcia (España), durante el período de confinamiento y comienzo de la “nueva normalidad”. La principal limitación que presentó el estudio fue el muestreo incidental, el cual se concentró solo en una Comunidad Autónoma, lo que puede comprometer la representatividad para la población general. Otra limitación fue la forma de administrar los cuestionarios a los participantes, debido a las restricciones en la movilidad, solo fue posible administrar los cuestionarios vía online, por lo que los investigadores no tuvieron control sobre las condiciones en las que los sujetos respondían los cuestionarios. Una tercera limitación la encontramos en la escasez de datos sociodemográficos que tenemos de la muestra que participó en el estudio, los cuales podrían explicar, de forma más certera, los resultados obtenidos, tal como se ha mostrado en otras investigaciones.

Para futuras investigaciones sobre los efectos de la pandemia en la salud mental, este trabajo puede servir de referente para otros autores, ya que aporta datos longitudinales de ansiedad, TEPT y depresión, lo que puede ayudar a analizar cómo ha seguido

evolucionando la salud mental de la población española e intervenir así más eficientemente.

Finalmente, concluimos que la población general ha visto significativamente afectada su salud mental durante la pandemia, lo cual refleja una necesidad de apoyo psicológico adecuado para solventar estos problemas. Es esencial preservar la salud mental de los individuos, por ello se debería centrar la atención en ofrecer intervenciones psicológicas que puedan mejorar la salud mental de los grupos vulnerables, así como proporcionar apoyo económico, médico, además de considerar, cuidadosamente, la adecuada duración de los confinamientos.

## REFERENCIAS

- Ahmed, M. Z., Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L. y Ahmad, A. (2020). Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian journal of psychiatry*, *51*, 102092.
- Andrades-Tobar, M., García, F. E., Concha-Ponce, P., Valiente, C. y Lucero, C. (2021). Predictores de síntomas de ansiedad, depresión y estrés a partir del brote epidémico de COVID-19. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *26*(1).doi: <https://doi.org/10.5944/rppc.28090>
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Boletín Oficial del Estado (2020). *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 el COVID-19*. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*.
- Bryan, C. J., Bryan, A. O. y Baker, J. C. (2020). Associations among state-level physical distancing measures and suicidal thoughts and behaviors among US adults during the early COVID-19 pandemic. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *50*(6), 1223-1229.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P. y Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*, *34*(2), 111-128. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>
- Fu, W., Yan, S., Zong, Q., Anderson-Luxford, D., Song, X., Lv, Z. y Lv, C. (2021). Mental health of college students during the COVID-19 epidemic in China. *Journal of Affective Disorders*, *280*, 7-10.
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., ... y Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *Plos One*, *15*, e0231924. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t).
- Ho, C. S., Chee, C. y Ho, R. C. (2020). Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singapore*, *49*(1), 1-3.
- Huang, Y., y Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*, *288*, 112954.
- Kwong, A. S. F., Pearson, R. M., Adams, M. J., Northstone, K., Tilling, K., Smith, D. y Fawns-Ritchie, C. (2021). Mental health before and during the COVID-19 pandemic in two longitudinal UK population cohorts. *The British Journal of Psychiatry*, *218*(6), 334-343. Cambridge University Press.
- Lei, L., Huang, X., Zhang, S., Yang, J., Yang, L. y Xu, M. (2020). Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression

- Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e924609. <https://doi.org/10.12659/MSM.924609>
- Li, H. Y., Cao, H., Leung, D. Y. y Mak, Y. W. (2020). The psychological impacts of a COVID-19 outbreak on college students in China: a longitudinal study. *International journal of environmental research and public health*, 17(11), 3933.
- Li, Y., Wang, A., Wu, Y., Han, N. y Huang, H. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of college students: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 12.
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., ... y Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research*, 112921. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C. y Roma, P. (2020). A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3165. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17093165>
- 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.2020.10207>
- Niedzwiedz, C. L., Green, M. J., Benzeval, M., Campbell, D., Craig, P., Demou, E., ... y Katikireddi, S. V. (2021). Mental health and health behaviours before and during the initial phase of the COVID-19 lockdown: longitudinal analyses of the UK Household Longitudinal Study. *Journal Epidemiology Community Health*, 75(3), 224-231.
- Odrizola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Iruña, M. J. y de Luis-García, R. (2022). Psychological symptoms of the outbreak of the COVID-19 confinement in Spain. *Journal of Health Psychology*, 27(4), 825-835. <https://doi.org/10.1177/1359105320967086>
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M. y Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36.
- Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., ... y Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), 883-892.
- Prati, G. y Mancini, A. (2021). The psychological impact of COVID-19 pandemic lockdowns: A review and meta-analysis of longitudinal studies and natural experiments. *Psychological Medicine*, 51(2), 201-211. doi:10.1017/S0033291721000015
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B. y Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*, 33(2).
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., ... y Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and health*, 16(1), 1-11.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J. y Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1).
- Santamaría, M. D., Ozamiz-Etxebarria, N., Rodríguez, I. R., Alboniga-Mayor, J. J. y Gorrotxategi, M. P. (2020). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>

- Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Shanahan, L., Steinhoff, A., Bechtiger, L., Murray, A. L., Nivette, A., Hepp, U. y Ribeaud, D. (2022). Emotional distress in young adults during the COVID-19 pandemic: evidence of risk and resilience from a longitudinal cohort study. *Psychological Medicine*, 52(5), 824–833. Cambridge University Press.
- Spielberger, R. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2011). *STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (8ed). TEA Ediciones.
- Sultana, M. S., Khan, A. H., Hossain, S., Ansar, A., Sikder, M. T. y Hasan, M. T. (2021). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms and depressive symptoms among Bangladeshi students during COVID-19 mandatory home confinement: a nationwide cross-sectional survey. *Children and youth services review*, 122, 105880.
- Tang, W., Hu, T., Hu, B., Jin, C., Wang, G., Xie, C., ... y Xu, J. (2020). Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *Journal of affective disorders*, 274, 1-7.
- Usher, K., Bhullar, K., Durkin, J., Gyamfi, N. y Jackson, D. (2020). Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(4), 549-552. <https://doi.org/10.1111/inm.12735>
- Wang, C., Pan, R., y Wan, X. (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(5): 1729.
- Zimmermann, M., Bledsoe, C. y Papa, A. (2021). Initial impact of the COVID-19 pandemic on college student mental health: A longitudinal examination of risk and protective factors. *Psychiatry research*, 305, 114254.