



Original

# Efecto del confinamiento por COVID-19 en el estado mental de pacientes con lupus eritematoso sistémico



Ana Santos-Ruiz<sup>a</sup>, Eva Montero-López<sup>b,\*</sup>, Norberto Ortego-Centeno<sup>c,d,e</sup>  
y María Isabel Peralta-Ramírez<sup>f</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Psicología de la Salud, Universidad de Alicante, San Vicente del Raspeig, Alicante, España

<sup>b</sup> Departamento de Psicología, Universidad de Jaén, Jaén, España

<sup>c</sup> Departamento de Medicina, Universidad de Granada, Granada, España

<sup>d</sup> Unidad de enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Hospital Clínico San Cecilio, Granada, España

<sup>e</sup> Instituto de Investigación Biosanitaria, IBS, Granada, España

<sup>f</sup> Centro de Investigación Mente, Cerebro, y Comportamiento (CIMCYC), Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Granada, Granada, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 30 de julio de 2020

Aceptado el 2 de diciembre de 2020

On-line el 29 de enero de 2021

### Palabras clave:

Confinamiento

COVID-19

Estrés percibido

Lupus eritematoso sistémico

Síntomas psicopatológicos

## R E S U M E N

**Antecedentes y objetivo:** Las pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) son más vulnerables a presentar mayores niveles de estrés y síntomas psicopatológicos que la población general sana, por lo que el brote de la COVID-19 podría alterar su estado psicológico. El objetivo fue analizar el impacto psicológico de la pandemia y del confinamiento sobre los niveles de estrés y sintomatología psicopatológica en pacientes con LES.

**Pacientes y método:** En este estudio transversal se compararon niveles de estrés mediante la Escala de Estrés Percibido y el Inventario de Vulnerabilidad al Estrés, y síntomas psicopatológicos mediante el Inventario de síntomas SCL-90-R, en pacientes con LES durante el período de confinamiento (grupo 1; n = 276) con respecto a pacientes con LES evaluadas en un período anterior a la pandemia (grupo 2; n = 152).

**Resultados:** La comparación entre ambos grupos mostró que existían diferencias estadísticamente significativas en vulnerabilidad al estrés ( $p < 0,0001$ ), depresión ( $p \leq 0,05$ ), ansiedad ( $p \leq 0,05$ ), ansiedad fóbica ( $p < 0,0001$ ), sensibilidad interpersonal ( $p \leq 0,043$ ), y psicoticismo ( $p \leq 0,023$ ). En estas variables el grupo de pacientes con lupus en confinamiento obtuvo puntuaciones superiores.

**Conclusiones:** El confinamiento y la amenaza del brote por COVID-19 ha tenido importantes repercusiones en el estado psicológico de las pacientes con LES, mostrando altos niveles de estrés, ansiedad y depresión. Estos hallazgos muestran su vulnerabilidad ante una alerta de salud pública, y señala la necesidad de realizar un abordaje psicológico de estas pacientes mientras dure el estado de emergencia sanitaria, así como ante posibles rebrotes del virus.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Effect of COVID-19 confinement on the mental status of patients with systemic lupus erythematosus

### A B S T R A C T

**Background and objective:** Patients with systemic lupus erythematosus (SLE) are more vulnerable to higher levels of stress and psychopathological symptoms than the general healthy population. Therefore, the COVID-19 outbreak could alter their psychological state. The objective was to analyze the psychological impact of the pandemic and confinement on stress levels and psychopathological symptoms in patients with SLE.

### Keywords:

Confinement

COVID-19

Perceived stress

Systemic lupus erythematosus

Psychopathological symptoms

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: emontero@ujaen.es (E. Montero-López).

**Patients and method:** In this cross-sectional study, stress levels were compared with the Perceived Stress Scale, the Stress Vulnerability Inventory and psychopathological symptoms of the SCL-90-R Symptom Inventory in patients with SLE during the period of confinement (group 1; n=276) in comparison to patients with SLE evaluated in a period before the pandemic (group 2; n=152).

**Results:** The comparison between both groups showed there were statistically significant differences in vulnerability to stress ( $P < .0001$ ), depression ( $P \leq .05$ ), anxiety ( $P \leq .05$ ), phobic anxiety ( $P < .0001$ ), interpersonal sensitivity ( $P \leq .043$ ), and psychoticism ( $P \leq .023$ ). In these variables, the group of patients with lupus in confinement obtained higher scores.

**Conclusions:** The confinement and threat of the COVID-19 outbreak had important repercussions on the psychological state of patients with SLE with high levels of stress, anxiety, and depression. These findings show their vulnerability to a public health alert and indicate the need to carry out a psychological approach to these patients while the state of health emergency lasts as well as to possible outbreaks of the virus.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La enfermedad por coronavirus (COVID-19) fue notificada por primera vez en la ciudad de Wuhan (China) en diciembre de 2019<sup>1</sup>, llevando a una situación de confinamiento en la mayoría de los países afectados.

Esta enfermedad ha mostrado afectar en gran medida a población de más edad y personas con enfermedades subyacentes como hipertensión, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neoplasia maligna y enfermedad renal crónica<sup>2</sup>. Aunque todas las personas son vulnerables a este virus, se debe prestar especial atención a personas mayores y personas con enfermedades subyacentes e inmunodeprimidas como las personas con enfermedad autoinmune que han mostrado ser vulnerables al COVID-19<sup>3</sup>. Pacientes con autoinmunidad sistémica muestran mayor probabilidad de hospitalización, mientras que personas con artritis inflamatoria o lupus eritematoso sistémico (LES) no presentan el mismo riesgo<sup>4</sup>. No obstante, las personas con LES también son susceptibles de padecer complicaciones graves de salud por la infección con COVID-19, principalmente aquellas que padecen fallo renal u obesidad<sup>5</sup>.

Al inicio de la pandemia en China, un estudio con población sana mostró que el 53,8% calificó el impacto psicológico del COVID-19 de moderado a grave. Asimismo, de moderados a graves fueron sus síntomas depresivos (16,5%), de ansiedad (28,8%) y de estrés (8,1%)<sup>6</sup>. Por otro lado, ser mujer, estudiante, presentar síntomas físicos específicos (por ejemplo, mialgia o mareos), y un pobre estado de salud autoinformado se asociaron significativamente con mayor impacto psicológico de la pandemia y niveles más altos de estrés, ansiedad y depresión.

Además de estos factores, otras reacciones a la COVID-19 como la presencia de miedos específicos y no controlados relacionados con infectarse, ansiedad generalizada, soledad, frustración y aburrimiento parecen estar relacionadas con una reducción del bienestar psicológico subjetivo y de calidad de vida. En contraposición, la resiliencia y el apoyo social se presentan como factores protectores que facilitan el desarrollo de mecanismos de readaptación a la situación de emergencia sanitaria<sup>7</sup>.

En el caso de pacientes con LES, presentan niveles más altos de estrés percibido, así como de síntomas psicopatológicos que la población sana<sup>8</sup>. En concreto, puntúan más alto en somatizaciones, obsesiones/compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, y psicoticismo. Además, estas variables se relacionan en gran medida con los niveles de estrés experimentados. En concreto, se ha mostrado, que es el estrés cotidiano, y no tanto los eventos vitales estresantes, el que está relacionado con un empeoramiento del LES<sup>9</sup>. También, existe una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con LES<sup>10</sup>. Estos hallazgos podrían indicar una mayor vulnerabilidad de estos

pacientes a presentar alteraciones psicológicas durante la situación de emergencia sanitaria con consecuencias sobre su enfermedad, ya que el decreto de estado de alarma junto a las medidas de confinamiento adoptadas podrían incrementar los niveles de estrés y afectar negativamente el bienestar psicológico y físico de estos pacientes.

Además, la percepción de poseer una mayor vulnerabilidad a las consecuencias de esta nueva enfermedad, así como las medidas de confinamiento adoptadas, pueden generar estrés y malestar psicológico.

Por ello, el objetivo del presente estudio fue analizar el impacto psicológico de la COVID-19 y la situación de confinamiento asociada a la pandemia en los niveles de estrés y síntomas psicopatológicos en pacientes con LES.

## Pacientes y métodos

### Participantes

La muestra estuvo compuesta por 428 mujeres con LES, con una media de edad de 41,83 (DT = 11,29) divididas en 2 grupos: un grupo evaluado durante el período de confinamiento por COVID-19 (grupo confinamiento) y un grupo evaluado antes del confinamiento (grupo preconfinamiento).

El grupo confinamiento estuvo formado por 276 mujeres con LES (64,5%) que cumplieron formulario on-line mediante la herramienta *GoogleForms*. Las participantes fueron contactadas por su personal médico y mediante redes sociales (*Facebook*, *Twitter*, etc.) de las asociaciones a las que están afiliadas en relación con su enfermedad como la Federación de Española de Lupus (FELUPUS). Por otro lado, el grupo preconfinamiento estuvo compuesto por 152 pacientes con LES (35,5%) procedentes del «Hospital Universitario Clínico San Cecilio» de Granada (España). Todas cumplían al menos 4 criterios de la Asociación Americana de Reumatología para el diagnóstico del LES. Los criterios de inclusión para ambos grupos fueron: mayoría de edad, tener diagnóstico de LES, y saber leer/escribir en castellano.

Se proporcionó a todas las participantes la hoja de información al paciente, el documento de revocación y el consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Jaén (JUN.20/2.PRY), y se realizó de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki<sup>11</sup> y la Directiva sobre Buenas Prácticas Clínicas (Directiva 2005/28/CE) de la Unión Europea.

### Variables e instrumentos

Las principales variables sociodemográficas, clínicas y de confinamiento fueron recogidas mediante el cuestionario diseñado para

el estudio. Además, se emplearon los siguientes instrumentos de evaluación psicológica validados en castellano.

#### Variables clínicas

Se registró el tiempo de evolución de la enfermedad, tratamiento farmacológico actual y posible diagnóstico de alteraciones psicológicas. Asimismo, en relación con el curso de la enfermedad durante el confinamiento, se incluyeron preguntas sobre empeoramiento de la enfermedad o posibles brotes, y sobre la continuación de seguimiento médico a pesar de la situación excepcional de alerta sanitaria.

#### Inventario de síntomas de lupus<sup>12</sup>

Evalúa síntomas lúpicos experimentados por los pacientes en un día concreto. Consta de 7 ítems en los que se tiene que puntuar de 0 a 10 la percepción de cada síntoma. Los síntomas incluidos son: pérdida de apetito, malestar general, dolor de las articulaciones, cansancio o fatiga, erupciones cutáneas, dolor abdominal y dificultad para respirar. Este instrumento presenta una alta consistencia interna con un  $\alpha$  de Cronbach de 0,86; además el análisis de fiabilidad entre jueces muestra un alto acuerdo entre el informe médico y las puntuaciones en dicha prueba.

#### Variables psicológicas

- *Escala de Estrés Percibido*<sup>13</sup>. Se utilizó la versión española de Remor y Carroble<sup>14</sup>. Es un instrumento de autoinforme que evalúa el nivel de estrés percibido y el grado en que las personas encuentran que su vida es impredecible, incontrolable o está sobrecargada. Consta de 14 ítems con 5 opciones de respuesta, la mayor puntuación corresponde al mayor estrés percibido. La versión española de la Escala de Estrés Percibido (14 ítems) demostró una adecuada fiabilidad (consistencia interna 0,81 y test-retest 0,73), validez concurrente y sensibilidad<sup>15</sup>.
- *Inventario de Vulnerabilidad al Estrés*<sup>16</sup> en versión española<sup>17</sup>. Está compuesto por 22 ítems con 2 alternativas de respuesta (sí=1; no=0), y evalúa cuál es la predisposición del individuo a verse influenciado por los síntomas de estrés. Cuenta con un  $\alpha$  de Cronbach de 0,87 y una adecuada validez convergente, mostrando una correlación estadísticamente positiva ( $p < 0,01$ ) con otros instrumentos de evaluación: Inventario STAI-R de Ansiedad-Rasgo, Inventario de Depresión de Beck y Escala de Síntomas Somáticos.
- *Inventario de síntomas psicopatológicos SCL-90-R*<sup>18</sup>. Utilizado para evaluar síntomas psicopatológicos. Es una escala de autoinforme formada por 90 ítems, con 5 alternativas de respuesta (0-4). La persona debe responder en función de cómo se ha sentido durante los últimos 7 días, incluyendo el día de la administración del inventario. Evalúa 9 dimensiones primarias (somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo), y 3 índices globales de malestar psicológico (Índice Global de Severidad [IGS], total de síntomas positivos [SP] y malestar sintomático positivo [PSDI]). Para los análisis estadísticos se calculó el percentil de los resultados de cada participante en este inventario.

#### Variables de confinamiento por COVID-19

La experiencia de confinamiento del grupo confinamiento se evaluó a través de una serie de preguntas criterios relacionadas con las características de la vivienda, la convivencia con otras personas y la calidad de las relaciones, su situación laboral durante el confinamiento, el tiempo completo que habían pasado sin salir de casa (tiempo de confinamiento), el diagnóstico de COVID-19 o existencia de síntomas, la pérdida reciente de personas cercanas, posibles problemas de sueño, miedo al contagio, apoyo social percibido, asistencia psicológica (telefónica o en línea), seguimiento

de las noticias sobre la COVID-19, rutinas y hobbies practicados durante este período, hábitos alimentarios saludables o aumento de consumo de tabaco.

#### Procedimiento

Las participantes del grupo preconfinamiento fueron reclutadas e informadas antes de la pandemia, por sus médicos especialistas en enfermedades autoinmunes del hospital para participar en un estudio sobre síntomas psicopatológicos y estrés en pacientes con LES. Una vez accedían a participar en la investigación, se les proporcionaba el formulario con los instrumentos de evaluación mencionados previamente. Por otro lado, las participantes del grupo confinamiento fueron captadas y evaluadas en el mes de mayo de 2020, durante el estado de emergencia sanitaria y de confinamiento por la COVID-19 en España, por sus médicos especialistas y a través de redes sociales de las asociaciones relacionadas con el LES. Este grupo además de cumplimentar los cuestionarios relacionados con las variables psicológicas y clínicas, también respondieron a las cuestiones relacionadas con el confinamiento.

#### Análisis estadístico

El análisis estadístico de los resultados se llevó a cabo mediante el programa IBM® SPSS® Statistics v.26 (IBM Corporation, Armonk, New York, EE. UU.).

En primer lugar, para comprobar si existían diferencias significativas entre ambos grupos en las principales variables sociodemográficas y de enfermedad, se llevó a cabo la prueba *t de Student* para las variables continuas y la prueba Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) para las variables categóricas.

En segundo lugar, con el propósito de comprobar si existían diferencias en las variables de estrés y síntomas psicopatológicos entre el grupo confinamiento y el grupo preconfinamiento, se llevaron a cabo diferentes pruebas *t de Student* siendo la variable independiente el grupo con 2 niveles (grupo confinamiento versus grupo preconfinamiento) y las variables dependientes las puntuaciones obtenidas en las subescalas del SCL-90-R, estrés percibido y vulnerabilidad al estrés. Previamente se llevó a cabo el contraste de normalidad de las variables psicológicas a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov y la homocedasticidad a través de la prueba de Levene, cumpliendo los supuestos de normalidad.

El nivel de significación estadístico utilizado fue del 5% bilateral. En las variables donde se hallaron diferencias significativas, posteriormente se calculó el tamaño del efecto a través de la *d* de Cohen, empleando para su interpretación los siguientes valores: tamaño del efecto pequeño  $> 0,20$ , tamaño del efecto mediano  $> 0,50$  y tamaño del efecto grande  $> 0,80$ <sup>19</sup>.

## Resultados

### Descripción de la muestra

Los resultados mostraron diferencias entre grupos en algunas de las variables sociodemográficas como edad, nivel de estudios o país de origen (tabla 1). Además, se encontró que el tiempo de evolución de la enfermedad y la percepción de síntomas lúpicos fueron significativamente mayores en el grupo confinamiento.

Con respecto a las variables de confinamiento, la mitad del grupo confinamiento informó haber experimentado un brote de la enfermedad en el transcurso de la situación de emergencia sanitaria. Además, el 64,1% afirmó haber contactado con su médico durante el confinamiento y en el 71,7% de los casos mantuvo su tratamiento sin cambios. Por otro lado, ambos grupos estaban igualados en el tratamiento farmacológico con antipalúdicos, corticoides e inmunosupresores.

**Tabla 1**  
Análisis descriptivo de los grupos en las variables sociodemográficas y clínicas, utilizando las pruebas de comparación t de Student y Chi-cuadrado

Variables	Grupo confinamiento n = 276 (%/DT)	Grupo preconfinamiento n = 152 (%/DT)	t/ $\chi^2$	p
<i>Sociodemográficas</i>				
Edad (años), M (DT)	43,86 (11,13)	38,13 (10,64)	5,17	0,001
<i>Nivel de estudios</i>				
Sin estudios o estudios básicos	0 (0,0)	4 (2,63)	23,43	0,001
Primarios	36 (13)	36 (23,68)		
Secundarios	98 (35,5)	52 (34,21)		
Universitarios	142 (51,5)	48 (31,57)		
<i>Estado civil</i>				
Soltera	61 (22,1)	7 (25)	6,85	0,144
Casada	131 (47,5)	18 (64,3)		
Viuda	5 (1,8)	0 (0,0)		
Separada o divorciada	32 (11,6)	3 (10,7)		
En convivencia	47 (17)	0 (0,0)		
<i>País de origen</i>				
España	184 (66,7)	92 (33,3)	47,94	0,001
Otro	146 (96,1)	6 (3,9)		
<i>Clínicas</i>				
Tiempo LES (años)	13,69 (10,17)	9,08 (7,61)	4,32	0,001
Inventario de síntomas de lupus	36,57 (13,29)	23,40 (12,87)	6,69	0,001
¿Cómo ha modificado el confinamiento el curso de su enfermedad? (1 a 10)	5,13 (2,92)	--	--	--
¿Ha tenido posibilidad de contacto con su médico durante el confinamiento?				
Sí	177 (64,1)	--	--	--
No	99 (35,9)	--	--	--
¿Cree que ha tenido algún brote de su enfermedad durante el confinamiento?				
Sí	150 (54,3)	--	--	--
No	126 (45,7)	--	--	--
¿Ha modificado el tratamiento durante el confinamiento?				
Sí	78 (28,3)	--	--	--
No	198 (71,7)	--	--	--

Con respecto a las variables asociadas al confinamiento, en el grupo confinamiento se informó que su situación laboral durante este período estuvo caracterizada por encontrarse el 35% con actividad laboral, mientras que el 5,8% habían perdido su trabajo a causa de la COVID-19 y el 17,4% eran desempleadas previamente a la pandemia (tabla 2).

Por otro lado, mostraron un nivel medio-alto en miedo al contagio, y el 46% de ellas manifestó haber estado confinada en casa por más de 8 semanas. Más de la mitad del grupo residía en una vivienda grande con su familia, informando solo un 27,9% de un aumento en la conflictividad. Con respecto al apoyo social percibido, más de la mitad del grupo manifestó no haberse sentido sola durante el confinamiento, y solo el 11,2% recibió asistencia psicológica (telefónica o en línea) en este período. El diagnóstico positivo de COVID-19 solo se encontró en el 1,1%, y el 21,4% de la muestra manifestó haber perdido a un ser querido debido a la pandemia. En referencia a los hábitos de vida, el 68,1% mostraba problemas de sueño, solo el 10,1% aumentó el consumo de tabaco, el 64,1% mantuvo una dieta equilibrada, y más del 60% seguía una rutina diaria o realizaba sus hobbies durante la mayoría de los días del confinamiento. Por último, el seguimiento de las noticias sobre la pandemia fue de más del 90% de la muestra para todos o la mayoría de los días.

Como puede observarse en la tabla 3, el análisis de las diferencias en estrés y síntomas psicopatológicos entre el grupo confinamiento y el grupo preconfinamiento mostró que existían diferencias estadísticamente significativas en vulnerabilidad al estrés ( $p < 0,001$ ), y en las subdimensiones del SCL-90-R: depresión ( $p \leq 0,05$ ), ansiedad ( $p \leq 0,05$ ), ansiedad fóbica ( $p < 0,001$ ), sensibilidad interpersonal ( $p \leq 0,043$ ) y psicoticismo ( $p \leq 0,023$ ), y en las dimensiones globales IGS ( $p < 0,001$ ) y SP ( $p \leq 0,008$ ), en las cuales el grupo confinamiento obtuvo puntuaciones mayores.

Además, se obtuvo una significación marginal en la comparación de la subdimensión somatizaciones ( $p \leq 0,06$ ). Por otro lado, el grupo 2 mostró puntuaciones significativamente superiores en la subdimensión obsesiones/compulsiones ( $p \leq 0,023$ ).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los niveles de estrés percibido, aunque estos mostraron ser elevados en ambos grupos, superando el punto de corte 22.

En la figura 1 se presentan las puntuaciones de vulnerabilidad al estrés y de las subdimensiones del SCL-90-R donde se hallaron diferencias significativas entre los 2 grupos.

## Discusión

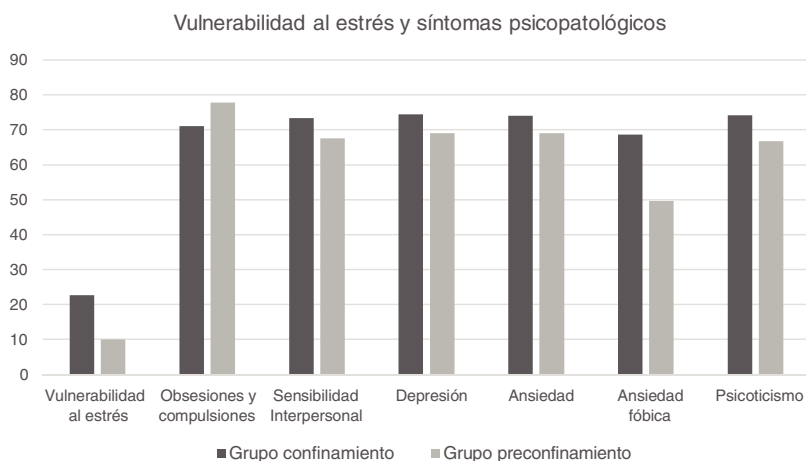
El objetivo de este estudio fue analizar el impacto psicológico de la COVID-19 y la situación de confinamiento en niveles de estrés y síntomas psicopatológicos de pacientes con LES en comparación con pacientes con LES evaluadas previamente a la pandemia.

Los resultados mostraron que pacientes con LES evaluadas durante el confinamiento presentaban niveles más altos de sintomatología psicopatológica que las pacientes evaluadas con anterioridad. Específicamente se encontró mayor sintomatología depresiva, ansiedad, ansiedad fóbica, sensibilidad interpersonal, psicoticismo y somatizaciones, así como mayor vulnerabilidad al estrés. Sin embargo, es llamativo que no se encontraran diferencias en el nivel de estrés percibido durante el último mes, siendo en ambos grupos clínicamente significativo.

En estudios previos se observaron las consecuencias psicológicas de brotes víricos como el del síndrome respiratorio agudo grave de 2003. Los resultados mostraron que entre el 10% y el 18% de la muestra presentaba psicopatología relacionada con el trastorno de estrés posttraumático, ansiedad y depresión. Además, la gravedad de esta psicopatología está asociada con una percepción alta

**Tabla 2**  
Descripción de las variables asociadas al confinamiento del grupo confinamiento

VARIABLES	Alternativas	n (%)
Miedo al contagio (1 a 10), M (DT)		6,48 (2,59)
¿Cuánto tiempo lleva (o ha estado) confinada? Sin salir por completo de casa (semanas)	Ninguna	18 (6,5)
	1–4 semanas	40 (14,5)
	5–8 semanas	91 (33)
	Más de 8	127 (46)
¿Cómo es su vivienda?	Pequeña	116 (42)
	Mediana	99 (35,8)
	Grande	61 (22,1)
¿Cuál es su estado laboral durante el confinamiento?	Jubilada	44 (15,9)
	Estudiante	16 (5,8)
	Activa	98 (35,5)
	Desempleada por COVID-19	16 (5,8)
	Desempleada previamente	48 (17,4)
	Baja médica	54 (19,6)
¿Con quién ha pasado la cuarentena?	Sola	21 (7,6)
	Familia	197 (71,4)
	Pareja	55 (19,9)
	Otra	3 (1,1)
¿Ha aumentado la conflictividad con la persona conviviente durante la cuarentena?	Sí	77 (27,9)
	No	180 (65,2)
¿Se ha sentido sola durante el confinamiento?	Vivo sola	19 (6,9)
	En absoluto	105 (38)
	Un poco	101 (36,6)
	Moderadamente	36 (13)
	Bastante	34 (12,3)
¿Ha recibido atención psicológica durante el confinamiento?	Sí	31 (11,2)
	No	245 (88,8)
¿Manifiesta síntomas o ha sido diagnosticada de COVID-19?	No	255 (92,4)
	Síntomas leves, pero sin test	17 (6,2)
	Síntomas leves y test+	3 (1,1)
	Síntomas graves	1 (0,4)
¿Ha sufrido la pérdida de algún ser querido recientemente?	Sí	59 (21,4)
	No	217 (78,6)
¿Tiene problemas para quedarse dormida?	Sí	188 (68,1)
	No	88 (31,9)
¿Ha habido cambios en su consumo de tabaco diario?	No fumo	200 (72,5)
	No, fumo igual	33 (12)
	Sí, he disminuido	15 (5,4)
	Sí, he aumentado	28 (10,1)
¿Ha seguido una rutina diaria (levantarse, realizar las mismas actividades, etc.) desde que comenzó el confinamiento?	Ninguna	44 (15,9)
	Mayoría de días	171 (62)
	Todos los días	61 (22,1)
¿Ha seguido una dieta variada y saludable?	Ningún día	53 (19,2)
	Mayoría de días	177 (64,1)
	Todos los días	46 (16,7)
¿Ha mirado muy a menudo las noticias y actualizaciones sobre el COVID-19?	Ningún día	21 (7,6)
	Mayoría de días	139 (50,4)
	Todos los días	116 (42)
¿Ha aprovechado para dedicarse a hobbies o tareas pendientes?	Ningún día	61 (22,1)
	Mayoría de días	180 (65,2)
	Todos los días	35 (12,7)



**Figura 1.** Puntuaciones medias de las subdimensiones de síntomas psicopatológicos (SCL-90-R) que mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.



**Tabla 3**  
Diferencias entre grupos en estrés y síntomas psicopatológicos

Variables	Grupo confinamiento (n = 276) M (DT)	Grupo preconfinamiento (n = 152) M (DT)	t	p	d de Cohen
<i>Estrés psicológico</i>					
Estrés percibido	27,88 (7,78)	27,52 (11,96)	0,379	0,706	0,03
Vulnerabilidad al estrés	22,79 (10,69)	10,04 (5,07)	15,127	0,0001**	1,52
<i>SCL-90-R</i>					
Somatizaciones	83,08 (17,17)	73,78 (20,43)	1,883	0,060	0,49
Obsesiones y compulsiones	71,14 (37,59)	77,94 (22,55)	-2,283	0,023*	-0,22
Sensibilidad interpersonal	73,41 (26,69)	67,60 (28,71)	2,031	0,043*	0,21
Depresión	74,53 (25,93)	69,11 (27,19)	1,965	0,050*	0,20
Ansiedad	74,13 (25,03)	69,15 (25,47)	1,894	0,050*	0,20
Hostilidad	59,86 (32,24)	63,27 (27,64)	-1,058	0,291	-0,11
Ansiedad fóbica	68,77 (32,92)	49,66 (36,59)	5,162	0,0001**	0,55
Ideación paranoide	63,15 (34,60)	59,27 (32,54)	1,095	0,274	0,12
Psicoticismo	74,26 (27,88)	66,80 (32,58)	2,296	0,023*	0,25
IGS	81,73 (21,17)	31,93 (24,26)	20,359	0,0001**	2,18
SP	86,63 (18,30)	80,67 (22,56)	2,683	0,008**	0,29
PSDI	57,89 (28,84)	53,33 (28,36)	1,520	0,129	0,16

IGS: Índice Global de Severidad; PSDI: malestar sintomático positivo; SCL-90-R: inventario de síntomas SCL-90-R; SP: total de síntomas positivos.

\* p < 0,05.

\*\* p < 0,01.

de amenaza a la vida y un bajo apoyo emocional<sup>20</sup>. En este sentido, la presencia de factores de protección frente a estos síntomas de ansiedad, estrés, o depresión, tales como herramientas de control y afrontamiento al estrés, supondría un alto valor adaptativo para garantizar la calidad de vida tanto física como psicológica y la prevención de posibles brotes o empeoramiento del curso de la enfermedad<sup>21</sup>.

Estos hallazgos se encuentran en consonancia con los del presente estudio ya que, durante el período de emergencia sanitaria, las pacientes con LES presentaron niveles de ansiedad y depresión superiores a las evaluadas previamente. Este incremento junto con los altos niveles de sensibilidad interpersonal también coinciden con los resultados de estudios realizados sobre el impacto psicológico de la pandemia por coronavirus en población española sana<sup>22,23</sup>.

Por tanto, estado de ánimo disfórico, nerviosismo, miedos, así como sentimientos personales de inadecuación en comparación con los demás, se encuentran presentes durante una situación de pandemia, sumado, en las pacientes con LES a la presencia de síntomas de somatización, ansiedad fóbica y psicoticismo, los cuales han mostrado ser superiores a los del grupo prepandemia y a los de la población sana<sup>8</sup>. Además, parecen mostrar mayor vulnerabilidad al estrés y a sufrir alteraciones psicopatológicas y, unido a la situación de aislamiento social, podría contribuir a la disminución en su bienestar psicológico, así como a un posible empeoramiento de los síntomas. En nuestro estudio, más de la mitad de las pacientes manifestaron haber sufrido algún brote de la enfermedad durante el confinamiento, aspecto que podría estar explicado por los altos niveles de estrés experimentados.

Aunque los datos no permiten establecer estas relaciones de causalidad, debe tenerse en cuenta que la percepción de amenaza, incertidumbre y falta de control asociadas al estado de alarma, son factores que desencadenan la respuesta al estrés, la cual ha mostrado generar empeoramiento del LES<sup>9</sup>. Además, el aislamiento social por el confinamiento puede suponer otro factor de riesgo para las pacientes con LES, por la vinculación de este con inflamación sistémica (altos niveles de proteína C reactiva)<sup>24</sup>.

El confinamiento genera un incremento de la ansiedad en la población<sup>25</sup> debido a la sobreinformación junto al miedo al contagio por lo que podrían ser factores influyentes en el aumento de vulnerabilidad al estrés, ansiedad y ansiedad fóbica, siendo el objeto fóbico el virus.

Otro factor que podría generar malestar psicológico durante la pandemia sería los obstáculos para recibir atención médica. En nuestro estudio, sin embargo, el acceso a atención médica durante la pandemia fue óptimo para el 64,1% de las pacientes.

Por otro lado, entre los factores protectores del bienestar psicológico durante la pandemia se encuentran la resiliencia y el apoyo emocional como facilitadores del desarrollo de mecanismos de adaptación a la situación<sup>9</sup>. Además, la adherencia a las políticas de aislamiento recomendadas también ha mostrado reducir la ansiedad causada por el coronavirus<sup>26</sup>.

Por último, hay que tener en cuenta las siguientes limitaciones. En primer lugar, la evaluación se llevó a cabo durante el último mes de confinamiento lo que no nos permite saber el estado psicológico de las participantes al inicio de este. También hubiera sido muy interesante haber obtenido otras medidas complementarias como cortisol, índice de calidad de vida o actividad de la enfermedad. Sin embargo, el acceso a estas variables no fue posible debido al colapso sanitario.

A modo de conclusión, las pacientes con LES han experimentado un aumento considerable en los niveles de estrés y síntomas psicopatológicos durante el confinamiento, los cuales ya eran más elevados que los de la población general. Este estudio tiene importantes implicaciones tanto investigadoras como clínicas, ya que dados los resultados encontrados futuras investigaciones deberían dirigirse al estudio de factores protectores que logren reducir estas variables. A nivel clínico sería clave diseñar e implementar intervenciones psicológicas de entrenamiento de estrategias eficaces de afrontamiento que amortigüen el impacto psicológico asociado a estas situaciones.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

### Bibliografía

- World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [acceso 9 Jul 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>.
- Emami A, Javanmardi F, Pirbonyeh N, Akbari A. Prevalence of underlying diseases in hospitalized patients with COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Arch Acad Emerg Med.* 2020;8:e35.
- Gianfrancesco M, Hyrich KL, Al-Adely S, Carmona L, Danila MI, Gossec L, et al. Characteristics associated with hospitalisation for COVID-19 in

- people with rheumatic disease: data from the COVID-19 Global Rheumatology Alliance physician-reported registry. *Ann Rheum Dis.* 2020;79:859–66, <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2020-217871>.
4. Pablos JL, Abasolo L, Alvaro-Gracia JM, Blanco FJ, Blanco R, Castrejón I, et al. Prevalence of hospital PCR-confirmed COVID-19 cases in patients with chronic inflammatory and autoimmune rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis.* doi:10.1136/annrheumdis-2020-217763.
  5. Mathian A, Mahevas M, Rohmer J, Roumier M, Cohen-Aubart F, Amador-Borrero B, et al. Clinical course of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in a series of 17 patients with systemic lupus erythematosus under long-term treatment with hydroxychloroquine. *Ann Rheum Dis.* 2020;79:837–9, <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2020-217566>.
  6. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:1729, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
  7. Serafini G, Parmigiani B, Amerio A, Aguglia A, Sher L, Amore M. The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM An Int J Med.* 2020;113:531–7, <http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201>.
  8. Peralta-Ramírez MI, Pérez-Mármol JM, Castañeda-Cabestany M, Santos-Ruiz A, Montero-López E, Callejas-Rubio JL, et al. Association between perceived level of stress, clinical characteristics and psychopathological symptoms in women with systemic lupus erythematosus. *Clin Exp Rheumatol.* 2018;36:434–41.
  9. Peralta-Ramírez MI, Jiménez-Alonso J, Godoy-García JF, Pérez-García M, Group Lupus Virgen de las Nieves. The effects of daily stress and stressful life events on the clinical symptomatology of patients with lupus erythematosus. *Psychosom Med.* 2004;66:788–94.
  10. Zhang L, Fu T, Yin R, Zhang Q, Shen B. Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2017;17:70.
  11. World Medical Association Medical Ethics Manual (3rd edition). World Medical Association; 2015.
  12. Peralta-Ramírez MI, Verdejo A, Muñoz MA, Sabio JM, Jiménez-Alonso JF, Pérez-García M. Lupus Symptoms Inventory (LSI): Development and validation of a self-evaluation inventory of the subjective symptoms of systemic lupus erythematosus. *J Clin Psychol Med Settings.* 2007;14:344–50, <http://dx.doi.org/10.1007/s10880-007-9086-3>.
  13. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983;24:385–96, <http://dx.doi.org/10.2307/2136404>.
  14. Remor E, Carrobes JA. Versión española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés.* 2001;7:195–201.
  15. Remor E. Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Span J Psychol.* 2006;9:86–93.
  16. Beech HR, Burns LE, Sheffield BF. Tratamiento del Estrés: un enfoque comportamental. Madrid: Alhambra; 1986.
  17. Robles-Ortega H, Peralta-Ramírez MI, Navarrete-Navarrete N. Validación de la versión española del Inventario de Vulnerabilidad al Estrés de Beech, Burns y Sheffield. En: *Avances en psicología de la salud.* Granada: Síder; 2006. p. 62.
  18. De las Cuevas C, González de Rivera JL, Henry Benitez M, Monterrey AL, Rodríguez-Pulido F, Gracia Marco R. Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *An Psiquiatr.* 1991;7:93–6.
  19. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* Routledge: Academic press; 2013.
  20. Wu KK, Chan SK, Ma TM. Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *J Trauma Stress.* 2005;18:39–42, <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20004>.
  21. Navarrete-Navarrete N, Peralta-Ramírez MI, Sabio-Sánchez JM, Coín MA, Robles-Ortega H, Hidalgo-Tenorio C, et al. Efficacy of cognitive behavioral therapy for the treatment of chronic stress in patients with lupus erythematosus: A randomized controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2010;79:107–15.
  22. Rodríguez-Rey R, Garrido-Hernansaiz H, Collado S. Psychological Impact of COVID-19 in Spain: Early data report. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy.* 2020;12:550, <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000943>.
  23. Becerra-García JA, Giménez Ballesta G, Sánchez-Gutiérrez T, Barbeito Resa S, Calvo Calvo A. Síntomas psicopatológicos durante la cuarentena por Covid-19 en población general española: un análisis preliminar en función de variables sociodemográficas y ambientales-ocupacionales. *Rev Esp Salud Publica.* 2020.
  24. Smith KJ, Gavey S, Riddell NE, Kontari P, Victor C. The association between loneliness, social isolation and inflammation: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2020;112:519–41, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.02.002>.
  25. Lee SA. How much “Thinking” about COVID-19 is clinically dysfunctional? *Brain Behav Immun.* 2020;87:97–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.067>.
  26. Milman E, Lee SA, Neimeyer RA. Social isolation and the mitigation of coronavirus anxiety: The mediating role of meaning. *Death Stud.* Published online. 2020:1–13.