

Concerns and reactions to COVID-19 in the confined population according to age and sex (*Preocupaciones y reacciones ante el COVID-19 en población confinada según edad y género*)

María Guallart ^{a,b,c}, J.-Luis Antoñanzas^{a,b}, Carlos Salavera^{a,b}, Helena Tuquet^c and Patricia Gracia-García^{a,c,d}

^aUniversidad de Zaragoza; ^bGrupo de Investigación Opiics; ^cCentro Neuroactívaté; ^dHospital Universitario Miguel Servet

ABSTRACT

Given the situation of lockdown implemented because of the COVID-19 virus, there is a need to study the sociodemographic variables and risk factors associated with psychological problems and greater difficulty with adapting to the situation, which could in turn help in the development of psychological treatment offered during and after isolation. The objective of this study is to analyse whether age and sex are related to the concerns and reactions experienced by the population. Fifteen days after the official lockdown order, we sent out an online survey comprising 23 questions. A sample of 1,711 was collected, which included participants' sociodemographic data, previous personal traits, psychological reactions, health habits, concerns and health activities. The results of the analyses showed a statistically significant association between age and feeling overwhelmed or claustrophobic, tiredness, concern that a family member becomes infected with the disease, irritability, fear and sadness, and between sex and concern that a family member becomes infected with the disease, sadness and fear.

RESUMEN

Ante la situación de confinamiento provocada por el virus COVID-19, surge la necesidad de conocer cuáles son las variables sociodemográficas y los factores de riesgo que se relacionan con problemas psicológicos y con una menor adaptación a la situación, lo que puede ayudar en el tratamiento psicológico que se puede ofrecer durante y después del aislamiento. El objetivo del trabajo es estudiar si la edad y el género se relacionan con las preocupaciones y las reacciones experimentadas por la población. A los quince días del decreto oficial de confinamiento se realizó una encuesta telemática de 23 preguntas a población española. Se reunió una muestra de 1,711 sujetos, se recogieron datos sociodemográficos, rasgos personales previos, reacciones psicológicas, hábitos de salud,

ARTICLE HISTORY



Received 6 November 2020
Accepted 27 May 2021

KEYWORDS

age; sex; concerns; reactions; COVID-19

PALABRAS CLAVE

edad; género; preocupaciones; reacciones; COVID-19

CONTACT María Guallart  mguallart@unizar.es  Departamento Psicología y Sociología, Facultad de Educación, Universidad de Zaragoza, Opiics, Observatorio para la investigación e innovación en ciencias sociales. Aspectos psicológicos y sociales, salud y educación, Centro Neuroactívaté, C/ Pedro Cerbuna 12, Zaragoza 50009, España.
English version: pp. pp. 593–602 / Versión en español: pp. 603–612

References / Referencias: pp. 612–614

Translation from Spanish / Traducción del español: Liza D'Arcy

© 2021 Fundación Infancia y Aprendizaje

preocupaciones y actividades de salud realizadas. Los resultados de los análisis indican una asociación positiva entre la edad y sentimientos de agobio o claustrofobia, cansancio, preocupación porque un familiar contraiga la enfermedad, irritabilidad, miedo y tristeza, así como entre el género y preocupación porque un familiar contraiga la enfermedad, tristeza y miedo.

The exceptional situation that is currently being experienced because of the COVID-19 pandemic has resulted in a social isolation and health situation that most of the Spanish population had never been exposed to previously.

Rules and guidelines were given to the population according to the evolution of the pandemic and the criteria of health authorities of each country. These rules and recommendations had a clear objective: to reduce virus transmission. However, isolation times and measures were not always common to all countries.

On the one hand, the non-voluntary nature of lockdown has been shown to reduce adherence and commitment to the measures taken by authorities (Brooks et al., 2020). Furthermore, confinement that lasts longer than 10 days has been associated with greater negative psychological effects (Hawryluck et al., 2004). Lockdown was imposed in Spain on 14 March 2020, and the results of this study were collected 15 days after the start, from 1–6 April; we decided that collecting the concerns and reactions through a questionnaire that reflected these issues would be the best from that date. These measures, together with the uncertainty and demands of the situation, may have demanded more personal resources than those that people counted on, and thus resulted in a variety of psychological reactions — such as stress, irritability, anger, insomnia, increased alcohol and tobacco consumption, and anxiety and depressive symptoms, among others — that we believe should be studied carefully and that have already been described in several studies (Shigemura et al., 2020).

Recently, one of the main concerns in mental health has been the increase in stress, anxiety and other psychological disorders. In fact, ‘Mental disorders are one of the greatest public health challenges in Europe, as measured by prevalence, burden of disease and disability’ (Barbui et al., 2017), so that mental healthcare is currently of particular interest during this extraordinary situation.

If we also consider that the main purpose of isolation is to reduce the amount of interpersonal interaction, we can assume that a decrease in the quantity of social relationships may lead to an impoverishment of their quality, which could result in greater loneliness, which has shown association with an increase and a worsening of anxiety disorders (Kmietowicz, 2020; Xiao, 2020).

Concerns and reactions

Studying emotional concerns and reactions of individuals can clarify personal coping strategies and measures that could contribute to relieving the psychosocial impact. According to a study conducted during the SARS outbreak in 2003, attitudes towards infectious diseases are associated with emotional levels of panic (Zhong et al., 2020).

Each individual's experience of lockdown will inevitably influence how they manage the situation: a spacious home, access to a garden or terrace, socioeconomic status, etc. (Horne et al., 2020). However, each person's emotional reaction will reflect their emotional abilities, which they use to manage their stress levels, concerns and emotional reactions to extraordinary situations such as this one and the particular conditions of isolation, which in turn will have a major impact on mental health (Ozer et al., 2003).

The concerns that the population have — such as feeling overwhelmed or claustrophobic, being worried about being infected or a family member becoming infected with the disease, fatigue due to the overload of domestic, family and work tasks — were raised as important aspects that could be indicators of each individual's emotional state and stress levels. In addition, it was believed that analysing which groups presented more concerns and specifying these groups would be of interest.

Among the most sensitive emotional reactions that have already been documented, we found emotions such as irritability, anger or sadness (Lee et al., 2005), fear (Desclaux et al., 2017) or anxiety, which have a significant impact on psychological well-being and which, unlike moods, are less durable but have a greater intensity, are triggered by specific situations and provoke precise action tendencies (Gross, 2013), so that psychological guidance targeting emotions should be offered during and after lockdown.

A very important variable that requires a more detailed analysis regarding this subject is age. Studies such as those carried out by Losada-Baltar et al. (2021), regarding the psychological effects of COVID-19 in older people, surprisingly found that this group showed lower levels of mental health-related problems compared to young people. Similarly, another study by Palgi et al. (2020) — also contrary to what was expected — in older people with a higher real risk of complications from COVID-19 found a negative association with depression and anxiety in this group. Additionally, certain studies associated the early stages of COVID-19 with suicidal thoughts in younger adults (O'Connor et al., 2020).

Sex is also a factor that should be taken into consideration. In Spain, there are still differences between men and women, specifically in terms of mental health. Many of these differences are emphasized by inequality in employment and the social and family role assigned to them (Torre et al., 2019). As mentioned in the study by Castellanos-Torres et al. (2020), the approval of the Royal Decree 463/2020, implementing the state of alarm in Spain, also implemented extraordinary measures such as physical distancing, the closure of educational centres and the lockdown of the entire population in their homes. This increased regular unpaid tasks such as caring for children, elders or dependent people at risk of becoming ill. Notice that 95% of women in Spain carry out these types of tasks compared to 68% of men, according to Eurostat-INE data. This results in women having a greater workload inside and outside the home, which in turn has a greater impact on their mental health.

Because of all of the above, we decided to analyse the different aspects that should be considered during lockdown situations. The first is age, given that younger people are less used to situations of reclusion due to their lifestyles, and the second is sex, given that domestic tasks are usually assigned to women rather than men.

There were three objectives of this study: (1) to assess the population's most frequent concerns and reactions to the COVID-19 pandemic; (2) to analyse whether sex is associated with the negative effects of lockdown; and (3) to analyse the most vulnerable age groups.

The study presented two starting hypotheses: (1) sex and age play a role in concerns and reactions to the COVID-19 pandemic; and (2) the degree of personal adaptation depends on age and sex.

Methods

Procedure

The study was carried out using the data collected from an online questionnaire, designed with Google Forms, that participants answered anonymously on their mobile phone, tablet and/or computer. The form was applied to the population residing in Spain, from 1–6 April 2020, after two weeks of home isolation. The questionnaire was spread through telephone messages, emails and publication in media.

For the selection of the sample, the collaboration of the participants was requested through messages on social networks. The objective of the study was explained to the participants, emphasizing the importance of completing all the items. Participants completed the questionnaire and informed consent. In all cases, they were reminded that the information collected was anonymous and confidential.

The study was designed to be a cross-sectional, comparative study with natural groups, since the groups were formed with stable independent variables, belonging to the same culture, and individual differences were compared, simultaneously registering dependent and independent variables (Ato & Vallejo, 2015).

Sample

The distribution of the sample (Table 1) was composed of 1,275 women (72.24%) and 475 men (27.76%), with a total of 1,711 participants. The two age ranges 36 to 45 ($N = 572$;

Table 1. Distribution of the sample.

	Participants	<i>N</i>
	<i>N</i> = 1,711	
Sex:		1,711
Men	475 (27.76%)	
Women	1,236 (72.24%)	
Age range		
< 25	98 (5.73%)	
25–35	253 (14.79%)	
36–45	572 (33.43%)	
46–55	520 (30.39%)	
56–66	204 (11.92%)	
Over 67	64 (3.74%)	
Level of education:		
Postgraduate (Doctorate or Master's)	369 (21.58%)	
Primary or equivalent	69 (4.04%)	
Secondary or vocational training	420 (24.56%)	
No qualifications	3 (0.18%)	
Higher (Bachelor's degree)	849 (49.65%)	

33.43%) and 46 to 55 ($N = 520$; 30.39%) had the greater number of subjects, which together represent more than half the total sample. The number of graduates ($N = 849$; 49.65%) and the number of post-graduates ($N = 369$; 21.58%) were the most frequent educational groups. There were not many participants who had only primary studies ($N = 69$; 4.04%) or no studies ($N = 3$; 0.18%). Subjects participated voluntarily and accepted the informed consent. The ethical standards of the Declaration of Helsinki were respected.

Instrument

The questionnaire comprised 23 questions forming five blocks: the first block collected demographic variables; the second, the quality of relationships and personal social skills; the third, current personal situation, such as the number of people, school-age children and dependant elderly people living in the home, and decreases in income; the fourth, information regarding concerns and reactions — this was collected using various response options and a possible open-answer response; the fifth block assessed the physical and psychological health-promoting behaviours that were being carried out: diet, sleep, alcohol and tobacco consumption; use of electronic devices and beneficial activities, such as following routines, etc.

To prepare the questionnaire, we followed the procedure indicated by Muñiz and Fonseca-Pedrero (2019) for the construction of a test: (1) general framework; (2) definition of the variable being measured; (3) specifications; (4) construction of items; (5) edition; (6) pilot studies; (7) selection of other measuring instruments; (8) application of the test; (9) psychometric properties; (10) final version. Once prepared, five experts in psychology with experience in the field of psychological evaluation were asked to review it. Their recommendations were discussed by the research team, until a consensus was reached and a first version of the scale was generated. A pilot test was subsequently carried out with 54 people in order to assess that the test was comprehensible, the time required for completing it, clarity of the questions and appropriateness of the answers. Finally, the research team used the results of the pilot test to create a final version of the questionnaire that was used in the study.

Data analysis

We used the SPSS v.22.0 statistical program to analyse our data. When it was confirmed that the normality of the sample was not met, non-parametric techniques were chosen. A descriptive analysis was carried out for each of the variables under study. In all cases, the lowest possible level of significance was used. Contrasts were raised bilaterally. Relative (%) and absolute (n) frequencies were provided for qualitative variables. A bivariate analysis was performed to analyse the independent factors associated with the different outcomes. The Chi-Square test was applied to show the relationship between qualitative variables, or failing that, the Fisher test.

Results

After analysing general data, we found that ‘fear of a family member becoming infected with the disease’ was the population’s main concern during lockdown, as almost one-third of the sample had this concern ($N = 529$; 30.92%). Another important but less

frequent concern was ‘fatigue from caring for family members, children and housework’ ($N = 274$; 16.01%) (Table 2).

Regarding reactions in this type of situation, uncertainty was the most frequently recorded, mentioned by almost half the population ($N = 785$; 45.88%). Another one of the most common reactions was apathy, a lack of desire to do things ($N = 499$; 29.16%).

Men and women felt overwhelmed or claustrophobic differently: women perceived lockdown as more oppressive (14% vs. 12.63%) (see Table 3). Regarding age, there were significant differences between the different age ranges ($p = .001$). Those aged under 25 had the highest percentages (28.57%) followed by people aged 25 to 35 (20.55%), and at the opposite extreme was the 46 to 66 age group, with percentages of 9%.

Women manifested being tired more than men regarding caring for the elderly and housework (17.07% vs. 13.26%; $p = .064$) (Table 3). The same occurred with age: those under 25 and the 36 to 45 age group stated that they were more tired from doing housework and caring for the elderly (23.47% and 26.57%) than the 25 to 35 (13.04%) and 46 to 55 (11.15%) ($p = .001$) age ranges.

One of the most significant concerns was about an older relative becoming infected with the disease (Table 3). This worried women more than men (33.33% vs 24.63%), with significant differences between sexes ($p = .001$). There were also significant age differences: the older people were, the less they worried. Thus, all age groups under 55 showed greater concern about older people becoming infected with the disease than participants aged over 55, with significant differences ($p = .043$).

Regarding emotional reactions of participants, we found that although most people did not feel irritable towards the lockdown situation, there was a difference between men and women. Women said they reacted by ‘screaming more frequently or triggering earlier’ than men (24.76% vs. 20.42%; $p = .067$). There were also significant differences regarding age (Table 4): participants aged under 25 and people aged between 36 to 45 were more frequently irritated (38.78% and 32.52%, respectively).

One of the most frequent emotional reactions to confinement was feeling sadness; this occurred in a significant proportion of the population. The differences found

Table 2. Population concerns and reactions of the ($N = 1,711$).

Concerns	
Feeling overwhelmed, claustrophobic	233 (13.62%)
Excessive concern about becoming infected with the disease	193 (11.28%)
Excessive fatigue from caring for family members (children and/or elderly) and housework	274 (16.01%)
Constant concern that an older family member (parents, uncles, grandparents) will become infected with the disease	529 (30.92%)
No	0.38 (0.48)
Reactions	
Irritability (screaming more frequently, triggering earlier)	403 (23.55%)
Sadness (frequent urge to cry, need to be alone)	451 (26.36%)
Anger/rage	224 (13.09%)
Apathy (little desire to do things, less interested, less activity)	499 (29.16%)
Hopelessness (the future looks bleak)	206 (12.04%)
Helpless (I cannot do anything to improve my situation)	204 (11.92%)
Uncertainty/concern	785 (45.88%)
Fear/anxiety (with recurring thoughts)	239 (13.97%)
Restlessness (I move around a lot, I find it hard to be still or stop doing things that could wait)	223 (13.03%)
No	0.17 (0.38)

Table 3. Sex, age, with feeling overwhelmed/claustrophobic, excessive fatigue from caring for family members and housework, and constant concern that an older relative will become infected with the disease.

	Overwhelmed or claustrophobic		Sign.	Tired from caring for relatives		Sign.	Concerned about relative becoming infected		Sign.
	No	Yes		No	Yes		No	Yes	
Sex	N = 1,478			N = 1,437			N = 1,182		
Men	415 (87.37%)	60 (12.63%)	.51	412 (86.74%)	63 (13.26%)	.064	358 (75.37%)	117 (24.63%)	.001
Women	1,063 (86.00%)	173 (14.00%)		1,025 (82.93%)	211 (17.07%)		824 (66.67%)	412 (33.33%)	
Age	N = 233			N = 274			N = 529		
< 25	70 (71.43%)	28 (28.57%)	<.001	75 (76.53%)	23 (23.47%)	< .001	68 (69.39%)	30 (30.61%)	< .001
25-35	201 (79.45%)	52 (20.55%)		220 (86.96%)	33 (13.04%)		177 (69.96%)	76 (30.04%)	
36-45	495 (86.54%)	77 (13.46%)		420 (73.43%)	152 (26.57%)		382 (66.78%)	190 (33.22%)	
46-55	473 (90.96%)	47 (9.04%)		462 (88.85%)	58 (11.15%)		349 (67.12%)	171 (32.88%)	
56-66	185 (90.69%)	19 (9.31%)		199 (97.55%)	5 (2.45%)		153 (75.00%)	51 (25.00%)	
> 67	54 (84.38%)	10 (15.62%)		61 (95.31%)	3 (4.69%)		53 (82.81%)	11 (17.19%)	

Table 4. Reactions: irritability, sadness, fear and anxiety.

	Irritability		Sign.	Reactions		Sign.	Fear and anxiety		Sign.
	No N = 1,308	Yes N = 403		No N = 1,260	Yes N = 451		No N = 1,472	Yes N = 239	
Sex			.067			< .001			.003
Men	79.58%	20.42%		85.47%	14.53%		90.11%	9.89%	
Women	75.24%	24.76%		69.09%	30.91%		84.47%	15.53%	
Age			< .001			< .001			< .001
< 25	61.22%	38.78%		52.04%	47.96%		78.57%	21.43%	
25–35	73.52%	26.48%		66.80%	33.20%		75.49%	24.51%	
36–45	67.48%	32.52%		69.58%	30.42%		84.62%	15.38%	
46–55	81.73%	18.27%		79.42%	20.58%		89.81%	10.19%	
56–66	94.61%	5.39%		84.31%	15.69%		92.65%	7.35%	
Over 67	90.62%	9.38%		89.06%	10.94%		100.00%		

between men and women in feeling sadness were significant, with a higher number of women who expressed sadness during confinement compared to men (30.91% vs. 14.53%; $p = .001$). Regarding age, younger participants, those aged up to 35, said they felt sadder than subjects over that age (47.96% and 33.20%). As age progressed, the number of people who expressed sadness decreased, being only 15.69% ($p = .001$) in the 56 to 66 age group (Table 4).

Although fear was not one of the most frequent reactions among the population (13.04%), it was significantly more common in women than men (9.89% vs. 15.53%; $p = .003$). Regarding age, it is again the younger participants, those under 25 and the 25 to 35 age group, who said they felt more anxiety and fear (21.43% and 24.51%, respectively) compared with subjects in the 56 to 66 age group (7.35%) ($p = .001$) (Table 4).

Discussion

The main objective of this study was to analyse the frequency of participants' main concerns and their emotional reactions to lockdown. On this basis, and according to the results obtained, we found that the greatest concern for people is a family member becoming infected with COVID-19. The assessed psychological reactions included uncertainty, apathy, sadness, irritability and fear; certain reactions, such as sadness and fear, had already been reported by several previous authors during different quarantines (Desclaux et al., 2017; Johnson et al., 2020; Lee et al., 2005; Pan et al., 2005). The second concern expressed, after a family member becoming infected, was excessive fatigue due to overload of tasks, and the third was feeling overwhelmed and claustrophobic. These results are consistent with the study carried out in Spain by Sandín et al. (2020), who found that the negative psychological effects in the confined population, such as worries, fears and/or anxiety, were associated with secondary factors, such as the health status of loved ones, the collapse of the healthcare system, employment, social and financial issues, etc. This study recommends *identifying the good things we have in our daily lives*; even when we are confined, we have things that can be valued positively. For example: we can value being able to spend more time with the family. In contrast, daily cooperation at home.

Regarding age and sex, and according to our results, participants under 25 showed higher scores in fatigue, while those over 56 reported less fatigue. We found that the under-25 group expressed the greatest feelings of being overwhelmed and claustrophobic, and were more irritable and sad, data that suggest a greater psychological impact on youths, such as has been documented in the literature (Wang, Pan, Wan, Tan, Xu, Ho et al., 2020). Consistently with other studies consulted (Becerra-García et al., 2020; Sim et al., 2010; Taylor et al., 2008), this group seems especially vulnerable, possibly influenced by academic uncertainty (Cornine, 2020) and concerns about the future of employment (Wang, Pan, Wan, Tan, Xu, McIntyre et al., 2020). Conversely, the elderly reported fewer worries and negative reactions than young people, which could be explained first by the hypothesis of emotional maturity associated with ageing, which affirms that older people have greater emotional control and use more effective strategies to manage their emotions (Bruine de Bruin, 2020; Márquez-González et al., 2008), which in this case leads to a more adapted reaction to lockdown. These results agree with studies such as those by Losada-Baltar et al. (2021), which found that having negative self-perceptions of ageing, a lower chronological age and other family and personal resources are associated with loneliness and psychological distress. Second, it could also be explained by the tendency of the elderly to under-report their emotions; they are less open to expressing them, as seen in studies whose assessment was through self-report (Diener et al., 1985). Longer lockdown duration is associated with worse psychological outcomes (Brooks et al., 2020), which could be explained by the low control people have of the situation; this generates the aforementioned reactions such as fear and uncertainty about the future.

Almost a quarter of the sample declared being irritable most of the time. Women reported the greatest irritability, as well as people under 25 and those in the 36 to 45 age group (Pieh et al., 2020). Regarding sadness, a significant association was found for women, who expressed having low spirits for longer than expected. The younger age ranges showed greater sadness, which decreased as age advanced. Although fear and anxiety were not one of the most frequent reactions in the sample, differences in these emotions did emerge in some groups, with women and young people showing the most fear and anxiety.

After analysing sex differences, we found an association between being a woman and showing more sadness, fear and anxiety about the situation, which supports previous data that found women suffering more anxiety and depression in stressful situations than men (McLean et al., 2011; Wang, Pan, Wan, Tan, Xu, Ho et al., 2020).

Ferrer-Perez (2020) states that sex must be taken into account as a category when addressing the psychosocial effects of the COVID-19 pandemic, given that, in general, women tend to assume more care tasks. This could be related to their higher report of fatigue feelings, as it seems they experience an overload of tasks that include caring for the home, dependent elderly and children, in addition to remote working from home in many cases. This would be consistent with our results in this study, where women's concern about a family member becoming infected is greater than men's, especially in the 36 to 45 age group, which could be explained by age and by their implication on caring for dependent elderly people. Other studies such as the aforementioned by Torre et al. (2019), which assessed a sample from the Spanish population, also found differences between sexes in terms of mental health, associated with family and domestic characteristics.

Finally, this study has several limitations: data were collected through self-report questionnaires, which could have biased the results obtained; and, although our study includes a large sample of the general population, it would benefit from being extended to another population sampling, including clinical populations, where there could be a greater association between the evaluated constructs. Longitudinal studies assessing the evolution of concerns and emotional reactions to COVID-19 over a longer period would also be of interest. In addition, other factors could interfere with the variables studied — such as psychosocial support, financial and employment situation, housing, etc. — whose possible effects have not been controlled for.

Conclusions

One of the measures taken to prevent contagion by COVID-19 was home isolation. This measure could have negative psychological effects that might last over time, for months and even years according to certain studies (Jeong et al., 2016; Liu et al., 2012).

The main stressors found in our study, conducted during the initial phase of confinement, were concern about a family member becoming infected, fatigue due to an overload of family and work tasks, and feeling overwhelmed and claustrophobic. The emotional reactions assessed included, among others, irritability, sadness and anxiety. The most noticeable significant associations with demographic variables we found were: the younger age groups reported more frequently than older groups feeling overwhelmed or claustrophobic, tiredness, concern about a family member becoming infected, irritability, fear and sadness; women reported more frequently than men a concern about a family member becoming infected, feelings of sadness and fear.

Studying the most vulnerable sectors of population to these concerns and emotional reactions could be useful for the development of measures that could mitigate the impact of lockdown at a psychosocial level.

Preocupaciones y reacciones ante el COVID-19 en población confinada según edad y género

La situación de excepcionalidad que se está viviendo, como consecuencia de la pandemia provocada por la COVID-19, supone un aislamiento social y una situación de alerta sanitaria a la que una parte de la población española nunca había estado expuesta con anterioridad.

Las normas y directrices que se están dando a la población atienden a la evolución de la pandemia y a la gestión de las autoridades sanitarias de cada país. Estas normas y recomendaciones tienen un objetivo claro: reducir la transmisión del virus, pero los tiempos de aislamiento y mecanismos para llegar a tal fin cambian y no son comunes a todos los países.

Por un lado, que el confinamiento no sea voluntario se ha comprobado que reduce la adhesión y el compromiso por las medidas tomadas (Brooks et al., 2020). Además, el confinamiento superior a 10 días se ha asociado con mayores efectos psicológicos negativos (Hawryluck et al., 2004). En nuestro país fue decretado el 14 de marzo de 2020 y los resultados fueron recogidos a los 15 días del inicio, entre el 1 y el 6 de abril, por lo que se decidió que a partir de esa fecha se podrían valorar de forma adecuada las preocupaciones y las reacciones mediante un cuestionario que reflejase estas cuestiones. Estas medidas, junto a la incertidumbre y a las demandas de la situación actual, pueden exceder los recursos habituales personales y producir una variada expresión de reacciones psicológicas que es necesario estudiar con detenimiento como estrés, irritabilidad, ira, insomnio, aumento del consumo de alcohol o tabaco, síntomas de ansiedad y síntomas depresivos entre otros y que ya se están describiendo en varios estudios (Shigemura et al., 2020).

En los últimos años, una de las preocupaciones en salud mental ha sido el aumento de estrés, ansiedad y otros trastornos psicológicos. De hecho, en Europa 'La salud mental es una de las principales preocupaciones de la salud pública, en términos de prevalencia, de carga de enfermedad y de discapacidad' (Barbui et al., 2017), por lo que el cuidado de la salud mental interesa especialmente en este momento de situación extraordinaria.

Si además se tiene en cuenta que el principal propósito del aislamiento es la reducción en el número de contactos interpersonales, es presumible que la disminución en la cantidad de las relaciones sociales pueda conducir a un empobrecimiento de la calidad de las mismas, lo que se podría relacionar con mayor soledad y como se ha estudiado con mayor ocurrencia y empeoramiento de los trastornos de ansiedad (Kmietowicz, 2020; Xiao, 2020).

Preocupaciones y reacciones

El estudio de las preocupaciones y reacciones emocionales individuales, puede ofrecer una noción acerca de las estrategias de afrontamiento personal, así como de las medidas que

contribuyen a amortiguar el impacto psicosocial. Según un estudio realizado durante el brote del SARS en 2003, la actitud hacia las enfermedades infecciosas se asocia con niveles emocionales de pánico (Zhong et al., 2020). Las condiciones individuales en las que se vive el confinamiento van a influir inevitablemente a que la experiencia pueda sobrellevarse mejor; disponer de vivienda espaciosa, tener jardín o terraza, nivel socioeconómico, etc. (Horne et al., 2020). Sin embargo, en la reacción emocional de cada persona se pueden mostrar sus habilidades emocionales que aumentan o atenúan el estrés ante situaciones extraordinarias como la situación actual y más allá de algunas de las condiciones particulares del aislamiento, las preocupaciones y las reacciones emocionales, tienen un impacto importante en la salud mental (Ozer et al., 2003).

Las preocupaciones que experimentó la población tales como la sensación de agobio o claustrofobia, por enfermar uno mismo o un familiar y el cansancio ante la sobrecarga de tareas domésticas, familiares y de trabajo se plantearon como aspectos importantes que pueden ser indicadores del estado emocional y del nivel de estrés que sufrió cada individuo, así mismo poder analizar qué grupos presentaron más preocupaciones y cuáles son estas también se consideró un aspecto a tener en cuenta.

Entre las reacciones más sensibles al estado emocional y que ya han sido documentadas, se encontró que las emociones como la irritabilidad, la ira o la tristeza (Lee et al., 2005) y el miedo (Desclaux et al., 2017) o la ansiedad tienen gran implicación en el bienestar psicológico y que a diferencia de los estados de ánimo son fenómenos menos duraderos, con mayor intensidad y son desencadenados por situaciones concretas que provocan tendencias de acción precisas (Gross, 2013), por lo que podrían orientar hacia la actuación psicológica que debe ofrecerse durante el confinamiento y una vez superado este.

Una cuestión muy importante y que requiere de un análisis más pormenorizado en relación con este tema, es la edad. Estudios como los realizados por Losada-Baltar et al. (2021), muestran como los efectos psicológicos de la COVID-19, son las personas mayores, sorpresivamente, quienes manifiestan menores niveles de problemas relacionados con la salud mental en comparación con los jóvenes. En ese mismo sentido, otro trabajo de Palgi et al. (2020) también contrario a lo que se suele pensar, sobre las personas mayores, con mayor riesgo real de complicaciones de COVID-19, se relacionó negativamente con la depresión y la ansiedad. Por el contrario, hay estudios que relacionan a los adultos más jóvenes, en las primeras fases del COVID-19, con pensamientos suicidas (O'Connor et al., 2020).

Por otra parte, el género también es un factor a tener en consideración. En España, y en relación con la salud mental, sigue habiendo diferencias entre hombres y mujeres. Muchas de estas diferencias vienen marcadas por la situación laboral y social y el rol familiar en el ámbito doméstico (Torre et al., 2019). Como destacan en su estudio Castellanos-Torres et al. (2020), con la aprobación del Real Decreto 463/2020, el cual ponía en vigor el estado de alarma, y por ende se ponían en marcha medidas extraordinarias como son el distanciamiento físico, o la clausura de centros educativos y el confinamiento de la población en sus domicilios. Supuso un incremento de aquellas tareas no remuneradas que se realizan habitualmente como son los cuidados tanto de los hijos, como mayores, o personas dependientes con riesgo de enfermar. Hay que recordar en este sentido que existe en España un 95% de mujeres que se involucran en este tipo de tareas, frente a un 68% de los hombres, según datos del Eurostat-INE. Ello

ocasiona una mayor carga de trabajo dentro y fuera de los hogares y por ende una mayor repercusión en su salud mental.

Con todo ello se orientó el estudio para valorar distintos aspectos a tener en consideración en situaciones de confinamiento. Por una parte, la edad dado que los jóvenes están menos acostumbrados a situaciones de reclusión, debido al tipo de hábitos de vida que suelen tener y al género, dado que son las mujeres las que se encargan de las tareas domésticas con más asiduidad que los hombres.

Los objetivos del presente estudio fueron cuatro: (1) valorar cuáles son las preocupaciones y reacciones más frecuentes que experimentó la población; (2) analizar si el género es una variable que se asocia con los efectos negativos del confinamiento; y (3) analizar cuáles son los grupos de edad más vulnerables.

El estudio presentó dos hipótesis de partida: (1) el género y la edad intervienen en las preocupaciones y reacciones ante el COVID-19; y (2) el grado de adaptación personal depende de la edad y del género.

Métodos

Procedimiento

El estudio se llevó a cabo en base a un breve formulario anónimo realizado por vía telemática, los sujetos contestaban un cuestionario diseñado con Google Forms que podían cumplimentar mediante el teléfono móvil, tablet y/o ordenador. El formulario fue aplicado a población residente en España, en cinco días entre el 1 y 6 de abril de 2020, cuando el aislamiento domiciliario superaba las dos semanas. Se realizó la difusión a través de mensajes telefónicos, correos electrónicos y publicación en medios.

Para la selección de la muestra se solicitó la colaboración de los participantes mediante mensajes en redes sociales. Se procedió a explicar a los participantes el objetivo de la investigación, incidiendo en la importancia que tenía la cumplimentación de todos los ítems. Los participantes completaron el cuestionario y el consentimiento informado. En todos los casos se les recordaba que la información recogida era anónima y confidencial.

El estudio se diseñó como un estudio comparativo transversal con grupos naturales, dado que los grupos estuvieron formados con variables independientes estables, pertenecientes a una misma cultura y se compararon diferencias individuales, registrándose simultáneamente variables dependientes e independientes (Ato & Vallejo, 2015).

Muestra

La distribución de la muestra (Tabla 1) se conformó por 1,275 mujeres (72.24%) y por 475 hombres (27.76%), con un total de 1,711 personas. Las franjas de edad correspondientes a 36–45 años ($N = 572$; 33.43%) y de 46–55 ($N = 520$; 30.39%), presentaron un mayor número de sujetos, sumando entre las dos más de la mitad de la muestra total. Por nivel de estudios, destaca el número de licenciados o graduados ($N = 849$; 49.65%) y el número de postgrados ($N = 369$; 21.58%). También hay que señalar que apenas hay sujetos con estudios primarios ($N = 69$; 4.04%) y sin estudios ($N = 3$; 0.18%). Los sujetos participaron voluntariamente y aceptaron un consentimiento informado. Se respetaron las normas éticas de la Declaración de Helsinki.

Tabla 1. Distribución de la muestra.

	Sujetos	N
	N = 1,711	
Género:		1,711
Hombre	475 (27.76%)	
Mujer	1,236 (72.24%)	
Franja de edad:		
< 25	98 (5.73%)	
25–35	253 (14.79%)	
36–45	572 (33.43%)	
46–55	520 (30.39%)	
56–66	204 (11.92%)	
Más de 67	64 (3.74%)	
Nivel de estudios:		
Postgrado (Doctorado o máster)	369 (21.58%)	
Primarios o equivalentes	69 (4.04%)	
Secundaria o formación profesional	420 (24.56%)	
Sin estudios	3 (0.18%)	
Superiores (Licenciatura o grado)	849 (49.65%)	

Instrumento

El cuestionario, con 23 preguntas, consta de cinco bloques: En el primero se recogieron variables demográficas, en el II la calidad de las relaciones y habilidades sociales personales, en el III bloque se preguntó por la situación personal actual, como número de personas que conviven en el hogar, menores en edad escolar, mayores a cargo y disminución de ingresos. En el bloque IV se reunió la información relativa a las preocupaciones y a las reacciones con varias opciones de respuesta y una posible respuesta libre y en el bloque V se valoró cuales son las conductas de promoción de la salud tanto física como psicológica que se estaban llevando a cabo: alimentación, sueño, alcohol, tabaco, uso de dispositivos electrónicos y actividades que pudieran beneficiar como seguir rutinas, etc.

Para la elaboración del cuestionario se siguió el procedimiento indicado por Muñoz y Fonseca-Pedrero (2019) para la construcción de un test: (1) marco general; (2) definición de la variable medida; (3) especificaciones; (4) construcción de los ítems; (5) edición; (6) estudios piloto; (7) selección de otros instrumentos de medida; (8) aplicación del test; (9) propiedades psicométricas; (10) versión final. Una vez elaborado, se solicitó a cinco expertos en Psicología, con experiencia en el ámbito de la evaluación psicológica, su revisión. Sus recomendaciones se comentaron por el equipo investigador, hasta alcanzar un consenso y generar una primera versión de la escala. Posteriormente, se realizó una prueba piloto con 54 personas con la finalidad de evaluar la comprensión, tiempo necesario para la cumplimentación, claridad de las preguntas y adecuación de las respuestas. Finalmente, con el resultado de estas pruebas, el equipo encargado investigador realizó la versión final del cuestionario que se aplicó en la investigación.

Análisis de los datos

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS v.22.0. Comprobado que no se cumplía la normalidad de la muestra se optó por técnicas no

paramétricas. Se realizó un análisis descriptivo para cada una de las variables a estudio. En todos los casos se trabajó con el menor nivel de significación posible. Los contrastes se plantearon de forma bilateral. Para variables cualitativas se aportan frecuencias relativas (%) y absolutas (n). Para analizar los factores independientes asociados a los diferentes outcomes se realizó un análisis bivalente. Se aplicó el test de Chi-Cuadrado para mostrar la relación entre variables cualitativas, o el test de Fisher en su defecto.

Resultados

Analizando los datos generales sobre las principales preocupaciones de la población en situación de confinamiento destaca el temor a contraer la enfermedad de algún familiar, por casi un tercio de la muestra ($N = 529$; 30.92%). Otra preocupación importante pero menor en frecuencia es el cansancio de familiares y niños y de tareas domésticas ($N = 274$; 16.01%) (Tabla 2).

En relación con las reacciones en este tipo de situación, es la incertidumbre la que mayor frecuencia ha registrado, con casi la mitad de la población ($N = 785$; 45.88%). Otra de las reacciones más habituales de la población ha sido la de apatía, la falta de ganas por hacer cosas ($N = 499$; 29.16%).

La sensación de agobio o claustrofobia es distinta entre mujeres y hombres, siendo las mujeres las que perciben como más agobiante el confinamiento (14% vs.12.63%) (ver Tabla 3). En cuanto a la edad, hay diferencias significativas entre los distintos tramos ($p = .001$). Son los menores de 25 años los que tienen porcentajes más altos (28.57%) seguidos de las personas con edades entre 25 y 35 años (20.55%), en el extremo opuesto están los sujetos entre 46 y 66 años con porcentajes del 9%.

Existe un mayor cansancio manifestado por las mujeres que los hombres en relación al cuidado de los mayores y de tareas domésticas, existiendo diferencias (17.07% vs.13.26%; $p = .064$) (Tabla 3). Igual ocurre con la edad, son los menores de 25 años y las personas de 36 a 45 años las que manifiestan tener más cansancio en realizar tareas

Tabla 2. Preocupaciones y reacciones de la población ($N = 1,711$).

Preocupaciones	
Sensación de agobio, cierta claustrofobia	233 (13.62%)
Preocupación excesiva por contraer la enfermedad	193 (11.28%)
Cansancio excesivo de familiares (niños y/o mayores) y tareas domésticas	274 (16.01%)
Preocupación constante de que un familiar mayor (padres, tíos, abuelos) contraiga la enfermedad	529 (30.92%)
No	0.38 (0.48)
Reacciones	
Irritabilidad (gritar con más frecuencia, saltando antes)	403 (23.55%)
Tristeza (ganas frecuentes de llorar, necesidad de estar solo/a)	451 (26.36%)
Enfado/rabia	224 (13.09%)
Apatía (pocas ganas de hacer cosas, menos interés, menos actividad)	499 (29.16%)
Desesperanza (veo el futuro negro)	206 (12.04%)
Indefensión (no puedo hacer nada para mejorar mi situación)	204 (11.92%)
Incertidumbre/inquietud	785 (45.88%)
Miedo/ansiedad (con pensamientos recurrentes)	239 (13.97%)
Intranquilidad (me muevo mucho, me cuesta estar quieto/a o dejar de hacer cosas que podrían esperar)	223 (13.03%)
No	0.17 (0.38)



Tabla 3. Género, edad con sensación de agobio/claustróforia, cansancio excesivo por cuidado familiares y tareas domésticas y preocupación constante de que un familiar mayor contraiga la enfermedad.

	Agobio o claustróforia		Cansancio cuidado familiares		Preocupación enfermedad familiar		Sign.
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
	N = 1,478	N = 233	N = 1,437	N = 274	N = 1,182	N = 529	
Género							
Hombre	415 (87.37%)	60 (12.63%)	412 (86.74%)	63 (13.26%)	358 (75.37%)	117 (24.63%)	.001
Mujer	1,063 (86.00%)	173 (14.00%)	1,025 (82.93%)	211 (17.07%)	824 (66.67%)	412 (33.33%)	
Edad							
< 25	70 (71.43%)	28 (28.57%)	75 (76.53%)	23 (23.47%)	68 (69.39%)	30 (30.61%)	< .001
25-35	201 (79.45%)	52 (20.55%)	220 (86.96%)	33 (13.04%)	177 (69.96%)	76 (30.04%)	
36-45	495 (86.54%)	77 (13.46%)	420 (73.43%)	152 (26.57%)	382 (66.78%)	190 (33.22%)	< .001
46-55	473 (90.96%)	47 (9.04%)	462 (88.85%)	58 (11.15%)	349 (67.12%)	171 (32.88%)	
56-66	185 (90.69%)	19 (9.31%)	199 (97.55%)	5 (2.45%)	153 (75.00%)	51 (25.00%)	< .001
> 67	54 (84.38%)	10 (15.62%)	61 (95.31%)	3 (4.69%)	53 (82.81%)	11 (17.19%)	

domésticas y cuidar a los mayores (23.47% y 26.57%) frente a los rangos de 25–35 (13.04%) y de 46–55 (11.15%) ($p = .001$).

Una de las preocupaciones más importantes es la de que un familiar mayor pueda contraer la enfermedad (Tabla 3). Esto preocupa más a las mujeres que a los hombres (33.33% vs 24.63%) existiendo diferencias significativas entre ambos ($p = .001$). En relación con la edad también hay diferencias significativas, de tal forma que las personas cuanta más edad tienen menos se preocupan. Así, todos los grupos de edad menores de 55 años manifiestan mayor preocupación porque un mayor pueda contraer la enfermedad que las personas que tienen más de 55 años, existiendo diferencias significativas ($p = .043$).

En relación con las reacciones emocionales de los sujetos, podemos observar que aunque la mayoría de las personas no reaccionan con irritabilidad ante una situación de confinamiento, hay diferencia entre hombres y mujeres que sí lo hacen. Son las mujeres las que dicen que reaccionan gritando con más frecuencia o saltando antes más que los hombres (24.76% vs. 20.42%; $p = .067$). En relación con la edad (Tabla 4) también existen diferencias significativas, siendo los menores de 25 años y las personas entre 36 y 45 años, los que dicen irritarse más frecuentemente (38.78% y 32.52%, respectivamente).

Una de las reacciones emocionales al confinamiento más frecuentes que se han producido es la sensación de tristeza en una proporción importante de la población. Las diferencias entre hombres y mujeres han sido significativas en este aspecto, siendo mayor el número de las mujeres que manifestaban tener tristeza durante el confinamiento en relación con los hombres (30.91% vs.14.53%; $p = .001$). En cuanto a la edad, son los tramos de más jóvenes los que dicen sentirse más tristes, hasta los 35 años, (47.96% y 33.20%). Conforme se avanza en edad, el número de personas que dice haber manifestado tristeza va disminuyendo, así el tramo de 56 a 66 años solo es el 15.69% ($p = .001$) (Tabla 4).

Aunque los miedos no son una de las reacciones más frecuentes entre la población (13.04%). Sí que se presentan de forma significativamente diferente entre hombres y mujeres, siendo más habitual en estas últimas (9.89% vs.15.53%; $p = .003$). En relación con la edad nuevamente son los más jóvenes menores de 25 años y los tramos de 25 a 35 años los que dicen tener más ansiedad y miedo (21.43% y 24.51%, respectivamente), frente a edades más avanzadas, 56–66 años (7.35%) ($p = .001$) (Tabla 4).

Tabla 4. Reacciones: irritabilidad, tristeza, miedo y ansiedad.

	Irritabilidad		Sign.	Reacciones		Sign.	Miedo y ansiedad		Sign.
	No	Sí		No	Sí		No	Sí	
	<i>N</i> = 1,308	<i>N</i> = 403		<i>N</i> = 1,260	<i>N</i> = 451		<i>N</i> = 1,472	<i>N</i> = 239	
Género			.067			< .001			.003
Hombre	79.58%	20.42%		85.47%	14.53%		90.11%	9.89%	
Mujer	75.24%	24.76%		69.09%	30.91%		84.47%	15.53%	
Edad			< .001			< .001			< .001
< 25	61.22%	38.78%		52.04%	47.96%		78.57%	21.43%	
25–35	73.52%	26.48%		66.80%	33.20%		75.49%	24.51%	
36–45	67.48%	32.52%		69.58%	30.42%		84.62%	15.38%	
46–55	81.73%	18.27%		79.42%	20.58%		89.81%	10.19%	
56–66	94.61%	5.39%		84.31%	15.69%		92.65%	7.35%	
Más de 67	90.62%	9.38%		89.06%	10.94%		100.00%		

Discusión

El objetivo principal de este estudio fue analizar la frecuencia de las principales preocupaciones y reacciones emocionales de los sujetos en situación de confinamiento. En este sentido, según los resultados obtenidos se puede ver que la mayor preocupación es el contagio de un familiar frente al contagio de uno mismo. Entre las reacciones psicológicas valoradas, se encontró en este orden: incertidumbre, apatía, tristeza, irritabilidad y miedo, algunas de ellas como la tristeza y el miedo han sido referidas ya en varios estudios previos realizados durante distintas cuarentenas (Desclaux et al., 2017; Johnson et al., 2020; Lee et al., 2005; Pan et al., 2005). La segunda preocupación expresada tras el miedo al contagio de un familiar fue el cansancio excesivo por sobrecarga de tareas, en tercer lugar, se expresó mayor agobio y sensación de claustrofobia. Estos resultados coinciden con los estudios realizados en España por Sandín et al. (2020) quienes manifiestan que los efectos psicológicos negativos en la población confinada como son las preocupaciones, los miedos y/o ansiedad se podrían asociar a factores secundarios, como el estado de salud de las personas queridas, el no funcionamiento de la sanidad por colapso, problemas de tipo laboral, social y económicos, etc.). En el mismo se recomienda en primer lugar, *identificar las cosas buenas que tenemos en nuestra vida diaria*, incluso estando confinados tenemos cosas a valorar de forma positiva. Por ejemplo: dar valor a poder estar más juntos durante unos días con parte de tu familia. Y por contra la cooperación diaria en casa.

En relación con la edad y el género, hay que decir que, según los resultados obtenidos, son los menores de 25 años los que muestran puntuaciones más altas en cansancio, mientras que los grupos mayores de 56 años refieren menor cansancio. En cuanto a la edad, se observó, que la población menor de 25 años es la que expresó mayor sensación de agobio y claustrofobia, más irritabilidad y tristeza, datos que se relacionan con mayor impacto psicológico en esta franja de edad y que se ha documentado en la literatura (Wang, Pan, Wan, Tan, Xu, Ho et al., 2020). Este grupo parece especialmente vulnerable y coincide con otros estudios consultados (Becerra-García et al., 2020; Sim et al., 2010; Taylor et al., 2008), lo que podría estar influido por la incertidumbre académica (Cornine, 2020) y el futuro laboral (Wang, Pan, Wan, Tan, Xu, McIntyre et al., 2020) y por el contrario los mayores refirieron menos preocupaciones y reacciones negativas lo que podría deberse entre otros a dos motivos; por un lado se apoyaría en la hipótesis de la madurez emocional asociada al envejecimiento, que defiende que los mayores poseen mayor control emocional y utilizan estrategias de forma más efectiva en el manejo de sus emociones (Bruine de Bruin, 2020; Márquez-González et al., 2008), lo cual supondría en este caso una reacción a la situación de confinamiento más adaptada y menos reactiva. Estos resultados coinciden con estudios como los de Losada-Baltar et al. (2021), donde demostraron que tener autopercepciones negativas del envejecimiento y una menor edad cronológica, junto con otros recursos familiares y personales medidos, se asocian con la soledad y la angustia psicológica. Y por otro lado, se podría explicar por la tendencia de los mayores a infrainformar sobre la intensidad de sus emociones, debido a una menor apertura hacia la expresión de las mismas en estudios que también se han realizado mediante autoinforme (Diener et al., 1985). La cuarentena más prolongada se asocia con peores resultados psicológicos (Brooks et al., 2020), lo que se podría explicar por el bajo control personal de la

situación que genera las reacciones mencionadas como miedo e incertidumbre ante el futuro.

Casi un cuarto de la muestra afirma estar sufriendo irritabilidad la mayor parte del tiempo. Son las mujeres las que relatan mayor irritabilidad, así como los menores de 25 y las personas con edades comprendidas entre los 36 y los 45 años (Pieh et al., 2020) En cuanto a la tristeza, se encontró una relación significativa y son las mujeres las que reconocieron estar con el ánimo decaído durante más tiempo del esperable. Los jóvenes mostraron mayor tristeza y conforme se avanza en edad esta reacción fue disminuyendo. Aunque el miedo y la ansiedad no fueron unas de las reacciones más frecuentes en la muestra observada, sí se desprenden diferencias de género, siendo las mujeres las que mostraron más miedo y ansiedad, junto a los jóvenes.

Se estudiaron las diferencias de género y se evidenció relación entre ser mujer y mostrar más tristeza, miedo y ansiedad ante la situación, lo que se apoya en datos previos que relacionan más reacciones de tipo ansioso y depresivo ante situaciones de estrés en mujeres que en hombres (Wang, Pan, Wan, Tan, Xu, Ho et al., 2020; McLean et al., 2011).

Ferrer-Perez (2020) plantea que es importante tener en cuenta la dimensión de género como una categoría al abordar los efectos psicosociales de la pandemia del COVID-19, ya que en general, la mujer suele realizar más tareas de cuidados; lo que podría relacionarse con más cansancio debido a la sobrecarga actual por el cuidado del hogar, de hijos menores y/o mayores a cargo, sumado en muchos casos al teletrabajo. Estos datos coinciden con los obtenidos en el trabajo, donde la preocupación constante que tienen las mujeres porque un familiar se contagie, es mayor en mujeres que en hombres sobretodo en el grupo de entre 36 a 45 años lo que podría explicarse por la franja de edad y tener familiares mayores a cargo. Otros estudios como los ya mencionados de Torre et al. (2019), con una muestra de la población española, confirman la existencia de diferencias de género en salud mental y que están también relacionadas con las características familiares y del hogar.

Por último, la investigación presenta varias limitaciones; los datos se recopilieron mediante pruebas de autoinforme, circunstancia que podría sesgar los resultados obtenidos; y por otra parte, si bien nuestro estudio incluye una amplia muestra de población general, debería ampliarse a otros estratos de la población, incluidas poblaciones clínicas, dónde podría darse una mayor asociación entre estos constructos. También serían deseables estudios longitudinales que permitieran valorar la evolución de las preocupaciones y reacciones ante el COVID-19 a lo largo de un período más largo de tiempo. Además, hay otros factores como el apoyo psicosocial, la situación económica y laboral, la vivienda, que pueden interferir con las variables estudiadas sin controlar los posibles efectos.

Conclusiones

Una de las medidas realizadas para evitar el contagio por Covid-19 es el aislamiento domiciliario. Sin embargo, esta medida puede tener efectos psicológicos negativos que pueden prolongarse en el tiempo y podrían perdurar meses e incluso años según algunos estudios (Jeong et al., 2016; Liu et al., 2012).

Los mayores estresores evidenciados en el estudio, realizado en la fase inicial del confinamiento, se deben a la preocupación porque un familiar se contagie, al cansancio por la sobrecarga de cuidado familiar y laboral y sensación de agobio y claustrofobia. Las reacciones emocionales observadas incluyen entre otros irritabilidad, tristeza y sintomatología ansiosa. Se pueden resaltar relaciones entre las variables demográficas y las diferentes preocupaciones y reacciones psicológicas: una asociación estadísticamente significativa entre los grupos más jóvenes de edad y sentimientos de agobio o claustrofobia, cansancio, preocupación porque un familiar contraiga la enfermedad, irritabilidad, miedo y tristeza, así como entre el sexo femenino y preocupación porque un familiar contraiga la enfermedad, tristeza y miedo.

El estudio de los sectores de población más vulnerables a estas preocupaciones y reacciones emocionales puede ser de utilidad para iniciar medidas de cuidado que puedan mitigar el impacto del confinamiento a nivel psicosocial.

Disclosure statement / Conflicto de intereses

No potential conflict of interest was reported by the authors. / Los autores no han referido ningún potencial conflicto de interés en relación con este artículo.

ORCID

María Guallart  <http://orcid.org/0000-0002-4598-0570>

References / Referencias

- Ato, G. M., & Vallejo, G. (2015). *Diseños de Investigación en Psicología*. Larousse-Ediciones Pirámide. <http://www.ebrary.com>
- Barbui, C., Dua, T., Kolappa, K., Saraceno, B., & Saxena, S. (2017). Mapping actions to improve access to medicines for mental disorders in low and middle income countries. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 26(5), 481–490. <https://doi.org/10.1017/S2045796016001165>
- Becerra-García, J. A., Giménez Ballesta, G., Sánchez-Gutiérrez, T., Barbeito Resa, S., & Calvo Calvo, A. (2020). Psychopathological symptoms during COVID-19 quarantine in spanish general population: A preliminary analysis based on sociodemographic and occupational-contextual factors. *Revista española de salud pública*, 94. <https://pesquisa.bvsa.lud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-593636>
- Bruine de Bruin, W. (2020). Age differences in COVID-19 risk perceptions and mental health: Evidence from a national US survey conducted in March 2020. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(2), e24–e29. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa074>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Castellanos-Torres, E., Mateos, J. T., & Chilet-Rosell, E. (2020). COVID-19 en clave de género. *Gaceta sanitaria*, 34(5), 419–421. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.007>
- Cornine, A. (2020). Reducing nursing student anxiety in the clinical setting: An integrative review. *Nursing Education Perspectives*, 41(4), 229–234. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000633>
- Desclaux, A., Badji, D., Ndione, A. G., & Sow, K. (2017). Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal. *Social Science & Medicine*, 178, 38–45. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.009>
- Diener, E., Sandvik, E., & Larsen, R. J. (1985). Age and sex differences for emotional intensity. *Developmental Psychology*, 21(3), 542–546. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.21.3.542>

- Ferrer-Perez, V. A. (2020). Coping with the COVID-19 pandemic and its consequences from the vantage point of feminist social psychology. *International Journal of Social Psychology*, 35(3), 639–646.
- Gross, J. J. (Ed.). (2013). *Handbook of emotion regulation*. Guilford publications.
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206. <https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>
- Horne, R., Willand, N., Dorignon, L., & Middha, B. (2020). *The lived experience of COVID-19: Housing and household resilience* (AHURI Final Report).
- Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y. J., Ki, M., Min, J. A., Cho, J., & Chae, J. H. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome. *Epidemiology and Health*, 38, e2016048. <https://doi.org/10.4178/epih.e2016048>
- Johnson, M. C., Saletti-Cuesta, L., & Tumas, N. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciència & Saúde Coletiva*, 25(suppl 1), 2447–2456. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020>
- Kmietowicz, Z. (2020). Rules on isolation rooms for suspected covid-19 cases in GP surgeries to be relaxed. *BMJ*, 368:m707. <https://doi.org/10.1136/bmj.m707>
- Lee, S., Chan, L. Y., Chau, A. M., Kwok, K. P., & Kleinman, A. (2005). The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens. *Social Science & Medicine*, 61(9), 2038–2046. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.04.010>
- Liu, X., Kakade, M., Fuller, C. J., Fan, B., Fang, Y., Kong, J., Guan, Z., & Wu, P. (2012). Depression after exposure to stressful events: Lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Comprehensive Psychiatry*, 53(1), 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.02.003>
- Losada-Baltar, A., Jiménez-Gonzalo, L., Gallego-Alberto, L., Pedroso-Chaparro, M. D. S., Fernandes-Pires, J., & Márquez-González, M. (2021). “We are staying at home.” Association of self-perceptions of aging, personal and family resources, and loneliness with psychological distress during the lock-down period of COVID-19. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(2), e10–e16.
- Márquez-González, M., De Trocóniz, M. I. F., Cerrato, I. M., & Baltar, A. L. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema*, 20(4), 616–622. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720417>
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027–1035. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>
- Muñiz, J., & Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31(1), 7–16. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>
- O'Connor, R. C., Wetherall, K., Cleare, S., McClelland, H., Melson, A. J., Niedzwiedz, C. L., O'Carroll, R. E., O'Connor, D. B., Platt, S., Scowcroft, E., & Robb, K. A. (2020). Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: Longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 mental health & wellbeing study. *The British Journal of Psychiatry*, 1–8. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.212>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
- Palgi, Y., Shrira, A., Ring, L., Bodner, E., Avidor, S., Bergman, Y., Cohen-Fridel, S., Keisari, S., & Hoffman, Y. (2020). The loneliness pandemic: Loneliness and other concomitants of depression, anxiety and their comorbidity during the COVID-19 outbreak. *Journal of Affective Disorders*, 275, 109–111. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.036>
- Pan, P. J., Chang, S. H., & Yu, Y. Y. (2005). A support group for home-quarantined college students exposed to SARS: Learning from practice. *The Journal for Specialists in Group Work*, 30(4), 363–374. <https://doi.org/10.1080/01933920500186951>

- Pieh, C., Budimir, S., & Probst, T. (2020). The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *Journal of Psychosomatic Research*, 136, 110186. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110186>
- 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. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1–22.
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(4), 281. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>
- Sim, K., Chan, Y. H., Chong, P. N., Chua, H. C., & Soon, S. W. (2010). Psychosocial and coping responses within the community healthcare setting towards a national outbreak of an infectious disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(2), 195–202. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.04.004>
- Taylor, M. R., Agho, K. E., Stevens, G. J., & Raphael, B. (2008). Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: Data from Australia's first outbreak of equine influenza. *BMC Public Health*, 8(1), 347. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-347>
- Torre, J. A. D. L., Molina, A. J., Fernández-Villa, T., Artazcoz, L., & Martín, V. (2019). Mental health, family roles and employment status inside and outside the household in Spain. *Gaceta sanitaria*, 33(3), 235–241. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.005>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., Choo, F. N., Tran, B., Ho, R., Sharma, V. K., & Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>.
- 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>
- Xiao, C. (2020). A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)-related psychological and mental problems: Structured letter therapy. *Psychiatry Investigation*, 17(2), 175. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0047>
- Zhong, B. L., Luo, W., Li, H. M., Zhang, Q. Q., Liu, X. G., Li, W. T., & Li, Y. (2020). Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: A quick online cross-sectional survey. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10), 1745. <https://doi.org/10.7150/ijbs.45221>