

Maria Torrents Rubio

**RESILIÈNCIA I ESDEVENIMENT TRAUMÀTIC EN ÈPOCA DE
CONFINAMENT EN POBLACIÓ GENERAL**

TREBALL DE FI DE GRAU

dirigit per el Dr. Joan Boada Grau

Grau de Psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

**Tarragona
2021**

ÍNDEX

1. MARC TEÒRIC	1
Coronavirus	1
Trauma	5
Trastorn per estrès posttraumàtic	6
Resiliència	8
2. OBJECTIU GENERAL I HIPÒTESIS	10
3. MÈTODE	11
3.1 Participants	11
3.2 Instruments	13
3.3 Procediment	14
3.4 Anàlisi de Dades	15
4. RESULTATS	15
4.1 Anàlisi de fiabilitat	15
4.2 Anàlisis de correlacions	16
4.3 Regressió múltiple	16
5. DISCUSSIÓ	19
6. CONCLUSIONS	21
7. LIMITACIONS	22
8. AGRAÏMENTS	23
9. BIBLIOGRAFIA	24
ANNEX	

1. MARC TEÒRIC

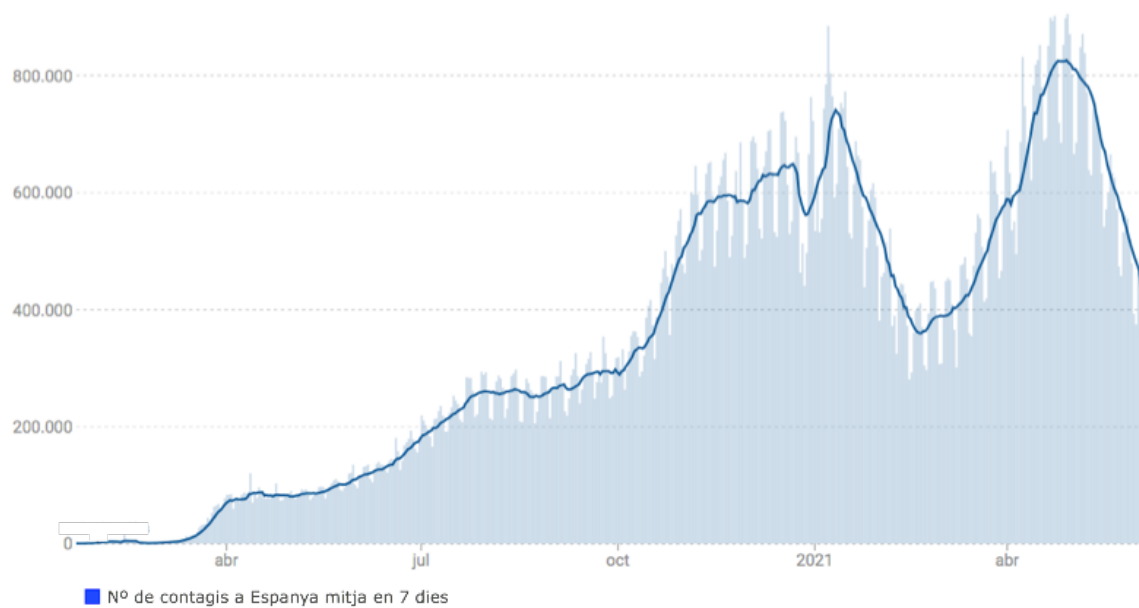
Coronavirus

Durant els mesos de març, abril i maig de 2020 a causa de la malaltia per coronavirus (COVID-19) la població espanyola es va haver de confinar, deixant enrere la seva manera de viure i el que s'entenia per normalitat. El coronavirus, va començar a Xina l'any 2019 però ràpid es va estendre per tot el món, aquí a Espanya es va detectar el primer positiu el dia 31 de gener de 2020 a l'illa de Palma de Mallorca i el 24 de febrer a nivell peninsular. Des d'ençà, el nombre de positius va anar augmentat de forma exponencial (Hermi *et al.*, 2020).

El coronavirus és una malaltia infecciosa que afecta sobretot a nivell respiratori, és molt contagiosa i pot causar la mort. Degut a la seva morbiditat i mortalitat, l'11 de març el coronavirus va ser considerat una pandèmia mundial per la OMS (Hermi *et al.*, 2020). I per prevenir la propagació de la pandèmia, l'OMS va instar als països en desenvolupament a implementar procediments de contenció (Nyarko *et al.*, 2019) (confinaments, tocs de queda, restriccions horàries i socials, etc.). Tres dies més tard, el 14 de març, el govern espanyol va decretar l'estat d'alarma, confinant així a tots els seus residents, exceptuant aquells considerats treballadors essencials (Hermi *et al.*, 2020).

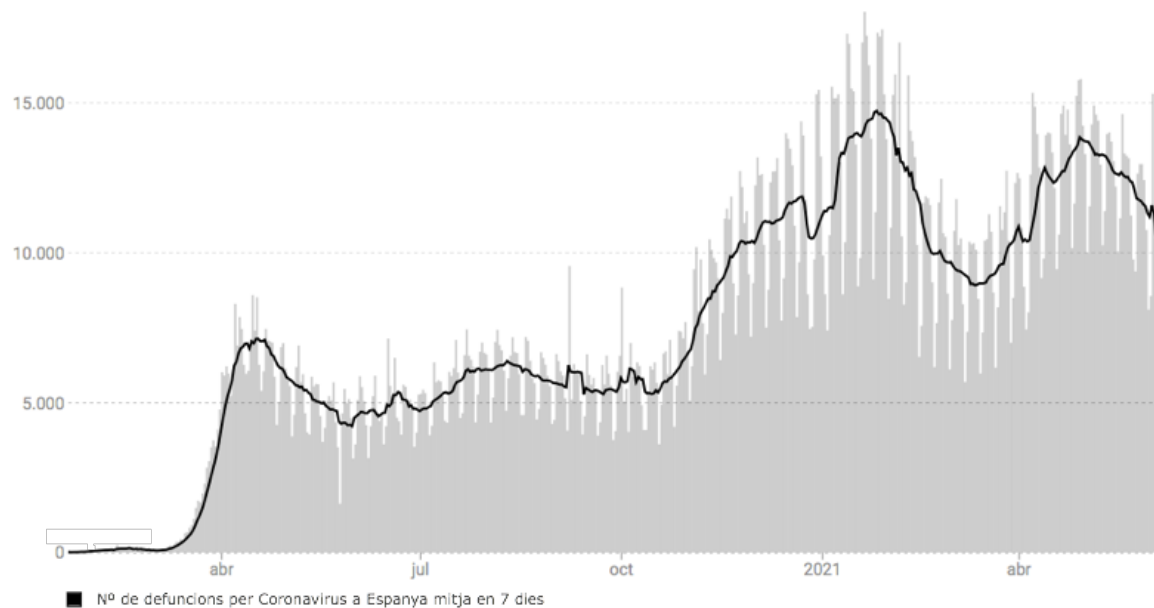
En les següents gràfiques podem observar com la incidència del coronavirus ha afectat a la població espanyola. En la gràfica 1, veiem la corba de contagi i en la gràfica 2, la de defuncions. Ambdues gràfiques són impactants ja que el nombre de persones infectades i mortes assoleixen valors bastant alts.

Gràfica 1. Número de contagis a Espanya per COVID-19



Font: el diario

Gràfica 2. Número de defuncions a Espanya per COVID-19



Font: el diario

A diferència de la majoria de les crisis de salut de les últimes dècades, la propagació del COVID-19 ha commocionat a tothom i ha afectat a la vida quotidiana de les persones en tots els àmbits de la seva vida. (Mallah *et al.*, 2021).

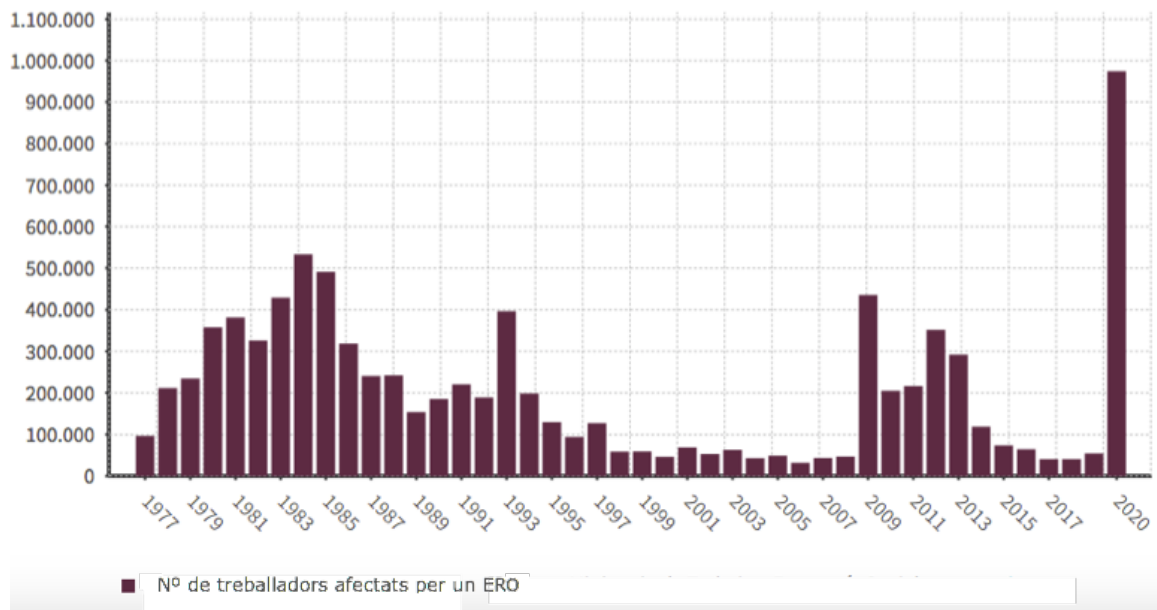
Tot i que la pandèmia de la COVID-19 s'ha estès per tot el món, no tots els països han estat afectats de la mateixa manera. Espanya ha estat un dels països més castigats pel coronavirus, tant pel nombre d'infectats i defuncions, com pel col·lapse i mobilització de recursos sanitaris i econòmics. També, Espanya ha estat un dels països més estrictes a l'hora d'implementar les mesures de contingència amb unes dures restriccions i prohibicions. Però tot i ser una de les regions amb mètodes més estrictes, Espanya no va ser l'única en declarar l'estat d'alarma sinó que la majoria de països desenvolupats també ho van fer (amb algunes diferències entre ells però seguint el mateix canó). Com a resultat, gran part de la comunitat internacional ha hagut d'afrontar i/o actualment afronta l'impacte d'una crisi en gairebé tots els aspectes de la vida, incloent l'augment de la morbiditat i mortalitat (Anderson *et al.*, 2020) i el que això significa a nivell emocional i psicològic.

A més, no només ens afrontem a una crisi sanitària sinó que també econòmica ja que el brot de SARS-CoV-2, comunament conegut com coronavirus, va provocar una desacceleració econòmica global, col·lapsant el mercat financer mundial degut a la interrupció de les activitats comercials internacionals producte del confinament i restriccions. A causa de la severa recessió econòmica i paralització, moltes empreses han hagut de tancar o despatxar els seus treballadors de forma temporal o definitiva (ERTOS i EROS, respectivament).

El Banc Mundial estima que al 2020, de 119 a 124 milions de persones de tot el món es van veure impulsades a la pobresa extrema. I que el nombre de persones pobres augmentarà d'entre 143 a 163 milions aproximadament al 2021. (Mallah *et al.*, 2021).

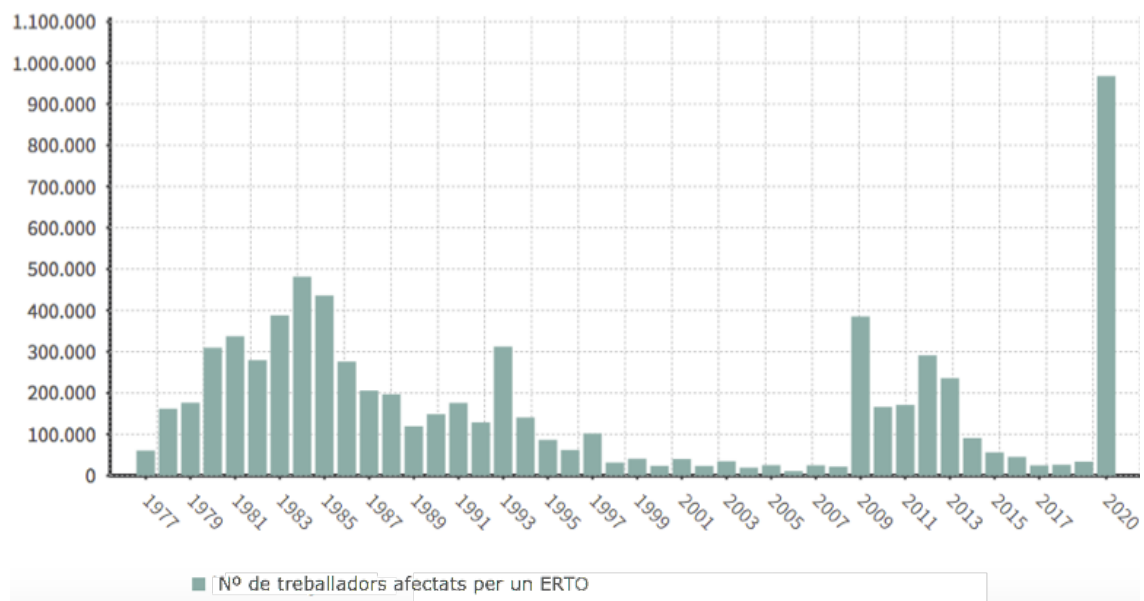
En les següents gràfiques podem observar el nombre de persones que han estat en un ERO o EROTO des de 1977 fins a l'actualitat. Com podem veure, l'any 2020, el número de persones en situació d'ERO o d'ERTO comparat amb els anteriors anys ha pujat de forma exponencial.

Gràfica 3. Número de persones afectades per un ERO a Espanya al llarg dels anys



Font: Ministerio de Trabajo y Economía Social

Gràfica 4. Número de persones afectades per un ERTO a Espanya al llarg dels anys



Font: Ministerio de Trabajo y Economía Social

Els esforços nacionals, els treballadors essencials i les comunitats en general, cooperen amb els diferents organismes per veure el final d'aquesta crisi mundial sanitària i econòmica. El govern i els equips nacionals continuen implementant lleis i processos comunitaris, de quarantena i proves, mentre treballen amb experts en salut pública per frenar la

propagació de virus a tot el país. Al mateix temps, un equip interdisciplinari de científics treballa per desenvolupar proves de diagnòstic millorades, kits d'atenció mèdica i vacunes eficaces. (Mallah *et al.*, 2021).

Des de l'aparició del virus, els científics i sanitaris d'arreu del món es van posar a buscar una vacuna que el combatis. Actualment, han sortit diferents vacunes que semblen ser efectives i ha començat una vacunació massiva, reduint així el nombre de contagiats. Però tot i això, el coronavirus segueix sent un problema greu.

Encara no està clar quant durarà l'epidèmia ni quan es podrà tornar a la "normalitat" però el que sí que està clar, és que l'epidèmia implica entre altres coses, la creació d'angoixa en les persones més enllà de les ubicacions geogràfiques i sistemes culturals i socials (Wang *et al.*, 2020a, b), ja que com s'ha comentat anteriorment, és una problemàtica que afecta a nivell mundial tant econòmicament parlant com psicològica i sanitàriament, afectant a la salut mental de les persones, provocant sentiments de por, ansietat, angoixa i aïllament (WHO, 2020).

Trauma

En un estudi realitzat el 2020 per Liu i col·laboradors es va trobar que a Wuhan el coronavirus va causar un trauma psicològic als seus residents, augmentant la incidència de símptomes d'estrès posttraumàtic. En aquest mateix estudi, també van trobar que el percentatge dels participants que presentaven símptomes d'estrès posttraumàtic era més prevalent en la població femenina que en la masculina. I també, que la simptomatologia d'estrès posttraumàtic s'associava a una menor qualitat de son.

Estudis previs han subratllat la influència nociva de les quarantenes vinculades a epidèmies virals sobre la salut mental (Brooks *et al.*, 2020). A més dels efectes psicològics negatius que poden ocasionar directament les condicions del tancament, les característiques de la pandèmia i diversos factors relacionats fan del confinament una mena d'adversitat amb alta pressió i estrès psicosocial, que en principi té més influència i impacte psicològic que els fets quotidians habituals (Sandín i Chorot, 2017). Fets

com l'ambigüïtat i incontrolabilitat de l'amenaça (coronavirus), el seu caràcter invisible, imprevisible i letal o la manca de rigor en la informació proporcionada pels mitjans de comunicació, etc., poden produir canvis psicològics relacionats amb la percepció d'amenaça de la pròpia salut. S'ha vist que les persones en estat de confinament, tenen uns nivells més elevats en por, ansietat i/o preocupació que poden estar relacionades amb altres factors secundaris, com la salut dels familiars, possible col·lapse de la sanitat, problemes laborals i pèrdua d'ingressos, la propagació global de virus i les seves conseqüències econòmiques i socials... Tres estudis que investigaven l'impacte psicològic del brot en la població general, (dos d'ells es van dur a terme a Xina i l'altre a l'Índia) (Cao *et al.*, 2020; Gao *et al.*, 2020; Roy *et al.*, 2020; respectivament), van trobar que viure en àrees urbanes, conviure amb els pares i tenir cert grau d'estabilitat econòmica-familiar són factors protectors per prevenir l'ansietat, en canvi, la infecció de familiars o coneguts són un factor de risc.

El confinament així com els factors associats a ell i al coronavirus han generat (com es comentava anteriorment) un trauma a gran part de la població. Segons Schäfer i Fisher, l'exposició a un trauma pot comportar diversos trastorns psiquiàtrics, incloent la depressió, l'ansietat, trastorns psicòtics i els trastorns relacionats amb el trauma, especialment el trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT). Estudis epidemiològics indiquen que gran part de la humanitat experimentarà un fet traumàtic en algun moment de la seva vida (Benjet *et al.*, 2015; Burri *et al.*, 2014). Un projecte dut a terme a nivell mundial on hi van participar 68.894 persones de 24 països diferents, va determinar que un 70% d'aquets participants havia experimentat almenys un fet traumàtic al llarg de la seva vida, i un terç havia estat exposat a tres o més esdeveniments considerats traumàtics (Kessler *et al.*, 2017).

Trastorn per estrès posttraumàtic

El Trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT) és definit pel DSM-IV com a una conseqüència directa de l'exposició a un fet o esdeveniment que involucri la mort real, amenaça de mort, una lesió greu o una amenaça a la integritat física d'un mateix o dels altres (DSM-IV-TR, 2000); que pot ser tant un fet

ordinari i mundà (per exemple, un accident) com de l'exposició perllongada a amenaces (per exemple, una guerra).

Les característiques clíniques que inclouen el TEPT són símptomes relacionats amb l'esdeveniment: reexperimentació (record invasiu del fet), evitació dels recordatoris i/o hiperarousal (excitació, alteracions del son, hiperactivitat, anhedonia...) (Compean i Hamner, 2019). I per diagnosticar aquest trastorn almenys s'ha de donar una d'elles. A més, el diagnòstic és caracteritzat per la presència de la simptomatologia persistent amb un mínim d'un mes (Gayle i Raskin, 2017). Tot i que el més provable és que del 25-40% dels casos remetin un any després de l'exposició, la recuperació de la majoria de les persones pot requerir més temps que això (Bromet *et al.*, 2018). La durada mitjana dels símptomes a les enquestes realitzades pel World Mental Health era normalment de 6 anys davant la majoria de traumes, i de 13 en aquells relacionats amb guerres i lluites.

En alguns supervivents d'un trauma, el trastorn d'estrès posttraumàtic pot persistir, augmentar sense parar i durar diversos anys o fins i tot dècades. A diferència d'altres trastorns mentals, el trastorn d'estrès posttraumàtic té un punt de partida clar i els símptomes inicials del TEPT apareixen uns dies després de l'exposició al trauma (Qi *et al.*, 2016).

S'ha vist que l'edat és un predictor de l'estrès posttraumàtic, però hi ha una diversitat d'opinions entre els autors. Alguns, afirmen que els joves en comparació amb els adults tenen més predisposició de patir un trastorn per estrès posttraumàtic després d'un fet estressant (Qouta *et al.*, 2003 i Schäfer *et al.*, 2019) això pot ser degut a que els adolescents encara estan formant la seva identitat i encara no tenen el suficient autoconeixement, estratègies i experiència com per desenvolupar-se de forma fructífera (*Ministerio de Trabajo y asuntos sociales*) a diferència de la població adulta que degut a l'experiència entre altres, és més resilient i per tant, té més possibilitats de recuperar-se i superar-ho. Per altra banda, altres autors defensen la idea de que els adolescents són menys propensos a desenvolupar trastorns mentals i que es recuperen de forma més ràpida que els adults després d'exposar-se a esdeveniments negatius (Jacobs i

Harville, 2015) i que això és degut a que els adolescents tenen un alt potencial per créixer, fins i tot al voltant d'esdeveniments psicològicament traumàtics, gràcies a la seva capacitat d'adaptació i recuperació (Cryder *et al.*, 2006).

Des de la perspectiva de l'avaluació de riscos s'ha determinat que el TEPT és multicausal. Per tant, el seu origen, desenvolupament i manera d'afrontar els símptomes serà diferent en cada persona. És per això que la millor forma d'actuar és una intervenció individualitzada ja que el fet de ser un trastorn amb multicausalitat complica la creació i implementació de mesures d'intervenció efectives generals i a gran escala (Qi *et al.*, 2016).

Les intervencions que semblen ser més efectives a l'hora de tractar el TEPT són, entre altres: la Teràpia cognitiu conductual, que es centra en fer una reestructuració cognitiva (canviant la percepció i resposta negativa davant de l'estímul amenaçador per una altra resposta alternativa), la Teràpia per exposició perllongada (on es mostra de forma gradual l'estímul amenaçador que ha estat evitant) i la Teràpia per dessensibilització i reprocessament per moviment ocular (on s'identifica el focus del trauma i es tracta amb el terapeuta) (Errázuriz *et al.*, 2019).

Resiliència

Un dels elements que condicionen l'afrontament i desenvolupament de la percepció del trauma és la resiliència. Que es defineix com: la capacitat d'un objecte per restaurar la seva forma estructural original, tot i haver estat alterat temporalment per forces externes que "doblarien" o "comprimirien" la seva forma. És a dir, la resiliència, és la capacitat d'adaptar-se i afrontar amb èxit situacions amenaçadores o desafiants, sent una recuperació sana davant l'estrès, traumes o situacions extremes (Wilson i Drozdek, 2004).

A més, la resiliència és considerada una qualitat del caràcter, que connota entre altres: força, superació, flexibilitat i capacitat per retornar a la normalitat (Lazarus *et al.*, 2004; Richardson, 2002). Sobretot, es relaciona amb persones amb una personalitat extravertida i amb estima pròpia (per

exemple: resistents, amb alta autoestima, locus de control, assertius, etc.), amb curiositat, amb un domini intel·lectual i amb capacitat resolutiva.

Estudis relacionats amb el trauma (provinent de guerres, desastres naturals, tortures...) van identificar semblances en els supervivents que tenien una salut mental positiva, aquestes, es relacionaven amb set factors associats a la resiliència:

- Locus de control (és a dir, autoeficàcia i determinació)
- Autorevelació de l'experiència del trauma a persones importants pel subjecte (compartir el trauma amb les persones properes).
- Sentit d'identitat grupal i individual com a supervivent (enfocat a una visió positiva).
- Percepció de recursos personals i socials per ajudar a suportar l'ambient de recuperació.
- Comportaments prosocials i altruistes.
- La capacitat de trobar significat en les experiències traumàtiques i a la vida posterior al trauma.
- Interacció social amb la xarxa de suport.

Sembla ser que aquests set factors interactuen entre ells per generar resiliència (Agaibi *et al.*, 2005).

No obstant, no s'ha de confondre ser resilient amb no trobar dificultats ni sentir dolor. El dolor emocional i la tristesa són comuns entre les persones que han patit grans adversitats o traumes en les seves vides. De fet, el camí cap a la resiliència pot estar ple d'obstacles que afectin el nostre estat emocional.

La resiliència no és una característica que les persones tinguin o no tinguin de forma innata, sinó que inclou comportaments, pensaments i accions que tothom pot aprendre i desenvolupar. Es podria dir que una combinació de factors contribueix a desenvolupar la resiliència. Molts estudis demostren que un dels factors més importants en la resiliència és tenir relacions d'afecte i suport dins i fora de la família. L'apego segur i sa augmenta la capacitat per dominar les experiències estressants i promou l'autonomia de

l'individu (Masten *et al.*, 1990). És a dir, les relacions que emanen amor, confiança i seguretat, contribueixen a fiançar la resiliència de la persona.

Com s'ha comentat anteriorment, la resiliència no és quelcom innat, inamovible ni fix, sinó que es pot guanyar, augmentar... per tant, s'ha de treballar i cuidar. Tot seguit, trobem deu formes de construir resiliència segons l'APA:

- Establir relacions socials sanes.
- Evitar veure les crisis com obstacles insuperables.
- Acceptar que el canvi és part de la vida.
- Desenvolupar metes realistes i realitzar accions diàriament per aconseguir-les.
- Dur a terme accions decisives davant les adversitats, actuant de la millor manera possible.
- Buscar oportunitats per descobrir-se a un mateix.
- Confiar en un mateix.
- Mantenir les coses en perspectiva.
- Ser optimista i no perdre l'esperança.
- Cuidar-se a un mateix.

També, és important aprendre de les situacions viscudes. Explorar les respostes i reaccions davant dels diferents esdeveniments i reptes, per tal d'identificar i millorar les estratègies i respostes realitzades.

2. OBJECTIU GENERAL I HIPÒTESIS

Aquest estudi es centra en la investigació de factors que poden predir la intensitat de la simptomatologia posttraumàtica després d'un esdeveniment possiblement traumàtic com era el confinament en temps de pandèmia. En ell, es vol veure la rellevància de la resiliència a l'hora de fer front i superar aquests fets.

Determinar la capacitat predictiva de l'edat, amb quanta gent estaves confinat, tenir cura d'algú, persistència-tenacitat-autoeficàcia, control sota

pressió, adaptabilitat i xarxes socials, control i propòsit, i espiritualitat sobre grau de trauma posterior a un esdeveniment possiblement traumàtic

H1: Si la Re-experimentació està influenciada per l'Edat, Nombre de persones amb les que estava confinat, Tenir cura d'algú, Persistència-tenacitat-autoeficàcia, Control sota pressió, Adaptabilitat i xarxes socials, Control i propòsit, i Espiritualitat, aleshores podrà realitzar-se una bona predicció de la Re-experimentació, a partir d'un model que inclogui els predictors anteriors.

H2: Si l'Evitació està influenciada per l'Edat, Nombre de persones amb les que estava confinat, Tenir cura d'algú, Persistència-tenacitat-autoeficàcia, Control sota pressió, Adaptabilitat i xarxes socials, Control i propòsit, i Espiritualitat, aleshores podrà realitzar-se una bona predicció de l'Evitació, a partir d'un model que inclogui els predictors anteriors.

H3: Si la Hiperarousal està influenciada per l'Edat, Nombre de persones amb les que estava confinat, Tenir cura d'algú, Persistència-tenacitat-autoeficàcia, Control sota pressió, Adaptabilitat i xarxes socials, Control i propòsit, i Espiritualitat, aleshores podrà realitzar-se una bona predicció de la Hiperarousal, a partir d'un model que inclogui els predictors anteriors.

3. MÈTODE

3.1 Participants

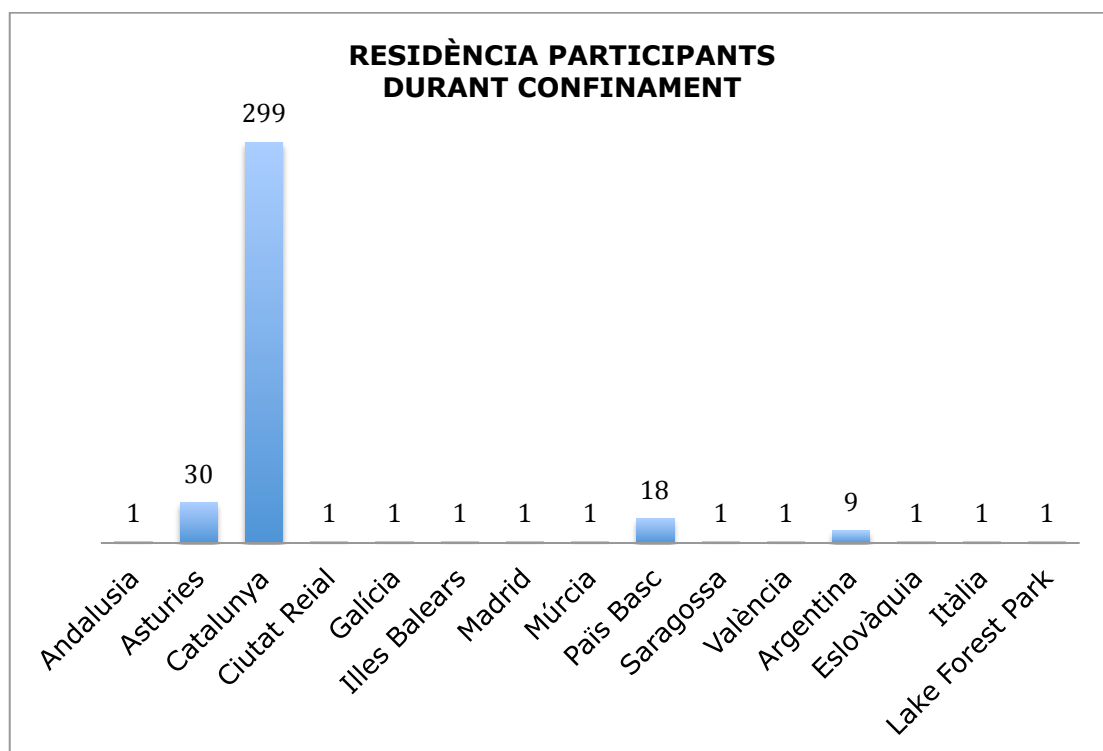
Els participants d'aquest estudi van ser 367 persones que van passar una situació de confinament durant la pandèmia de la COVID-19 (70,8% dones i 29,2 homes) amb una mitja de 34,39 anys. El seu estat civil era el següent: casats o parella de fet (37,8%); divorciats (4,9%); solters (51%); vidus (0,8%); i altres (5,4%).

D'aquestes 367 persones, un 25,07% havia de tenir cura d'altres persones més vulnerables (un 13,35% de menors de 16 anys i un 11,72% de majors de 16), mentre que un 74,93% no havia de tenir cura de ningú. La mitja de

gent amb la que els nostres participants han estat confinats és de 3,26 persones.

La majoria dels participants (96,73%) vivien a Espanya durant el confinament (Catalunya, Astúries, País Basc entre d'altres). No obstant, també s'han obtingut enquestes de persones que residien fora d'Espanya (3,27%), sobretot d'Argentina (2,46%).

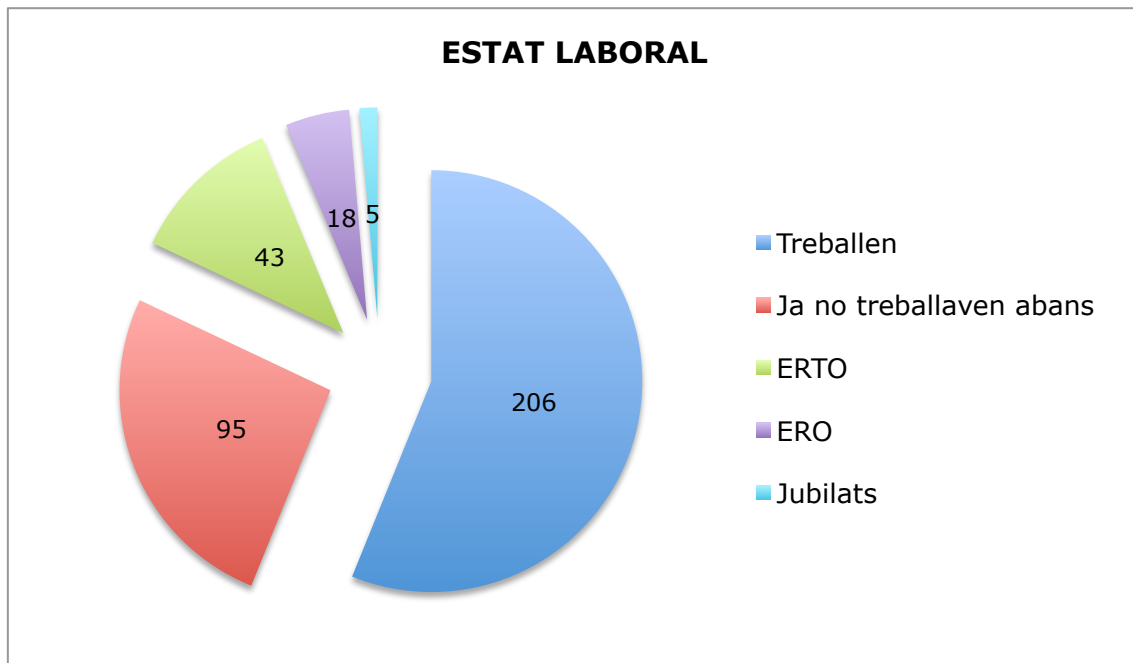
Gràfica 5. Nº de persones que van contestar el qüestionari en cada localitat



Es van obtenir els següents resultats respecte el nivell formatiu dels nostres participants: un 2,45% estudis primaris, un 37,06% estudis secundaris, un 52,29% estudis universitaris i un 7,90% estudis de màster o doctorat. I els resultats obtinguts respecte el sector en el que treballaven els participants durant l'administració d'aquest és la següent: un 3,54% al sector primari, un 8,49% al sector secundari, un 57,77% al sector terciari, un 1,90% al sector quaternari, per altra banda, un 26,98% no treballen i un 1,36% estaven jubilats.

En situació de confinament estricte, els participants es trobaven: confinats i sense teletreballat (16,35%); confinats i teletreballant (48,67%); o treballant en serveis essencials (34,98%). També, van haver-hi participants que degut a la crisi sanitària van perdre la seva feina (entre els mesos Març a Juny de 2020); Acomiadat/da o ERO (4,9%); EROTO (11,72%); seguien treballant (56,13%); ja no en tenia abans (25,89%); i jubilats (1,36%).

Gràfica 6. Estat laboral dels participants en el moment de contestar el qüestionari



3.2 Instruments

Per mesurar el nivell de trauma després d'un possible fet traumàtic, es van utilitzar 2 escales: l'escala de Resiliència de Connor-Davidson (CD-RISC), el David Trauma Scale (DTS). Consultar l'annex per veure el qüestionari administrat.

L'Escala de Resiliència de *Connor-Davidson* (CD-RISC) comprèn 25 ítems i s'utilitza per identificar la resiliència d'una persona. Els ítems s'avaluen mitjançant una escala *Likert* de 5 punts que oscil·la entre 0 = no és cert i 4 = és cert gairebé tot el temps. El test té una consistència interna donada per l' α de *Cronbach* de 0.89, i està format per cinc factors ("F") (Connor i Davidson, 2003; Madewell *et al.*, 2016; Broche *et al.*, 2021):

- 'F1. Persistència, tenacitat i autoeficàcia' (7 ítems; $\alpha = 0.82$; per exemple: 12. No em dono per vençut, encara que les coses semblin no tenir solució).
- 'F2. Tolerància i control sota pressió' (7 ítems; $\alpha = 0.68$; per exemple: 14. Sota pressió em mantinc enfocat i penso amb claredat)
- 'F3. Acceptació i adaptabilitat al canvi i relacions segures' (4 ítems; $\alpha = 0.68$; per exemple: 2. Tinc almenys una relació íntima i segura que m'ajuda quan estic estressat)
- 'F4. Control i propòsit' (3 ítems; $\alpha = 0.67$; per exemple: 21. Tinc un fort sentit de propòsit de la vida).
- 'F5. Espiritualitat' (2 ítems; $\alpha = 0.34$; per exemple: 9. Bones o dolentes, crec que la majoria de les coses esdevenen per alguna raó).

El *Davidson Trauma Scale* (DTS) està comprès per 17 ítems que mesuren els símptomes del trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT) que es troben al DSM-V. El format de resposta és una escala *Likert* de 5 punts que oscil·la entre 0= res i 4= extrema. El test té una consistència interna donada per l' α de *Cronbach* de 0.97, i està format per tres factors (Davidson *et al.*, 2002; Villafañe *et al.*, 2003):

- 'F1. Pensaments intrusius així com la re-experimentació del fet traumàtic' (5 ítems; $\alpha = 0.83$; per exemple: DTS1. He tingut imatges, records o pensaments dolorosos sobre la pandèmia).
- 'F2. Evitació' (7 ítems; $\alpha = 0.78$; per exemple: DTS7. He estat evitant pensaments o sentiments sobre la pandèmia).
- 'F3. Hiperarousal i trastorns del son' (5 ítems; $\alpha = 0.83$; per exemple: DTS14. He estat irritable o tingut atacs d'ira).

3.3 Procediment

La mostra es va obtenir mitjançant un mostreig probabilístic (Hernández *et al.*, 2004), també conegut com a mostreig aleatori simple (Otzen *et al.*, 2017). Les dades es van recollir a través de la plataforma *Google Forms*, on es va crear un qüestionari en línia que va ser enviat i publicat a les xarxes socials de les creadores.

Per tal d'obtenir uns resultats fiables i verços el qüestionari únicament va estar disponible des del mes de maig fins a principis del mes de juny de 2020, ja que si s'allargava més, les respostes podrien estar esbiaixades degut al temps.

3.4 Anàlisi De Dades

L'anàlisi de dades es va realitzar mitjançant el programa SPSS versió 25.0. La fiabilitat del nostre test es va obtenir utilitzant l' α de Cronbach. S'han utilitzat els coeficients de correlació de Pearson per calcular les correlacions entre les variables predictores i les variables criteri. Es van calcular les regressions múltiples mitjançant la opció pas a pas (*stepwise*). Amb aquest mètode, les variables es van incorporar al model de regressió per comprovar les regressions amb les variables criteri (Re-experimentació, Evitació i Hiperarousal) agafades del Davidson Trauma (DTS). Hi havia 8 variables predictores: Edat, Nombre de persones amb les que estava confinat, Tenir cura d'algú, Persistència-tenacitat-autoeficàcia, Control sota pressió, Adaptabilitat i xarxes socials, Control i propòsit, i Espiritualitat. Per tant, hem utilitzat un model de regressió múltiple per provar els efectes de les 8 variables predictores sobre les variables criteri en relació al grau del trauma després d'un possible fet traumàtic.

4. RESULTATS

4.1 Anàlisi de fiabilitat

L'índex de consistència interna del nostre test és adequat, ja que té un valor de 0,84.

4.2 Anàlisi de correlacions

Taula 1. Correlació entre les variables predictores i variables criteri (DTS).

Variables predictores	Variables criteri		
	Criteri B Reexperimentació	Criteri C Evitació	Criteri D Hiperarousal
Edat	-0,207**	-0,263**	-0,488**
Amb quanta gent estaves confinat	-0,038	-0,054	0,000
Tenies cura d'algú	-0,025	-0,060	-0,199**
Persistència-tenacitat-autoeficàcia	-0,046	-0,141**	-0,164**
Control sota pressió	-0,078	-0,105*	-0,141**
Adaptabilitat i xarxes socials	-0,027	-0,136**	-0,194**
Control i propòsit	-0,075	-0,162**	-0,221**
Espiritualitat	-0,034	-0,011	-0,036

Nota: En negreta els valors significatius.

*La correlació és significativa en el nivell 0,05 (bilateral).

**La correlació és significativa en el nivell 0,01 (bilateral).

La taula 1 presenta les correlacions entre els tres factors del DTS (variable criteri) amb les 8 variables predictores.

Els nostres resultats són els següents. La Re-experimentació correlaciona negativament amb l'edat. L'Evitació, correlaciona negativament amb 5 variables (persistència-tenacitat-autoeficàcia, control sota pressió, adaptabilitat i xarxes de suport, control i propòsit i edat). I, la Hiperarousal correlaciona negativament amb 6 variables (persistència-tenacitat-autoeficàcia, control sota pressió, adaptabilitat i xarxes de suport, control i propòsits, edat i tenir cura d'algú).

4.3 Regressió múltiple

Les taules de la 2 a la 5 mostren les dades corresponents als índexs de la R^2 ajustada i els coeficients β significatius entre les variables criteri i les

predictores de l'estudi, per tal d'identificar el grau en que aquestes variables poden predir el nivell d'afectació posterior a un fet traumàtic.

Taula 2. Sumatori de l'anàlisi dels models, variables i coeficients de regressió per reexperimentació (DTS: Davidson Trauma Scale)

Model i variable	Model						Coeficient				
	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² ajustada	Canvi en <i>R</i> ²	Canvi en <i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Model 1	0.207	0.043	0.040	0.043	16.304	0.000	–	–	–	–	–
Edat	–	–	–	–	–	–	-0.047	0.012	-0.207	-4.038	0.000

Nota: Variables excloses: tenir cura d'algú, amb quanta gent estava confinat, persistència-tenacitat-autoeficàcia (R1), control sota pressió (R2), adaptabilitat i xarxes de suport (R3), control i propòsit (R4) i espiritualitat (R5).

La taula 2 mostra que el model 1 és l'únic que prediu la re-experimentació. Aquest, assoleix un 4.0% de la variància de la variable criteri.

A la taula, també es pot observar el coeficient β , que determina la direcció de la influència de les variables predictores. En aquest cas només tenim un variable, edat i és negativa ($\beta = -0.207$).

Taula 3. Sumatori de l'anàlisi dels models, variables i coeficients de regressió per evitació (DTS: Davidson Trauma Scale)

Model i variable	Model						Coeficient				
	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² ajustada	Canvi en <i>R</i> ²	Canvi en <i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Model 1	0.263	0.069	0.066	0.069	27.054	0.000	–	–	–	–	–
Model 2	0.296	0.088	0.083	0.019	7.459	0.007	–	–	–	–	–
Edat	–	–	–	–	–	–	-0.082	0.016	-0.261	-5.206	0.000
Persistència-tenacitat-autoeficàcia	–	–	–	–	–	–	-0.132	0.048	-0.137	-2.731	0.007

Nota: Variables excloses: tenir cura d'algú, amb quanta gent estava confinat, control sota pressió (R2), adaptabilitat i xarxes de suport (R3), control i propòsit (R4) i espiritualitat (R5).

La taula 3 mostra que el model 2 és el millor per predir l'evitació, amb un 8.3% de la variància de la variable criteri. Com a variable predictora tenim l'edat 6.6% de variància.

El coeficient β mostra que la direcció de la influència de les variables predictores és negativa en edat ($\beta = -0.261$) i persistència-tenacitat-autoeficàcia ($\beta = -0.137$).

Taula 4. Sumatori de l'anàlisi dels models, variables i coeficients de regressió per hiperarousal (DTS: Davidson Trauma Scale)

Model i variable	Model						Coeficient				
	R	R ²	R ² ajustada	Canvi en R ²	Canvi en F	p	B	SE	β	t	p
Model 1	0.488	0.238	0.236	0.238	114.067	0.000	—	—	—	—	—
Model 2	0.523	0.273	0.269	0.035	17.678	0.000	—	—	—	—	—
Edat	—	—	—	—	—	—	-0.171	0.016	-0.486	-10.871	0.000
Adaptabilitat i xarxes de suport	—	—	—	—	—	—	-0.297	0.071	-0.188	-4.205	0.000

Nota: Variables excloses: tenir cura d'algú, amb quanta gent estava confinat, persistència-tenacitat-autoeficàcia (R1), control sota pressió (R2), control i propòsit (R4) i espiritualitat (R5).

La taula 4 mostra que el model 2 és el millor per predir l'evitació, amb un 26.9% de la variància de la variable criteri. Com a variable predictora tenim l'edat 23.6% de variància.

El coeficient β mostra que la direcció de la influència de les variables predictors és negativa en edat ($\beta = -0.486$) i adaptabilitat i xarxes de suport ($\beta = -0.188$).

Els nostres resultats mostren que determinades variables tenen poder predictiu en relació al grau de trauma després d'un possible fet traumàtic (Taula 5). En l'estudi s'han contrastat variables de resiliència (persistència-tenacitat-autoeficàcia, control sota pressió, adaptabilitat i xarxes socials, control i propòsit, i espiritualitat) i variables relacionades amb el trauma, així com altres variables com l'edat, amb quanta gent estaves confinat i si havies de tenir cura d'algú.

Taula 5. Resum dels models predictius per a la variable criteri

Variable predictora	F1. Reexperimentació		F2. Evitació		F3. Hiperarousal	
	ΔR^2 Corregida	β	ΔR^2 Corregida	β	ΔR^2 Corregida	β
Edat	0.043	-0.0207	0.069	-0.261	0.238	-0.486
Amb quanta gent estaves confinat	-	-	-	-	-	-
Tenies cura d'algú	-	-	-	-	-	-
Persistència-tenacitat-autoeficàcia	-	-	0.019	-0.137	-	-
Control sota pressió	-	-	-	-	-	-
Adaptabilitat i xarxes socials	-	-	-	-	0.035	-0.188
Control i propòsit	-	-	-	-	-	-
Espiritualitat	-	-	-	-	-	-

5. DISCUSSIÓ

Mitjançant el present estudi s'ha intentat examinar l'impacte psicològic experimentat en la població, sobretot espanyola, associada a la situació excepcional de confinament decretada pel govern en els mesos de març a juny de 2020, relacionada amb la pandèmia del COVID-19. De forma més específica, es desitjava investigar la simptomatologia posttraumàtica relacionant-la amb la resiliència.

Respecte a la primera hipòtesis, es pot dir que s'ha complert parcialment i que els resultats obtinguts es contrasten amb els resultats d'altres autors. S'ha demostrat que l'edat és un predictor negatiu de la re-experimentació i de la simptomatologia intrusiva. És a dir, que a menys edat més simptomatologia. Això pot ser degut a que les persones adultes degut a la seva experiència tinguin més resiliència i estratègies resolutives davant dels estímuls amenaçadors. Els resultats obtinguts, estan en línia amb els resultats que va obtenir Qouta l'any 2003 en seu estudi, on va determinar que les noies més joves després d'un fet traumàtic patien una simptomatologia intrusiva més forta que les persones més grans (Qouta *et al.*, 2003). Aquestes troballes es corroboren amb l'article de Kimhi realitzat el passat any, on identifica que les persones d'edat més avançada tenien uns nivells de sensació del perill, simptomatologia ansiosa i angoixa més baixos que els joves respecte la COVID-19 (Kimhi *et al.*, 2020). No obstant, altres autors defensen la idea oposada, és a dir, que a més edat més simptomatologia (Jacobs i Harville, 2015). I altres, no relacionen la intensitat de la simptomatologia amb l'edat, sinó que la relacionen amb la coherència, entenent per aquesta al sentiment de seguretat de l'individu i a la seva habilitat per enfrontar-se a situacions estressants i desafiants. A més coherència menys simptomatologia (Schäfer *et al.*, 2019).

Pel que fa la segona hipòtesi, també s'ha complert parcialment i els resultats obtinguts en el nostre estudi es contrasten amb els d'altres autors. S'ha trobat que l'evitació correlaciona de forma negativa amb la persistència, tenacitat i autoeficàcia. Això pot ser degut a que les persones tenaces tendeixen a sobreposar-se i no evitar l'estímul aversiu per tal de

seguir el seu camí i assolir els seus objectius, aconseguint de mica en mica una disminució de la simptomatologia. Això està amb línia amb l'estudi de Ahmad i col·laboradors realitzat l'any 2007, on afirma que el fet d'afrontar el problema disminueix el malestar i les conductes evitatives. En el seu estudi, realitzat a persones amb fòbia a les aranyes, es va observar que, després d'una sessió amb realitat virtual els nivells d'angoixa i fugida van disminuir (Ahmad *et al.*, 2007). En un altre estudi, realitzat l'any 2019 per McGuire es va determinar una correlació significativa entre la simptomatologia i l'evitació, van veure que les famílies que no parlaven del trauma i l'evitaven, posteriorment tenien uns nivells d'angoixa i estrès posttraumàtic superiors a aquelles famílies que sí que el parlaven i no l'evitaven (McGuire *et al.*, 2019). A més, l'evitació contribueix a la cronicitat del trastorn, ja que impedeix que l'individu aprengui que certes situacions o estímuls no són perillosos o ja no són perillosos (Allen *et al.*, 2019).

Per últim, la tercera hipòtesis també s'ha complert parcialment i els resultats obtinguts en el nostre estudi es contrasten amb els d'altres autors. S'ha demostrat que les xarxes socials prediuen negativament l'hiperaousal. Cohen en el seu article publicat l'any 1985, descriu el suport social com a un recurs material i psicològic que pot augmentar la capacitat d'un individu per fer front a l'estrès (Cohen *et al.*, 1985). Això està en línia amb l'article de Sippel i col·laboradors, de l'any 2015, on determinen que les figures d'adhesió regulen directa i indirectament les reaccions d'excitació i estrès. Segons l'autora, un elevat suport social pot promoure conductes que milloren la regulació de l'estrès. Concretament, un elevat suport social pot augmentar la confiança en si mateixos; disminuir la probabilitat de tenir conductes de risc (per exemple, excés d'alcohol); i fomentar estratègies d'afrontament més efectives, com la resolució activa de problemes. En un estudi realitzat amb pacients amb malalties cardíques, van trobar que un elevat suport social es relaciona amb un augment de l'ús de mecanismes d'afrontament actius, com la resolució de problemes que, al seu torn, va disminuir la probabilitat de desenvolupar depressió. A més, un elevat suport social pot augmentar els sentiments de pertinença i solidaritat, afavorir conductes d'adaptació saludables (per exemple, fer exercici) ajudar a una persona a redefinir una situació difícil com a menys amenaçadora i millorar

la regulació d'emocions com la desconfiança, l'ansietat i la por (Holahan *et al.*, 1995).

6. CONCLUSIONS

Aquest estudi es va centrar en la investigació de factors que poden predir la intensitat de la simptomatologia posttraumàtica després d'un esdeveniment possiblement traumàtic com era el confinament en temps de pandèmia. En ell, s'ha determinat la rellevància i importància de la resiliència a l'hora de fer front i superar aquests fets.

Com a primera conclusió d'aquest estudi és que el primer i principal predictor de la simptomatologia posttraumàtica és l'edat que prediu negativament la simptomatologia, és a dir, que a menys edat més simptomatologia.

Com a segona conclusió podem dir que, no s'ha trobat que els predictors: Tenir cura d'algú i Amb quanta gent estaves confinat fossin significatius per determinar la simptomatologia.

Per últim, respecte a la resiliència, s'ha determinat que alguns factors prediuen la simptomatologia i altres no. La Persistència-tenacitat-autoeficàcia i Adaptabilitat i Xarxes socials prediuen negativament la simptomatologia, això significa que a més suport social i/o més autoeficàcia menys simptomatologia posttraumàtica.

En resum, s'ha vist que la resiliència és un dels elements més importants a l'hora d'afrontar i superar un trauma. Al no ser un element innat és important treballar-la i augmentar-la per així tenir la capacitat de superar esdeveniments negatius i no desenvolupar trastorns, com el TEPT. Per reduir els nivells i simptomatologia després d'un fet o esdeveniment possiblement traumàtic i garantir un major benestar, és importat dissenyar intervencions individuals destinades a reduir l'estrès i proporcionar estratègies que puguin ajudar a potenciar l'autoestima, l'autocura i l'autoconeixement, per tal d'identificar les diverses emocions i sentiments

que es viuen en cada moment, sent d'aquesta manera coneixedors de la pròpia conducta davant dels fets i per tant, poder-la modificar. També, és important rodejar-se d'un ambient càlid i sa del que puguís nodrir-te, aprendre i recolzar-te en els moments més durs i complicats però també en aquells bons i alegres i, tenir objectius i propòsits de vida. Ambdós afavoreixen a l'augment de resiliència i a la disminució de la simptomatologia.

7. LIMITACIONS

Aquest estudi no està exempt de limitacions. En primer lloc, tenim pocs participants homes en comparació amb les dones, hagués estat interessant que la població masculina estigués millor representada per determinar si existien diferències de gènere.

En segon lloc, la majoria dels qüestionaris respostos eren de persones residents d'Espanya, sobre tot de Catalunya, hagués estat interessant obtenir més diversitat per veure si hi havia diferències.

En tercer lloc, les dades es van obtenir mitjançant mesures d'autoinforme, que poden provocar biaixos que van des de la conveniència social fins a la manca de sinceritat.

En quart lloc, la enquesta era una mica llarga fet que potser va condicionar les respostes perquè els participants volien acabar-la, estaven cansats o avorrits.

Finalment, cara una futura investigació s'hauria de millorar la metodologia que permetés una millor comprensió de la pregunta així com la identificació de la pròpia simptomatologia ja que és possible que alguns participants no fossin conscients del símptoma esbiaixant així els resultats.

8. AGRAÏMENTS

M'agradaria agrair al Dr. Joan Boada Grau acceptar ser el meu tutor i ajudar-me a desenvolupar aquest treball, tutoritzant-me i guiant-me des del primer moment. A l'Emma per sumar-se a la idea i sobretot, a totes aquelles persones que van respondre el qüestionari i van compartir l'enllaç arribant fins a llocs tant impensables com Argentina. Sense ells, aquest treball no hauria estat possible.

9. BIBLIOGRAFIA

- Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). *Trauma, PTSD, and Resilience. Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3), 195–216.
<https://doi.org/10.1177/1524838005277438>
- Ahmad, A., Larsson, B., Sundelin-Wahlsten, V. (2007). EMDR treatment for children with PTSD: Results of a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(5), 349–354.
<https://doi.org/10.1080/08039480701643464>
- Allen, M. T., Myers, C. E., Beck, K. D., Pang, K. C. H., & Servatius, R. J. (2019). Inhibited Personality Temperaments Translated Through Enhanced Avoidance and Associative Learning Increase Vulnerability for PTSD. *Frontiers in Psychology*, 10.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00496>
- American Psychological Association. (2011). *El Camino a la Resiliencia*.
<http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino>
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., ... Koenen, K. C. (2015). *The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. Psychological Medicine*, 46(02), 327–343.
<https://doi.org/10.1017/s0033291715001981>
- Broche, Y., Rodríguez, B., Santaella, S., Díaz, G., Carballo, A., Blanco, Y. (2021). *Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)*. Editorial Samuel Feijóo.
- Bromet, E., Karam, E., Koenen, K., Stein, D. (2018). *Trauma and posttraumatic stress disorder: global perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge University Press; 2018 Aug 9.

- 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. *Lancet*, 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
- Burri, A., & Maercker, A. (2014). *Differences in prevalence rates of PTSD in various European countries explained by war exposure, other trauma and cultural value orientation*. *BMC Research Notes*, 7(1), 407. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-407>
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>.
- Cohen, S., Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357. Disponible a: http://lchc.ucsd.edu/MCA/Mail/xmcamail.2012_11.dir/pdfYukILvXsL0.pdf
- Compean, E., & Hamner, M. (2019). *Posttraumatic stress disorder with secondary psychotic features (PTSD-SP): Diagnostic and treatment challenges*. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 88, 265-275. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.08.001>
- Connor, K. M., Davidson, J. R., (2003). *Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)*. *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Cryder, C. H., Kilmer, R. P., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2006). *An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 65-69. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.65>

- Davidson J, Tharwani H, Connor K. (2002). Davidson Trauma Scale (DTS): Normative scores in the general population and effect sizes in placebo-controlled SSRI trials. *Depression and Anxiety*, 15(2), 75–78. <https://doi.org/10.1002/da.10021>
- Errázuriz, P., Fischer, C., Behn, A., Letelier, C., & Monari, M. (2019). Orientaciones Prácticas para Psicoterapeutas que Atienden a Pacientes con TEPT Después de un Desastre Natural. *Psykhé (Santiago)*, 28(1), 1–13. <https://doi.org/10.7764/psykhe.28.1.1218>
- Folkman, S., & Moskowitz, J. (2004). Stress, appraisal, and coping. In N. B. Anderson (Ed.), *Encyclopedia of health and behavior* (Vol. 1, pp. 690–692). SAGE Publications, Inc., <https://www.doi.org/10.4135/9781412952576.n198>
- Gayle, M. C., & Raskin, J. D. (2017). *DSM-5: Do Counselors Really Want an Alternative?* *Journal of Humanistic Psychology*, 57(6), 650–666. <https://doi.org/10.1177/0022167817696839>
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., ... & Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *Plos One*, 15, e0231924. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>.
- Hermi, M., García, MB. (2020). El Covid-19 en España y sus primeras consecuencias. *España e Economía*, 17. <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.10142>
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. Metodología de la Investigación [Investigation methodology]. México: McGraw-Hill Interamericana; 2004.

- Holahan, J., Moos, R., Holahan, C.K., Brennan, P. (1995). Social support, coping, and depressive symptoms in a late-middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology, 14*(2), 152–163. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.14.2.152>
- Jacobs, M., & Harville, E. (2015). Long-term mental health among low-income, minority women following exposure to multiple natural disasters in early and late adolescence compared to adulthood. *Child & Youth Care Forum, 44*(4), 511–525. <https://doi.org/10.1007/s10566-015-9311-4>.
- Kimhi, S., Marciano, H., Eshel, Y., Adini, B. (2020). Resilience and demographic characteristics predicting distress during the COVID-19 crisis. *Social Science & Medicine, 265*, 113389. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113389>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J. P., Levinson, D., . . . Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(sup5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., ... Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921*
- Madewell, A., Ponce-Garcia, E. (2016). Assessing resilience in emerging adulthood: The Resilience Scale (RS), Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC), and Scale of Protective Factors (SPF). *Personality and Individual Differences, 97*, 249–255. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.03.036>

- Mallah, S. I., Ghorab, O. K., Al-Salmi, S., Abdellatif, O. S., Tharmaratnam, T., Iskandar, M. A., Sefen, J. A. N., Sidhu, P., Atallah, B., El-Lababidi, R., Al-Qahtani, M. (2021). COVID-19: breaking down a global health crisis. *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12941-021-00438-7>
- Masten, A. S., Morison, P., Pellegrini, D., & Tellegen, A. (1990). Competence under stress: Risk and protective factors. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 237-256). New York: Cambridge University Press.
- McGuire, R., Hiller, RM., Cobham, V., Haag, K., Halligan, L. (2019). A mixed-methods investigation of parent-child posttrauma discussion and the effects of encouraging engagement. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1644127. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1644127>
- Nyarko, O. O., Hardy, Y., Opoku, G., & Owusu Konadu, S. (2020). Preparedness of Africa for the Coronavirus Disease 2019(COVID-19). *African Journal of Current Medical Research*, 4(1). <https://doi.org/10.31191/afrijcmr.v4i1.55>
- Otzen, T., Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227–232. <https://doi.org/10.4067/s0717-95022017000100037>
- Qi, W., Gevonden, M., & Shalev, A. (2016). *Prevention of Post-Traumatic Stress Disorder After Trauma: Current Evidence and Future Directions*. *Current Psychiatry Reports*, 18(2). <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0655-0>

- Qouta, S., Punamäki, R.L., El Sarraj, E. (2003). Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to military violence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(6), 265–272. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-0328-0>
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307–321. <https://doi.org/10.1002/jclp.10020>
- Roy, D., Tripathy, S., Kar, S. K., Sharma, N., Verma, S. K., & Kaushal, V. (2020). Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 102083. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102083>.
- Sandín, B., y Chorot, P. (2017). Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22, 95- 115. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.19729>.
- Schäfer, S.K., Becker, N., King, L., Horsch, A., Michael, T. (2019). The relationship between sense of coherence and post-traumatic stress: a meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1562839. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1562839>
- Schäfer, I., Fisher, H. (2011). Childhood trauma and psychosis - what is the evidence? *Trauma, Brain Injury, and Post-traumatic Stress Disorder*, 13(3), 360–365. <https://doi.org/10.31887/dcns.2011.13.2/ischaefer>
- Sippel, L., Pietrzak, R., Charney, D., Mayes, L., Southwick, S. (2015). How does social support enhance resilience in the trauma-exposed individual? *Ecology and Society*, 20(4). <https://doi.org/10.5751/es-07832-200410>

- Tedeschi, R., Calhoun, L. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Wang, C.J., Ng, C.Y., Brook, R.H. (2020). Response to COVID-19 in Taiwan. *JAMA*, 323(14), 1341. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3151>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- WHO. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report. <https://www.who.int/news-room/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome—mental-health>.
- Wilson, J. P., & Drozdek, B. (2004). *Broken Spirits: The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees and War and Torture Victims* (1.^a ed.). Routledge.
- Villafañe, A., Milanesio, M. S., Marcellino, C. M., & Amodei, C. (2003). La Evaluación Del Trastorno Por Estrés Postraumático: Aproximación A Las Propiedades Psicométricas De La Escala De Trauma De Davidson. *Revista Evaluar*, 3(1). <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v3.n1.608>

ANNEX

1. Género

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer

2. Estado civil

- ☐ Soltero/a
- ☐ Pareja de hecho
- ☐ Casado/a
- ☐ Divorciado/a
- ☐ Viudo/a
- ☐ Otro

3. Edad

- ☐ _____

4. Nivel de formación académica (acabado o cursando):

- ☐ Sin estudios
- ☐ Estudios primarios
- ☐ Estudios secundarios
- ☐ Estudios universitarios
- ☐ Estudios de máster/doctorado

5. País de nacimiento:

- ☐ _____

6. Ciudad/pueblo de residencia durante la pandemia:

- ☐ _____

7. En una situación de confinamiento estricto, ¿cuál era/es tu situación?

- ☐ Confinado/a y sin teletrabajar
- ☐ Confinado/a y teletrabajando
- ☐ Trabajando en servicios esenciales
- ☐ Quien me contrataba me obligaba a ir a trabajar

8. ¿Con cuánta gente estabas/estás confinado/a?

○ _____

9. ¿Tenías/Tienes que cuidar de alguien?

- No
- Sí, de personas menores de 16 años
- Sí, de personas mayores de 16 años

10. En tu unidad familiar, ¿Cómo se distribuyen los ingresos?

- Solo yo
- Dos de la familia
- Más de dos de la familia

11. ¿Has perdido tu trabajo debido a la crisis sanitaria?

- Sí, me han despedido o han hecho un ERO
- Sí, me han hecho un ERTD
- No, no la he perdido
- Ya no tenía trabajo antes del incidente
- Estoy jubilado/a

12. ¿En cuál de las siguientes áreas trabajas?

● Sector Primario (Naturaleza y extracción de materias primas) ○ Agropecuaria (agrícola y ganadera) ○ Pesquera (mar o río) ○ Minera (extracción) ○ Forestal (bosque)	● Sector Terciario (Prestación de servicios) ○ Transporte y logística ○ Comunicaciones ○ Comercio y venta ○ Turismo y ocio ○ Sanidad ○ Educación ○ Finanzas y seguros ○ Administración pública
● Sector Secundario (transformación de materias primas en productos) ○ Sidermetalúrgica y metalúrgica ○ Construcción y cemento ○ Química, petroquímica y energía ○ Automovilística ○ Alimentación ○ Téxtil ○ Farmacéutica ○ Armamentística ○ Robótica, informática y astronáutica	● Cuaternario ○ Investigación, desarrollo e innovación ○ Información y TICs

13. En caso de haber marcado el sector terciario en la pregunta anterior, ¿eres sanitario?

- ☐ Sí
- ☐ No

En cuanto a la pandemia del COVID-19, indica la intensidad de las siguientes afirmaciones. Utiliza para ello la siguiente escala:

- Nada
- Leve
- Moderada
- Marcada
- Extrema

14. He tenido imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos sobre la pandemia

- ☐ _____

15. He tenido pesadillas sobre la pandemia

- ☐ _____

16. He sentido que la pandemia sucedía de nuevo, como si lo estuviera reviviendo

- ☐ _____

17. He hecho cosas para recordarlo

- ☐ _____

18. He tenido sensaciones físicas debido a recuerdos de la pandemia (por ejemplo: sudores, temblores, palpitaciones, mareos, náuseas o diarrea)

- ☐ _____

19. He estado evitando pensamientos o sentimientos sobre la pandemia

- ☐ _____

20. He estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que me recordasen a la pandemia

○ _____

21. He sido incapaz de recordar partes importantes de la pandemia

○ _____

22. He tenido problemas para disfrutar las cosas

○ _____

23. Me he sentido distante o lejos de la gente

○ _____

24. He sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de cariño

○ _____

25. He tenido dificultades para imaginar una larga vida y conseguir mis metas

○ _____

26. He tenido dificultad al iniciar o mantener el sueño

○ _____

27. He estado irritable o tenido ataques de ira

○ _____

28. He tenido dificultades para concentrarme

○ _____

29. He estado nervioso/a, fácilmente distraído/a o en guardia

○ _____

30. Me he sentido nervioso/a o asustado/a con facilidad

○ _____

Por favor, indica cuál es tu grado de acuerdo con las siguientes frases. Si alguna en particular no se te ha ocurrido, responde según creas que te hubieras sentido. Utiliza para ello la siguiente escala:

- 1= En absoluto
- 2= Rara vez
- 3= A veces
- 4= A menudo
- 5= Casi siempre

31. Soy capaz de adaptarme cuando surgen cambios.

○ _____

32. Tengo al menos una relación íntima y segura que me ayuda cuando estoy estresado/a.

○ _____

33. Cuando no hay soluciones claras a mis problemas, a veces la suerte/Dios puede ayudarme.

○ _____

34. Puedo enfrentarme a cualquier cosa.

○ _____

35. Los éxitos del pasado me dan confianza para enfrentarme a nuevos desafíos y dificultades.

○ _____

36. Cuando me enfrento a los problemas intento ver su lado cómico.

○ _____

37. Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte.

○ _____

38. Tengo tendencia a recuperarme pronto luego de enfermedades, heridas u otras dificultades.

○ _____

39. Buenas o malas, creo que la mayoría de las cosas ocurren por una razón.

○ _____

40. Siempre me esfuerzo sin importar cual pueda ser el resultado.

○ _____

41. Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos.

○ _____

42. No me doy por vencido/a aunque las cosas parezcan no tener solución.

○ _____

43. Durante los momentos de estrés/crisis, sé donde puedo buscar ayuda.

○ _____

44. Bajo presión me mantengo enfocado/a y pienso claramente.

○ _____

45. Prefiero intentar solucionar las cosas por mí mismo/a, a dejar que otros decidan por mí.

○ _____

46. No me desanimo fácilmente ante el fracaso.

○ _____

47. Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los desafíos y dificultades vitales.

○ _____

48. Si es necesario, puedo tomar decisiones difíciles que podrían afectar a otras personas.

○ _____

49. Soy capaz de manejar sentimientos desagradables/dolorosos (por ejemplo: tristeza, temor o enfado).

○ _____

50. Al enfrentarse a los problemas, a veces hay que actuar intuitivamente (sin saber por qué).

○ _____

51. Tengo un fuerte sentido de propósito en la vida.

○ _____

52. Me siento en control de mi vida.

○ _____

53. Me gustan los desafíos.

○ _____

54. Trabajo para alcanzar mis objetivos, sin importar las dificultades en el camino.

○ _____

55. Estoy orgulloso/a de mis logros.

○ _____