



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Salud

Máster en Psicología General Sanitaria

*Estudio comparativo de afrontamiento del
estrés entre hombres y mujeres durante el
confinamiento por COVID-19*

Trabajo fin de estudio presentado por:	Eugenio Táboas Rodríguez
Línea de investigación:	Evaluación y psicodiagnóstico en psicología general sanitaria.
Director/a:	Dra. Andrea Pérez Rodríguez
Fecha:	7/10/2020

Eugenio Táboas Rodríguez

Estudio comparativo de afrontamiento del estrés entre hombres y mujeres durante el
confinamiento por COVID-19

A mi hijo Sergio

A mi abuelo Eladio

Agradecimientos

No podría empezar de otra manera que dando las gracias a mi directora de TFM, Dra. Andrea Pérez Rodríguez, por su labor de apoyo, orientación y guía desde el primer momento. Gracias por tu paciencia y por contestar mis dudas, incluso a altas horas de la madrugada.

También quiero agradecer, en general, a la UNIR la oportunidad de realizar el Máster en Psicología General Sanitaria, del que este TFM es el paso final, y en particular a los profesores y profesoras que través de esos dos últimos años me han ayudado en mi formación.

Finalmente, a mi familia, que siempre ha estado a mi lado.

Índice de contenidos

Resumen	8
Abstract	9
1. Marco teórico	10
1.1. Coronavirus SARS-CoV-2	10
1.2. Infección por Coronavirus SARS-CoV-2	10
1.3. Evolución del virus y la generación de la pandemia	11
1.4. Medidas de contención de la pandemia	13
1.5. Impacto económico y laboral sobre la salud	15
1.6. Impacto psicológico de la pandemia por COVID-19	16
1.6.1. Impacto psicosocial de la pandemia	17
1.6.2. Impacto de género de la pandemia	20
1.6.3. Análisis del impacto psicológico de la pandemia y el confinamiento a través de una perspectiva de género	22
1.6.4. Psicobiología de las diferencias entre hombres y mujeres	24
1.7. Estrés y medios de afrontamiento	25
1.7.1. El estrés	25
1.7.2. El afrontamiento	26
1.8. Estudios previos de diferencias entre géneros	28
2. Justificación	31
3. Objetivos	33
4. Hipótesis	34
5. Marco metodológico	35
5.1. Participantes	35
5.2. Instrumentos	35
5.3. Procedimiento	38
5.4. Análisis de datos	38
6. Resultados	41
6.1. Fiabilidad del estudio	41
6.2. Análisis relación variables estrés y género	42

6.3. Análisis relación variables estrategias de afrontamiento y género	46
6.4. Análisis relación estrategias de afrontamiento con variables estrés y género	48
7. Discusión	51
7.1. Primera hipótesis	51
7.2. Segunda hipótesis	52
7.3. Tercera hipótesis	53
7.4. Limitaciones de este estudio	55
7.5. Fortalezas de este estudio y prospectiva	56
7.5.1. Prospectiva	56
8. Conclusiones	58
Referencias bibliográficas	59
Anexo A: Inventario Estrategias de Afrontamiento (Cano et al., 2007)	67
Anexo B: Ocho factores de estudio	70
Anexo C: Consentimiento informado	71
Anexo D: Visto bueno Comisión de Investigación	72
Anexo E: Compromiso de confidencialidad	73
Anexo F: Infección por coronavirus	74

Índice de figuras

Figura 1: Evolución de la primera “ola” de Coronavirus España	13
Figura 2: Situación temporal de desabastecimiento en algunos establecimientos	15
Figura 3: Distribución frecuencia de estrés	43
Figura 4: Porcentaje de estrés	44
Figura 5: Distribución frecuencia de estrés por géneros	45

Índice de tablas

Tabla 1: Impacto psicosocial de COVID-19 por grupos e intervención.....	19
Tabla 2: Comparativa datos psicométricos del IEA	41
Tabla 3: Medias de estrés según género	42
Tabla 4: Porcentaje estrés percibido	44
Tabla 5: Cantidad de estrés percibido por género	45
Tabla 6: Medias de estrategias de afrontamiento	46
Tabla 7: Prueba normalidad variables género y estrategias de afrontamiento	47
Tabla 8: Significación asintótica variables género y estrategias de afrontamiento	47
Tabla 9: Representación estrategias en población general y muestra estudio	48
Tabla 10: Covarianza estrategias de afrontamiento y género	49
Tabla 11: Correlaciones bivariadas divididas por género	50

Resumen

Este trabajo investigó y exploró las estrategias de afrontamiento debidas a estrés, puestas en práctica por dos grupos de población durante el confinamiento por pandemia causada por COVID-19. Este confinamiento tuvo lugar entre el día 14 de marzo de 2020 y el día 21 de junio de 2020. Los grupos de estudio fueron hombres y mujeres mayores de edad. Se estudió la diferencia en estrategias de afrontamiento que utilizaron hombres y mujeres. Los resultados obtenidos mostraron que no hubo una diferencia significativa entre ambos grupos en la percepción de estrés, si hubo diferencias significativas en la puesta en práctica de distintas estrategias entre los dos grupos.

Palabras clave:

Afrontamiento, estrés, género, confinamiento, COVID-19

Abstract

This work investigated and explored the coping strategies due to stress, put into practice by two population groups during confinement due to the pandemic caused by COVID-19. This confinement took place between March 14, 2020 and June 21, 2020. The study groups were men and women of legal age. The difference in coping strategies used by men and women was studied. The results obtained showed that there was no significant difference between both groups in the perception of stress, if there were significant differences in the implementation of different strategies between the two groups.

Keywords:

Coping, stress, gender, confinement, COVID-19

1. Marco teórico

1.1. Coronavirus SARS-CoV-2

El Coronavirus SARS-CoV-2, es un virus de la familia de los coronavirus, detectado por primera vez, según datos disponibles, en diciembre de 2019 en la provincia de Hubei en China. Este tipo de virus, afectan, generalmente, tan solo a animales; no obstante, algunos tienen la capacidad de saltar al ser humano, produciendo síntomas respiratorios de carácter leve. En el caso del Coronavirus SARS-CoV-2, se ha podido observar cómo, igualmente, el 80% de los pacientes infectados, presentan únicamente síntomas leves (Surveillances, 2020).

A fecha de redacción del presente estudio, finales de septiembre del 2020, e inmersos todavía en plena expansión de una segunda oleada, la enfermedad se ha cobrado oficialmente la vida de casi 1,3 millones de personas en todo el mundo, habiendo dejado a más de 51 millones de personas infectadas (RTVE.es, 2020). En el caso de España, y según datos oficiales, más de 39.000 personas han fallecido a causa de la enfermedad y más de 1 millón han resultado infectadas. Así, el país se ha convertido en el octavo más afectado en relación con el número de personas infectadas, solo por detrás de Estados Unidos, India, Brasil, Rusia, Colombia, Perú y México (OMS, 2020).

1.2. Infección por Coronavirus SARS-CoV-2

Cuando una persona resulta infectada por este virus, comienza lo que se conoce como un periodo de incubación, que se extiende desde el momento de la infección, esto es, de la entrada del virus al organismo, hasta el momento en que la persona comienza a mostrar los primeros síntomas. Este periodo de incubación parece situarse en torno a los 7 días, aunque la casuística indica que el margen real parte desde los 2 días y llega hasta los 14, habiéndose observado casos puntuales en que el periodo de incubación pareció extenderse hasta más de 20 días (Wu et al., 2020).

Con relación a esos primeros síntomas, parece ser que los más comúnmente mostrados son fiebre (no en todos los casos), tos seca, estornudos, dolor de garganta, cansancio y, en ocasiones, disnea (dificultad para respirar). En líneas generales, el cuadro sintomático es muy parecido al de la gripe, aunque la diferencia radica en la posibilidad, en el caso del coronavirus,

de desarrollar complicaciones tales como neumonía bilateral y complicaciones respiratorias que pueden llevar al paciente a la muerte (Wu et al., 2020; Zheng, 2020).

La falta de datos reales del impacto del virus en personas infectadas, debido a la falta de realización de pruebas diagnósticas masivas y a otros factores como la posibilidad de ser infectado y no llegar a desarrollar ningún síntoma (o a desarrollarlos de manera tan leve que pasan directamente desapercibidos), hacen imposible obtener una cifra veraz de la mortalidad del virus. En cualquier caso, se estima que se localiza por debajo del 1%, siendo sensiblemente mayor en pacientes de riesgo, es decir, personas de más de 60 años (especialmente varones), y pacientes con patologías adicionales (Oran & Topol, 2020; Wang et al., 2020).

Como se decía anteriormente, en la actualidad, es imposible prevenir la difusión del virus a través de la vacunación, puesto que todavía no existe vacuna oficial alguna. Por lo tanto, la única manera de prevenir la infección es a través de algunas reglas prácticas como el lavado frecuente de manos, el empleo de mascarilla (preferiblemente con nivel de seguridad o filtrado ffp2 o superiores), mantenimiento de una distancia de seguridad de, al menos, 1,5m y evitar permanecer por largos periodos de tiempo en interiores con más personas (especialmente aquellos con mala ventilación y si se está hablando, cantando o gritando); siendo en este último caso recomendable contar con una adecuada ventilación o, en su defecto, sistemas de filtrado y purificación del aire. No hay que pasar por alto el hecho de que, hoy en día, se comienza a reconocer de forma oficial que la mayor parte de contagios se pueden deber a la transmisión por aerosoles (originados al hablar, gritar, cantar, estornudar o simplemente respirar), que permiten a pequeñas gotas del virus permanecer en el aire por un espacio temporal grande, debido a su baja velocidad de sedimentación; incluso aunque la persona portadora ya no se encuentre en ese espacio. Asimismo, es sabido que estas pequeñas gotas pueden desplazarse por el aire hasta 2 metros. (Ge et al., 2020; Wang et al., 2020; Wu et al., 2020).

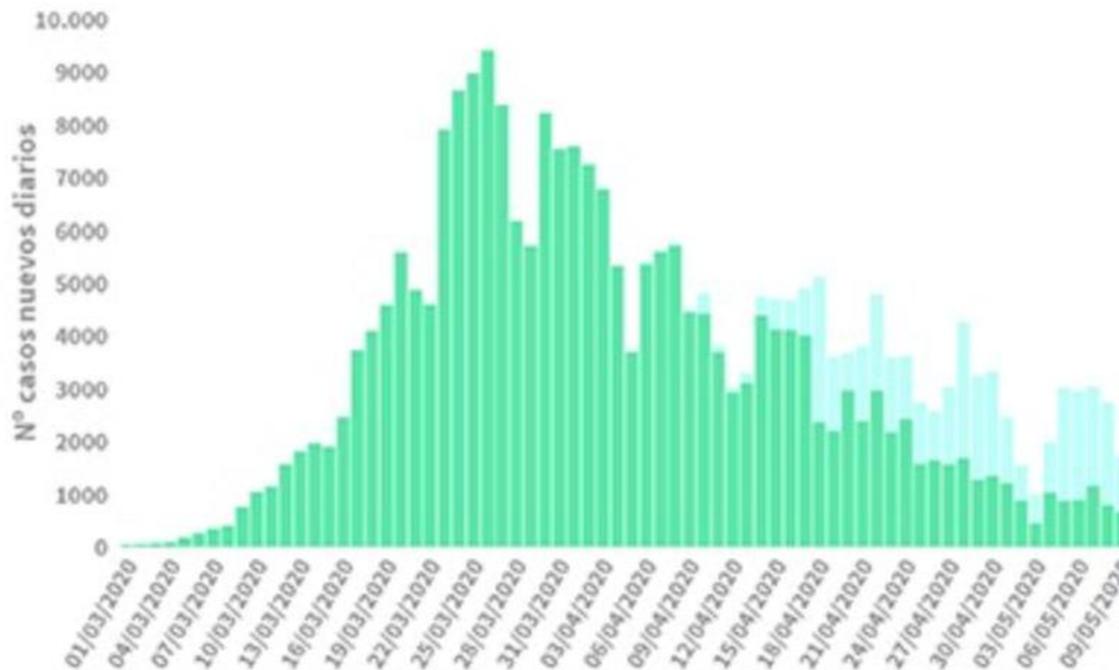
Se detalla más información en el anexo F de este TFM.

1.3. Evolución del virus y la generación de la pandemia

El origen de la pandemia por COVID-19 parece situarse en la gran ciudad china de Wuhan, en la provincia Hubei, a mediados de diciembre del año 2019, cuando los médicos comenzaron a

evidenciar la existencia de una serie de pacientes que presentaban una neumonía de causa aparentemente desconocida (Li et al., 2020; Ludwig & Zarbock, 2020). La mayor parte de estos primeros pacientes, tenían en común la convivencia, en menor o mayor grado, en el Mercado de Marisco Mayorista de Wuhan al Sur de China. A pesar de estos datos oficiales provenientes del propio país chino, algunos estudios como el de Nsoesie et al., (2020), realizado en la universidad de Harvard, a partir de un estudio satelital de imágenes del tránsito a hospitales de la región, proponen el otoño de 2019 como fecha del estallido de la infección por SARS-CoV-2.

Parece ser, en función de las evidencias rescatadas, que, en el propio mes de diciembre, el virus ya se había expandido a puntos clave de Europa, tales como las ciudades de París, Milán y Turín (Verdú, 2020). A raíz de la confirmación a principios de enero de la existencia del nuevo virus en China, países cercanos a este comenzaron a tomar las primeras medidas para evitar la propagación del virus, con base en la experiencia ganada en los casos anteriores del MERS y el SARS; a pesar de no conocerse con exactitud la posibilidad de que el virus se transmitiera entre humanos. No fue hasta el 20 de enero del mismo año que China confirmó esta posibilidad, detectándose en Tailandia el primer caso de contagio fuera del país. El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS), declara la alerta por riesgo de salud pública de interés internacional, siendo declarada oficialmente pandemia el 11 de marzo del mismo año, al existir un total de 118.000 personas infectadas confirmadas y un total de 4.291 muertes. Un día después de esta primera confirmación de la OMS, el 31 de enero, España declara el primer caso en territorio nacional, concretamente un turista de nacionalidad alemana que había viajado hasta la isla de La Gomera (Islas Canarias). El 24 de febrero se conocieron los primeros casos dentro de la península (Arroyo, 2020; Ludwig & Zarbock, 2020). La evolución de la primera ola del virus, desde la detección del primer caso hasta su estabilización, puede ser observada en la figura adjunta a continuación (ver figura 1).

Figura 1*Evolución de la primera "ola" de Coronavirus España*

Nota: Adaptado de Ministerio de Sanidad (2020).

Como se puede observar, la incidencia aumentó rápidamente alcanzando su máximo a finales de marzo y suavizándose, progresivamente, durante el mes de abril para, en el mes de mayo, observar una reducción significativa en los datos diarios, dándose por controlada la alerta sanitaria y comenzándose a aliviar las medidas sociales de prevención y contención de la expansión del virus tomadas en el mes de marzo.

1.4. Medidas de contención de la pandemia

El día 15 de marzo del 2020 comenzó oficialmente una cuarentena de la totalidad de la población española, medida que se aseguró mediante la declaración nacional del estado de alarma. La medida entró en vigor el domingo 15 de marzo a las 00:00h y tenía por misión principal, contener la expansión de la pandemia y reducir el número de contagios diarios, disminuyendo así la presión sobre el sistema sanitario que, en la mayoría de las comunidades autónomas, se encontraba sobreesaturado (Cué, 2020).

La principal medida consistió en la prohibición de abandonar el domicilio sin más excepción que atender casos de extrema necesidad, como el abastecimiento de alimentos o medicinas, o el desplazamiento hasta el puesto de trabajo, siempre que este fuese clasificado como servicio indispensable. Con relación a este último aspecto, todo servicio no indispensable o esencial fue clausurado, entre los que se encontraron bares, restaurantes, cines, gimnasios y todo tipo de negocios comerciales entre otros; quedando únicamente disponibles supermercados y farmacias. Una gran cantidad de empresas tuvieron que recurrir al expediente de regulación temporal de empleo (en adelante, ERTE) entre sus trabajadores para poder hacer frente a esta situación (Florio, 2020).

Los datos provenientes de sanciones impuestas durante este periodo muestran las dificultades que numerosos grupos poblacionales tuvieron para acatar de manera estricta estas normas. El 2 de mayo, se habían propuesto para sanción 800.000 actuaciones; y desde ese día y hasta el 7 de junio, se sumaban otras 600.000 propuestas de sanción adicionales, habiendo sido detenidas más de 5.000 personas por desobediencia grave a la autoridad (Gómez, 2020).

Esta situación de estado de alarma no vio su fin hasta el 21 de junio del año 2020, habiendo pasado, no obstante, por una serie de fases de desescalada que reducían la severidad de las medidas de contención y confinamiento llevadas a cabo. Este plan de desconfinamiento por fases o “vuelta a la nueva normalidad” como fue designado por el Gobierno, fue anunciado el 28 de abril, momento en el que comenzaron a sucederse numerosas protestas de determinados sectores de la población, que tenían por finalidad exigir la dimisión del presidente del Gobierno como consecuencia de su gestión de la crisis sanitaria. Así, se ponía fin a un Estado de Alarma que había durado un total de 99 días, o lo que es lo mismo, 3 meses y 5 días (De la Nuez, 2020).

Un hecho innegable fue la situación de incertidumbre del pueblo español, que no entendía realmente cuál iba a ser la gravedad, la duración y las consecuencias de la situación a la que se enfrentaban. Así, en días previos al anuncio oficial del confinamiento, algunos supermercados de todo el país sufrieron una situación temporal de desabastecimiento, dejando imágenes como la mostrada a continuación (ver figura 2).

Figura 2*Situación temporal de desabastecimiento en algunos establecimientos*

Nota: Adaptado de El Norte de Castilla (2020).

1.5. Impacto económico y laboral sobre la salud

La primera oleada de la pandemia y, por consiguiente, las medidas sociales de contención de esta tuvieron un fuerte impacto económico a nivel mundial y, por supuesto, en la economía española (Pérez y Maudos, 2020). Este hecho es de vital importancia a la hora de estudiar la salud de las personas, puesto que son muchos los artículos y estudios que han relacionado ambas variables de forma negativa.

El estudio de Espino (2014), expone que los periodos de crisis financiera disparan los indicadores de estrés, que pueden trascender los habituales cuadros de ansiedad y depresión y llegar a poner en riesgo la vida de la persona. Parece ser que, en una situación de crisis económica, uno de los principales factores de riesgo en el desarrollo de problemáticas relacionadas con la salud mental, es la falta de trabajo y la falta de expectativas de solución del problema a corto plazo. Y es que, a fin de cuentas, el trabajo remunerado se ha constituido como una piedra angular en la vida de las personas, ya que, aparte de proporcionar recursos económicos, proporciona una serie de valores de gran relevancia en el enriquecimiento y evolución del ser humano. Tales valores podrían ser el mantenimiento de una vida ordenada y un aumento de la sensación de control sobre la misma, ampliación de las relaciones interpersonales, fomento del establecimiento de nuevas metas y objetivos, enriquecimiento del estatus social o la creación de una identidad que nos completa y distingue de los demás, entre otros.

Otro aspecto de vital importancia, a este respecto, es la problemática asociada a la inseguridad laboral y el miedo a perder el trabajo (la inseguridad del ahora y el miedo o la incertidumbre ante el futuro), situaciones con las que ha tenido que convivir una gran parte de la sociedad desde el comienzo de la crisis sanitaria. Cuando se está en esta situación, el temor a perder de manera inminente el empleo resulta tan estresante como la propia pérdida de este. Esto se debe a que, una vez se ha perdido, al menos se puede comenzar la etapa de duelo, pero mientras esta situación no se ha materializado, el estrés constante en que vive inmiscuida la persona es verdaderamente contraproducente para su salud (Espino, 2014).

Y la realidad, con base en estudios como el de Franco-Vicario (2012), es que esta situación no solo afecta a la salud mental de las personas, sino también a la física, ya que son numerosos los efectos que han podido ser descritos del desempleo sobre la salud física de las personas. Principalmente, se observa un aumento de la mortalidad, aunque también se describen otras consecuencias más específicas como el aumento de accidentes cardiovasculares, hipertensión, hipercolesterolemia, cefaleas o enfermedad de Crohn. Por supuesto, también aumentan las conductas de riesgo, el hábito tabáquico y alcohólico, el sedentarismo y la adopción de pautas alimentarias perjudiciales para la salud.

A nivel psicológico, el impacto no es menor, puesto que se ha identificado un aumento generalizado del nerviosismo y el estrés, la ansiedad, el miedo, el sufrimiento, la depresión o la pérdida de confianza en las relaciones interpersonales. Además, esta situación puede verse agravada por la necesidad de aceptar empleos precarios o disonantes con respecto al nivel de formación de la persona (Butterworth et al., 2011).

1.6. Impacto psicológico de la pandemia por COVID-19

Hay que tener en cuenta, a la hora de estudiar las consecuencias de la pandemia por COVID-19 sobre la salud mental de las personas, que todavía no ha finalizado, puesto que, en el momento de elaborar este estudio, comienza a ganar fuerza una segunda oleada que, poco a poco, adquiere mayor relevancia en Europa. Hoy en día, sin tratamientos eficaces ni vacunas disponibles, la incertidumbre acerca del futuro de la pandemia es altamente preocupante, pudiendo trabajar únicamente con predicciones e hipótesis a medio y largo plazo.

Lo que sí es evidente, es que esta enfermedad se ha propagado de manera tremendamente veloz e impredecible por todo el mundo, causando un sinnúmero de consecuencias psicológicas en las personas. La ansiedad y angustia que han experimentado personas de todo el mundo son consecuencia natural de una situación impredecible, alarmante y continuamente cambiante. Se espera que los resultados psicosomáticos adversos entre la población común aumenten significativamente, debido a la propia pandemia y al flujo constante de información fácilmente disponible y masivamente diseminada a través de las redes sociales. Esta información, unida al avance del virus, genera las condiciones perfectas para alimentar la histeria y el pánico colectivo, lo que puede generar problemas psicológicos duraderos en público de todos los dominios socioeconómicos, que podrían ser potencialmente incluso más perjudiciales a largo plazo que el virus mismo (Depoux et al., 2020).

A este respecto y a pesar de que en las últimas décadas no ha existido una pandemia de dimensiones similares, se tienen como referencia estudios de brotes de virus hermanos del actual SARS-CoV-2, que ponían de manifiesto un gran impacto psicológico a raíz de la epidemia, como pudiera ser en el caso del SARS o el MERS. Estos datos hacen vital el estudio en profundidad de la situación pandémica actual (Sim & Chua, 2004; Wu et al., 2009).

1.6.1. Impacto psicosocial de la pandemia

La rápida expansión de la pandemia por COVID-19, ha supuesto que un gran número de países de todo el mundo, de manera preventiva, requirieran a la población el confinamiento en sus domicilios, como medida fundamental de contención de la expansión del virus. Con una presión límite sobre la asistencia sanitaria y las Unidades de Cuidados Intensivos (en adelante, UCI) por encima de su capacidad máxima de operación (teniendo en cuenta que cada cama UCI se llegó a contabilizar como toda aquella cama a la que podía ser acoplado un respirador, como quirófanos o salas de reanimación entre otros), se hizo imprescindible limitar de forma drástica el contacto social, en un intento por hacer descender esa sobresaturación del entorno sanitario y aumentar la capacidad operativa del mismo (Dubey et al., 2020).

Así, es necesario tener en cuenta que, aparte del sufrimiento físico, existen numerosas consecuencias sobre salud mental y bienestar de los individuos que han sido confinados en sus domicilios por periodos más o menos largos de tiempo. En función de la literatura consultada, se observan, principalmente la histeria, la ansiedad, la sensación de estar

acorralado y encerrado, la pérdida de control y la angustia masiva como variables protagonistas del fenómeno. No obstante, esto puede intensificarse si se introducen otras variables en la ecuación tales como separación familiar, la incertidumbre de la progresión de la pandemia, la insuficiencia en el suministro de productos básicos, las pérdidas económicas y la información vaga y descontrolada con las que las personas son bombardeadas continuamente (Brooks et al., 2020).

Como se comentaba anteriormente, brotes anteriores de virus hermanos al actual, permiten prever ciertas consecuencias. A este respecto, se ha podido rescatar como en periodos anteriores de cuarentena, destacaron efectos inmediatos como la irritabilidad, miedo a contraer y propagar la infección a los miembros de la familia, ira, confusión, frustración, soledad, negación, ansiedad, depresión, insomnio, desesperación, hasta consecuencias extremas, entre las que se incluiría el suicidio (Barbisch et al., 2015; Jeong et al., 2016).

Paralelamente, los casos aislados sospechosos pueden sufrir ansiedad debido a la incertidumbre sobre su estado de salud, pudiendo llegar a desarrollar, además, síntomas obsesivo-compulsivos, como controles repetidos de la temperatura y esterilización de objetos cotidianos (Li et al., 2020).

A nivel post-confinamiento, se ha podido observar que la duración de la cuarentena puede tener un papel clave en la predicción de la intensidad o gravedad de trastorno de estrés postraumático; a mayor duración de la cuarentena, mayor grado de estrés postraumático observado. De entre los efectos psicológicos post-cuarentena destacan la angustia socioeconómica significativa y los síntomas psicológicos asociados a pérdidas económicas. Otro aspecto muy importante es la estigmatización y el rechazo social con respecto al aislamiento en cuarentena en formas de discriminación, sospecha y evitación por parte de los vecinos, inseguridad en las propiedades, prejuicio en el lugar de trabajo y alejamiento de los eventos sociales incluso después de la contención de la pandemia (Brooks et al., 2020). Los niños que están (o se sospecha que están) infectados con COVID-19 y necesitan aislamiento o cuarentena pueden requerir atención especial para afrontar su miedo, ansiedad y otros efectos psicológicos (Liu et al., 2020).

A continuación, se presenta una tabla donde se enumeran los problemas psicosociales más frecuentes en la pandemia por COVID-19 y la manera recomendada de intervenir.

Tabla 1*Impacto psicosocial de COVID-19 por grupos e intervención.*

Grupo social	Problemática	Intervención
Pacientes positivos e individuos aislados	<ul style="list-style-type: none"> -Soledad -Ansiedad -Pánico -Depresión -Estrés postraumático 	<ul style="list-style-type: none"> -Canal de comunicación fiable entre paciente y familiares. -Entrega de informes de progreso y tratamiento a familiares a través de medios electrónicos. -Seguimiento del impacto psicológico de pacientes. -Correcta atención sanitaria. -Psicoterapia (incluso posterior al alta, si fuera necesaria).
Personal sanitario	<ul style="list-style-type: none"> -Miedo a la inutilidad -Culpabilidad -Presión laboral -Distanciamiento familiar -Agotamiento -Depresión -Miedo a la infección -Incertidumbre -Estrés postraumático -Abuso de sustancias 	<ul style="list-style-type: none"> -Apoyo de una autoridad superior. -Actualizaciones constantes en materia de prevención. -Conexión telemática frecuente con amigos y familiares. -Periodos más breves de trabajo, rotación de turnos. -Suministro de EPIs adecuado. -Buenas condiciones en las instalaciones hospitalarias, especialmente en sistemas de protección.
Niños	<ul style="list-style-type: none"> -Aburrimiento -Ansiedad por el desarrollo educativo -Irritabilidad -Problemas de desarrollo -Miedo a la infección 	<ul style="list-style-type: none"> -Clases y material de estudio en línea. -Información clara y detallada sobre la transmisión de la enfermedad y su prevención. -Mantenimiento del ciclo de sueño y realización de ejercicio físico. -Educación sobre medidas higiénicas adecuadas.

Ancianos	<ul style="list-style-type: none"> -Irritabilidad, ira, miedo, ansiedad, deterioro cognitivo. -Privación de chequeos médicos previamente programados -Dificultad de acceso a medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> -Sesiones de atención médica telefónicas, con orientaciones de salud mental. -Sistema de suministro de medicamentos en línea.
Grupos marginales	<ul style="list-style-type: none"> -Depresión -Estrés -Inseguridad financiera -Estigma de discriminación -Delitos contra la salud 	<ul style="list-style-type: none"> -Protección de los derechos humanos básicos. -Proporcionar alojamiento adecuado, alimentos y agua. -Prestación de atención sanitaria. -Educación en materia de distanciamiento social e higiene. -Trabajo psicológico y psiquiátrico si fuera necesario.
Pacientes psiquiátricos	<ul style="list-style-type: none"> -Seguimiento de rutina obstaculizado -Adicción -Violencia 	<ul style="list-style-type: none"> -Terapia estructurada. -Asesoramiento telefónico o en línea. -Suministro de medicamentos adecuado.

Nota: tomado de Dubey et al. (2020).

Así, se puede observar cómo los principales grupos de riesgo durante la pandemia serían las personas que han sido afectadas por la enfermedad, los niños, ancianos, personal sanitario, grupos marginales y pacientes psiquiátricos. No obstante, con una correcta previsión de síntomas y un adecuado establecimiento de líneas de acción adaptadas para poder ser llevadas a cabo en la situación provocada por la pandemia, se potencia el bienestar de todos estos grupos y se maximiza la tasa de éxito en el cumplimiento de medidas de contención.

1.6.2. Impacto de género de la pandemia

Una vez más, con base en la experiencia de epidemias anteriores, de origen similar a la producida por el virus SARS-CoV-2, se observa la importancia de realizar análisis de género en un esfuerzo por mejorar la efectividad de las intervenciones del personal sanitario, sin dejar de atender los objetivos de igualdad, género y salud. Algunos estudios, como el de Wenham et al. (2020), ponen de manifiesto casos anteriores de epidemias en las que las mujeres,

debido al rol adoptado laboral y socialmente, tenían más posibilidades de enfermar que los hombres. Tal fue el caso del brote de Ébola Zaire en África durante los años 2014 a 2016; cuando las mujeres tuvieron que estar, por una u otra cuestión, en primera línea de exposición, ya fuera cuidando a los familiares enfermos en casa o como enfermeras en los diferentes hospitales afectados.

Hoy en día, los datos por sexo de personas afectadas por COVID-19, parecen indicar cierta equidad, aunque pueden existir diferencias en relación con la vulnerabilidad y la mortalidad. En función de los datos observables, parece ser que están muriendo un mayor número de hombres que de mujeres, lo que se explica, de manera hipotética, por factores genéticos y mayor presencia de factores de riesgo tales como el hábito tabáquico u otras enfermedades inmunológicas con mayor prevalencia en este género (Wenham et al., 2020).

Sin embargo, algunos estudios nacionales, como el de Castellanos-Torres et al., (2020), realizan una reflexión acerca de la alta feminización del sector sanitario español, lo que unido a la falta generalizada de EPIs de alta protección, llevan a este colectivo a verse en una situación de especial vulnerabilidad, como lo muestran los datos facilitados y recogidos en El Instituto Salud Carlos III (un 27,2% del personal sanitario femenino se ha visto contagiado, a diferencia del 11% de personal sanitario masculino) (Equipo Covid-19, 2020).

Además, el propio estudio muestra que los sectores económicos más afectados por las medidas de restricción impuestas por el Gobierno (como la hostelería, el turismo o la peluquería entre otros), están igualmente, ocupados en su mayoría por personal femenino, de forma diametralmente opuesta a lo que sucedió, por ejemplo, en la pasada crisis económica y financiera, donde el sector que sufrió más afectación fue el de la construcción, mayoritariamente ocupada por personal masculino. Debido a esto, existe un gran número de mujeres que verán agravada su situación de vulnerabilidad previa, con la paralización total o parcial de todas estas actividades económicas. No obstante, se encuentran numerosas ramificaciones donde se muestra un mayor impacto de género, que van mucho más lejos que las más fácilmente observables, como las anteriormente citadas. Por ejemplo, las restricciones en el transporte público afectan con mayor gravedad al género femenino, pues está demostrado que ellas usan con mayor frecuencia este que los hombres, que se desplazan, en mayor proporción, en medios de transporte privados.

Con respecto a la situación de confinamiento, cabe destacar, en cuestión de impacto de género, que las llamadas al número de teléfono del Servicio de Urgencias y Emergencias Sanitarias, (061), en varias comunidades autónomas de España se incrementaron en un 12,43 %, las consultas por medios online en un 269,57 %, con respecto al periodo igual en el anterior año. Estos datos ponen de manifiesto un hecho evidente, y es que las medidas de restricción de movimiento han empujado a un gran número de mujeres vulnerables a convivir con sus agresores, limitando su capacidad de distanciamiento y potenciando, todavía más, su grado de vulnerabilidad (Castellanos-Torres, et al., 2020).

Otro estudio nacional, resaltaba la invisibilidad de datos desglosados por sexo, lo que probablemente afecta de manera negativa al género femenino; sugiriendo, además, la necesidad de contar con estadísticas desglosadas por edad y sexo con la finalidad de poder mejorar la prevención y el tratamiento de la enfermedad (Ruiz, 2020).

1.6.3. Análisis del impacto psicológico de la pandemia y el confinamiento a través de una perspectiva de género

Anteriormente, fue relatado el impacto que la pandemia podría haber tenido sobre el género femenino, destacando el impacto directo por la alta feminización del sector sanitario y de manera indirecta, pero no menos importante, por la carga asistencial de la mujer en el cuidado y mantenimiento del domicilio. Estos aspectos, han sido tratados en numerosos estudios, tal y como se observa en Ausín et al., (2020). No obstante, este último estudio, aporta, un análisis del impacto de género de la pandemia y el confinamiento en función de una perspectiva de género y realizado en exclusiva sobre la sociedad española. Además, lo hace analizando dos puntos temporales diferentes: tras dos y cinco semanas de cuarentena.

La muestra del estudio se compuso, inicialmente, por un total de 3.480 personas, que participaron en la primera evaluación, del día 21 de marzo al 29 de marzo. No obstante, solamente 1.041 se ofrecieron a participar en la segunda evaluación, realizada del día 13 de abril al 27 de abril, como se comentó anteriormente, a la quinta semana de confinamiento. Para constituir muestra definitiva se establecieron como criterios de inclusión ser mayor de edad, estar viviendo en España durante el periodo de cuarentena y participar en las dos evaluaciones realizadas. Así, se estableció una muestra final constituida en un 81% por

mujeres con una edad media de prácticamente 40 años. El 44% de los participantes tenían hijos a su cargo y un 56% convivía con su pareja durante el confinamiento.

Las variables escogidas para su estudio fueron: género y depresión, género y ansiedad, género y trastorno de estrés postraumático, género y soledad y, por último, género y bienestar espiritual. Los resultados indicaron claras diferencias entre géneros para las variables.

- **Género y bienestar espiritual:** Los hombres sintieron un bienestar espiritual significativamente mayor que las mujeres en ambas mediciones. 21-29 marzo, 13-27 abril.
- **Género y soledad:** Los hombres sintieron significativamente menos soledad que las mujeres; además, estas vieron aumentada la sensación de soledad con el paso del tiempo, hecho no observado para el género masculino.
- **Género y trastorno de estrés postraumático:** Se mostró entre hombres y mujeres una diferencia significativa, que se mantuvo en las dos medidas efectuadas. Los hombres mostraron puntuaciones significativamente más bajas referentes a estrés postraumático que las mujeres.
- **Género y ansiedad:** Se mostró una diferencia significativa entre hombres y mujeres, aunque no se observaron diferencias entre las dos mediciones realizadas. Las mujeres, una vez más, registraron mayores puntuaciones de ansiedad que los hombres.
- **Género y depresión:** Las diferencias entre hombres y mujeres fueron significativas, no siéndolo entre las dos medidas tomadas separadas por unos días. Ambos sexos aumentaron sus niveles de depresión, siendo esta variable más alta en el género femenino que en el masculino.

Como conclusión, se puede observar un impacto mayor sobre el género femenino que sobre el masculino. Estas diferencias observadas podrían deberse a factores anteriormente mencionados, como la mayor carga asistencial en este género, aunque también hay que tener en cuenta, que estas variables suelen tener puntuaciones generalmente mayores sobre este género. Análogamente, se observa como el estudio va en línea con lo estipulado en otros, realizados en otras pandemias, donde se muestra, igualmente, un mayor impacto psicológico

sobre el género femenino, independientemente del país donde se estudie (Balluerka et al, 2020).

Los resultados del estudio de Ausín et al. (2020), pueden ser comparados con los obtenidos en el estudio de Balluerka et al. (2020), igualmente sobre población española al finalizar el confinamiento, mostrando que un mayor número de mujeres presentaron problemas de sueño, disminución del optimismo y la confianza, así como de la tranquilidad, la serenidad y la relajación, vitalidad y energía con respecto a los hombres. Además, el género femenino desarrolló un aumento del hábito tabáquico, notablemente superior al de los hombres (25% con respecto al 16% del género masculino); aunque no fue así con el cannabis, o con el alcohol, donde fue similar en ambos sexos. Un indicador más relevante de la investigación fue el aumento en el consumo de fármacos para la salud psicológica, ya que si bien el género masculino experimentó un aumento del 7,6%; el femenino lo hizo en un 15,4%. El consumo de televisión y redes sociales experimentó, igualmente, un aumento superior en el género femenino que en el masculino. En general, se observaron unas cifras que ponen de manifiesto un mayor impacto del confinamiento debido a la pandemia sobre el género femenino, al menos en consecuencias psicológicas negativas, coincidiendo plenamente ambos estudios a ese respecto.

1.6.4. Psicobiología de las diferencias entre hombres y mujeres

Hay estudios que citan evidencias científicas de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres ante situaciones de estrés, y su afrontamiento, segregación de hormonas, hormona adrenocorticotrópica (ACTH) y corticosterona. En los hombres se ha observado una secreción relativamente más alta de ACTH con niveles de cortisol total comparables en condiciones basales. Este hallazgo refleja una mayor sensibilidad de la corteza suprarrenal de las mujeres comparada con los hombres (Verma et al., 2011); y también diferencias en las consecuencias una vez que ha existido esa exposición al estrés, según se trate de mujeres o hombres (Oldehinkel & Bouma, 2011; Universidad Complutense de Madrid, 2020).

Está comprobado que las hormonas sexuales tienen un efecto diferente sobre el estrés en caso de hombres y mujeres. En el caso de los hombres el afrontamiento de estrés está mitigado por la hormona testosterona. En cambio, en el caso de las mujeres es imprescindible que los estrógenos estén en un rango determinado para alcanzar el correcto equilibrio

emocional, pues un déficit o exceso de estas hormonas serían igualmente perjudiciales (Jadresic, 2010).

1.7. Estrés y medios de afrontamiento

1.7.1. El estrés

En un principio Selye utilizó el término stress (que significa tensión, presión, coacción) para definir la condición con la que el organismo responde a agentes nocivos (“stressors”). El concepto rápidamente fue adoptado a nivel mundial, y al no haber palabras homólogas en otros idiomas, se utilizó la palabra stress sin modificar, salvo excepciones (por ejemplo, la Real Academia Española acepta el vocablo estrés) (Bértola, 2010).

Desde entonces se ha definido el estrés como la respuesta del organismo en forma de una reacción fisiológica, (Selye, 1956), que propuso el denominado síndrome adaptación general al estrés (S.A.G.), o como la interacción entre los recursos personales y los acontecimientos estresantes, (Lazarus & Folkman, 1984), o como un estresor externo al organismo, (Cox, 1985).

De todos estos autores, en la actualidad se acepta la propuesta de interacción de Lazarus y Folkman como la más acertada. De modo que la reacción de estrés se activará si los recursos propios del individuo son superados por las exigencias del entorno. Se dan asociadas a este hecho, reacciones de preocupación, nerviosismo, ansiedad, etc. (González y Landero, 2008).

La mayor fuente de estrés para los hombres proviene del trabajo, ocupación laboral, y económico. Los hombres también ven al trabajo como una fuente de autoafirmación, realización, y espacio de consecución de logros, y aprendizaje. Asimismo, también mencionan que el compromiso con el trabajo les crea altos niveles de estrés (Gómez, 2012).

Las mujeres en cambio refieren estresores por igual en el ámbito laboral, doméstico y familiar. La energía de las mujeres se va agotando por la exposición a esos factores. La disminución del descanso se manifiesta en malestar, alteraciones del sistema inmunológico, trastornos del sueño, alteraciones sexuales (vaginismo, pérdida del apetito sexual, anorgasmia, etc.), trastornos alimenticios. También están presentes trastornos como sentimientos de culpa, baja autoestima, angustia, ansiedad, depresión, y tristeza (Fernández y Martínez, 2009).

1.7.2. El afrontamiento

El afrontamiento se define según Lazarus & Folkman (1984), como “aquellos esfuerzos cognitivos, y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas, y que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”, estas estrategias tienen como utilidad tolerar o reducir las exigencias del ambiente cuando las situaciones a las que tiene que enfrentarse se muestran estresantes (Folkman, 1984; Sandin et al., 1995).

No está relacionado el resultado obtenido en la situación demandante con el afrontamiento puesto en práctica. Citando a Shontz (1975) el afrontamiento tiene varias etapas:

- Shock: En esta etapa la crisis ocurre sin aviso previo, se pone de manifiesto por eficacia en la acción, pensamiento, e incluso un sentimiento de distancia frente al problema.
- Encuentro: En esta etapa el sujeto experimenta sentimientos de desorganización, pánico, y desesperanza.
- Retirada: En esta etapa el individuo ejerce la negación del problema.

Lazarus (1966), en su teoría procesual sobre el afrontamiento dio comienzo a un campo de investigación que se encarga de explorar varios campos de interés, uno de ellos son las estrategias de afrontamiento utilizadas por distintos grupos de población, asimismo también estudia su eficacia y utilidad como herramientas de adaptación a situaciones estresantes.

El planteamiento teórico se orientó hacia posiciones constructivistas y cualitativas desde una teoría de emoción (Lazarus, 2000). Según este concepto, la investigación de la personalidad, las estrategias de afrontamiento, y su relación entre ellas, aboca a la identificación de dos constructos diferentes pero relacionados (Suls et al., 1996), los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento. Los estilos de afrontamiento son la predisposición de una persona para afrontar situaciones demandantes, e identifican la preferencia del individuo por una u otra y su duración en tiempo (Lazarus & Folkman, 1984). Las estrategias de afrontamiento, por otro lado, se refieren a los procesos en concreto utilizados para cada situación, y al contrario que el anterior constructo, estas si pueden cambiar y fluctuar de forma acusada dependiendo del contexto (Lazarus & Folkman, 1984). Siguiendo esta línea de razonamiento, los estilos de afrontamiento se consideran actitudes generales, o

predisposiciones generales de actuación, con características medianamente estables (Castaño y Del Barco, 2010), y las estrategias de afrontamiento fluctuarían según la situación o contexto afrontado.

Pelechano (2000), opina que estos dos constructos son complementarios. Los estilos de afrontamiento son características y particularidades estables y consistentes para afrontar el estrés, y las estrategias de afrontamiento son actitudes, comportamientos, y herramientas que se ponen en marcha en función de la situación. Otros estudios, como el de Bouchard, (2003); Suls et al., (1996); y Moos & Holahan, (2003), han apoyado esta distinción.

En este trabajo se estudiaron las estrategias de afrontamiento utilizadas durante el confinamiento por COVID-19. Analizando si hubo diferencias de elección entre las estrategias de afrontamiento empleadas por los participantes durante este contexto.

Se denominan estrategias de afrontamiento activo, a aquellas que, adaptadas a la situación, se enfrentan al problema estresor y que, una vez puestas en práctica se consideran adaptativas. Son desadaptativas aquellas estrategias de afrontamiento pasivas, que consisten en evitación, o retirada (Aldwin & Revenson, 1987; Brissette et al., 2002; Lazarus & Folkman, 1984).

Las estrategias de afrontamiento activo son las que se relacionan con la resolución del problema, reflexión de soluciones posibles, recopilación de información, apoyo en su red social, búsqueda de información, posible anticipación a consecuencias. Por otro lado, las estrategias pasivas son intentar alejarse del problema, inhibición de pensamientos y sentimientos relacionados, rechazar o negar el problema, aceptación pasiva, minusvalorar el problema o recurrir al humor para reducir su impacto (Vildósola et al., 2012).

Kahn et al., 1964 (citado en Lazarus & Folkman, 1984) identifican dos tipos de estrategias para enfrentarse al problema.

- 1- Las que se refieren al entorno: estas estrategias están dirigidas a modificar los obstáculos, la presión ambiental, los procedimientos, los recursos, etc.
- 2- Las referidas al sujeto: dichas estrategias se centran en el cambio de actitud frente al problema, así como cambios de motivación, aspiraciones, y aprendizaje de nuevas técnicas y herramientas.

Estas estrategias se dividen en estrategias de retirada y estrategias de compromiso, y se engloban en conductuales, cognitivas, o emocionales, pasivas, o activas, y centradas en la emoción, o centradas en el problema (Carver et al., 1989).

Las estrategias cognitivas intentan comprender la causa de la situación y reevaluarla para reducir su carga estresante, las estrategias emocionales pretender mantener el equilibrio emocional por medio de regular las consecuencias emocionales derivadas de la situación, las estrategias conductuales pueden intentar evitarla, o bien, enfrentarse a la situación para minorarla o modificarla. (Carver et al., 1989; Lazarus & Folkman, 1984).

Se han establecido ocho conductas de afrontamiento que engloban estrategias tanto activas como pasivas (Buendía y Mira, 1993).

1. Confrontación, son las acciones destinadas a controlar la situación.
2. Autocontrol, ejercer control de sí mismo.
3. Aceptación de responsabilidad, culparse a sí mismo, o disculparse según el caso.
4. Planificación de soluciones al problema, establecer una línea de actuación.
5. Distanciamiento, tomar distancia con el problema, intentar olvidar.
6. Búsqueda de apoyo en su red social, pedir ayuda o consejos.
7. Reevaluación positiva, aceptar la experiencia como una lección.
8. Huida, evasión del problema, (uso de alcohol, drogas, etc.).

1.8. Estudios previos de diferencias entre géneros

No existen estudios previos sobre el tema propuesto.

Hay estudios anteriores que diferencian los estilos de afrontamiento de hombres y mujeres (Navarro y Bueno, 2005; Yeh et al., 2009). Según estos estudios, las mujeres tienden a utilizar con mayor frecuencia la estrategia de comunicar y expresar sus emociones y sentimientos, y centrarse en el problema mediante la reevaluación positiva del mismo. Sin embargo, los hombres, utilizan estrategias de cancelación y represión de emociones (Krzemien et al., 2004).

Otros estudios muestran que las mujeres tienden a utilizar estilos de afrontamiento basados en las relaciones con los demás (Frydenberg & Lewis, 1991; Plancherel & Bolognini, 1995). En

el caso de los hombres, las estrategias están más orientadas a la distracción de problemas, ignorar el problema, reservarlo para sí mismo, y la ocultación de emociones (Frydenberg & Lewis, 1999), con mayor frecuencia que las mujeres.

En un estudio de Correché, et al. (2005), en la ciudad de Sant Louis, EE. UU., se estudió una muestra de 69 hombres y mujeres en edad adolescente. Se recogieron datos que concurren con resultados de estudios anteriores, en el aspecto de que las mujeres tendían a las estrategias centradas en la búsqueda de apoyo social, recurrir a ayudas espirituales, etc. Sin embargo, los hombres, tenían puntuaciones superiores en la aplicación de estrategias tales como ignorar el problema, actividades de distracción física, práctica de deportes o competición. Las mujeres mostraban más preocupación por su futuro, control de las emociones negativas provocadas por el problema, y los hombres rehuían las ayudas brindadas por instituciones públicas o privadas para el afrontamiento de situaciones estresantes difíciles. Este mismo estudio también refiere que la personalidad de sus participantes, de media 15 años, no estaba lo suficientemente desarrollada en el momento de la recogida de datos, y esta puntualización debería ser tomada en cuenta a la hora de interpretar sus resultados.

En la misma línea de resultados anteriores, otro estudio de Di-Collaredo, et al. (2007), integrado por 222 hombres y mujeres, en situación de desplazamiento en las regiones de Colombia, obligados a emigrar y buscar refugio debido a situaciones de persecución por ideas políticas, violación de sus derechos sociales, económicos, etc. Estudió las estrategias de afrontamiento de hombres y mujeres en edades adultas de media.

En este estudio se constató que los hombres tenían tendencia al uso de estrategias pasivas centradas en la respuesta, como evitación, distracción, y realización de actividades alternativas. Las mujeres también hacían uso de estrategias pasivas, pero centradas preferentemente en la búsqueda de apoyo social, distanciamiento de la situación, y emoción. Se observó que la opción de los hombres por la aplicación de estrategias relacionadas con la reevaluación positiva los llevaba a negar el problema, ignorar la situación, y evitar la búsqueda de ayuda exterior, con el consiguiente agravamiento de los problemas y experiencia de subsiguientes episodios negativos del estado de ánimo.

En la misma línea que los estudios anteriormente citados, en un estudio de Cabanach, et al. (2015), con una muestra compuesta por 2102 hombres y mujeres, se analizaron las estrategias de afrontamiento puestas en práctica por hombres y mujeres en edad universitaria ante

elementos estresores, como por ejemplo sobrecarga laboral, el afrontamiento de exámenes, o experiencias como hablar en público en ámbito académico. En este estudio se investigó y constató que los hombres tendían a utilizar estrategias centradas en la acción, ya sea procurando solución al problema, realización de actividades alternativas, y evasión, o ignorancia de estos. Las mujeres, en cambio, demostraron la tendencia a la búsqueda de apoyo social, compartir y comunicar problemas como estrategias para minimizar o mitigar el estrés percibido.

2. Justificación

Son claras las consecuencias que está trayendo el confinamiento por COVID-19, que estamos viviendo en España, entre ellas psicológicas, las particularidades de esta vivencia constituyen una experiencia sin precedentes en la historia reciente. Tal como se muestra en el estudio de Balluerka et al. (2020), esta situación ha conllevado inestabilidad y pérdidas de puestos de trabajo, además de incertidumbre por el futuro, distancia social, y por supuesto el temor por la salud de seres queridos y cercanos. Si bien hasta la fecha no hay un tratamiento eficaz, ni una vacuna probada.

El estrés es, entre otras, una de las consecuencias más inmediatas e importantes sufridas por un gran número de ciudadanos (Jiménez y León, 2010). Este estrés, además está agravado por factores tales como, el temor a ser infectado, incertidumbre para cubrir necesidades a futuro, inactividad, aburrimiento, miedo por la salud propia y de familiares y allegados, y la situación de desconocimiento del desarrollo de la situación a corto, medio, y largo plazo. En este estudio, y dado lo novedoso del tema se trató el afrontamiento del estrés causado por este confinamiento.

Según un estudio pionero publicado, con la premura que este hecho hace imprescindible, se muestra que las mujeres, en concreto, han tenido más consecuencias psicológicas negativas en este confinamiento (Balluerka et al., 2020).

En ese reciente estudio de Balluerka et al. (2020), se cita que las mujeres en general presentaron más problemas de alimentación, disminución del optimismo, falta de sueño, falta de confianza, falta de serenidad, falta de vitalidad, energía, serenidad, y tranquilidad con relación a los hombres. También se cita en este estudio que el género femenino desarrolló un aumento del hábito tabáquico, notablemente superior al de los hombres (25% con respecto al 16% del género masculino), el consumo de cannabis se mantuvo y, un aumento similar del consumo de alcohol en ambos sexos.

Un indicador importante para este estudio ha sido el aumento preocupante del consumo de fármacos destinados a patologías psíquicas, en el caso de los hombres tuvo un incremento del 7,6%, y en el caso de las mujeres el aumento fue del 15,4%.

Este estudio también cita las diferencias de consumo de televisión y redes sociales, siendo mayor en el caso de las mujeres comparado con los hombres.

El mayor impacto del confinamiento y de las consecuencias psicológicas negativas debidas a la pandemia es manifiesto y palpable sobre el género femenino. Probablemente los factores inestabilidad laboral, mayor exposición al contagio, o las estrategias de afrontamiento empleadas, así como una combinación de ellos sean determinantes, sin olvidar el triste hecho de la convivencia con situaciones de maltrato en pareja (Fernández, 2020). Sería conveniente un estudio en el futuro con estos factores como variables.

Debido a estas cuestiones se cree necesario enumerar y hacer patentes estas diferencias tan problemáticas, para implementar mejores soluciones a la hora de afrontar un nuevo confinamiento, a la vez que hacer visible la existencia de estas diferencias, que pueden volver a ponerse de manifiesto en otras situaciones similares, tales como nuevos confinamientos debidos a esta pandemia por COVID-19, catástrofes naturales, o producidas por el hombre, guerras, cataclismos, etc. Donde de nuevo las mujeres se podrían ver en una situación de desfavorecimiento con respecto a los hombres.

Es imprescindible estudiar el origen de este fenómeno, aislar e identificar los elementos nocivos para las mujeres, proponer soluciones efectivas y eficaces, tomar conciencia social del mismo, y proponer actuaciones para solventar estas diferencias siempre que estas aparezcan, en esta situación, o situaciones futuras.

Es por estos resultados que se planteó, como línea central de la investigación, un estudio de los estilos de afrontamiento que ponen en práctica los dos géneros, y si hay alguna diferencia estratégica entre ellos.

3. Objetivos

Objetivo general.

- Analizar las diferencias de afrontamiento de estrés causado por confinamiento entre hombres y mujeres.

Objetivos específicos.

- Analizar la cantidad de estrés percibido por hombres y mujeres durante el confinamiento.
- Analizar si la cantidad de estrés percibido varía entre hombres y mujeres.
- Especificar las diferentes estrategias de afrontamiento puestas en práctica por hombres y mujeres durante el confinamiento.
- Relacionar las estrategias de afrontamiento con la cantidad de estrés percibido.
- Analizar la fiabilidad del cuestionario de Cano et al. (2007), aplicado a la muestra de estudio en este TFM.

Para ello se sometió a estudio una encuesta previamente difundida, en la que se preguntó sobre las estrategias de afrontamiento empleadas. Estos resultados se analizaron y plasmaron en la sección de resultados de este TFM.

4. Hipótesis

Las hipótesis que motivaron la realización de este trabajo fueron.

- Hombres y mujeres no percibieron la misma cantidad de estrés durante el confinamiento.
- Hubo diferencias en la elección de las estrategias de afrontamiento utilizadas, en función del género.
- Las estrategias de afrontamiento utilizadas dependiendo de la cantidad de estrés indicado, fueron distintas en función del género.

5. Marco metodológico

5.1. Participantes

La muestra de estudio fue de 70 individuos de ambos sexos, 35 hombres y 35 mujeres, y edades entre los 30 y los 75 años. Se consideró muestra suficiente (Díaz, 2002).

La muestra obtenida para este estudio consistió en individuos que hubieran observado confinamiento durante la pandemia por COVID-19, accesibles y capaces de contestar una encuesta distribuida por email y por whatsapp. Se puso en práctica un muestreo no probabilístico, muestreo de poblaciones en cadena o “bola de nieve” (Breakwell, 2006), pues los participantes fueron incorporando a otros participantes a la encuesta al compartir con estos últimos el enlace del inventario creado “ad hoc” con la herramienta informática Google forms.

5.2. Instrumentos

Para recopilar datos para este TFM se propuso la compleción de una encuesta, y posterior análisis de las respuestas. Se utilizó un diseño ex post facto retrospectivo simple de corte transversal, en el que los participantes respondieron preguntas propuestas por el encuestador en función de los valores de estrés percibido y valores de las estrategias de afrontamiento empleadas. Este diseño cuenta con la desventaja de la falta de información sobre otras causas que hubieran concurrido en el estudio, situaciones personales no comunicadas, desconocidas y no accesibles para el encuestador. El objetivo de este estudio fue la exploración, no hubo manipulación de variables, por ello la validez interna de este estudio es limitada (Gambara, 2016).

Las variables de estudio fueron las distintas estrategias de afrontamiento, y la cantidad de estrés percibido. El instrumento para su medida fue el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin et al., 1989, adaptación por Cano et al., 2007). Este instrumento está diseñado para la obtención de respuestas, pensamientos, y actitudes de los individuos frente a situaciones estresantes, como puede ser este confinamiento.

Las preguntas de este cuestionario están detalladas en el anexo A de este TFM.

En este inventario, que fue adaptado por Cano et al., en 2007, se recoge información cualitativa, a través de la descripción de la situación vivida de manera detallada, también requiere otra gradación cuantitativa a través de las respuestas a los 40 ítems sobre la frecuencia de uso de determinadas estrategias de afrontamiento en una escala LIKERT, con las siguientes cinco respuestas posibles (0 en absoluto, 1 un poco, 2 bastante, 3 mucho, 4 totalmente).

En este estudio solo se hizo uso de la escala cuantitativa, por imposibilidad en la recogida de respuestas no se les pidió a los participantes que describieran en un texto la situación estresante.

Asimismo, también se recogió el nivel de estrés percibido como una variable específica. Se pidió a los participantes que informaran de la cantidad de estrés percibido durante el confinamiento en una primera pregunta con cinco posibles respuestas tipo LIKERT (0 nada, 1 poco, 2 bastante, 3 mucho, 4 severo).

Quiroz et al. (2010) señalan que, con la agrupación de las respuestas a las 40 preguntas, tal como hacen los autores Cano et al., 2007, se construyen las ocho estrategias de afrontamiento que se explican a continuación.

1. Resolución de problemas (REP)
2. Autocrítica (AUC)
3. Expresión emocional (EEM)
4. Pensamiento desiderativo (PSD)
5. Apoyo social (APS)
6. Reestructuración cognitiva (REC)
7. Evitación de problemas (EVP)
8. Retirada social (RES)

Estas ocho escalas primarias se componen de cinco preguntas cada una. Su calificación se hace a través de la adición de las respuestas a cada pregunta correspondiente a la escala específica. La suma de las puntuaciones de las respuestas define la puntuación en cada estrategia de afrontamiento. Estos ocho factores de estudio se acompañan a este TFM como anexo B.

Las investigaciones realizadas por Quiroz et al. (2010) demostraron a través del análisis factorial la fiabilidad de cada factor. En su análisis comprobaron que ningún ítem ponía en compromiso la fiabilidad del cuestionario. El estudio de Quiroz et al., (2010), demostró un alto nivel de la potencia de la escala, pues arrojó datos de resultado superiores incluso a los del estudio de Cano et al. (2007).

Las estrategias de afrontamiento que vamos a analizar se agrupan en dos categorías, fueron descritas por Martínez-Correa et al. (2006).

Afrontamiento activo del estrés (o dirigidas a la acción).

- REP resolución de problemas, estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.
- REC reestructuración cognitiva, estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.
- EEM expresión emocional, estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.
- APS apoyo social, estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional.

Afrontamiento pasivo del estrés (o no dirigidas a la acción).

- EVP evitación de problemas, estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.
- PSD pensamiento desiderativo, estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.
- AUC autocrítica, estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.
- RES retirada social, estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante.

5.3. Procedimiento

La encuesta propuesta fue sometida a valoración por la Comisión Ética de la Universidad, y el documento de aceptación se adjunta a este TFM como anexo D.

La recogida de datos se realizó mediante la recepción de las 40 respuestas a las preguntas del Inventario adaptado al español de Estrategias de Afrontamiento (CSI coping strategies inventory) (Tobin et al., 1989, adaptación por Cano et al., 2007), en la nube Google Drive del encuestador. Esta encuesta se hizo llegar a los participantes a través de la aplicación Whatsapp o email. Su difusión se hizo a través de una plantilla creada al efecto con la herramienta informática Google Forms. Esta encuesta se adjunta como anexo A a este TFM.

<https://forms.gle/zcQ4LrnAKz5qckPs5>

La participación voluntaria de los participantes en el estudio se instrumentalizó a través de la recogida de la declaración de consentimiento informado, en la que se les hacía conocedores del objetivo de esta encuesta (propósito, procedimiento, duración, riesgos, y alternativas). También se informó en la encuesta de los derechos que les asistían en referencia a la confidencialidad obligada en cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos y RGPD.

Se adjuntan copias de los documentos de Consentimiento Informado, y Compromiso de Confidencialidad como anexos C y E a este TFM.

5.4. Análisis de datos

Para todos los análisis se tomó el nivel de confianza del 95%.

El primer análisis al que se sometió el cuestionario fue evaluar su índice de fiabilidad mediante el cálculo del Alfa de Cronbach. Este cálculo identifica la fiabilidad como consistencia interna. Se denomina así porque analiza hasta qué punto medidas parciales obtenidas con los diferentes ítems son “consistentes” entre sí, y por tanto representativas del universo posible de ítems que podrían medir ese constructo (Oviedo y Arias, 2005).

En respuesta a la primera hipótesis, que enunciaba que hombres y mujeres no percibieron la misma cantidad de estrés durante el confinamiento, se analizó la normalidad de la distribución de estrés por género aplicando la prueba de Kolmogorov-Smirnov, siendo esta negativa, se

procedió a utilizar estadísticos no paramétricos para su análisis. La prueba de Kolmogorov-Smirnov es una prueba de bondad de ajuste, es decir, sirve para verificar si las puntuaciones que hemos obtenido de la muestra siguen o no una distribución normal (Lilliefors, 1967).

Se realizó una prueba con el estadístico U de Mann-Whitney para analizar si esta diferencia de medianas calculadas entre hombres y mujeres era estadísticamente significativa.

La prueba de U de Mann-Whitney es equivalente a la prueba de suma de rangos de Wilcoxon y a la prueba de dos grupos de Kruskal-Wallis. Es la alternativa no paramétrica a la comparación de dos promedios independientes a través de la "t" de Student (Berlanga y Rubio, 2012). Esta prueba se utiliza para el análisis de medidas de dispersión central cuando la distribución de la muestra no sigue la curva normal, comprobado por la prueba Kolmogorov-Smirnov.

La prueba "t" de Student es un tipo de estadística deductiva. Se utiliza para determinar si hay una diferencia significativa entre las medias de dos grupos (Hurtado y Silvente, 2012), cuando su distribución cumple la normalidad.

Posteriormente, para dar respuesta a la segunda hipótesis que afirmaba que hubo diferencias en la elección de las estrategias de afrontamiento utilizadas, en función del género. Se procedió a calcular las medias de las estrategias empleadas en función del género, y una vez calculadas, se sometieron las medianas a una prueba de U de Mann-Whitney.

En respuesta a la tercera hipótesis que enunciaba que las estrategias de afrontamiento utilizadas dependiendo de la cantidad de estrés indicado, fueron distintas en función del género. Se llevó a cabo un análisis de covarianza en el cual los factores fueron estrategias de afrontamiento y género, y la covariable fue el estrés. El ANCOVA (análisis de la covarianza) es una fusión del ANOVA (análisis de la varianza) y la regresión lineal; es múltiple si se tienen muchas covariables, y simple si se tiene una sola.

Se trata de un procedimiento estadístico que permite eliminar la heterogeneidad causada en la variable dependiente por la influencia de una o más variables cuantitativas (covariables) (Badii et al., 2008). La covarianza es similar a la correlación, pero cuando se calcula la covarianza, los datos no están estandarizados.

El análisis de la covarianza es una técnica estadística que, utilizando un modelo de regresión lineal múltiple, busca comparar los resultados obtenidos en diferentes grupos de una variable cuantitativa, pero "corrigiendo" las posibles diferencias existentes entre los grupos en otras variables que pudieran afectar también al resultado (covariantes) (García y García, 1992).

A continuación, para evaluar la fortaleza de estas relaciones lineales se hizo un análisis de correlación bivariado de Pearson en el que se calcularon los índices de correlación entre nivel de estrés y estrategias de afrontamiento, divididos por géneros.

La cuantificación de la fuerza de la relación lineal entre dos variables cuantitativas se estudia por medio del cálculo del Coeficiente de Correlación de Pearson. Dicho coeficiente oscila entre -1 y $+1$. Un valor de 1 indica una relación lineal o línea recta positiva perfecta. Una correlación próxima a cero indica que no hay relación lineal entre las dos variables (Pita y Pértega, 1997).

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v25 (statistical package for the social sciences). Este es un paquete informático muy conocido y usado en ciencias sociales, aplicadas, y exactas. Dada su capacidad para trabajar con bases de datos grandes, es muy utilizado en el ámbito de la investigación y estudios de mercado.

Se utilizó este programa porque permite hacer los contrastes de hipótesis necesarios, y proporciona herramientas para este trabajo, como son, análisis de covarianzas, histogramas, etc.

6. Resultados

6.1. Fiabilidad del estudio

Se midió la fiabilidad como consistencia interna. Para calcularla se utilizó la medida del coeficiente Alfa de Cronbach. Este índice es una dimensión de consistencia interna de la prueba, esto es, el grado de covariación de todos los ítems de la prueba entre sí. (ver tabla 2).

Tabla 2

Comparativa datos psicométricos del IEA

	ESTUDIO ACTUAL			ESTUDIO Cano et. al (2007)			Ejemplo
	ITEMS	VARIANZA	a	ITEMS	VARIANZA	a	
REP	5	19.30%	0.787	5	9%	0.86	Hice frente al problema
AUC	5	12.19%	0.822	5	9%	0.89	Me culpé a mí mismo
EEM	5	20.10%	0.781	5	8%	0.84	Dejé desahogar mis emociones
PSD	5	23.04%	0.823	5	8%	0.78	Deseé poder cambiar lo que había sucedido
APS	5	20.75%	0.755	5	8%	0.80	Pasé algún tiempo con mis amigos
REC	5	11.49%	0.553	5	7%	0.80	Me fijé en el lado bueno de las cosas
EVP	5	14.71%	0.553	5	6%	0.63	Evité pensar o hacer nada
RES	5	14.74%	0.493	5	5%	0.65	Evité estar con gente
TOTAL	40	136.32%		40	60%		

Nota 1: El coeficiente Alfa de Cronbach oscila entre el 0 y el 1. Cuanto más próximo esté a 1, más consistentes serán los ítems entre sí (y viceversa).

Nota 2: REP resolución de problemas, AUC autocrítica, EEM expresión emocional, PSD pensamiento desiderativo, APS apoyo social, REC reestructuración cognitiva, EVP evitación de problemas, RES retirada social.

En este caso los valores fueron buenos en las escalas AUC, PSD, aceptables en REP, EEM, APS, pobres en REC, EVP, e inaceptable en RES.

6.2. Análisis relación variables estrés y género

Para dar respuesta a la primera hipótesis de trabajo “hombres y mujeres no percibieron la misma cantidad de estrés durante el confinamiento”. Se planteó como hipótesis nula “existió igualdad en el estrés percibido por género en el confinamiento”. La tabla 3 de agrupación de medias ofreció el siguiente resultado.

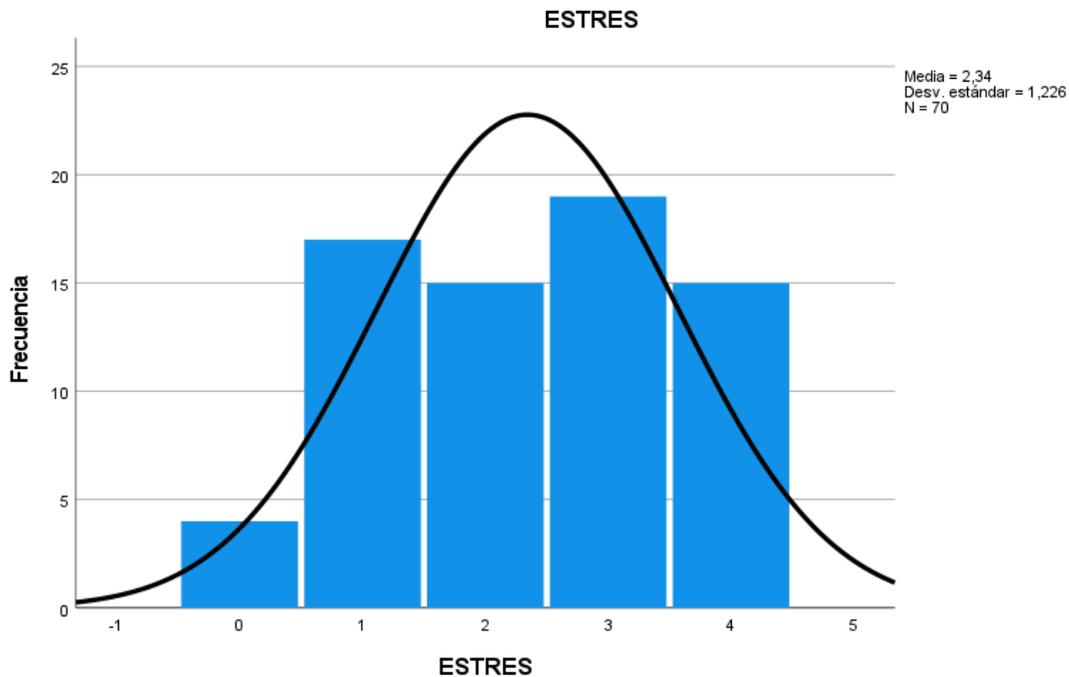
Tabla 3

Medias de estrés según género

Género	Media	Mediana	Desviación	N
Mujeres	2,23	2,00	1,262	35
Hombres	2,46	3,00	1,197	35
Total	2,34	2,00	1,226	70

A la vista de estos resultados los hombres sufrieron una media de estrés cuantificada en el valor de 2,46, y las mujeres un valor de 2,23.

La distribución gráfica por histograma de estas dos variables de estudio genero/estrés, no se asemeja a una curva normal (ver figura 3). No obstante, para verificar la hipótesis planteada se practicó la prueba Kolmogorov-Smirnov para comprobar el ajuste a la normalidad de esta distribución.

Figura 3*Distribución frecuencia de estrés*

Nota: Elaboración propia.

La prueba de Kolmogorov-Smirnov dio un resultado de significación asintótica bilateral de 0,000001. Por consiguiente, se asumió que esta distribución no sigue una curva normal.

Se someten los valores de medianas por grupos a una prueba de U de Mann-Whitney.

Esta prueba arrojó un resultado p valor de significación asintótica de 0,429, por lo que se acepta la hipótesis nula de que existió igualdad en el estrés percibido por género en el confinamiento, con un nivel de confianza del 95%.

Como información se presentan los cálculos de porcentajes de estrés. (ver tabla 4)

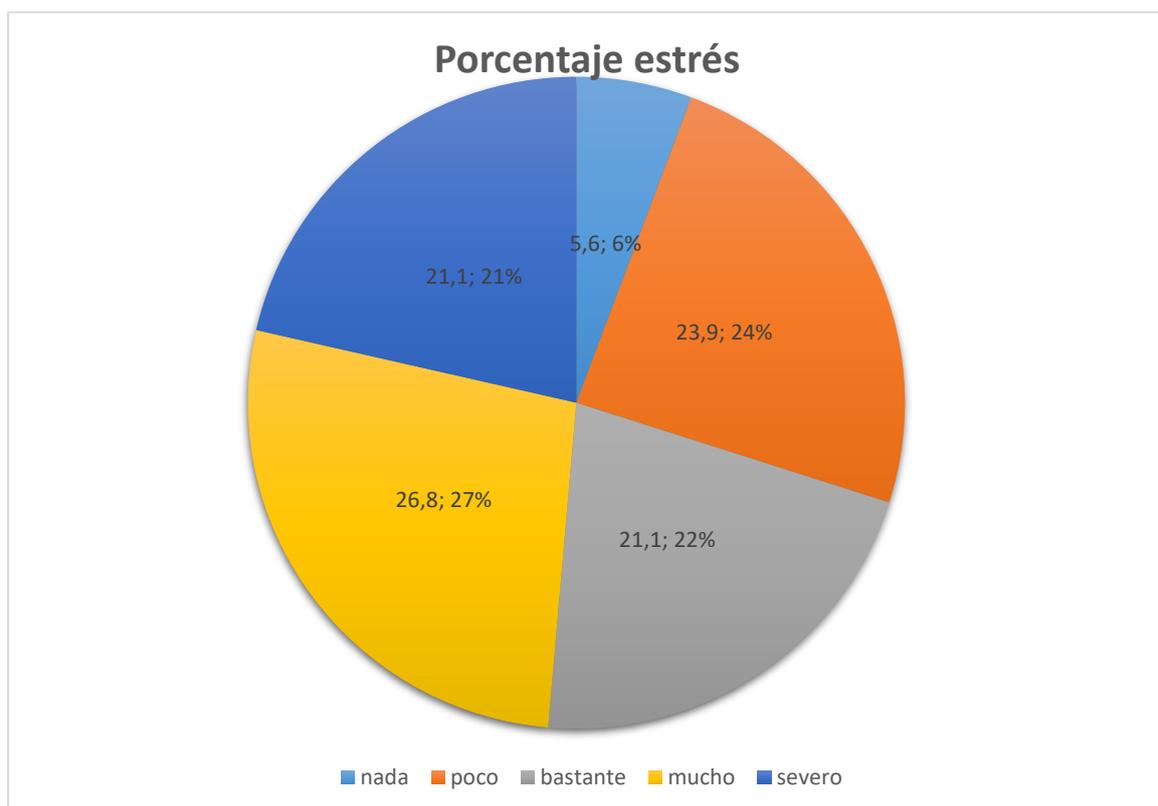
Tabla 4

Porcentaje estrés percibido

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	4	5,6	5,7	5,7
Poco	17	23,9	24,3	30,0
Bastante	15	21,1	21,4	51,4
Mucho	19	26,8	27,1	78,6
Severo	15	21,1	21,4	100,0
Total	70	98,6	100,0	

Figura 4

Porcentaje de estrés



Nota: Elaboración propia.

A continuación, la tabla 5 presenta los valores de frecuencia de estrés percibido divididos por géneros.

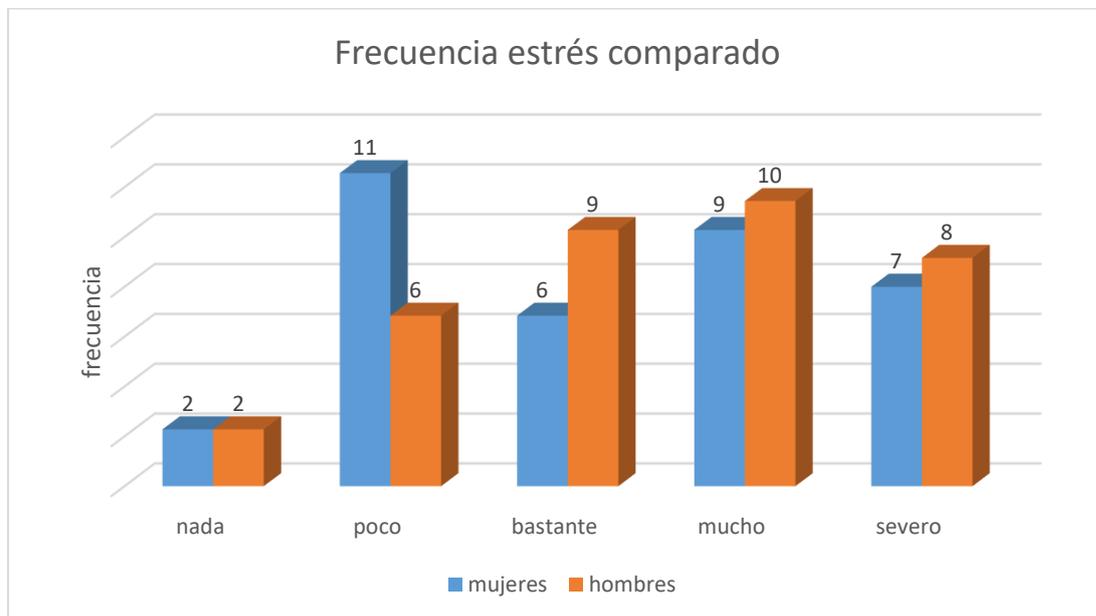
Tabla 5

Cantidad de estrés percibido por género

Estrés mujeres				Estrés hombres					
	frecuencia	porcentaje	porcentaje válido	porcentaje acumulado		frecuencia	porcentaje	porcentaje válido	porcentaje acumulado
Nada	2	2,8	5,7	5,7	Nada	2	2,8	5,7	5,7
Poco	11	15,5	31,4	37,1	Poco	6	8,5	17,1	22,9
Bastante	6	8,5	17,1	54,3	Bastante	9	12,7	25,7	48,6
Mucho	9	12,7	25,7	80	Mucho	10	14,1	28,6	77,1
Severo	7	9,9	20	100	Severo	8	11,3	22,9	100
Total	35	49,3	100			35	49,3	100	

Figura 5

Distribución frecuencia de estrés por géneros



Nota: Elaboración propia.

6.3. Análisis relación variables estrategias de afrontamiento y género

A continuación, se muestran los resultados correspondientes al estudio de la segunda hipótesis, “hubo diferencias en la elección de las estrategias de afrontamiento utilizadas, en función del género”. Se planteó como hipótesis nula “existió igualdad en la elección de estrategias de afrontamiento utilizadas, en función del género”.

En la tabla 6 se presentan los resultados de las medias de las estrategias puestas en práctica por hombres y mujeres.

Tabla 6

Medias de estrategias de afrontamiento

	Hombres			Mujeres			Total	
	media	mediana	desviación	media	mediana	desviación	media	desviación
REP	13,11*	14,00	4,451	12,17*	12,00	4,349	12,64	4,394
AUC	1,71	0	3,186	3,17	2,00	3,674	2,44	3,492
EEM	8,80	10,00	4,364	11,23	11,00	4,326	10,01	4,483
PSD	14,51**	15,00	4,718	16,00**	17,00	4,765	15,26	4,766
APS	11,57	12,00	4,039	10,69	10,00	5,040	11,13	4,555
REC	10,60	10,00	3,623	9,80	9,00	3,142	10,20	3,391
EVP	7,23	8,00	3,971	7,91	8,00	3,721	7,57	3,836
RES	6,80	7,00	3,871	6,34	5,00	3,850	6,57	3,839

Nota: REP resolución de problemas, AUC autocrítica, EEM expresión emocional, PSD pensamiento desiderativo, APS apoyo social, REC reestructuración cognitiva, EVP evitación de problemas, RES retirada social.

Tanto las mujeres como los hombres han puntuado más alto en pensamiento desiderativo (PSD) y en resolución de problemas (REP).

La distribución de las variables de género y estrategias de afrontamiento no sigue una distribución normal, su significación asintótica en la prueba de Kolmogorov-Smirnov se presenta en la tabla 7.

Tabla 7*Prueba normalidad variables género y estrategias de afrontamiento*

REP	AUC	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
0,197	0,063	0,115	0,063	0,486	0,320	0,486	0,867

Nota 1: la significación asintótica se obtiene mediante la aplicación de Kolmogorov-Smirnov.

Nota 2: REP resolución de problemas, AUC autocrítica, EEM expresión emocional, PSD pensamiento desiderativo, APS apoyo social, REC reestructuración cognitiva, EVP evitación de problemas, RES retirada social.

No se cumple la distribución normal en ninguna de las variables estudiadas, por lo que se aplicó el estadístico no paramétrico U de Mann-Whitney para el análisis de las medianas de cada estrategia de afrontamiento según género, se muestra en la tabla 8.

Tabla 8*Significación asintótica variables género y estrategias de afrontamiento*

REP	AUC	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
0,229	0,011*	0,023*	0,139	0,379	0,220	0,818	0,393

Nota 1: la significación asintótica se obtiene mediante la aplicación U de Mann-Whitney

Nota 2: REP resolución de problemas, AUC autocrítica, EEM expresión emocional, PSD pensamiento desiderativo, APS apoyo social, REC reestructuración cognitiva, EVP evitación de problemas, RES retirada social.

Por lo que se acepta la hipótesis nula de que “existió igualdad en la elección de estrategias de afrontamiento utilizadas, en función del género” para las estrategias de REP, PSD, APS, REC, EVP, y RES. Y se rechaza la hipótesis para las estrategias de AUC, y EEM. En las que las mujeres mostraron mayor puntuación. Con un nivel de confianza del 95%.

Como información las estrategias aquí representadas esta infra o supra representadas con respecto a la población original en los siguientes valores (ver tabla 9).

Tabla 9*Representación estrategias en población general y muestra estudio*

	Población original		Muestra estudio	
	Media	Desviación	Media	Desviación
REP	14,25	5,01	12,64	4,394
AUC	5,11	5,05	2,44	3,492
EEM	8,98	5,05	10,01	4,483
PSD	11,66	5,05	15,26	4,766
APS	10,93	5,12	11,13	4,555
REC	10,17	4,94	10,20	3,391
EVP	5,81	3,89	7,57	3,836
RES	3,93	3,53	6,57	3,839

Nota: REP resolución de problemas, AUC autocrítica, EEM expresión emocional, PSD pensamiento desiderativo, APS apoyo social, REC reestructuración cognitiva, EVP evitación de problemas, RES retirada social.

6.4. Análisis relación estrategias de afrontamiento con variables estrés y género

En referencia a la tercera hipótesis de trabajo “las estrategias de afrontamiento utilizadas dependiendo de la cantidad de estrés indicado, fueron distintas en función del género”, se planteó como hipótesis nula “existió covariación en cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas dependiendo de la cantidad de estrés percibido en hombres y mujeres”.

Se hizo un análisis de covarianza múltiple en el que se presentaron como factores estrategias de afrontamiento y género, y como covariable el estrés (ver tabla 10).

Tabla 10*Covarianza estrategias de afrontamiento y género*

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
GÉNERO	Entre grupos	0,547	4	0,137	0,525	0,718
	Dentro de grupos	16,953	65	0,261		
REP	Entre grupos	257,801	4	64,450	3,900	0,007
	Dentro de grupos	1074,271	65	16,527		
AUC	Entre grupos	59,226	4	14,807	1,231	0,307
	Dentro de grupos	782,045	65	12,031		
EEM	Entre grupos	136,695	4	34,174	1,777	0,144
	Dentro de grupos	1250,291	65	19,235		
PSD	Entre grupos	215,127	4	53,782	2,585	0,045
	Dentro de grupos	1352,244	65	20,804		
APS	Entre grupos	46,422	4	11,605	0,544	0,704
	Dentro de grupos	1385,421	65	21,314		
REC	Entre grupos	42,812	4	10,703	0,927	0,454
	Dentro de grupos	750,388	65	11,544		
EVP	Entre grupos	193,184	4	48,296	3,819	0,008
	Dentro de grupos	821,959	65	12,646		
RES	Entre grupos	63,857	4	15,964	1,089	0,370
	Dentro de grupos	953,286	65	14,666		

Nota: REP resolución de problemas, AUC autocrítica, EEM expresión emocional, PSD pensamiento desiderativo, APS apoyo social, REC reestructuración cognitiva, EVP evitación de problemas, RES retirada social.

Estos resultados indican que las estrategias resolución de problemas (REP), pensamiento desiderativo (PSD), y evitación de problemas (EVP) covarían con el estrés dependiendo del género. Por lo que se acepta la hipótesis nula para estas estrategias. No se acepta para las estrategias restantes.

Para valorar la variación de cada uno de los géneros, a continuación, se practicó una prueba de correlación bivariada de Pearson (ver tabla 11).

Tabla 11

Correlaciones bivariadas divididas por género

		EST	REP	AUC	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
ESTRÉS HOMBRES	Correlación de Pearson	1	0,194	0,120	0,119	0,124	-0,043	-0,194	-0,499**	-0,196
	Sig. (bilateral)		0,264	0,492	0,495	0,478	0,804	0,264	0,002	0,260
ESTRÉS MUJERES	Correlación de Pearson	1	0,443**	0,207	0,292	0,577**	0,039	-0,196	0,023	0,020
	Sig. (bilateral)		0,008	0,233	0,089	0,000	0,822	0,260	0,895	0,911

Nota: REP resolución de problemas, AUC autocrítica, EEM expresión emocional, PSD pensamiento desiderativo, APS apoyo social, REC reestructuración cognitiva, EVP evitación de problemas, RES retirada social.

La prueba de correlación dividida por géneros muestra una correlación moderada negativa entre el estrés y evitación de problemas (EVP) en caso de los hombres, y para las mujeres una correlación moderada positiva entre el estrés y pensamiento desiderativo (PSD), y una correlación media positiva entre el estrés y resolución de problemas (REP).

7. Discusión

Este trabajo fue realizado con el objetivo de estudiar el estrés y sus consecuencias durante el confinamiento que se estableció en España desde el día 14 de marzo al día 21 de junio de 2020 debido a la pandemia por COVID-19.

Asimismo, también se estudiaron las distintas estrategias de afrontamiento que pusieron en práctica hombres y mujeres durante este confinamiento, y su posible relación con el estrés percibido por los mismos.

Para ello se plasmó el inventario de estrategias de afrontamiento de Cano et al. (2007), en la herramienta informática Google Forms, y se distribuyó este cuestionario por Whatsapp y email. Se recogieron las respuestas de 35 hombres y 35 mujeres de edades comprendidas entre 30 y 75 años. En esa encuesta también se preguntó por el nivel de estrés percibido.

El análisis confirmatorio aplicado a este cuestionario demostró su fiabilidad equivalente a la obtenida en el cuestionario original (ver tabla 2). Este análisis se llevó a cabo a través del coeficiente Alfa de Crombach.

Las escalas de Reestructuración cognitiva (REC), evitación de problemas (EVP), y retirada social (RES), presentaron problemas de fiabilidad y validez, en cuanto que sus índices Alfa de Crombach tuvieron valores de 0,553, 0,553, y 0,493 respectivamente. Sin embargo, se decidió no prescindir de ninguno de sus ítems para evitar perder información, y posibilitar futuras comparaciones con estudios que utilicen las escalas completas.

Las respuestas a esta encuesta se analizaron mediante el programa informático estadístico SPSS v25, y se interpretaron los datos obtenidos en el apartado de resultados de este trabajo.

7.1. Primera hipótesis

En referencia a la primera hipótesis de partida “hombres y mujeres no percibieron la misma cantidad de estrés durante el confinamiento”, se determinó que la ligera diferencia de medias recogidas no era significativa, por lo que se acepta la igualdad de estrés percibido entre ambos grupos en presencia del mismo estresor. Se demuestra que en situaciones de estrés causados por el elemento estresor de este confinamiento, tanto hombres como mujeres refieren un

nivel de estrés similar, ambos grupos también refieren que el estrés causado por el afrontamiento ha sido entre “bastante y mucho”.

7.2. Segunda hipótesis

En referencia a la segunda hipótesis de trabajo “hubo diferencias en la elección de las estrategias de afrontamiento utilizadas, en función del género”. Se demostró que las diferencias de estrategias empleadas por hombres y mujeres en presencia del mismo elemento estresor no fueron significativas para las estrategias de resolución de problemas (REP), pensamiento desiderativo (PSD), apoyo social (APS), reestructuración cognitiva (REC), evitación de problemas (EVP), y resolución de problemas (RES). Si fueron significativas para las estrategias de autocrítica (AUC), y expresión emocional (EEM), por lo que esta hipótesis se puede aceptar en estas dos últimas estrategias.

Los valores mostraron a las mujeres comparativamente más proclives a utilizar las estrategias de autocrítica (AUC), y expresión emocional (EEM) que los hombres. Estos resultados están en línea con los obtenidos en el estudio de Di-Colloredo, et al. (2007), en el que se constató que las mujeres tenían mayor tendencia que los hombres al uso de la estrategia de expresión emocional (EEM). Iguales resultados se mostraron los estudios de Krzemien et al. (2004), y Frydenberg & Lewis (1991). También coincidentes con los resultados del estudio de Plancharel & Bolognini (1995).

Coinciden en ambos grupos los valores de las estrategias pensamiento desiderativo (PSD) y resolución de problemas (REP), como las más ampliamente utilizadas. Los estudios de Correché, et al. (2005), y Cabanach, et al. (2015), mostraron los mismos resultados en referencia a estas estrategias, pero divididos por géneros, esto es, pensamiento desiderativo (PSD) en el caso de las mujeres, y resolución de problemas (REP), en el caso de los hombres.

Mención aparte merece el hecho de que la estrategia de afrontamiento autocrítica (AUC), fue la que menor media total mostró (2,44). Esta estrategia fue la menos empleada por los dos grupos. Se podría entender este dato como que la muestra de estudio no se hizo a si misma responsable de este hecho estresante, sino que buscó la responsabilidad en factores externos.

7.3. Tercera hipótesis

En referencia a la tercera hipótesis “las estrategias de afrontamiento utilizadas dependiendo de la cantidad de estrés indicado, fueron distintas en función del género”.

Los resultados de esta prueba mostraron una covariación entre las estrategias de evitación de problemas (EVP), pensamiento desiderativo (PSD), y resolución de problemas (REP), y el estrés, en ambos grupos.

Los resultados de esta prueba también mostraron una correlación moderada negativa entre el estrés y la estrategia de evitación de problemas (EVP), en el caso de los hombres. Este resultado es contrario por completo a los resultados obtenidos en los estudios realizados por Frydenberg & Lewis (1991), Correché, et al. (2005), Di-Collredo, et al. (2007), y Cabanach, et al. (2015). Esto se interpreta por la imposibilidad de evadirse del problema haciendo otras actividades como práctica de deporte, actividades alternativas, contacto social, etc. Todas ellas imposibles de llevar a cabo debido a la idiosincrasia propia del confinamiento. A la vista de este resultado todo intento de sobrellevar el problema por parte de los hombres se resolvió sin éxito.

También mostraron en el caso de las mujeres, una correlación moderada positiva entre el estrés y el pensamiento desiderativo (PSD) similar a las conclusiones del estudio de Correché, et al. (2005), y una correlación media positiva con la resolución de problemas (REP) similar a las conclusiones obtenidas por Krzemien et al. (2004). A medida que se incrementaba el estrés, aumentaban los niveles de estas dos estrategias, si bien en mayor medida el pensamiento desiderativo (PSD), que la resolución de problemas (REP).

Tal como se ha visto en este estudio los sujetos se vieron en una situación estresora en la que, a diferencia de los estudios previos, la propia situación generadora de estrés por confinamiento no hacía posible la puesta en práctica de afrontamiento con todas las estrategias posibles.

En un futuro, y si se repiten situaciones como la descrita, se recomienda con este estudio que se habiliten canales de expresión social, a través de plataformas online, esto es, siendo el apoyo social (APS), una estrategia muy ampliamente utilizada, y mencionada tanto en este estudio, como en los de Frydenberg & Lewis (1991), Correché, et al. (2005), Di-Collredo, et

al. (2007), y Cabanach, et al. (2015), se justificaría un fortalecimiento de redes de atención social, por parte de autoridades locales, o estatales.

Asimismo, otra estrategia también muy utilizada constatada en este estudio, como en el de Di-Colloredo, et al. (2007), es la expresión emocional (EEM). Siendo así se recomienda el establecimiento de programas de apoyo online, telefónico, videollamada, etc.

En el caso de los hombres se recomienda la puesta en marcha de programas de voluntariado, atención domiciliaria, y en general cualquier actividad que les mantenga ocupados, y les permita evadirse del problema sin estar confinados en sus domicilios.

En el caso de las mujeres, se recomienda el establecimiento de canales de expresión, espacios de acompañamiento y apoyo psicológico, pudiendo ser de naturaleza “online”, o a distancia.

7.4. Limitaciones de este estudio

Las limitaciones de este estudio fueron las siguientes.

- Las dificultades debidas al confinamiento para alcanzar una muestra más grande y que todos los participantes procedieron de un entorno urbano, en el que el confinamiento fue más severo.
- El estudio realizó una investigación de tipo transversal, por lo que el efecto de tipo cohorte pudo haber influido en las diferencias de edad.
- El hecho de ser el muestreo de bola de nieve hace que invariablemente los resultados puedan estar sesgados, pues los contactos a los que ha llegado su encuesta han respondido a un perfil similar al del encuestador.
- La compleción del cuestionario, consistente en 40 preguntas, se hizo muy pesada para mucha gente, dejándolo sin terminar (estas respuestas no se contabilizaron).
- Muchas de las preguntas del cuestionario de fecha 1989, estaban redactadas de una forma que pudo dificultar su respuesta.
- La carencia de estudios previos en esta área de investigación.
- La imposibilidad de incluir un grupo de control, o una medida pre-confinamiento.
- La no inclusión de variables de control como recursos económicos, estado de salud, recursos sociales, pues el confinamiento se vivió de forma distinta en cada domicilio.
- La única variable psicológica estudiada fue el estrés.
- La medida de estrés fue una manifestación subjetiva de cada sujeto, no se midió con ninguna herramienta diagnóstica.
- No se pudieron tener en cuenta situaciones personales previas al confinamiento.

7.5. Fortalezas de este estudio y prospectiva

Este estudio también presentó las siguientes fortalezas.

Este es el primer trabajo que estudió esta circunstancia sobrevenida por COVID-19. Las herramientas estadísticas utilizadas han demostrado fortaleza suficiente para analizar estos datos, y sus resultados son coherentes con estudios anteriores. El análisis estadístico utilizado ha sido apropiado y adecuado para los objetivos que se querían cumplir. La recogida de datos de la encuesta se hizo solo dos meses después del confinamiento, por lo que los participantes tenían muy reciente la experiencia. La fiabilidad del cuestionario empleado en la muestra fue similar al empleado en la población original. La muestra estuvo compuesta por sujetos en todo el territorio nacional, por lo que la fiabilidad y generalizabilidad de sus resultados se incrementó. La distribución del cuestionario por RR.SS., y su respuesta individual anularon el impacto de discapacidad social en caso de que lo hubiera. Los resultados de este trabajo pueden ser de aplicación directa en situaciones similares futuras. Este estudio puede servir como medida de control para trabajos futuros.

7.5.1. Prospectiva

A partir de las conclusiones y resultados obtenidos aparecen nuevas vías para seguir la investigación propuesta en este TFM. Se recomienda más investigación en profundidad en el estudio de factores que puedan determinar las estrategias de afrontamiento durante futuros posibles confinamientos. Se recomienda el estudio con una muestra más extensa que la del presente TFM, incluyendo procedimientos aleatorios de selección de los sujetos participantes incluyendo una diferenciación por edad, además del género. También será conveniente una medida de estrés objetiva obtenida con herramientas regladas.

Una nueva línea de estudio permitiría la inclusión de factores longitudinales personales, para tener en cuenta en cada sujeto. Este análisis longitudinal permitiría controlar el efecto de cohorte generacional. De esta manera se podría estudiar con más detalle las diferencias de uso de estrategias de afrontamiento tanto de manera intraindividual, como las diferencias interindividuales generadas por situaciones de confinamiento o similares, que podrían establecer patrones de conducta a largo plazo dependiendo de las estrategias utilizadas.

También se recomienda que en futuros estudios se incluyan los efectos de variables tales como el estado de salud previo al confinamiento y durante el mismo, la personalidad de cada sujeto, con especial atención a historias previas de trastornos de personalidad, especialmente pertenecientes al cluster C (por evitación, dependiente y obsesivo-compulsiva), y duración de la cuarentena. Se recomienda estudiar las posibles secuelas de este confinamiento en personalidades con rasgos antisociales. Asimismo, también se recomienda un estudio futuro sobre los posibles y probables casos de TEPT en personalidades con rasgos ansiosos. Valorar los efectos de este confinamiento en personas tendentes a trastornos del estado de ánimo, valorar las consecuencias del confinamiento en personas con trastornos pertenecientes al espectro TEA por las consecuencias de sus cambios de hábitos.

8. Conclusiones

- El Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin et al., 1989, adaptación por Cano et al., 2007) se mostró adecuado para su aplicación en este TFM.
- No se han detectado diferencias significativas entre hombres y mujeres en la cantidad de estrés percibido durante el confinamiento por COVID-19. Ambos grupos también refieren que el estrés causado por el afrontamiento ha sido entre “bastante y mucho”.
- Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por hombres y mujeres fueron pensamiento desiderativo (PSD) y resolución de problemas (REP).
- La estrategia de afrontamiento autocrítica (AUC) fue la menos empleada por ambos grupos
- Las estrategias de afrontamiento de estrés autocrítica (AUC), y expresión emocional (EEM), fueron significativamente más utilizadas por mujeres que hombres.
- Se detectó covariación entre las estrategias de evitación de problemas (EVP), resolución de problemas (REP), y pensamiento desiderativo (PSD) con el estrés en ambos grupos.
- Existió una correlación moderada negativa en caso de los hombres entre el estrés y la estrategia de evitación de problemas (EVP).
- En el caso de las mujeres, se encontró una correlación moderada positiva entre el estrés y el pensamiento desiderativo (PSD), y una correlación media positiva entre el estrés y la estrategia de resolución de problemas (REP).

Referencias bibliográficas

- Aldwin, C. M., & Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of personality and social psychology*, 53(2), 337.
- Arroyo, J. (2020). Coronavirus: infectados en España y la evolución del brote desde el origen. Redacción Médica. 23/03/2020. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-infectados-espana-y-evolucion-covid19-desde-origen-4148>
- Ausín, B., González-Sanguino, C., Castellanos, M. Á., & Muñoz, M. (2020). Gender-related differences in the psychological impact of confinement as a consequence of COVID-19 in Spain. *Journal of Gender Studies*, 1-10.
- Badii, M. H., Castillo, J., & Wong, A. (2008). Uso de Análisis de Covarianza (ANCOVA) en investigación científica (Use of covariance analysis (ANCOVA) in scientific research).
- Balluerka Lasa, M. N., Gómez Benito, J., Hidalgo Montesinos, M. D., Gorostiaga Manterola, M. A., Espada Sánchez, J. P., Padilla García, J. L., & Santed Germán, M. Á. (2020). Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación.
- Barbisch, D., Koenig, K. L., & Shih, F. Y. (2015). Is there a case for quarantine? Perspectives from SARS to Ebola. *Disaster medicine and public health preparedness*, 9(5), 547-553.
- Berlanga, V., y Rubio Hurtado, M. J. (2012). Clasificación de pruebas no paramétricas. Cómo aplicarlas en SPSS. *REIRE. Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 2012, vol. 5, num. 2, p. 101-113.
- Bértola, D. (2010). Hans Selye y sus ratas estresadas. *Medicina universitaria*, 12(47), 142-143.
- Bouchard, G. (2003). Cognitive appraisals, neuroticism, and openness as correlates of coping strategies: An integrative model of adaptation to marital difficulties. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 35(1), 1.
- Breakwell, G. M. (2006). *Interviewing methods. Research methods in psychology*, 3, 232-253.
- Brissette, I., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of personality and social psychology*, 82(1), 102.

- 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*.
- Buendía, J., y Mira, J. M. (1993). Estrés, desarrollo y adaptación. *Estrés y psicopatología*, 41-61.
- Butterworth, P., Leach, L. S., Strazdins, L., Olesen, S. C., Rodgers, B., & Broom, D. (2011). The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household panel survey. *Occupational and environmental medicine*, 68(11), 806-812.
- Cabanach, R. G., Fariña, F., Freire, C., González, P., & del Mar Ferradás, M. (2015). Diferencias en el afrontamiento del estrés en estudiantes universitarios hombres y mujeres. *European Journal of Education and Psychology*, 6(1).
- Cano García, F. J., Rodríguez Franco, L., & García Martínez, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (1), 29-39.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.
- Castaño, E. F., y Del Barco, B. L. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 10(2), 245-257.
- Castellanos-Torres, E., Mateos, J. T., & Chilet-Rosell, E. (2020). COVID-19 en clave de género. *Gaceta Sanitaria*.
- Correché, M. S., Fiorentino, M. T., & Fantin, M. B. (2005). Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de la ciudad de San Luis. *Fundamentos en humanidades*, (11), 159-176.
- Cox, T. (1985). The nature and measurement of stress. *Ergonomics*, 28(8), 1155-1163.
- Cué, C. (2020). El Gobierno informa de que es la única autoridad en toda España, limita los desplazamientos y cierra comercios. *El País*. 15/03/2020. <https://elpais.com/espana/2020-03-14/el-gobierno-prohibe-todos-los-viajes-que-no-sean-de-fuerza-mayor.html>

- De la Nuez, E. (2020). El fin del estado de alarma ¿y ahora qué pasa desde un punto de vista jurídico? *Expansión*. 21/06/2020. <https://hayderecho.expansion.com/2020/06/21/el-fin-del-estado-de-alarma-y-ahora-que-pasa-desde-un-punto-de-vista-juridico/#:~:text=Ayer%2C21%20de%20junio%20de,y%203%20de%20junio%20de>
- Degnah, A. A., Al-Amri, S. S., Hassan, A. M., Almasoud, A. S., Mousa, M., Almahboub, S. A., Alhabbab, R.Y., Mirza, A.A., Hindawi, S.I., Alharbi, N.K., Hashem, A.M., & Azhar, E. I. (2020). Seroprevalence of MERS-CoV in healthy adults in western Saudi Arabia, 2011–2016. *Journal of Infection and Public Health*.
- Depoux, A., Martin, S., Karafillakis, E., Preet, R., Wilder-Smith, A., & Larson, H. (2020). The pandemic of social media panic travels faster than the COVID-19 outbreak.
- Díaz, V. (2002). Tipos de encuestas y diseños de investigación. Universidad Pública de Navarra.
- Di-Colloredo, C., CRUZ, D. P. A., & Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psicología. Avances de la disciplina*, 1(2), 125-156.
- Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., Lahiri, D., & Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & metabolic syndrome*, 14(5), 779–788. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.035>
- Equipo COVID-19. (2020). *Informe sobre la situación de COVID-19 en España*. Madrid: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Instituto de Salud Carlos III. Informe COVID-19 n.º 23. <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20n%C2%BA%2023.%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2016%20de%20abril%20de%202020.pdf>.
- Espino, A. (2014). Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 34(122), 385-404.
- Fernández, J. E., y Martínez, G. M. (2009). Estrés y depresión en mujeres con doble jornada de trabajo. *Reporte de Investigación Licenciatura Carrera de Psicología. FES Iztacala. UNAM. México*.
- Fernández, R. I. (2020). Violencia de género en tiempos del Covid-19.

- Florio, L. (2020). ¿Qué es un ERTE y cuáles son tus derechos como trabajador? *La Vanguardia: Economía*. 20/03/2020.
<https://www.lavanguardia.com/economia/20200320/474272215730/erte-empleo-paro-derechos-trabajador-que-es-cobrar-seguridad-social.html>
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of personality and social psychology*, 46(4), 839.
- Franco-Vicario, R. (2012). Repercusiones del desempleo en la salud. *Gaceta Médica de Bilbao*, 109(4).
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1991). Adolescent coping: The different ways in which boys and girls cope. *Journal of adolescence*, 14(2), 119-133.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1999). Things don't get better just because you're older: A case for facilitating reflection. *British Journal of Educational Psychology*, 69(1), 81-94.
- Gambara, H. (2016). *Métodos de investigación en psicología y educación: libro de prácticas*. McGraw-Hill Interamericana de España.
- García Apac, C., Maguiña Vargas, C., & Gutiérrez Rodríguez, R. (2003). Síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). *Revista Médica Herediana*, 14(2), 89-93.
- García, M. A., y García, J. J. L. (1992). Análisis de covarianza en diseños de medidas repetida: el riesgo de una interpretación. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 91-108.
- Ge, Z. Y., Yang, L. M., Xia, J. J., Fu, X. H., & Zhang, Y. Z. (2020). Possible aerosol transmission of COVID-19 and special precautions in dentistry. *Journal of Zhejiang University-SCIENCE B*, 1-8.
- Gómez, A. (2020). Cómo se están acatando las normas en la desescalada: estas son las que más se saltan los españoles. *Business Insider*. <https://www.businessinsider.es/como-estan-acatando-normas-desescalada-657743>
- Gómez, V. (2012). Cómo perciben los hombres el estrés asociado al desempeño de sus roles y su relación con la salud. Arias, F. y Juárez, A. (Coords.) *Agotamiento profesional y estrés. Hallazgos desde México y otros países latinoamericanos*. México. Universidad Autónoma de Morelos. Porrúa.

- González Ramírez, M. T., y Landero Hernández, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23, 7-18.
- Hurtado, M. J. R., y Silvente, V. B. (2012). Cómo aplicar las pruebas paramétricas bivariadas t de Student y ANOVA en SPSS. Caso práctico. *Reire*, 5(2), 83-100.
- Jadresic, E. (2010). La necesaria distinción de género. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 261-263.
- Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y. J., Ki, M., Min, J. A., Cho, J., & Chae, J. H. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiology and health*, 38.
- Jiménez, B. M., y León, C. B. (2010). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. *Universidad Autónoma de Madrid*, 19.
- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek, J. D., & Rosenthal, R. A. (1964). Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity.
- Krzemien, D., Urquijo, S., y Monchietti, A. (2004). Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento a los sucesos críticos del envejecimiento femenino. *Psicothema*, 16(3), 350-356.
- Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process.
- Lazarus, R. S. (2000). Estrés y emoción. *Manejo e implicaciones en nuestra salud. Desclée de Brouwer*.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Li, W., Yang, Y., Liu, Z. H., Zhao, Y. J., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., & Xiang, Y. T. (2020). Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *International journal of biological sciences*, 16(10), 1732.
- Lilliefors, H. W. (1967). On the Kolmogorov-Smirnov test for normality with mean and variance unknown. *Journal of the American statistical Association*, 62(318), 399-402.
- Liu, J. J., Bao, Y., Huang, X., Shi, J., & Lu, L. (2020). Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(5), 347-349.

- López, J. J. (2020, 11 marzo). *La crisis del coronavirus dispara las compras en los súper de Valladolid, que garantizan el abastecimiento*. El Norte de Castilla. <https://www.elnortedecastilla.es/valladolid/aumenta-consumo-supermercados-20200310141016-nt.html?ref=https:%2F%2Fwww.google.com%2F>
- Ludwig, S., & Zarbock, A. (2020). Coronaviruses and SARS-CoV-2: A Brief Overview. *Anesthesia and Analgesia*.
- Martínez-Correa, A., Del Paso, G. A. R., García-León, A., & González-Jareño, M. I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Moos, R. H., & Holahan, C. J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *Journal of clinical psychology*, 59(12), 1387-1403.
- Navarro, A. B., y Bueno, B. (2005). Efectos del sexo, el nivel educativo y el nivel económico en el afrontamiento de los problemas en personas muy mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40(1), 34-43.
- Nsoesie, E. O., Rader, B., Barnoon, Y. L., Goodwin, L., & Brownstein, J. (2020). Analysis of hospital traffic and search engine data in Wuhan China indicates early disease activity in the Fall of 2019.
- Oldehinkel, A. J., & Bouma, E. M. (2011). Sensitivity to the depressogenic effect of stress and HPA-axis reactivity in adolescence: a review of gender differences. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(8), 1757-1770.
- OMS (2020). *Weekly Operational Update on COVID-19*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/weekly-updates/wou-25-september-2020-for-cleared.pdf?sfvrsn=f44d4537_2
- Oran, D. P., & Topol, E. J. (2020). Prevalence of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection: A Narrative Review. *Annals of Internal Medicine*.
- Oviedo, H. C., y Arias, A. C. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(4), 572-580.
- Pelechano, V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Ariel.
- Pérez, F., y Maudos, J. (2020). Impacto económico del coronavirus en el PIB y el empleo de la economía española y valenciana. *Valencia: Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas (Ivie)*.

- Pita Fernández, S., y Pértega Díaz, S. (1997). Relación entre variables cuantitativas. *Cad Aten Primaria*, 4, 141-4.
- Plancherel, B., & Bolognini, M. (1995). Coping and mental health in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 18(4), 459-474.
- Quiroz, C. N., Méndez, P. O., Valero, C. Z. V., & Trujano, R. S. (2010). Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y salud*, 20(2), 213-220.
- RTVE.es. (2020, 22 noviembre). *El mapa mundial del coronavirus: más de 58 millones de casos*. <https://www.rtve.es/noticias/20201122/mapa-mundial-del-coronavirus/1998143.shtml>
- Ruiz, M. T. (2020). Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia de COVID-19.
- Sandin B, Chorot P, Santed MA y Jiménez MP (1995). Trastornos psicósomáticos. En A Belloch, B Sandín y F Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología* (pp. 401-469). Interamericana
- Selye, H. (1956). *The stress of life*.
- Shontz, F. C. (1975). *The psychological aspects of physical illness and disability*. MacMillan Publishing Company.
- Sim, K., & Chua, H. C. (2004). The psychological impact of SARS: a matter of heart and mind. *Cmaj*, 170(5), 811-812.
- Suls, J., David, J. P., & Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of personality*, 64(4), 711-735.
- Surveillances, V. (2020). The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19)—China, 2020. *China CDC Weekly*, 2(8), 113-122.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive therapy and research*, 13(4), 343-361.
- Universidad Complutense. (27 de mayo, 2020). Las mujeres, el sector de la población que más depresión, soledad y ansiedad está ocasionando el confinamiento. <https://www.ucm.es/las-mujeres,-el-sector-de-la-poblacion-que-mas-depresion,-soledad-y-ansiedad-esta-ocasionando-el-confinamiento/>
- Verdú, D. (2020). Un estudio de aguas residuales confirma que la Covid-19 ya estaba en Italia en diciembre. *El País*. 20/06/2020. <https://elpais.com/sociedad/2020-06-19/un->

[estudio-de-aguas-residuales-confirma-que-la-covid-19-ya-estaba-en-italia-en-diciembre.html](#)

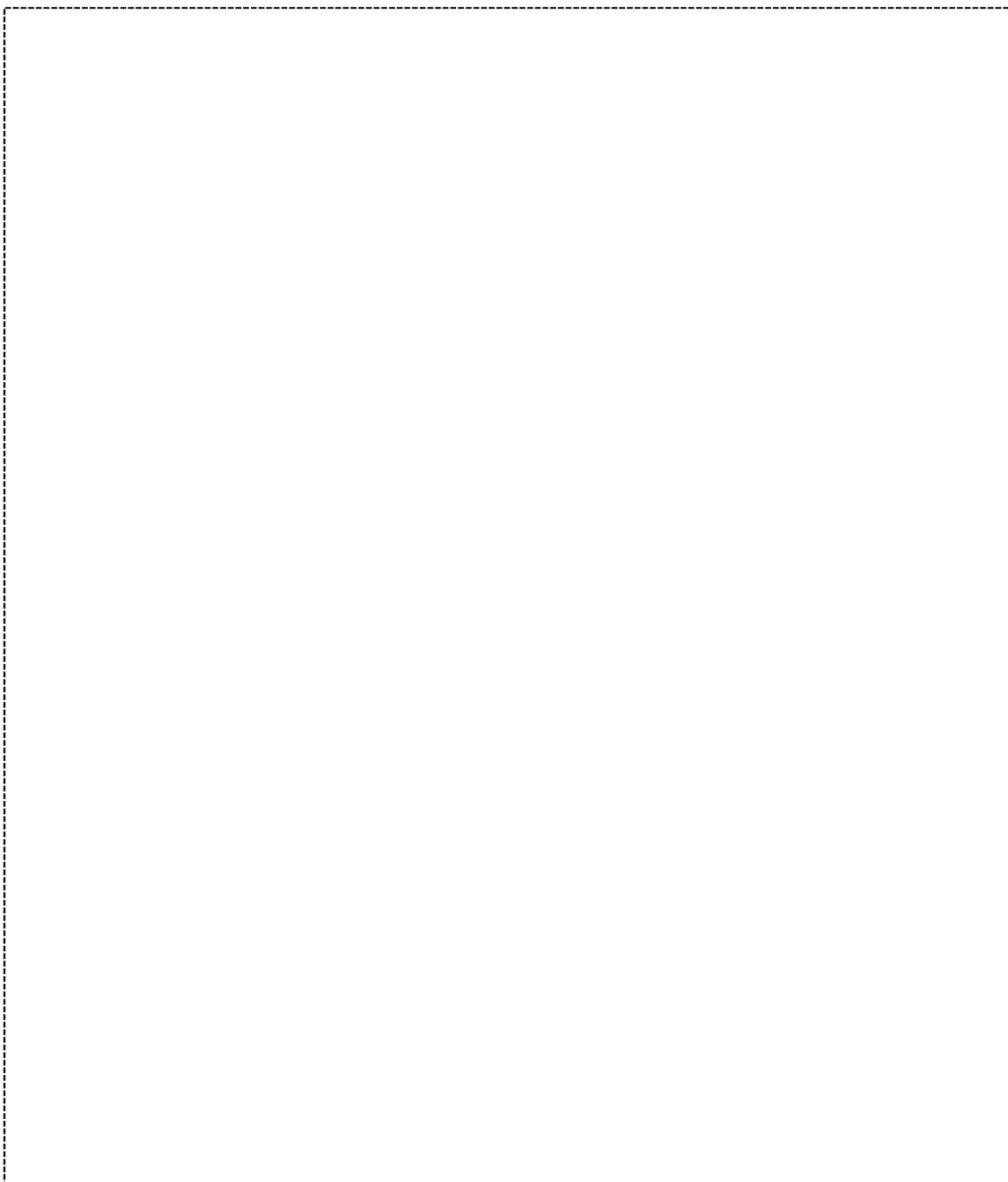
- Verma, R., Balhara, Y. P., & Gupta, C. S. (2011). Gender differences in stress response: Role of developmental and biological determinants. *Industrial psychiatry journal*, 20(1), 4–10. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.98407>
- Vildósola, A. C. S., Guerra, A. L. R., & Villanueva, L. J. (2012). Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 69(5), 347-354.
- Wang, L. S., Wang, Y. R., Ye, D. W., & Liu, Q. Q. (2020). A review of the 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) based on current evidence. *International journal of antimicrobial agents*, 105948.
- Wenham, C., Smith, J., & Morgan, R. (2020). COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *The Lancet*, 395(10227), 846-848.
- Wu, D., Wu, T., Liu, Q., & Yang, Z. (2020). The SARS-CoV-2 outbreak: what we know. *International Journal of Infectious Diseases*.
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., Liu, X., Fuller, C.J., Susser, E., Lu, J., & Hoven, C. W. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 302-311.
- Yeh, S. C. J., Huang, C. H., Chou, H. C., & Wan, T. T. (2009). Gender differences in stress and coping among elderly patients on hemodialysis. *Sex Roles*, 60(1-2), 44.
- Zheng, J. (2020). SARS-CoV-2: an emerging coronavirus that causes a global threat. *International journal of biological sciences*, 16(10), 1678.

ANEXO A: INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (CSI)

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2007)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si esta mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.



Estudio comparativo de afrontamiento del estrés entre hombres y mujeres durante el confinamiento por COVID-19

De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente

Esté seguro de que **responde a todas las frases** y de que **marca sólo un número** en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

NOMBRE:	EDAD:	FECHA EVAL:	
1	Luché para resolver el problema		0 1 2 3 4
2	Me culpé a mí mismo		0 1 2 3 4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés		0 1 2 3 4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado		0 1 2 3 4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema		0 1 2 3 4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente		0 1 2 3 4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado		0 1 2 3 4
8	Pasé algún tiempo solo		0 1 2 3 4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación		0 1 2 3 4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché		0 1 2 3 4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía		0 1 2 3 4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase		0 1 2 3 4
13	Hablé con una persona de confianza		0 1 2 3 4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas		0 1 2 3 4
15	Traté de olvidar por completo el asunto		0 1 2 3 4
16	Evité estar con gente		0 1 2 3 4
17	Hice frente al problema		0 1 2 3 4
18	Me critiqué por lo ocurrido		0 1 2 3 4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir		0 1 2 3 4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación		0 1 2 3 4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano		0 1 2 3 4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían		0 1 2 3 4
23	Quitó importancia a la situación y no quise preocuparme más		0 1 2 3 4
24	Oculté lo que pensaba y sentía		0 1 2 3 4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran		0 1 2 3 4
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera		0 1 2 3 4
27	Dejé desahogar mis emociones		0 1 2 3 4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido		0 1 2 3 4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos		0 1 2 3 4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo		0 1 2 3 4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado		0 1 2 3 4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía		0 1 2 3 4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería		0 1 2 3 4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias		0 1 2 3 4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron		0 1 2 3 4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes		0 1 2 3 4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto		0 1 2 3 4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas		0 1 2 3 4
39	Evité pensar o hacer nada		0 1 2 3 4
40	Traté de ocultar mis sentimientos		0 1 2 3 4
	Me consideré capaz de afrontar la situación		0 1 2 3 4

FIN DE LA PRUEBA

	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
PD								
PC								
A cumplimentar por el evaluador								

Estudio comparativo de afrontamiento del estrés entre hombres y mujeres durante el confinamiento por COVID-19

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (claves de corrección)	
Resolución de problemas (REP)	01+09+17+25+33
Autocrítica (AUC)	02+10+18+26+34
Expresión emocional (EEM)	03+11+19+27+35
Pensamiento desiderativo (PSD)	04+12+20+28+36
Apoyo social (APS)	05+13+21+29+37
Reestructuración cognitiva (REC)	06+14+22+30+38
Evitación de problemas (EVP)	07+15+23+31+39
Retirada social (RES)	08+16+24+32+40

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (baremo)									
Pc	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	Pc
1	1								1
2	2			0	0	0			2
3	3			1	1	1			3
4	4		0	1	2	2			4
5	5		1	2	3	2	0		5
10	6		3	4	4	4	1		10
15	8		4	5	5	5	2	0	15
20	10		4	6	6	6	2	1	20
25	11		5	7	7	6	3	1	25
30	12	0	5	8	8	7	3	2	30
35	13	1	6	9	8	8	4	2	35
40	14	2	7	10	9	9	4	2	40
45	15	3	8	12	10	9	5	3	45
50	16	3	9	12	11	10	5	3	50
55	16	4	9	13	12	11	6	4	55
60	16	5	10	14	13	12	7	4	60
65	17	6	11	15	13	12	7	5	65
70	18	7	11	16	14	13	8	5	70
75	19	8	12	16	15	14	8	6	75
80	19	10	14	17	16	15	9	7	80
85	20	12	15	18	17	16	10	8	85
90	20	14	16	19	18	17	11	9	90
95	20	16	18	20	19	18	13	11	95
96	20	17	18	20	20	19	13	11	96
97	20	18	19	20	20	19	14	11	97
98	20	20	20	20	20	19	16	13	98
99	20	20	20	20	20	20	16	15	99
	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	
Media	14,25	5,11	8,98	11,66	10,93	10,17	5,81	3,93	Media
DT	5,01	5,05	5,05	5,05	5,12	4,94	3,89	3,53	DT
N	335	335	335	334	332	335	334	334	N

ANEXO B: OCHO FACTORES DE ESTUDIO.

Resolución de problemas (REP)	01 + 09 + 17 + 25 + 33
Autocrítica (AUC)	02 + 10 + 18 + 26 + 34
Expresión emocional (EEM)	03 + 11 + 19 + 27 + 35
Pensamiento desiderativo (PSD)	04 + 12 + 20 + 28 + 36
Apoyo social (APS)	05 + 13 + 21 + 29 + 37
Reestructuración cognitiva (REC)	06 + 14 + 22 + 30 + 38
Evitación de problemas (EVP)	07 + 15 + 23 + 31 + 39
Retirada social (RES)	08 + 16 + 24 + 32 + 40

ANEXO C: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO Este estudio requiere la recogida de ciertos datos personales. Algunos de estos datos son de carácter general (como, por ejemplo, sexo...) y otros están relacionados con la salud (p.ej. su historia clínica, su estado físico y mental, referidos en ocasiones como datos personales). La recogida y tratamiento de dichos datos se llevarán a cabo de acuerdo con la legislación aplicable en materia de privacidad. Se adoptarán las medidas oportunas para garantizar la debida protección de los datos en todo momento, sin violación alguna de la confidencialidad. Estos datos se procesarán electrónicamente de manera anónima.

Sólo el estudiante Eugenio Táboas Rodríguez tendrá acceso a ellos. Según lo establecido por el Reglamento General de Protección de Datos vigente desde mayo de 2018, todos los datos que se recogen son estrictamente confidenciales. Usted tiene derecho a pedir que le sean desvelados aquellos datos personales mantenidos de forma identificable, así como a solicitar la rectificación de cualquier dato incorrecto o incompleto. La información recogida no incluirá su nombre ni su dirección, ni ningún otro dato que permita su identificación. Todos los registros se mantendrán en la más estricta confidencialidad. Sólo se recogerán datos anónimos y se procesarán electrónicamente. **ES IMPRESCINDIBLE DAR CONSENTIMIENTO PARA INICIAR EL CUESTIONARIO.**

He leído y comprendido este consentimiento informado. La información de este consentimiento informado me ha sido explicada.

ANEXO D: VISTO BUENO COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN



2020_658

INFORME DE VALORACIÓN DE TRABAJO FIN DE MÁSTER

La Comisión de investigación de TFM de la Universidad Internacional de la Rioja, y los miembros que lo conforman exponen que:

El proyecto de TFM titulado **ESTUDIO COMPARATIVO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ENTRE HOMBRES Y MUJERES DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19** por D/Dña. **Eugenio J. Táboas Rodríguez** en el que consta como autor/a, ha sido valorado en Madrid a fecha del día 30 de octubre de 2020.

Entendiendo que este estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en esta institución, el proyecto presentado es valorado como **FAVORABLE**.

Firmado. Comisión TFM.
Facultad Ciencias de la Salud.



Madrid, a 30 de octubre de 2020.

ANEXO F: INFECCION POR CORONAVIRUS.

La infección por este virus induce en los pacientes contagiados una enfermedad denominada COVID-19, que da, a su vez, nombre a la pandemia que asola al mundo entero desde principios del año 2020. No hay que olvidar, que años anteriores también existieron infecciones por otros coronavirus que afectaron al ser humano, pero que no adquirieron la relevancia de este último en términos de número de infectados y número de vidas cobradas. Entre estos se encuentra el coronavirus causante del MERS (Síndrome Respiratorio de Oriente Medio), detectado en 2012 (Degnah et al., 2020); o el SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo), detectado en 2002 (García et al., 2003).

Así, este virus, de origen zoonótico (transmitido del animal al ser humano), como se comentó anteriormente, posee un genoma constituido por una única cadena de ARN, siendo clasificado como virus ARN monocatenario positivo. La secuencia genómica de este pudo ser obtenida y aislada partiendo de una muestra procedente de un paciente infectado en Wuhan; aspecto esencial en el estudio del virus y la enfermedad y el desarrollo de remedios terapéuticos y vacunas. La principal consecuencia de la infección por este virus es el desarrollo de enfermedad respiratoria aguda y neumonía bilateral grave. No existe, hoy en día, ningún tratamiento ni vacuna oficialmente válidos para el tratamiento y prevención de la enfermedad (Wu et al., 2020).