

# Familiares de personas afectadas por COVID-19: psicopatología, estrés, percepción de amenaza y apoyo social

## Family Members of People Affected by COVID-19: Psychopathology, Stress, Threat Perception and Social Support

**Aruca Calderón-Cholbi**

<sup>1</sup>Psicóloga Sanitaria en Gabinete de Psicología  
gabinete@arucapsicologa.es

**Joaquín Mateu-Mollá**

Profesor Adjunto en la Universidad Internacional de Valencia,  
joaquin.mateu@campusviu.es

**Laura Lacomba-Trejo<sup>1</sup>**

Personal Docente e Investigador en Formación. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Valencia  
laura.lacomba@uv.es

**Resumen:** La nueva enfermedad conocida como COVID-19 ha sacudido nuestras vidas y ha supuesto una verdadera amenaza no solo para las personas que la padecen, sino también para sus familiares. **Objetivo:** Evaluar los factores de riesgo y protección en los familiares de personas afectadas por COVID-19. **Método:** Una vez firmado el consentimiento informado, los participantes (n=50) completaron una entrevista sociodemográfica y se evaluó su grado de

**Abstract:** The new disease known as COVID-19 has shaken our lives and has posed a real threat not only to the people who suffer from it, but also to their families. **Objective:** To assess risk and protective factors in family members of people affected by COVID-19. **Methods:** Once the informed consent was signed, participants (n=50) completed a socio-demographic interview and their degree of emotional distress (SCL-90-R), stress (PSS-14), threat perception

---

<sup>1</sup> Correspondencia: Laura Lacomba-Trejo, Av. Blasco Ibáñez, 21, 46010, Valencia (España).  
Email: laura.lacomba@uv.es

Financiación: Laura Lacomba-Trejo es beneficiaria de la Ayuda de Atracción a Talent de la Universidad de Valencia (0113/2018).

malestar emocional (SCL-90-R), estrés (PSS-14), percepción de amenaza (BIP-Q5) y apoyo social (MOS-SSS). Resultados: Los familiares que participaron presentaron malestar emocional, estrés, sensación de amenaza y apoyo social moderados. Conclusiones: Nuestro estudio subraya que la familia es una parte activa en esta enfermedad, la cual padece un gran impacto emocional que debe ser tratado.

**Palabras clave:** COVID-19; familia; psicopatología; estrés; sensación de amenaza; apoyo social.

(BIP-Q5) and social support (MOS-SSS) were assessed. Results: The participating family members presented emotional distress, stress, perception of threat, and moderate social support. Conclusions: Our study emphasizes that the family is an active part of this disease, which has a great emotional impact that must be treated.

**Key Words:** COVID-19; family; psychopathology; stress; sense of threat; social support.

## 1. Introducción

A finales de diciembre de 2019, el nuevo brote de coronavirus (SARS-CoV-2) acarreó una crisis decisiva de salud pública en la ciudad de Wuhan; ya que este virus se extendió vertiginosamente por la totalidad de China (Wang et al., 2020b) y, más tarde, por otros países de Asia, Europa y América (World Health Organization [WHO], 2020a, 2020b). De esta manera, el 11 de marzo de 2020, la COVID-19 fue declarada una pandemia en una rueda de prensa mundial celebrada por Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Ferrer, 2020). La COVID-19, originada por la infección por SARS-CoV-2, englobó un amplio espectro de gravedad clínica, es decir, se llevó a cabo una importante evaluación de la gravedad de la pandemia ocasionada por el patógeno (Shi et al., 2020).

El 31 de enero de 2020, se registró el primer caso oficial de COVID-19 en España, concretamente, en la Isla de la Gomera (Canarias). Los primeros casos en la península se identificaron el 24 de febrero, seguidos de una propagación exponencial del virus, afectando principalmente a la Comunidad de Madrid, País Vasco y Cataluña (Ferrer, 2020). En cuestión de meses, la pandemia generó una situación de colapso sin igual en la historia reciente. España, uno de los países con la ratio de fallecidos por habitante más alta de Europa, decretó el Estado de Alarma el 14 de marzo, instaurando el consecuente confinamiento domiciliario de la población (Masip et al., 2020). Esta medida obligó a detener gran parte de la actividad económica, ocasionando graves consecuencias para las sociedades

involucradas (Dhama et al., 2020). Asimismo, el confinamiento conformó uno de los asuntos más problemáticos y sugerentes en relación con el posible impacto psicológico asociado (Lorenzo et al., 2020). Los principales estresores acaecidos durante la cuarentena fueron: la duración de ésta, el miedo a la infección, la falta de suministros, la frustración, el aburrimiento y la información inadecuada. La pandemia ocasionó emociones comunes y naturales en los seres humanos debidas a la incertidumbre, el riesgo real de contagio y la sobrecarga de información (Duan & Zhu, 2020).

Los meses de confinamiento han ocasionado excesivos y nocivos efectos sociales y económicos en las sociedades. Además del crecimiento del desempleo, existen personas que han visto realmente dañada su economía o que han perdido a familiares, e incluso que padecen enfermedades crónicas que no están siendo atendidas por el sistema sanitario debido al colapso por la COVID-19 (Sandín et al., 2020). Si a todo lo señalado, se le une la enfermedad por este coronavirus en un familiar, el impacto emocional puede ser aún mayor (Casaña-Granell et al., 2018). El miedo, la incertidumbre, la angustia y la ansiedad experimentada por el desconocimiento de la enfermedad o las consecuencias de ésta en los familiares, pueden provocar un importante desgaste emocional tanto en la persona contagiada, como en sus familiares. De este modo, los familiares de personas infectadas por COVID-19 experimentan malestar emocional en forma de: miedo a la muerte, pavor al contagio o temor a que la situación afecte a su salud física y/o mental (Paniagua, 2020).

Este nuevo coronavirus puede perjudicar a personas de cualquier edad y condición, aunque las personas mayores y aquellas que sufren patologías previas (como asma, diabetes o enfermedades cardíacas, entre otras), son generalmente más frágiles (Palacios et al., 2020). Por este motivo las personas que padecen enfermedades crónicas pueden haber percibido mayor miedo a la incertidumbre, generando así una gran afectación de la salud mental (Serra, 2020; Yao et al., 2020). Este miedo a la incertidumbre ante la nueva situación aumenta los niveles de ansiedad y estrés en personas sin enfermedades físicas o mentales, posibilitando la exacerbación de los síntomas en aquellas personas que sufrían trastornos mentales preexistentes. Las personas sometidas al estrés provocado por la pandemia, pueden exhibir angustia acentuada y un deterioro significativo en el funcionamiento social u ocupacional (Ramírez-Ortiz et al., 2020).

Por todo lo anterior, se ha señalado que uno de los problemas principales sucedidos a raíz del confinamiento ha sido la aparición

de estrés, ansiedad y depresión (Huarcaya-Victoria, 2020). Relacionado con este tema, es necesario señalar que algunos estudios (Gaibor-González & Moreta-Herrera, 2020; Valero-Moreno et al., 2020; Wang et al., 2020a) han indicado que son las mujeres quienes, durante el periodo de confinamiento, han presentado mayor malestar emocional y percepción de amenaza a causa de la COVID-19.

El aumento de la sintomatología emocional se ha visto relacionado en muchos casos con la percepción de la enfermedad que tenían las personas. Concretamente, la literatura ha señalado cómo la percepción que tengan las personas sobre la enfermedad que padecen ellos o sus familiares, puede marcar notablemente su ajuste emocional (Nodoushan et al., 2020; Pérez-Fuentes et al., 2020a; Pérez-Fuentes et al., 2020b). Debido al gran número de personas contagiadas y fallecidas, así como a la información recibida de manera masiva sobre la COVID-19, la sociedad ha mostrado una fuerte sensación de amenaza por la COVID-19. Una de las preocupaciones principales se ha centrado en la salud de uno mismo, la familia y el resto de la sociedad (Lai et al., 2020). Una percepción más amenazante de la enfermedad se asocia con peores resultados de salud física y emocional (Torralba-García et al., 2020; Valero-Moreno et al., 2020).

El apoyo social es uno de los factores de protección más señalados en la literatura (Mateu-Mollá et al., 2015; Urzúa et al., 2020) y, concretamente, ante el padecimiento de una enfermedad en un miembro de la familia. Así la falta de apoyo social se relaciona con una pobre valoración de la salud, la adopción de nuevos hábitos perjudiciales para la misma y un mayor estrés en el ámbito doméstico (Gafarov et al., 2013).

A pesar de que existe gran cantidad de estudios sobre el impacto emocional de la pandemia, son pocos los que abarcan los factores de riesgo y protección en familiares de personas afectadas por COVID-19. Es por ello por lo que el presente estudio tiene como objetivo evaluar los factores de riesgo y protección ante el ajuste emocional en los familiares de personas afectadas por COVID-19, considerando la psicopatología, el grado de estrés, la percepción de amenaza y el apoyo social percibido durante la época de confinamiento en España.

## 2. Metodología

### 2.1. Participantes

Los participantes se obtuvieron por un muestreo por cuotas. Inicialmente la muestra la integraron 802 españoles, seleccionando para este estudio exclusivamente a aquellos que tuvieran familiares afectados por COVID-19. De ellos, el 84% fueron mujeres y el 16% hombres, con edades comprendidas entre los 20 y los 63 años ( $M=36,88$ ;  $DT=12,73$ ). Como criterios de inclusión, se solicitó: 1) tener mínimo 18 años y 2) completar de manera integral la batería de cuestionarios. Se excluyeron aquellos participantes que no cumplieron correctamente el consentimiento informado.

Todos los participantes de este estudio tuvieron un familiar de primer o segundo grado (90,40%) contagiado por COVID-19 y el 8% tenía a más de un familiar infectado. En cuanto a la gravedad de los diagnósticos familiares, el 40% de las personas catalogaron los diagnósticos de sus familiares como leves, el 32% como moderado, el 16% como grave y el 12% declaró que su familiar ya había fallecido debido a la enfermedad. La tabla 1 muestra detalladamente las características sociodemográficas de los participantes.

### 2.2. Materiales e instrumentos

- *Entrevista sociodemográfica ad hoc*. Se utilizó para obtener la información relacionada con las características sociodemográficas y clínicas de los participantes, tales como: sexo, edad, lugar de residencia, estado civil, formación académica, situación laboral o académica anterior a la pandemia por COVID-19, interrupción de la actividad laboral a causa de la crisis del coronavirus, situación laboral o académica posterior a la misma, presencia de un problema de salud física o mental previo, diagnóstico familiar de COVID-19, gravedad de sus diagnósticos, tipo de familiar contagiado y existencia de convivencia con dicho familiar.

- *The Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)* (Derogatis et al., 1973). Este inventario se empleó para evaluar el grado de malestar psicológico experimentado por los participantes durante la semana previa a la evaluación. Está formado por 90 ítems en formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta (0 “nada” a 4 “mucho”), valorados y analizados en base a nueve dimensiones: “Somatizaciones”, “Obsesiones y compulsiones”, “Sensibilidad interpersonal”, “Depresión”, “Ansiedad”, “Hostilidad”, “Ansiedad fóbica”, “Ideación paranoide” y “Psicoticismo”; así como tres índices globales de malestar

psicológico: “Índice global de severidad”, “Índice positivo de malestar” y “Total de síntomas positivos” (Gempp & Avendaño, 2008). Derogatis & Savitz (2000) verificaron que las propiedades psicométricas de este inventario eran apropiadas. En nuestra muestra, se obtuvo una consistencia interna excelente ( $\alpha=,97$ ). En la escala somatizaciones ( $\alpha=,87$ ), en obsesiones y compulsiones ( $\alpha=,84$ ), en sensibilidad interpersonal ( $\alpha=,75$ ), en depresión ( $\alpha=,93$ ), en ansiedad ( $\alpha=,89$ ), en hostilidad ( $\alpha=,63$ ), en ansiedad fóbica ( $\alpha=,70$ ), en ideación paranoide ( $\alpha=,70$ ) y en psicoticismo ( $\alpha=,77$ ).

- *Perceived Stress Scale* (PSS-14) (Cohen et al., 1983), adaptada al español por Remor & Carrobles (2001). Esta escala se aplicó para obtener una medida global del estrés percibido por los participantes a lo largo del mes previo a la evaluación. Lo forman 14 ítems en formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta (0 “nunca” a 4 “muy a menudo”) (Torres et al., 2015). La versión española de la escala revela características psicométricas apropiadas ( $\alpha=,81$ ), al igual que cuenta con índices test-retest ( $r=,73$ ), validez (concurrente) y sensibilidad (Remor, 2006). En la muestra actual, se obtuvo una consistencia interna excelente ( $\alpha=,91$ ).

- *The Brief Illness Perception Questionnaire* (BIP-Q5) (Broadbent et al., 2006), adaptado al español por Pacheco-Huergo et al., (2012). Este instrumento se utilizó para medir las representaciones cognitivas de la enfermedad. Lo componen nueve ítems (el último de ellos formulado como una pregunta abierta), en formato tipo Likert con diez opciones de respuesta (0 “mínimo” a 10 “máximo”). Este cuestionario evidencia características psicométricas adecuadas (Valero-Moreno et al., 2020), mostrando el estudio inicial una fiabilidad test-retest aceptable, con un rango entre  $r=0,50-0,70$  (Basu y Poole, 2016). En nuestro estudio, se obtuvo una consistencia interna aceptable ( $\alpha=,71$ ).

- *The Medical Outcomes Study-Social Support Survey* (MOS-SSS) (Sherbourne & Stewart, 1991). Este cuestionario se empleó para valorar el apoyo social de los participantes. Lo integran 20 ítems en formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta (1 “nunca” a 5 “siempre”) (Londoño et al., 2012). El estudio inicial muestra características psicométricas apropiadas con valores de  $\alpha>,91$  en todas las escalas (Sherbourne & Stewart, 1991). En la muestra actual, se obtuvo una buena consistencia interna ( $\alpha=,86$ ). En la escala de apoyo emocional ( $\alpha=,93$ ), en apoyo instrumental ( $\alpha=,88$ ), en afecto ( $\alpha=,87$ ) y en interacciones sociales ( $\alpha=,90$ ).

### 2.3. Procedimiento

El contacto con los participantes se realizó de manera online, al ser la única vía posible de acceso al estar en situación de confinamiento durante la evaluación. Tras la firma del consentimiento informado, que reflejaba la información básica que debían conocer antes de tomar la decisión de formar parte de la investigación, se les formulaba la pregunta de si aceptaban o no participar en el estudio. Asimismo, si deseaban participar en él y comprendían la naturaleza y procedimiento de este, debían señalar tres casillas donde: 1) confirmaran que tenían 18 o más años y consintieran participar, 2) certificaran haber leído y comprendido la información leída previamente y 3) dejaran constancia del entendimiento de dicho consentimiento.

La recogida de datos se realizó de forma autoadministrada por cada participante, empleando la herramienta *Google Forms* en un tiempo aproximado de 20 minutos. Todos los instrumentos se mostraron simultáneamente en el mismo cuestionario en secciones sucesivas y, antes del comienzo de cada sección, se facilitó una serie de instrucciones de cara a su correcta administración.

### 2.4. Análisis de datos

Los datos del estudio fueron analizados con el paquete estadístico SPSS en su versión 26. Se ejecutaron análisis descriptivos y pruebas t para muestras independientes, con la finalidad de examinar las diferencias existentes en función del sexo, además de la presencia o no de enfermedades físicas y mentales. Asimismo, se realizó el cálculo del tamaño del efecto a través de la *d* de Cohen, considerando valores pequeños aquellos  $\approx 0,20$ , medios  $\approx 0,50$  y altos  $\approx 0,80$  (Campbell-Sills & Stein, 2007). Por último, se llevaron a cabo correlaciones de Pearson con el fin de observar las relaciones existentes entre las variables objeto de estudio.

## 3. Resultados

### 3.1. Análisis descriptivo: características sociodemográficas y clínicas

En referencia a al estado civil de los participantes, la mayoría de ellos estaban solteros o tenían pareja. En lo relativo a la actividad laboral, un gran número (70%) tenían trabajo, y de ellos, la mayoría eran trabajadores por cuenta ajena. De las personas empleadas, el 70% vio interrumpida su actividad laboral debido a la COVID-19 y, la situación laboral posterior a la misma, reveló que el 60% tenía

trabajo, el 12% estaban desempleados, el 24% eran estudiantes, el 2% jubilados y el 2% mostraba algún grado de discapacidad. Un elevado porcentaje de participantes padecía algún tipo de enfermedad física o mental, por lo que generalmente recibían medicación. En cuanto al impacto en la salud tanto física como mental, el impacto en las relaciones sociales y la soledad a consecuencia de la COVID-19, puede consultarse en la Tabla 1. Por último, en referencia a la convivencia familiar, únicamente el 14% de los participantes convivía con su familiar infectado por COVID-19 en el momento de la evaluación, utilizando en ese caso principalmente el aislamiento total del miembro familiar como medida preventiva en la mayoría de los casos (54,8%). Un análisis más detallado de los datos puede encontrarse en la Tabla 1.

**Tabla 1.**

*Características sociodemográficas de los participantes e impacto físico y emocional de la pandemia por COVID-19*

|  |  | <b>Categorías</b>        | <b>Porcentaje</b> |      |
|--|--|--------------------------|-------------------|------|
| <b>Características sociodemográficas</b> | <b>Estado civil</b>                                  | Soltero/a                | 38                |      |
|  |  | Con pareja               | 28                |      |
|  |  | Casado/a                 | 24                |      |
|  |  | Divorciado/a             | 10                |      |
|  | <b>Formación</b>                                     | Estudios primarios       | 2                 |      |
|  |  | Estudios secundarios     | 14                |      |
|  |  | Estudios universitarios  | 84                |      |
|  | <b>Situación laboral pre-COVID-19</b>                | Desempleado/a            | 2                 |      |
|  |  | Estudiante               | 24                |      |
|  |  | Cuenta ajena             | 54                |      |
|  |  | Autónomo/a               | 18                |      |
|  |  |                          | Discapacidad      | 2    |
|  | <b>Salud física y emocional y fármacos asociados</b> | <b>Enfermedad física</b> | Sí                | 77,8 |
|  |  |                          | No                | 22,2 |
| <b>Enfermedad mental</b>                 |  | Sí                       | 52,6              |      |
|  |  | No                       | 47,4              |      |

|  |                                    |                     |      |
|--|------------------------------------|---------------------|------|
| <b>Impacto físico y psicológico de la COVID-19</b> | <b>Medicación física</b>           | Sí                  | 66,7 |
|  |                                    | No                  | 33,3 |
|  | <b>Psicofármacos</b>               | Sí                  | 50   |
|  |                                    | No                  | 50   |
|  | <b>Impacto en la salud</b>         | Fuerte              | 52   |
|  |                                    | Moderado            | 26   |
|  |                                    | Leve                | 22   |
|  | <b>Impacto relaciones sociales</b> | Fuerte              | 30   |
|  |                                    | Moderado            | 36   |
|  |                                    | Leve                | 34   |
|  | <b>Soledad</b>                     | Mucho               | 26   |
|  |                                    | Moderadamente solos | 18   |
|  | Apenas                             | 56                  |      |

### 3.2. Análisis descriptivo: perfil psicológico de los familiares de personas infectadas por COVID-19

Los familiares de personas afectadas por COVID-19 manifestaron un malestar emocional general moderado ( $M=0,68$ ;  $DT=0,51$ ). Los síntomas más habituales fueron: los síntomas depresivos ( $M=1,09$ ;  $DT=0,87$ ), los obsesivos-compulsivos ( $M=0,94$ ;  $DT=0,70$ ), los ansiosos ( $M=0,75$ ;  $DT=0,69$ ) y somáticos ( $M=0,72$ ;  $DT=0,66$ ). Los síntomas de sensibilidad interpersonal ( $M=0,60$ ;  $DT=0,50$ ), ideación paranoide ( $M=0,38$ ;  $DT=0,46$ ), hostilidad ( $M=0,34$ ;  $DT=0,36$ ), psicoticismo ( $M=0,31$ ;  $DT=0,43$ ) y ansiedad fóbica ( $M=0,29$ ;  $DT=0,44$ ), no fueron tan usuales. Añadido a lo anterior, experimentaron estrés de manera moderada-elevada ( $M=25,14$ ;  $DT=8,92$ ). Concretamente, el 34% lo sentía a menudo, el 2% lo padecía muy a menudo y el 52% padecían estrés de vez en cuando. Solamente el 12% no lo sufría casi nunca.

Por otra parte, en cuanto a la sensación de amenaza, se encontraron niveles moderados-bajos ( $M=30,60$ ;  $DT=8,01$ ). En lo relativo al apoyo social, se encontraron niveles bajos de densidad social ( $M=13,76$ ;  $DT=17,57$ ), apoyo social instrumental ( $M=16,68$ ;  $DT=3,71$ ), interacciones sociales ( $M=16,54$ ;  $DT=3,14$ ) y afecto ( $M=12,22$ ;  $DT=2,86$ ); y niveles moderados de apoyo social emocional ( $M=33,58$ ;  $DT=5,79$ ). En general, los participantes revelaron un moderado apoyo social ( $M=79,02$ ;  $DT=13,52$ ).

### 3.3. Análisis comparativo

Con el objetivo de comparar las variables psicológicas incluidas en el estudio con el sexo de los participantes, la presencia o no de enfermedad física y la presencia o no de enfermedad mental, se llevaron a cabo análisis diferenciales. Se encontraron puntuaciones estadísticamente significativas más altas en hombres que en mujeres en: obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ideación paranoide, psicoticismo, malestar emocional global y estrés. Sin embargo, las mujeres presentaron niveles más elevados que los hombres en: somatizaciones, hostilidad, ansiedad fóbica, percepción de amenaza, densidad social, apoyo emocional, apoyo instrumental, interacciones sociales, afecto y apoyo sociales en general. El tamaño del efecto de las comparaciones, por lo general fue pequeño-moderado (Tabla 2).

**Tabla 2.**

*Diferencias de medias en función del sexo en las variables de estudio*

|                 | <b>Escalas</b> | <b>Mm</b> | <b>DTm</b> | <b>Mh</b> | <b>DTh</b> | <b>t</b> | <b>p</b> | <b>d</b> |
|-----------------|----------------|-----------|------------|-----------|------------|----------|----------|----------|
| <b>SCL-90-R</b> | <b>SOM</b>     | 0,79      | 0,70       | 0,75      | 0,74       | -0,10    | ,92      | ,06      |
|                 | <b>OBS</b>     | 0,97      | 0,72       | 1,34      | 1,19       | 0,94     | ,36      | ,37      |
|                 | <b>SI</b>      | 0,52      | 0,46       | 1,04      | 0,67       | 2,17     | ,04      | ,90      |
|                 | <b>DEP</b>     | 1,01      | 0,90       | 1,66      | 1,11       | 1,44     | ,16      | ,64      |
|                 | <b>ANS</b>     | 0,79      | 0,79       | 0,92      | 0,65       | 0,34     | ,74      | ,18      |
|                 | <b>HOST</b>    | 0,32      | 0,26       | 0,23      | 0,28       | -0,68    | ,50      | ,33      |
|                 | <b>FOB</b>     | 0,35      | 0,55       | 0,20      | 0,45       | -0,56    | ,58      | ,30      |
|                 | <b>PAR</b>     | 0,38      | 0,38       | 0,43      | 0,40       | 0,26     | ,80      | ,13      |
|                 | <b>PSIC</b>    | 0,25      | 0,44       | 0,64      | 0,67       | 1,64     | ,11      | ,69      |
|                 | <b>MEG</b>     | 0,68      | 0,55       | 0,93      | 0,68       | 0,92     | ,37      | ,40      |
| <b>PSS-14</b>   | <b>EST</b>     | 28,38     | 9,30       | 26,20     | 12,03      | 0,38     | ,71      | ,20      |
| <b>BIP-Q5</b>   | <b>AMEN</b>    | 30,65     | 8,70       | 17,00     | 4,47       | -0,91    | ,37      | 1,97     |
|                 | <b>DENS</b>    | 17,54     | 23,40      | 11,80     | 4,32       | -0,54    | ,59      | ,34      |
| <b>MOS-SSS</b>  | <b>EMOC</b>    | 35,58     | 5,04       | 31,80     | 6,83       | -1,45    | ,16      | ,63      |
|                 | <b>INST</b>    | 17,62     | 3,30       | 15,60     | 4,56       | -1,18    | ,25      | ,51      |

|             |       |       |       |       |       |     |     |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|-----|
| <b>INT</b>  | 17,12 | 3,30  | 16,40 | 3,21  | -0,45 | ,66 | ,22 |
| <b>AFEC</b> | 12,77 | 2,50  | 11,20 | 3,49  | -1,21 | ,24 | ,52 |
| <b>ASG</b>  | 83,08 | 12,56 | 75,00 | 16,29 | -1,26 | ,24 | ,56 |

Nota: t= valor prueba t; p= nivel de significación; d= tamaño del efecto considerando valores pequeños de tamaño del efecto aquellos  $\approx 0,20$ , medios  $\approx 0,50$  y altos  $\approx 0,80$ ; Mm= Media mujeres; DTm= Desviación típica mujeres; Mh= Media hombres; DTh= Desviación típica hombres.

En cuanto al padecimiento o no de enfermedad física, hallamos puntuaciones más altas en: sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación paranoide, estrés, percepción de amenaza, densidad social, apoyo emocional, apoyo instrumental, interacciones sociales, afecto social, apoyo social en general, entre las personas que no padecían ninguna enfermedad física; descubriéndose niveles más altos en: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, psicoticismo y malestar emocional, entre aquellas que sufrían enfermedades de este tipo. En este caso, el tamaño del efecto fue generalmente pequeño-moderado (Tabla 3).

**Tabla 3.**

*Diferencias de medias según el padecimiento o no de enfermedades físicas en las variables de interés*

|                 | Escalas     | Mn   | DTn  | Ms   | DTs  | t     | p   | d   |
|-----------------|-------------|------|------|------|------|-------|-----|-----|
| <b>SCL-90-R</b> | <b>SOM</b>  | 0,53 | 0,43 | 0,90 | 0,76 | -1,13 | ,27 | ,60 |
|                 | <b>OBS</b>  | 0,80 | 0,46 | 1,12 | 0,87 | -0,87 | ,39 | ,46 |
|                 | <b>SI</b>   | 0,72 | 0,29 | 0,66 | 0,49 | 0,29  | ,77 | ,15 |
|                 | <b>DEP</b>  | 0,85 | 0,45 | 1,28 | 0,94 | -1,08 | ,29 | ,58 |
|                 | <b>ANS</b>  | 0,80 | 0,65 | 0,90 | 0,72 | -0,31 | ,76 | ,15 |
|                 | <b>HOST</b> | 0,58 | 0,27 | 0,31 | 0,30 | 2,01  | ,06 | ,95 |
|                 | <b>FOB</b>  | 0,22 | 0,27 | 0,37 | 0,59 | -0,60 | ,55 | ,33 |
|                 | <b>PAR</b>  | 0,42 | 0,38 | 0,38 | 0,37 | 0,21  | ,84 | ,11 |
|                 | <b>PSIC</b> | 0,15 | 0,12 | 0,35 | 0,46 | -1,02 | ,32 | ,59 |
|                 | <b>MEG</b>  | 0,63 | 0,30 | 0,80 | 0,55 | -0,73 | ,47 | ,38 |

|                |             |       |       |       |       |      |     |     |
|----------------|-------------|-------|-------|-------|-------|------|-----|-----|
| <b>PSS-14</b>  | <b>EST</b>  | 30,50 | 7,23  | 25,43 | 8,56  | 1,32 | ,20 | ,64 |
| <b>BIP-Q5</b>  | <b>AMEN</b> | 6,50  | 1,03  | 5,57  | 1,29  | 2,67 | ,01 | ,80 |
|                | <b>DENS</b> | 33,33 | 41,20 | 10,90 | 10,21 | 1,32 | ,24 | ,75 |
|                | <b>EMOC</b> | 33,33 | 6,98  | 33,19 | 5,24  | 0,06 | ,96 | ,02 |
| <b>MOS-SSS</b> | <b>INST</b> | 16,83 | 3,06  | 15,81 | 4,18  | 0,56 | ,58 | ,28 |
|                | <b>INT</b>  | 17,17 | 3,25  | 16,19 | 3,27  | 0,65 | ,52 | ,30 |
|                | <b>AFEC</b> | 12,50 | 3,33  | 12,05 | 2,82  | 0,33 | ,74 | ,15 |
|                | <b>ASG</b>  | 79,83 | 16,19 | 77,24 | 13,45 | 0,40 | ,69 | ,17 |

Nota: t= valor prueba t; p= nivel de significación; d= tamaño del efecto considerando valores pequeños de tamaño del efecto aquellos  $\approx 0,20$ , medios  $\approx 0,50$  y altos  $\approx 0,80$ ; Mn= Media no enfermedad; DTn= Desviación típica no enfermedad; Ms= Media sí enfermedad; DTs= Desviación típica sí enfermedad.

En lo relativo al padecimiento o no de enfermedades mentales, se observaron mayores puntuaciones en: percepción de amenaza, densidad social, apoyo emocional, apoyo instrumental, interacciones sociales, afecto social y apoyo social global, entre aquellas personas que no sufrían enfermedades mentales; encontrándose niveles más altos en: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, malestar emocional global y estrés, entre las que lo padecían. En estas comparaciones, los tamaños del efecto fueron altos (Tabla 4).

**Tabla 4.**

*Diferencias de medias según el padecimiento o no de enfermedades mentales en las variables de estudio*

|                 | Escalas    | Mn   | DTn  | Ms   | DTs  | t     | p   | d    |
|-----------------|------------|------|------|------|------|-------|-----|------|
|                 | <b>SOM</b> | 0,68 | 0,46 | 1,55 | 0,91 | -2,67 | ,02 | 1,21 |
|                 | <b>OBS</b> | 0,86 | 0,43 | 1,65 | 0,84 | -2,63 | ,02 | 1,18 |
| <b>SCL-90-R</b> | <b>SI</b>  | 0,60 | 0,31 | 1,06 | 0,60 | -2,01 | ,06 | ,96  |
|                 | <b>DEP</b> | 0,85 | 0,37 | 2,21 | 0,92 | -4,28 | ,00 | 1,94 |
|                 | <b>ANS</b> | 0,76 | 0,58 | 1,52 | 0,96 | -2,07 | ,05 | ,96  |

|                |             |       |       |       |      |       |     |      |
|----------------|-------------|-------|-------|-------|------|-------|-----|------|
|                | <b>HOST</b> | 0,52  | 0,32  | 0,60  | 0,54 | -0,40 | ,70 | ,18  |
|                | <b>FOB</b>  | 0,28  | 0,31  | 0,60  | 0,52 | -1,62 | ,12 | ,75  |
|                | <b>PAR</b>  | 0,35  | 0,32  | 0,70  | 0,75 | -1,29 | ,22 | ,61  |
|                | <b>PSIC</b> | 0,12  | 0,11  | 0,86  | 0,60 | -3,81 | ,00 | 1,72 |
|                | <b>MEG</b>  | 0,64  | 0,27  | 1,33  | 0,61 | -3,26 | ,01 | 1,47 |
| <b>PSS-14</b>  | <b>EST</b>  | 26,78 | 9,18  | 34,00 | 6,60 | -1,99 | ,06 | ,90  |
| <b>BIP-Q5</b>  | <b>AMEN</b> | 37,89 | 3,59  | 32,00 | 8,39 | 2,02  | ,07 | ,91  |
|                | <b>DENS</b> | 24,33 | 35,29 | 8,70  | 4,42 | 1,32  | ,22 | ,62  |
|                | <b>EMOC</b> | 34,22 | 6,65  | 28,00 | 4,62 | 2,34  | ,03 | 1,09 |
| <b>MOS-SSS</b> | <b>INST</b> | 16,78 | 3,77  | 16,30 | 2,50 | 0,33  | ,75 | ,15  |
|                | <b>INT</b>  | 17,67 | 2,92  | 13,90 | 2,51 | 3,02  | ,01 | 1,38 |
|                | <b>AFEC</b> | 13,11 | 2,85  | 9,90  | 2,18 | 2,78  | ,01 | 1,27 |
|                | <b>ASG</b>  | 81,78 | 15,42 | 68,10 | 8,25 | 2,37  | ,04 | 1,11 |

Nota: t= valor prueba t; p= nivel de significación; d= tamaño del efecto considerando valores pequeños de tamaño del efecto aquellos  $\approx 0,20$ , medios  $\approx 0,50$  y altos  $\approx 0,80$ ; Mn= Media no enfermedad; DTn= Desviación típica no enfermedad; Ms= Media si enfermedad; DTs= Desviación típica sí enfermedad.

### 3.4. Análisis correlacional

Se observaron las relaciones existentes entre las variables objeto de estudio (psicopatología, estrés, percepción de amenaza y apoyo social). Se encontró una asociación elevada, positiva y estadísticamente significativa entre la psicopatología y el estrés y, negativa, entre el estrés, la psicopatología y el apoyo social. Por su parte, una mayor percepción de amenaza de la COVID-19 se asoció fuertemente con mayor psicopatología y estrés (Tabla 5). En cuanto a la edad de los participantes, observamos que no se asoció de forma estadísticamente significativa con las variables de estudio. Un análisis más pormenorizado de las asociaciones encontradas entre las variables objeto de estudio pueden consultarse en la Tabla 5.

**Tabla 5.**

*Correlaciones entre las variables objeto de estudio*

|          | ASG | AFE | INT | INS | EMO | DEN | AME | EST | MEG | PSI | PAR | FOB | HOS | ANS | DEP | SI | OBS | SOM | Esce8- |  |  |
|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|--------|--|--|
| ASG      | 1   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |     |     |        |  |  |
| AFE      |     | 1   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |     |     |        |  |  |
| INT      |     |     | 1   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |     |     |        |  |  |
| INS      |     |     |     | 1   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |     |     |        |  |  |
| EMO      |     |     |     |     | 1   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |     |     |        |  |  |
| DEN      |     |     |     |     |     | 1   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |     |     |        |  |  |
| AME      |     |     |     |     |     |     | 1   |     |     |     |     |     |     |     |     |    |     |     |        |  |  |
| EST      |     |     |     |     |     |     |     | 1   |     |     |     |     |     |     |     |    |     |     |        |  |  |
| MEG      |     |     |     |     |     |     |     |     | 1   |     |     |     |     |     |     |    |     |     |        |  |  |
| PSI      |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 1   |     |     |     |     |     |    |     |     |        |  |  |
| PAR      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 1   |     |     |     |     |    |     |     |        |  |  |
| FOB      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 1   |     |     |     |    |     |     |        |  |  |
| HOS      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 1   |     |     |    |     |     |        |  |  |
| ANS      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 1   |     |    |     |     |        |  |  |
| DEP      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 1   |    |     |     |        |  |  |
| SI       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 1  |     |     |        |  |  |
| OBS      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    | 1   |     |        |  |  |
| SOM      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |     | 1   |        |  |  |
| Esce8-   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |     |     | 1      |  |  |
| SCL-90-R |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |     |     |        |  |  |
| PSS-14   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |     |     |        |  |  |



las consecuencias de la COVID-19 y no reciben la ayuda psicológica necesaria.

Nuestros resultados resaltan que los participantes de este estudio padecen un malestar emocional general moderado, donde los síntomas principales son los depresivos, los obsesivos-compulsivos, los ansiosos y los somáticos. Asimismo, experimentan estrés de manera moderada-elevada; una percepción de amenaza de la COVID-19 moderada-baja y un apoyo social moderado. Estos datos van en la línea de los aportados por otros estudios (Casaña-Granell et al., 2018; Huarcaya-Victoria, 2020; Paniagua, 2020) donde se afirma que si a las personas que han visto dañada su economía, que han perdido a sus familiares o que padecen enfermedades crónicas no atendidas, se le suma la enfermedad por COVID-19 en un familiar, el impacto emocional se incrementa, experimentando ese malestar emocional en forma de miedo a la muerte, pavor al contagio o temor a que la situación afecte a su salud física o mental. Añadido a lo anterior, señalan que uno de los problemas principales sucedidos a raíz del confinamiento ha sido la aparición de estrés, ansiedad y depresión. Otros estudios (Lai et al., 2020; Mateu-Mollá et al., 2015; Urzúa et al., 2020) coinciden con nuestros resultados en lo relativo a la percepción de amenaza, señalando que debido a la información masiva sobre la COVID-19 recibida y al gran número de personas afectadas y fallecidas, la sociedad ha mostrado una fuerte sensación de amenaza, donde una de las preocupaciones principales se ha centrado en la salud de uno mismo, de la familia y del resto de la sociedad. De igual manera, nuestros datos comparten con estos estudios previos que el apoyo social es uno de los principales factores de protección, especialmente, ante el padecimiento de una enfermedad en un miembro de la familia.

Los resultados hallados en nuestro estudio señalan cómo los hombres padecen mayor dificultad a la hora de adaptarse a esta nueva situación. Este dato es muy sugerente puesto que diversos estudios (Gaibor-González & Moreta-Herrera, 2020; Ozamiz-Etxeberria et al., 2020; Valero-Moreno et al., 2020) muestran que son las mujeres quienes presentan mayor malestar emocional y percepción de amenaza durante el periodo de confinamiento a causa de la COVID-19. Estos resultados podrían deberse a la diferencia entre el número de participantes que pertenecen a un sexo o a otro. No obstante, a través del cálculo del tamaño del efecto, un estadístico apropiado en el caso de estudios que abordan pequeñas muestras, observamos cómo a pesar de controlar las diferencias de muestra por sexos, las diferencias en estas variables siguen siendo significativas.

En lo relativo al padecimiento de enfermedades previas, las personas que padecían algún tipo de enfermedad física antes del confinamiento manifestaron mayores niveles de malestar emocional en comparación con las que no sufren ninguna enfermedad de este tipo. Sin embargo, las que no padecen enfermedades físicas, muestran mayor estrés y percepción de amenaza de la COVID-19, pero también evidenciaron un mayor apoyo social. Este dato coincide parcialmente con la literatura, que generalmente ha señalado que las personas que padecen enfermedades físicas previas, manifiestan un empeoramiento más notable de su salud mental (Yao et al., 2020). En nuestro caso, se observa una mayor presencia de psicopatología, no así de estrés. Estos datos podrían variar si la muestra aumentara en número, por ello resulta imprescindible explorar estos factores de nuevo en el futuro.

En cuanto al padecimiento de enfermedades mentales, los resultados sí coinciden con la literatura puesto que las personas que las padecen reflejan mayor malestar emocional y estrés (Wang et al., 2020a). Con ello, se puede afirmar que los familiares de personas afectadas por COVID-19 que sufren algún problema de tipo mental anterior a la nueva situación, experimentan mayor dificultad de adaptación a la misma.

En lo referente a las asociaciones encontradas en nuestra investigación, se exhibe una relación elevada, positiva y estadísticamente significativa entre la psicopatología y el estrés y, negativa, entre el estrés, la psicopatología y el apoyo social. Asimismo, una mayor percepción de amenaza se asocia fuertemente con mayor psicopatología y estrés. De esta manera, los familiares de personas afectadas por COVID-19 que presentan un menor apoyo social y una percepción mayor de amenaza de la COVID-19, también evidencian niveles más elevados de psicopatología y de estrés.

A pesar de las contribuciones, los resultados obtenidos pueden considerarse preliminares debido a las limitaciones del estudio. Las características de la muestra, así como el diseño, complican la generalización de los resultados a la población general. Son necesarios estudios posteriores que incrementen el número de participantes y repliquen la presente investigación, de forma longitudinal, para observar y plantear nuevas relaciones causales. No obstante, cabe tener en cuenta que este es uno de los primeros estudios realizados en España sobre los factores de riesgo y protección en familiares de personas afectadas por COVID-19.

Nuestros resultados evidencian la necesidad de atender a los familiares de las personas contagiadas por COVID-19, entendiendo el padecimiento de una enfermedad como un evento estresante que afecta al sistema familiar por completo, y no únicamente al paciente. Este estudio puede sentar las bases de futuras intervenciones que mejoren la calidad de vida de estas personas y elaborar estrategias saludables para hacer frente a la adversidad, dado que el funcionamiento familiar puede repercutir directamente en el curso y desenlace de la enfermedad. Como conclusión, subrayamos que la familia es una parte activa en el proceso de enfermedad y, concretamente, ante el padecimiento de COVID-19, por lo que puede padecer un gran impacto emocional que debe ser atendido.

## Referencias

- Basu, S., & Poole, J. (2016). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Occupational Medicine*, *66*(5), 419-420. <https://doi.org/10.1093/ocmed/kqv203>.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, *60*(6), 631-637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>.
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric Analysis and Refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item Measure of Resilience. *Journal of Traumatic Stress*, *20*(6), 1019-1025. <https://doi.org/10.1002/jts.20271>.
- Casaña-Granell, S., Lacomba-Trejo, L., Valero-Moreno, S., Prado-Gasco, V., Montoya-Castilla, I., & Pérez-Marín, M. (2018). A brief version of the Pediatric Inventory for Parents (PIP) in Spanish population: Stress of main family carers of chronic paediatric patients. *PLoS ONE*, *13*(7), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201390>.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *24*(4), 385-396. <http://doi.org/10.2307/2136404>.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An Outpatient Psychiatric Rating Scale-Preliminary Report. *Psychopharmacology Bulletin*, *9*(1), 13-28.
- Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. En M. E. Maruish (Ed),

- Handbook of psychological assessment in primary care setting* (pp. 297-334), *Mahwah*: Lawrence Erlbaum.
- Dhama, K., Sharun, K., Tiwari, R., Dadar, M., Singh, Y., Pal, K., & Chai-cumpa, W. (2020). COVID-19, an emerging coronavirus infection: advances and prospects in designing and developing vaccines, immunotherapeutics, and therapeutics. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 16(6), 1232-1238. <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1735227>.
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemid. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 300-302. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0).
- Ferrer, R. (2020). COVID-19 Pandemic: the greatest challenge in the history of critical care. *Medicina Intensiva*, 44(6), 323-324. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.002>.
- Gafarov, V. V., Panov, D. O., Gromova, E. A., Gagulin, I. V., & Gafarova, A. V. (2013). The influence of social support on risk of acute cardiovascular diseases in female population aged 25-64 in Russia. *International Journal of Circumpolar Health*, 72, 21210. <http://dx.doi.org/10.3402/ijch.v72i0.21210>.
- Gaibor-González, I., & Moreta-Herrera, R. (2020). Optimismo disposicional, ansiedad, depresión y estrés en una muestra del Ecuador. Análisis inter-género y de predicción. *Actualidades en Psicología*, 34(129), 23-25. <http://doi.org/10.15517/AP.V34i129.35148>.
- Gempp, R., & Avendaño, C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 26(1), 39-58.
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-334. <http://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.
- Londoño, N. H., Rogers, H. L., Castilla, J. F., Posada, S. L., Ochoa, N. L., Jaramillo, M. A., ... Aguirre-Acevedo, D. C. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.

- Lorenzo, A., Díaz, K., & Zaldívar, D. (2020). La psicología como ciencia en el afrontamiento a la COVID-19: apuntes generales. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 10(2), 1-8.
- Masip, P., Aran-Ramspott, S., Ruiz-Caballero, C., Suau, J., Almenar, E., & Puertas-Graell, D. (2020). Consumo informativo y cobertura mediática durante el confinamiento por el COVID-19: sobreinformación, sesgo ideológico y sensacionalismo. *El profesional de la información*, 29(3), 1699-2407. <http://doi.org/10.3145/epi.2020.may.12>.
- Mateu-Mollá, J., Lacomba-Trejo, L., & Valero-Moreno, S. (2015). Contribución de la ansiedad y el malestar emocional al declive de la función social en el Infarto Agudo de Miocardio. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 3(1), 32-41.
- Nodoushan, R. J., Alimoradi, H., & Nazari, M. (2020). Evaluation of the effects of Covid 19 on the mental health of staff in a private hospital for coronary patients. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-74939/v1>.
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00054020>.
- Pacheco-Huergo, V., Viladrich, C., Pujol-Ribera, E., Cabezas-Peña, C., Núñez, M., Roura-Olmeda, P., ... Del Val, J.L. (2012). Percepción en enfermedades crónicas: validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. *Atención Primaria*, 44(5), 280-287. <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.11.022>.
- Palacios, M., Santos, E., Velázquez, M. A., & León, M. (2020). COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. *Revista Clínica Española*, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.03.001>.
- Paniagua, E. (2020). Vivencia de familiares de personas afectadas por COVID-19. *Academic Disclosure*, 1(1), 153-161.
- Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M. M., Martos, A., & Gázquez, J. J. Threat of COVID-19 and emotional state during quarantine: Positive and negative affect ad mediators in a cross-sectional study of the Spanish population. (2020a). *PloS ONE*, 15(6), e0235305. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235305>.
- Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M. M., Oropesa, N. F., Martos, A., Simón, M. M., Herrera-Peco, I., & Gázquez, J. J. (2020b). Questionnaire on

- Perception of Threat from COVID-19. *Journal of Clinical Medicine*, 9, 1196. <https://doi.org/10.3390/jcm9041196>.
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4), 1-7. <http://doi.org/10.5554/22562087.e930>.
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93.
- Remor, E., & Carroble, J. A. (2001). Versión Española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14): Estudio Psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 195-201.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Journal of Psychopathology and Clinical Psychology*, 25(1), 1-22. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>.
- Serra, M. A. (2020). Las enfermedades crónicas no transmisibles y la pandemia por COVID-19. *Revista Finlay*, 10(2), 78-88.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714. [http://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](http://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B).
- Shi, Y., Yu, X., Zhao, H., Wang, H., Zhao, R., & Sheng, J. (2020). Host susceptibility to severe COVID-19 and establishment of a host risk score: findings of 487 cases outside Wuhan. *Critical Care*, 24(108), 1-4. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2833-7>.
- Torrallba-García, A., Valero-Moreno, S., Lacomba-Trejo, L., & Pérez-Marín, M. (2020). ¿Cuáles son los factores de riesgo y protección para el bienestar de adolescentes con FQ? *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1-9.
- Torres, M. A., Vega, E. G., Vinalay, I., Arenas, G., & Rodríguez, E. (2015). Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en púerperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 122-133. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.001>.
- Urzúa, A., Vera-Villaroel, P., Caqueo-Urizar, A., & Polanco-Carrasco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia Psicológica*, 38(1), 103-118.

- Valero-Moreno, S., Lacomba-Trejo, L., Casaña-Granell, S., Prado-Gascó, V. J., Montoya-Castilla, I., & Pérez-Marín, M. (2020). Propiedades psicométricas del cuestionario de percepción de amenaza de la enfermedad crónica en pediatría. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3242. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3144.3242>.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020a). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
- Wang, H., Wang, S., & Yu, K. (2020b). COVID-19 infection epidemic: the medical management strategies in Heilongjiang Province, China. *Critical Care*, 24(107), 1-4. <http://doi.org/10.1186/s13054-020-2832-8>.
- World Health Organization. (2020a). Country & Technical Guidance-Coronavirus disease (COVID-19). Recuperado el 2 de noviembre de 2020. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance-publications>.
- World Health Organization. (2020b). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 2 November 2020. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-2-november-2020>.
- Yao, H., Chen, J. H., & Xu, Y. F. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e21. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0).