

LA CALIDAD DE VIDA DE LOS UNIVERSITARIOS EN ESPAÑA TRAS EL CONFINAMIENTO PROVOCADO POR LA PANDEMIA COVID-19

MAR GONZÁLEZ-NORIEGA
Universidad Villanueva

ANA CANCELA
Universidad Villanueva

ANA VISIERS
Cesine

ALEJO GARCÍA-NAVEIRA
Universidad Villanueva

1. INTRODUCCIÓN

La aparición de una nueva forma de coronavirus en diciembre de 2019 en Wuhan (China) creó una situación confusa y de rápida evolución que se propagó aceleradamente al resto del mundo (Shigemura et al., 2020). El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud reconoció esta enfermedad como pandemia mundial.

El gobierno español, siguiendo el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, ordenó un período de confinamiento general con obligación de quedarse en casa que se mantuvo hasta el 21 de junio de 2020. Se aplicó un segundo estado de alarma por el Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se decreta el estado de alarma con el fin de contener la propagación de contagios provocados por el SARS-CoV-2 prorrogado hasta el 9 de mayo de 2021 mediante el Real Decreto 956/2020, de 3 de noviembre, por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se decreta el estado de alarma

con el fin de contener la propagación de contagios provocados por el SARS-CoV-2. Este limitaba la libre circulación de ciudadanos entre las 23:00 horas y las 6:00 horas y entre Comunidades Autónomas, así como limitada las reuniones hasta 6 personas que no convivieran.

Más de un millón de estudiantes universitarios quedaron confinados iniciando la educación en línea o a distancia desde marzo de 2020 hasta el final del año académico. Entre septiembre de 2020 y julio de 2021 se puso en marcha en todas las universidades españolas un modelo híbrido y flexible de enseñanza presencial y a distancia (CRUE-Universidades Españolas, 2020).

El confinamiento afectó en muchos aspectos (Brooks et al., 2020; Marelly et al., 2021, Qiu et al., 2020) especialmente a la Calidad de Vida de los jóvenes (Dragun et al., 2021; Epifanio et al., 2021; Kaparounaki et al., 2020; Lardone et al., 2020; Riiser et al., 2020; Solomou et al., 2020), entendida como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y en relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (WHO, 1996, p. 3).

Un elemento característico de las enfermedades infecciosas es el miedo asociado tanto a la tasa y medio de transmisión, en cuanto su rapidez e invisibilidad, como a la morbilidad y mortalidad (Ahorsu, et al., 2020; Caleo et al., 2018; DiGiovanni et al., 2004; Jeong et al., 2016; Martínez-Lorca et al., 2020; Pan, et al., 2005; Pakpour and Griffiths, 2020; Pellecchia et al., 2015; Reynolds et al., 2008; Rubin and Wessely, 2020; Shigemura et al., 2020).

Estudios previos sugieren que los conocimientos, actitudes y prácticas (KAP, de las siglas en inglés) son útiles para evaluar el cumplimiento de las medidas preventivas (Ajilore et al., 2017; Norman et al., 2020; Wise et al., 2020). De hecho, las políticas de salud pública se diseñan a partir de los resultados de las encuestas KAP (Aynalem et al., 2021). Existe evidencia de que la población más joven no toma en serio estas recomendaciones (Abbot et al., 2020; Angelo et al., 2021; Barrett y Cheung, 2021; Cohen et al., 2020; Dhanaraj et al., 2021; Van Nhu et al., 2020; WHO, 2021) y el discurso mediático ha representado a los jóvenes

desde un enfoque criminalizador potenciando la tradicional asociación de la juventud como grupo infractor de las normativas y el bien común (Arévalo, 2020).

2. OBJETIVOS

Este estudio pretende describir la Calidad de Vida de los estudiantes de universidades españolas tras el confinamiento en dos tiempos diferentes y estudiar las relaciones de la Calidad de Vida de estos con el miedo y la percepción de la estigmatización.

3. METODOLOGÍA

3.1. PARTICIPANTES

Participaron 863 estudiantes de diferentes universidades españolas. En la primera recogida de datos (abril de 2021), participaron 598 estudiantes, mientras que en la segunda recogida de datos (abril de 2022), se obtuvieron las respuestas de 265 estudiantes. Las características de la muestra se explicarán en el apartado de resultados.

3.2. PROCEDIMIENTO

Los datos de este estudio se recogieron en dos momentos diferentes de forma online mediante la plataforma *Sphinx* iQ2. Se envió el cuestionario online por correo electrónico a diferentes universidades españolas para su difusión, así mismo el enlace se compartió en redes sociales como Facebook, LinkedIn y WhatsApp utilizando la técnica bola de nieve (Goodman, 1961).

La primera página del cuestionario contenía información relativa a los derechos de los participantes, datos de contacto de los investigadores y objetivos del estudio, así como el consentimiento informado. Una vez daban su consentimiento a la participación podía acceder al resto del cuestionario. Los datos incompletos no se utilizaron en los análisis de este estudio. Tras realizar el estudio se agradeció la participación y se ofreció recibir más información a quienes estuvieran interesados.

3.3. VARIABLES E INSTRUMENTOS

El cuestionario fue diseñado con 6 secciones de preguntas. La primera sección contenía la información sobre el estudio y el consentimiento informado, la segunda, preguntas sobre variables sociodemográficas y sobre exposición y vulnerabilidad hacia la COVID-19, la tercera el KAP, la cuarta sección medía la percepción de estigmatización, la quinta sección evaluó el miedo al COVID-19 y la sexta y última evaluó la calidad de vida de los participantes.

Datos sociodemográficos, vulnerabilidad y exposición al COVID-19. Preguntas relativas a la edad, el sexo, el nivel de estudios y el área de los conocimientos. Se registró si el propio participante o algún familiar padecía alguna enfermedad que le hiciera vulnerable al COVID-19 y si la propia persona, algún familiar o amigo había sido diagnosticado de COVID-19. En caso afirmativo se registró la gravedad.

KAP. El conocimiento de los participantes sobre los síntomas de la COVID-19 se evaluó con 17 ítems relacionados con la sintomatología de los que los participantes seleccionaron los elementos que consideraron síntomas de la COVID-19. En un rango de 0 a 17 una mayor puntuación indicaba un conocimiento más preciso. Se estableció un nivel de corte de ≥ 9 para un conocimiento preciso. El conocimiento de los participantes sobre la propagación de COVID-19 se midió con 4 ítems de los que se seleccionaban los considerados vías de propagación. Mayor puntuación indicaba mayor conocimiento. En un rango de 0 a 4 se estableció un nivel de corte de ≥ 3 .

El apartado de actitudes evaluó las creencias y percepciones sobre la pandemia de COVID-19, incluyendo riesgo de transmisión y desarrollo de síntomas (4 ítems), efectividad percibida de las estrategias de prevención (14 ítems) y consecuencias negativas percibidas (18 ítems). Las respuestas de cada ítem se indicaron en una escala tipo Likert de 5 puntos (1=totalmente en desacuerdo, 5=totalmente de acuerdo). Se crearon 6 índices: riesgo propio percibido de transmisión y desarrollo de síntomas (3 ítems; $\alpha=.70$); riesgo percibido de propagación (1 ítem); efectividad percibida de las estrategias de reducción de riesgos (14 ítems; $\alpha=.88$); consecuencias negativas actuales percibidas para sí mismos (7

ítems, $\alpha=.81$); percepción de futuras consecuencias negativas para sí mismo (7 ítems, $\alpha=.84$); y percepción de futuras consecuencias negativas para los jóvenes (4 ítems, $\alpha=.81$). Mayores puntuaciones en los índices indicaban una mayor percepción de riesgo de transmisión y desarrollo de síntomas, de propagación, unas actitudes más favorables hacia la efectividad de las medidas y una percepción de mayores consecuencias negativas hacia los propios participantes y la juventud en general.

La evaluación de las prácticas incluyó 8 ítems sobre estrategias para controlar el brote de COVID-19, conductas relacionadas con la higiene y conductas relacionadas con la evitación, en una escala Likert de 5 puntos (1=nunca, 2=rara vez, 3=a veces, 4=a menudo, 5=siempre/siempre). Se creó un índice ($\alpha=.88$) con el promedio de las puntuaciones. Valores más altos indicaron un mayor uso de las estrategias.

3.4. VARIABLES INDEPENDIENTES

Percepción de estigmatización. La percepción de la sociedad de los jóvenes en relación a la COVID-19 se midió utilizando un diferencial semántico con 5 puntos de respuesta (responsables-irresponsables, sensibles, insensibles, preocupados/as- despreocupados/as, inocentes-culpables, perjudicados/as-beneficiados/as, informados/as-desinformados/as, implicados/as-pasivos/as, optimistas-pesimistas). Los ítems mostraron una buena fiabilidad interna ($\alpha = .77$). El *Índice de Estigmatización* se calificó de tal manera que los números más altos indican una mayor percepción de ser estigmatizados. Se fijó un punto de corte de ≥ 3 .

Miedo al COVID-19. Se administró la versión validada para estudiantes universitarios españoles (Martínez-Lorca et al., 2020) de la escala *Fear of COVID-19 Scale* (FCV-19S; Ahorsu et al., 2020). Siete ítems midieron el miedo al COVID-19 con una escala de estructura unidimensional tipo Likert de 5 puntos de respuesta (“muy en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “de acuerdo” y “muy de acuerdo”). La puntuación total se calculó sumando la puntuación de cada ítem (rango 7 -35). Cuanto más alta fue la puntuación, mayor miedo al COVID-19. La consistencia interna y la fiabilidad test-retest de la escala original ($\alpha = .82$) fue aceptable. La consistencia interna en la

validación española ($\alpha = .86$) y en este estudio ($\alpha = .86$) fue mayor que en el original.

Tiempo de medición. Los datos de este estudio se recogieron en dos momentos diferentes, transcurrido un año tras el confinamiento en abril de 2021 (*Tiempo 1*) y transcurridos dos años, abril de 2022 (*Tiempo 2*).

3.5. VARIABLE DEPENDIENTE

Calidad de Vida. Se utilizó el cuestionario WHOQOL-BREF de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1996; WHO-QOL Group, 1998; versión adaptada y validada para población española Lucas-Carrasco, 1998, 2012). Con 24 ítems, proporciona una puntuación global (*Calidad de Vida Autoevaluada y Satisfacción con la Salud*) y una puntuación por cada dominio para la calidad de vida (*Salud Física, Bienestar Psicológico, Relaciones Sociales y Medio Ambiente*) en las dos últimas semanas en una escala Likert de 5 puntos. Puntuaciones altas representan una calidad de vida más alta en un rango de respuesta para cada dominio entre 4 y 20. La consistencia interna para la versión en español del WHOQOL-BREF (Lucas-Carrasco, 2012) varió entre dominios de $.69$ (*Bienestar Psicológico*) a $.77$ (*Medio Ambiente*) y, en el presente estudio, de $.67$ (*Relaciones Sociales*) a $.82$ (*Bienestar Psicológico*). No existe un punto de corte que señale una mejor o peor calidad de vida, aunque se han proporcionado normas de población preliminares. Específicamente para población entre 20 y 29 años se han señalado las siguientes puntuaciones: 85.4 ± 10.9 para el dominio *Salud Física*, 71.4 ± 17.5 para *Bienestar Psicológico*, 72.9 ± 18.8 para *Relaciones Sociales* y 74.3 ± 14.0 para *Medio Ambiente* (Hawthorne et al., 2006).

3.6. ANÁLISIS DE DATOS

Los datos de la encuesta fueron descargados a Microsoft® Excel® y luego transferidos a IBM SPSS 24 para los análisis estadísticos. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de distribución de frecuencias y estadísticos descriptivos de tendencia central y dispersión. Además, se han realizado estudios de correlaciones, pruebas T de *Student* y análisis de regresión. Para los análisis de regresión se utilizó el complemento PROCESS para SPSS (Hayes, 2018).

4. RESULTADOS

4.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, VULNERABILIDAD Y EXPOSICIÓN AL COVID-19.

Los datos se pueden consultar en la Tabla 1. En el *Tiempo* □ participaron 598 estudiantes de universidades españolas (69.4% mujeres, 30.6% hombres) con un rango de edad de 18 a 57 años (21.9 ± 4.7). En el *Tiempo* □ participaron 265 (67.5%, 32.5% hombres), edad de 18 a 53 años (22.3 ± 4.9). El 83.3% (T1=83.9%, T2=81.9%) estaban realizando un grado universitario. Las áreas de conocimiento más comunes fueron Ciencias (T1=41.45%, T2=34.7%), Ciencias Sociales y Legales (T1=25.1%, T2=20.8%) y Ciencias de la Salud (T1=22.9%, T2=35.5%). El tipo de residencia más frecuente fue la residencia familiar (T1=71.7%, T2=66.8%), seguido de pisos de estudiantes (T1=14.0%, T2=23.4%). El 82.9% (T1=81.9%, T2=83.8%) de la muestra vivía en áreas residenciales urbanas en las comunidades autónomas de Madrid y el País Vasco.

TABLA 1. Características sociodemográficas de los encuestados (NT1 = 598 y NT2 = 265)

Características sociodemográficas		Número		Porcentaje (%)	
		T1	T2	T1	T2
Sexo					
	Hombre	183	86	30.6	32.5
	Mujer	415	179	69.4	67.5
Edad (años)					
	18- < 30	566	248	94.6	93.6
	30 - < 40	22	14	3.7	5.2
	40 - < 50	7	1	1.2	0.4
	50 - < 60 ≥ 50	3	2	0.5	0.8
	≥ 60				
Nivel actual de estudios					
Grado					
	1º Curso	139	43	23.2	16.2
	2º Curso	116	46	19.4	17.4
	3º Curso	122	63	20.4	23.8
	4º Curso	109	59	18.2	22.3
	5º Curso	14	4	2.3	1.5

	6º Curso	2	2	0.3	0.8
	Posgrado				
	Máster	64	28	10.7	10.6
	Doctorado	32	20	5.4	7.5
	Área de conocimiento				
	Ciencias	248	92	41.5	34.7
	Ciencias de la Salud	137	94	22.9	35.1
	Ingeniería y Arquitectura	26	8	4.3	3.0
	Ciencias Sociales y Jurídicas	150	55	25.1	20.8
	Arte y Humanidades	37	16	6.2	6.0
	Residencia				
	Domicilio familiar	429	177	71.7	66.8
	Residencia de estudiantes	19	8	3.2	3.0
	Colegio Mayor	34	4	5.7	1.5
	Piso de estudiantes	84	62	14.0	23.4
	Otros	32	14	5.4	5.3
	Entorno				
	Urbano (más de 20000 habitantes)	490	225	81.9	84.0
	Rural (menos de 20000 habitantes)	108	43	18.1	16.0
	Comunidad Autónoma				
	Andalucía	4	3	0.7	1.1
	Aragón		2		0.8
	Asturias		1		0.4
	Canarias		1		0.4
	Cantabria	19	33	3.2	12.4
	Castilla La Mancha		2		0.8
	Castilla y León	19	12	3.2	4.5
	Cataluña	2		0.3	
	La Rioja		1		0.4
	Madrid	283	109	47.3	41.0
	Navarra	7	7	1.2	2.6
	País Vasco	264	94	44.1	35.3
	Valencia		1		0.4

Fuente: elaboración propia

El 90.8% de los participantes no señaló ser vulnerable a la COVID-19 (T1=90.1%, T2=92.5%) mientras que el 80.3% informó tener algún familiar con enfermedad que le hiciera vulnerable a la COVID-19 (T1=83.4%, T2=73.2%). Ver Tabla 2.

En el Tiempo 1 la mayoría de los participantes señalaron no haber sido diagnosticados de COVID-19 (83.8%) mientras que en el Tiempo 2 más de la mitad de los participantes sí había sido diagnosticado (54.0%). En ambos casos, la mayoría con síntomas leves. En el Tiempo 1 más de la mitad de la muestra poseía algún familiar que había sido diagnosticado (52.0%), en el Tiempo 2 aumentó a un 85.3%. En el Tiempo 1 se informó de un 13.2% de fallecimientos entre los familiares diagnosticado mientras que en el Tiempo 2 no se señalaron fallecimientos. Un 86.8% informó de amigos diagnosticados (T1=82.3%, T2=97%), la mayoría (79.2%) desarrollaron síntomas leves (T1=75.6%, T2=86.3%).

TABLA 2. Exposición de los encuestados al COVID-19 y cuestiones relacionadas con la vulnerabilidad (NT1 = 598, NT2 = 265).

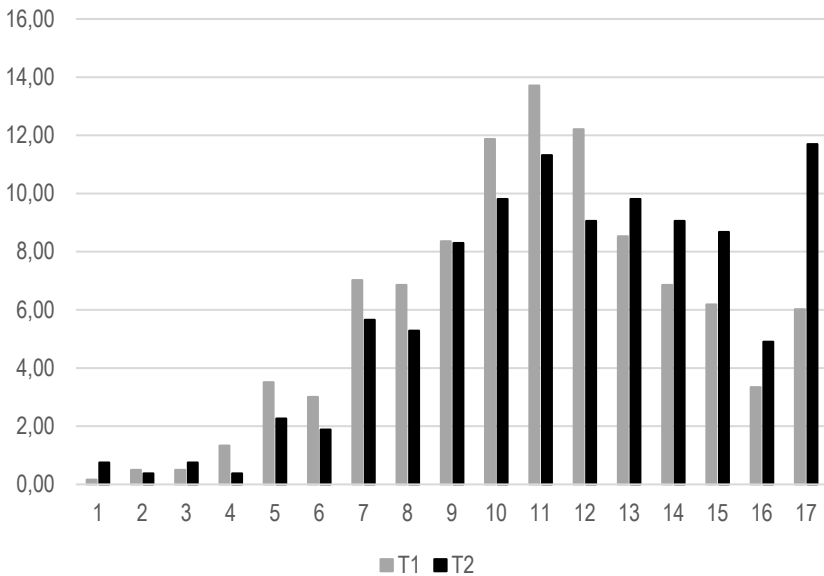
Exposición al COVID-19 y variables de vulnerabilidad relacionadas		T1		T2	
		N	%	N	%
Vulnerabilidad					
Vulnerabilidad propia					
No		539	90.1	245	92.5
Sí		59	9.9	20	7.5
Vulnerabilidad de un familiar					
No		99	16.6	71	26.8
Sí		499	83.4	194	73.2
Exposición al COVID-19					
Propia exposición/diagnóstico					
No		501	83.8	122	46.0
Sí		97	16.2	143	54.0
Asintomático		20	20.6	21	14.7
Síntomas leves		72	74.2	116	81.1
Síntomas graves		5	5.2	6	4.2
Exposición/diagnóstico del familiar					
No		287	48.0	39	14.7
Sí		311	52.0	226	85.3
Asintomático		32	10.3	12	5.8
Síntomas leves		167	53.7	171	82.2
Síntomas graves		71	22.8	25	12.0
Fallecimiento		41	13.2		
Exposición/diagnóstico de un amigo					

	No	106	17.7	8	3.0
	Sí	492	82.3	257	97.0
	Asintomático	93	18.9	20	7.8
	Síntomas leves	372	75.6	221	86.3
	Síntomas graves	26	5.3	15	5.9
	Fallecimiento	1	0.2		
Fuente: elaboración propia					

KAP

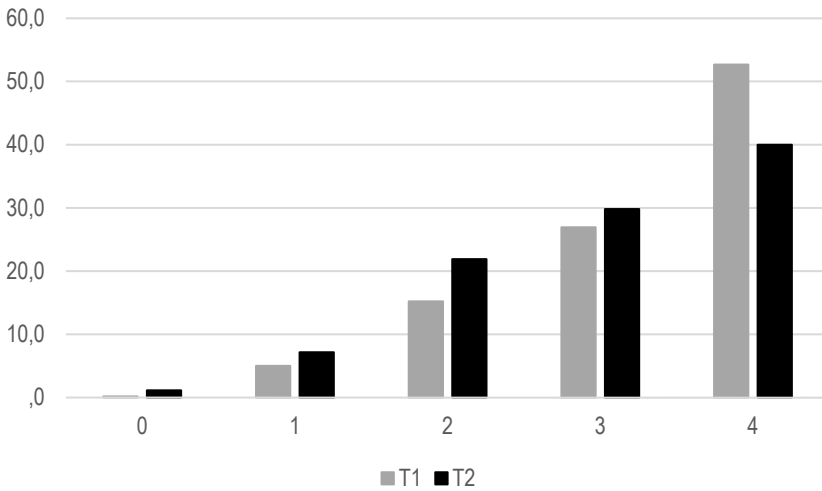
Conocimiento. En el *Tiempo* □ el 77.1% contestaron ≥ 9 síntomas de 17 correctamente y el 79.6% contestaron ≥ 3 maneras de contagio correctamente. En el *Tiempo* □ el 82.6% superó el punto de corte (≥ 9) en los síntomas y el 69.8% respondió correctamente (≥ 3) respecto a las vías de contagio. El porcentaje de estudiantes que respondieron correctamente a cada ítem del conocimiento se muestran en los Gráficos 1 y 2, respectivamente.

GRÁFICO 1. Porcentaje de número de aciertos en la sintomatología.



Fuente: elaboración propia

GRÁFICO 2. Porcentaje de número de aciertos en la propagación.



Fuente: elaboración propia

Los resultados de la evaluación del conocimiento sobre los síntomas comunes y las formas de propagación se muestran en la Tabla 3. La puntuación total del conocimiento (síntomas) varió de 1 a 17, con una media de 10.95 ± 3.29 en *Tiempo* □ y con una media de 11.78 ± 3.52 en *Tiempo* □. La puntuación total del conocimiento (propagación) osciló entre 1 y 4, con una puntuación media de $3.27 \pm .91$ para el *Tiempo* □ y de 3.00 ± 1.01 para el *Tiempo* □. Las puntuaciones sobre el conocimiento de la sintomatología aumentaron significativamente en el *Tiempo* □ con respecto al *Tiempo* □, $t(861) = -3.36, p = .01$. Sin embargo, las puntuaciones sobre el conocimiento de las vías de propagación disminuyeron significativamente transcurridos dos años del confinamiento en comparación con un año, $t(861) = 3.83, p < .01$.

TABLA 3. Frecuencias y porcentajes de aciertos para cada ítem del conocimiento (NT1 = 598, NT2 = 265).

		T1	T2
Síntomas comunes			
	Tos Seca	517 (86.5%)	233 (87.9%)
	Fiebre	575 (96.2%)	250 (94.3%)
	Cansancio	532 (89.0%)	253 (95.5%)
	Neumonía	407 (68.1%)	164 (62.5%)
	Mucosidad	164 (27.4%)	150 (56.6%)
	Pérdida de olfato	569 (95.2%)	252 (95.1%)
	Pérdida del gusto	570 (95.3%)	255 (97.2%)
	Congestión nasal	196 (32.8%)	176 (67.1%)
	Dolor de cabeza	498 (83.3%)	230 (87.7%)
	Dolor de garganta	331 (55.4%)	194 (73.9%)
	Dolores musculares o articulares	436 (72.9%)	205 (78.1%)
	Nauseas o vómitos	224 (37.5%)	93 (35.5%)
	Diarrea	346 (57.9%)	131 (49.4%)
	Escalofríos o vértigo	173 (28.9%)	31 (11.8%)
	Dificultad respiratoria	528 (88.3%)	218 (83.1%)
	Pérdida de apetito	194 (32.4%)	108 (41.2%)
	Presión en el pecho	284 (47.5%)	129 (48.7%)
Vías de contagio del COVID-19			
	A través de gotículas transmitidas en los estornudos y la tos (a menos de 1 metro)	284 (47.5%)	247 (93.2%)
	A través de gotículas transmitidas por el contacto de ojos, nariz, boca	575 (96.2%)	216 (81.5%)
	A través de gotículas depositadas en objetos	513 (85.8%)	147 (55.5%)
	A través de aerosoles suspendidos en el aire	411 (68.7%)	80 (30.2%)

Fuente: elaboración propia

Actitudes. Las respuestas de los participantes se presentan en la Tabla 4. Las percepciones de los participantes sobre su propio riesgo de adquirir COVID-19 y el impacto percibido en su salud promedio fue de $2.72 \pm .80$ en el *Tiempo* □ y $2.38 \pm .76$ en el *Tiempo* □ ($t(861) = 5.74$, $p < .001$), con un rango de 1 a 5.

TABLA 4. Actitudes antes la pandemia COVID-19 (NT1 = 598, NT2 = 265).

Actitudes		Media \pm DT		Rango	Asimetría		Curtosis		α	
		T1	T2		T1	T2	T1	T2	T1	T2
Percepción del propio riesgo de transmisión y desarrollo de síntomas		2.72 \pm .80	2.38 \pm .76	1-5	.27	.30	.05	.10	.71	.64
	Creo que estoy en riesgo de contraer COVID-19	3.56 \pm .99	3.26 \pm 1.13	1-5	-.58	-.37	-.03	-.60		
	Creo que puedo desarrollar síntomas graves si contraigo la COVID-19	2.62 \pm 1.01	2.22 \pm .99	1-5	.42	.61	-.19	-.22		
	Creo que puedo morir si contraigo la COVID-19	1.98 \pm 1.02	1.67 \pm .84	1-5	.82	1.19	-.09	.96		
Percepción del riesgo de propagación		4.02 \pm .99	3.83 \pm 1.03	1-5	-.98	-1.04	.57	.81		
Eficacia percibida de las estrategias de reducción de riesgos		3.76 \pm .58	3.12 \pm .69	1-5	-.39	-.24	.56	.66	.84	.88
	Uso de mascarilla	4.59 \pm .75	3.85 \pm 1.17	1-5	-2.40	-1.01	6.85	.23		
	Higiene de manos	4.55 \pm .69	4.00 1.03	1-5	-1.88	-1.23	4.61	1.37		
	Ventilación de los espacios	4.60 \pm .66	4.23 \pm .86	1-5	-1.84	-1.65	3.81	3.81		
	Desinfección de los espacios	4.45 \pm .85	3.97 \pm 1.03	1-5	-1.72	-.99	2.81	.54		
	Limitación de los aforos	4.36 \pm .88	3.40 \pm 1.14	1-5	-1.56	-.47	2.33	-.52		
	Distancia social	4.27 \pm .91	3.34 \pm 1.23	1-5	-1.45	-.41	2.14	-.85		
	Educación online	3.12 \pm 1.30	2.57 \pm 1.26	1-5	-.03	.39	-1.11	-.92		
	Limitación del horario en la restauración	2.71 \pm 1.23	1.94 \pm 1.04	1-5	.30	.95	-.96	.12		
	Toque de queda	2.54 \pm 1.31	1.63 \pm 1.04	1-5	.38	1.82	-1.07	2.61		
	Cierre de las instalaciones y servicios deportivos (gimnasios, polideportivos...)	2.66 \pm 1.25	2.00 \pm 1.08	1-5	.25	.88	-.96	-.14		

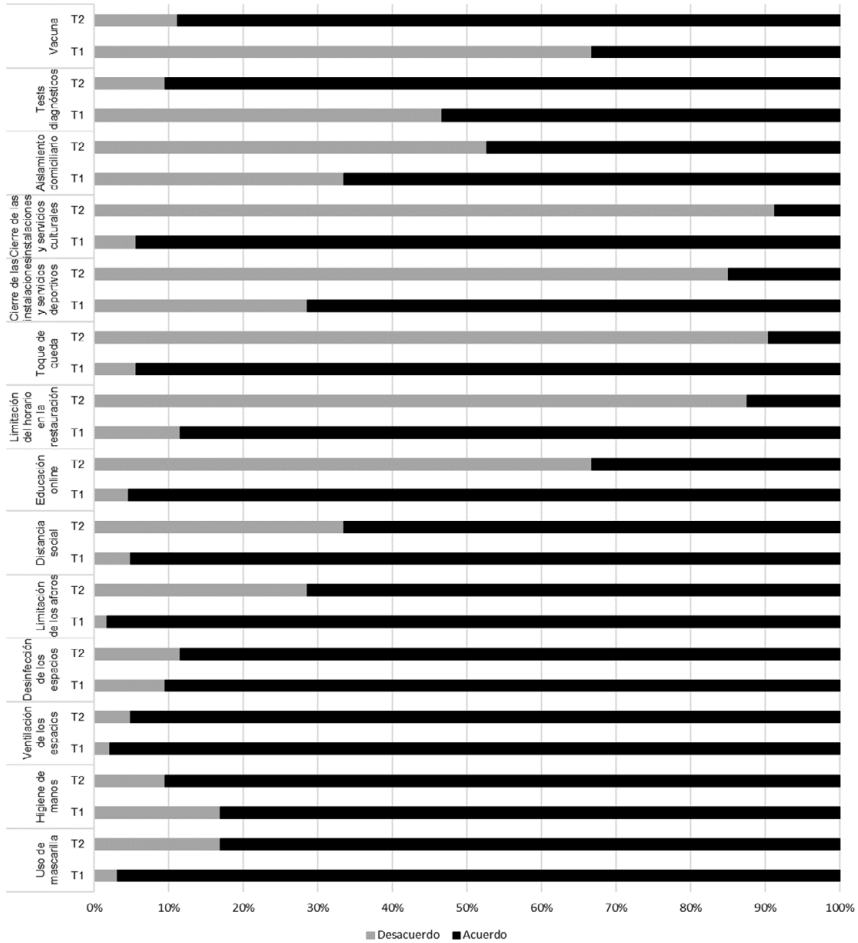
	Cierre de las instalaciones y servicios culturales (bibliotecas, museos, cines...)	2.26 ±1.16	1.78 ±.95	1-5	.73	1.24	-.27	1.00		
	Aislamiento domiciliario	3.36 ±1.35	2.73 ±1.41	1-5	-.40	.03	-1.10	-1.45		
	Tests diagnósticos	4.59 ±.69	4.08 ±1.01	1-5	-1.94	-1.35	4.46	1.69		
	Vacuna	4.59 ±.82	4.20 ±1.17	1-5	-2.25	-1.54	5.09	1.51		
Percepción de consecuencias negativas reales para sí mismos		3.33 ±.86	2.83 ±1.01	1-5	-.29	-.10	-.21	-.77	.76	.86
	Ansiedad	3.54 (1.33)	3.06 ±1.41	1-5	-.64	-.21	-.78	-1.32		
	Trastornos del sueño	2.95 ±1.45	2.47 ±1.36	1-5	.01	.42	-1.39	-1.13		
	Depresión	2.93 ±1.35	2.43 ±1.31	1-5	.02	.40	-1.20	-1.12		
	Aislamiento social	3.60 ±1.28	2.86 ±1.41	1-5	-.74	.06	-.51	-1.34		
	Desventajas educativas	3.97 ±1.21	3.42 ±1.38	1-5	-1.11	-.47	.25	-1.06		
	Problemas económicos	3.06 ±1.38	2.85 ±1.36	1-5	-.02	.06	-1.20	-1.24		
	Problemas con el empleo	3.24 ±1.40	2.72 ±1.37	1-5	-.25	.20	-1.14	-1.15		
Percepción de futuras consecuencias negativas para ellos mismos		3.34 ±.86	2.73 ±.98	1-5	-.29	-.06	-.11	-.77	.81	.87
	Ansiedad	3.40 ±1.29	2.85 ±1.42	1-5	-.49	.05	-.84	1.36		
	Trastornos del sueño	2.82 ±1.34	2.32 ±1.22	1-5	.11	.51	-1.19	-.79		
	Depresión	2.90 ±1.28	2.42 ±1.22	1-5	-.001	.38	-1.06	-.95		
	Aislamiento social	3.19 ±1.32	2.51 ±1.29	1-5	-.27	.33	-1.08	-1.06		
	Desventajas educativas	3.62 ±1.23	2.92 ±1.40	1-5	-.62	-.05	-.62	-1.30		
	Problemas económicos	3.65 ±1.16	3.05 ±1.35	1-5	-.60	-.18	-.44	-1.14		
	Problemas con el empleo	3.79 ±1.19	3.06 ±1.35	1-5	-.83	-.20	-.18	-1.15		

Consecuencias negativas futuras percibidas para los jóvenes	4.30 ±.68	3.93 ±.81	1-5	-1.29	-93	2.52	1.36	.80	.81
Problemas psicológicos	4.28 ±.89	4.17 ±.92	1-5	-1.52	-1.44	2.65	2.39		
Problemas sociales	4.12 ±.95	4.02 ±.95	1-5	-1.17	-1.05	1.17	.90		
Problemas económicos	4.38 ±.80	3.81 ±1.05	1-5	-1.29	-72	1.56	-.15		
Problemas con el empleo	4.43 ±.78	3.73 ±1.10	1-5	-1.38	-65	1.69	-.22		

Fuente: elaboración propia

Al analizar los ítems por separado en cada uno de los tiempos, es importante resaltar que los participantes creyeron estar en mayor riesgo de contraer COVID-19 ($M_{T1}=3.56\pm.99$; $M_{T2}=3.26\pm 1.13$) que de desarrollar síntomas severos ($M_{T1}=2.62\pm.01$, $t_{T1}(597)=20.44$, $p_{T1}<.001$; $M_{T2}=2.22\pm.99$, $t_{T2}(264)=13.53$, $p_{T2}<.001$) o incluso morir ($M_{T1}=1.98\pm 1.02$; $t_{T1}(597)=31.41$, $p_{T1}<.001$; $M_{T2}=1.67\pm.84$, $t_{T2}(264)=20.83$, $p_{T2}<.001$).

GRÁFICO 3. Percepciones sobre el grado de efectividad de las medidas para reducir el riesgo personal de la COVID-19.



Fuente: elaboración propia

El riesgo percibido de propagar la enfermedad fue mayor ($M_{T1}=4.02\pm.99$; $M_{T2}=3.83\pm1.03$) que el riesgo percibido de contraer COVID-19 ($t_{T1}(597)=-10.30$, $p_{T1}<.001$; $t_{T2}(264)=-9.05$, $p_{T2}<.001$).

La actitud de los participantes hacia el grado de efectividad de las medidas para reducir el riesgo frente a la COVID-19 fue satisfactoria, ya que la puntuación media de la actitud fue de 3.76 ± 0.58 para el *Tiempo* □ y $3.12 \pm .69$ para el *Tiempo* □, con un rango de 1 a 5 (Tabla 4). La actitud hacia la efectividad de las medidas fue significativamente mayor tras un

año del confinamiento que transcurridos los dos años, $t(436.5)=13.09$, $p<.001$. El Gráfico 3 muestra las percepciones sobre el grado de efectividad de las medidas para reducir el riesgo personal de la COVID-19.

Las percepciones sobre la susceptibilidad y la gravedad de las consecuencias de la pandemia se dividieron en tres índices diferentes: consecuencias negativas actuales percibidas para ellos mismos, consecuencias negativas futuras percibidas para ellos mismos; y las futuras consecuencias negativas percibidas para los jóvenes. La percepción de consecuencias negativas actuales para ellos mismos fue mayor en el *Tiempo* □ ($3.23\pm.86$) que en el *Tiempo* □ (2.83 ± 1.01 ; $t(444.1)=7.01$, $p<.001$). Los mismos resultados aparecieron al analizar la percepción de consecuencias negativas a futuro tanto para ellos mismos ($M_{T1}=3.34\pm.86$; $M_{T2}=2.73\pm.98$; $t(450.9)=8.66$, $p<.001$) como para los jóvenes en general ($M_{T1}=4.30\pm.68$; $M_{T2}=3.93\pm.81$; $t(435.6)=6.51$, $p<.001$).

En el *Tiempo* □, no hubo diferencias entre las consecuencias actuales que percibían para sí mismos ($3.33\pm.86$) y las consecuencias futuras que percibían en su propio futuro ($3.34\pm.86$; $t(597)=-.35$, $p=.73$) mientras que percibieron diferencias entre sus propias consecuencias actuales y las consecuencias generales para los jóvenes ($4.30\pm.68$; $t(597)=-26.95$, $p<.001$) y entre las que creen que sufrirán ellos mismos en el futuro y los jóvenes en general ($t(597)=-29.71$, $p<.001$).

En el *Tiempo* □, se encontraron diferencias entre las consecuencias actuales que percibían para sí mismos (2.83 ± 1.01) y las consecuencias futuras que percibían en su futuro ($2.73\pm.98$; $t(264)=2.33$, $p=.02$) mientras que percibieron diferencias entre sus propias consecuencias actuales y las consecuencias generales para los jóvenes en el futuro ($3.93\pm.81$; $t(264)=-17.47$, $p<.001$) y entre las propias consecuencias el futuro y las de los jóvenes en general ($t(264)=-21.30$, $p<.001$).

Los participantes valoraron como las consecuencias actuales para ellos mismos más comunes las *desventajas educativas* ($M_{T1}=3.97\pm 1.21$; $M_{T2}=3.42\pm 1.38$), el *aislamiento social* ($M_{T1}=3.60\pm 1.28$; $M_{T2}=2.86\pm 1.41$) y la *ansiedad* ($M_{T1}=3.54\pm 1.33$; $M_{T2}=3.06\pm 1.41$). Mientras que valoraron como las consecuencias a futuro para ellos mismos más comunes los *problemas económicos* ($M_{T1}=3.65\pm 1.16$;

$M_{T2}=3.05\pm 1.35$) y los *problemas con el empleo* ($M_{T1}=3.79\pm 1.19$; $M_{T2}=3.06\pm 1.35$). En cuanto a la percepción de las consecuencias en general para los jóvenes, las percepciones de los participantes destacan una clara conciencia de las consecuencias negativas producto de la pandemia traduciéndolos en problemas para el empleo ($M_{T1}=4.43\pm .78$; $M_{T2}=3.73\pm 1.10$), la economía ($M_{T1}=4.38\pm .80$; $M_{T2}=3.81\pm 1.05$), psicológicos ($M_{T1}=4.28\pm .89$; $M_{T2}=4.17\pm .92$) y sociales ($M_{T1}=4.12\pm .95$; $M_{T2}=4.02\pm .95$), con un rango de 1 a 5.

Prácticas. La adopción de medidas de prevención de los participantes fue significativamente mayor en el *Tiempo* □ ($3.55\pm .77$) que en el *Tiempo* □ ($2.15\pm .76$; $t(861)=24.70$, $p<.001$).

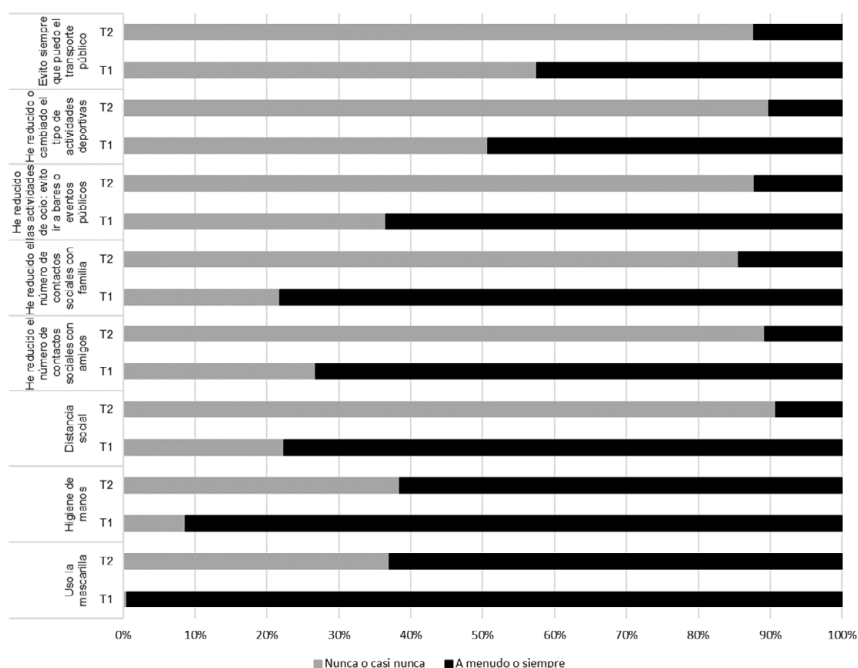
TABLA 5. Estrategias adoptadas por los participantes para controlar el brote de COVID-19 (NT1 = 598, NT2 = 265).

Prácticas	Media ± DT		Rango	Asimetría		Curtosis		α	
	T1	T2		T1	T2	T1	T2	T1	T2
Utilización de estrategias de reducción de riesgos	3.55 ±.77	2.15 ±.76	1-5	-.26	.87	-.42	.83	.79	.83
Uso de mascarilla	4.68 ±.57	3.23 ±1.17	1-5	-1.92	-.31	4.68	-.84		
Higiene de manos	4.09 ±.94	3.18 ±.35	1-5	-.89	-.35	.19	-.88		
Distancia social	3.45 ±.98	1.91 ±1.00	1-5	-.34	.85	-.10	-.11		
He reducido el número de contactos sociales con amigos.	3.54 ±1.26	1.84 ±1.10	1-5	-.56	1.19	-.68	.59		
He reducido el número de contactos sociales con familia.	3.70 ±.25	1.92 ±1.13	1-5	-.78	1.00	-.38	-.04		
He reducido las actividades de ocio: evito ir a bares o eventos públicos.	3.29 ±1.34	1.88 ±1.12	1-5	-.32	1.07	-1.02	.18		
He reducido o cambiado el tipo de actividades deportivas.	2.89 ±1.51	1.64 ±1.12	1-5	.02	1.66	-1.44	1.69		
Evito siempre que puedo el transporte público.	2.75 ±1.61	1.59 ±1.12	1-5	.24	1.83	-1.54	2.16		

Fuente: elaboración propia

El Gráfico 4 muestra el grado de adopción de cada una de las medidas. Las estrategias adoptadas más comunes fueron, tanto en el *Tiempo 1* como en el *Tiempo 2*, las relacionadas con la higiene.

GRÁFICO 4. Prácticas. Adopción de las medidas para reducir el riesgo personal de la COVID-19



Fuente: elaboración propia

4.2. PERCEPCIÓN DE ESTIGMATIZACIÓN.

La percepción de los estudiantes de estar siendo estigmatizados fue superior al punto de corte tanto en el Tiempo 1 (3.29 ± 0.67) como en el Tiempo 2 (3.20 ± 0.68). La percepción de estigmatización no disminuyó en la segunda medida en comparación con la primera, $t(861) = 1.72$, $p = 0.09$.

4.3. MIEDO AL COVID-19

La puntuación media de los participantes en la FCV-19S (Ahorsu et al., 2020; Martínez-Lorca et al., 2020) fue de 15.08 ± 5.75 en el Tiempo 1 y

de 12.11 ± 4.83 en el Tiempo 2. Esta disminución en las puntuaciones fueron significativas, $t(594.80) = 7.85$, $p < .001$.

4.4. CALIDAD DE VIDA.

Con el objetivo de poder comparar las puntuaciones de la WHOQOL-BREF se transformaron las puntuaciones de un rango 4-20 a un rango de 0-100 (WHO, 1996). Tanto en el *Tiempo 1* como en el *Tiempo 2* las puntuaciones transformadas fueron: 63 para *Salud Física*, 31 para el *Bienestar Psicológico*, 56 para *Relaciones Sociales* y 63 para *Medio Ambiente*. Sin embargo, analizando las puntuaciones medias de cada uno de los dominios los resultados mostraron que la calidad de vida aumentó transcurridos dos años en comparación con uno significativamente para *Salud Física* ($M_{T1} = 13.96 \pm 2.73$; $M_{T2} = 14.60 \pm 2.70$; $t(861) = -3.15$, $p = .002$) y para el *Bienestar Psicológico* ($M_{T1} = 12.81 \pm 3.04$; $M_{T2} = 13.36 \pm 3.11$; $t(861) = -2.44$, $p = .02$). En promedio, se encontró que los participantes en este estudio reportaron una *Calidad de Vida* más baja que las normas generales para el rango de edad de 20 a 29 años en todos los dominios (Hawthorne et al, 2006), los participantes reportaron las peores puntuaciones en *Bienestar Psicológico* y en *Relaciones Sociales* tanto en el *Tiempo 1* como en el *Tiempo 2*.

Las puntuaciones medias globales fueron, para la *Calidad de Vida Autoevaluada* de $3.65 \pm .93$ en el *Tiempo 1* y de $3.73 \pm .88$ en el *Tiempo 2*, y para la *Satisfacción con la Salud* de 3.61 ± 1.04 en el *Tiempo 1* y de 3.63 ± 1.03 en el *Tiempo 2*. No hubo diferencias significativas en las puntuaciones globales ($p < .21$).

4.5. RELACIONES DE LAS VARIABLES CON CALIDAD DE VIDA

ESTIGMATIZACIÓN

Los análisis de regresión del *Índice de Percepción de Estigmatización* y el *Tiempo de medición* sobre los diferentes dominios de la *Calidad de Vida* mostraron un efecto principal del *Índice de Percepción de Estigmatización* sobre dos de las dimensiones de la *Calidad de Vida*, así como en los dos ítems globales. Aquellos participantes que reportaron mayores percepciones de estigmatización también señalaron una peor *Calidad*

de Vida en el dominio *Salud Física* y de *Bienestar Psicológico*, en su autoevaluación global de la calidad de vida y en la satisfacción con la salud en comparación con aquellos que habían reportado menores puntuaciones en el índice de estigmatización ($B_{CdDSF} = -.30$, $t(859) = -2.16$, $p = .03$ 95% CI: $[-.57, -.03]$; $B_{CdDBP} = -.67$, $t(859) = -4.41$, $p < .001$ 95% CI: $[-.93, -.37]$; $B_{CdDAU} = -.11$, $t(859) = -2.34$, $p = .02$, 95% CI: $[-.20, -.02]$; $B_{CdDSS} = -.17$, $t(859) = -3.21$, $p < .001$ 95% CI: $[-.27, -.07]$). La Calidad de Vida en sus dominios *Salud Física* y *Bienestar Psicológico* fue mayor en los participantes del *Tiempo 1* de medición en comparación con el *Tiempo 2* ($B_{CdDSF} = .61$, $t(859) = 3.03$, $p = .003$ 95% CI: $[.22, 1.00]$; $B_{CdDBP} = .49$, $t(859) = .20$, $p = .03$ 95% CI: $[.05, .93]$).

MIEDO AL COVID-19

Los resultados de los análisis de regresión del *Miedo* y el *Tiempo de medición* sobre la *Calidad de Vida* mostraron que aquellos participantes que reportaron mayores niveles de miedo informaron de una peor calidad de vida para el dominio *Salud Física* ($B = -.15$, $t(859) = -9.38$, $p < .001$ 95% CI: $[-.18, -.12]$), el *Bienestar Psicológico* ($B = -.14$, $t(859) = -7.68$, $p < .001$ 95% CI: $[-.18, -.11]$), las *Relaciones Sociales* ($B = -.10$, $t(859) = -4.29$, $p < .001$ 95% CI: $[-.14, -.05]$), el *Medio Ambiente* ($B = -.13$, $t(859) = -8.56$, $p < .001$ 95% CI: $[-.16, -.10]$), la *Calidad de Vida Autoevaluada* ($B = -.03$, $t(859) = -5.46$, $p < .001$ 95% CI: $[-.04, -.02]$) y la *Satisfacción con la Salud* ($B = -.05$, $t(859) = -7.71$, $p < .001$ 95% CI: $[-.06, -.04]$). Estos análisis además revelaron una doble interacción significativa entre el *Miedo* y el *Tiempo de medición* sobre la *Calidad de Vida* en su relación con el dominio del *Medio Ambiente* ($B = -.07$, $t(859) = -2.08$, $p = .04$ 95% CI: $[-.14, -.004]$). Tal y como se puede observar en el Gráfico 5 el efecto del *Miedo* sobre las puntuaciones de la calidad de vida se acentúa en el *Tiempo 1*.

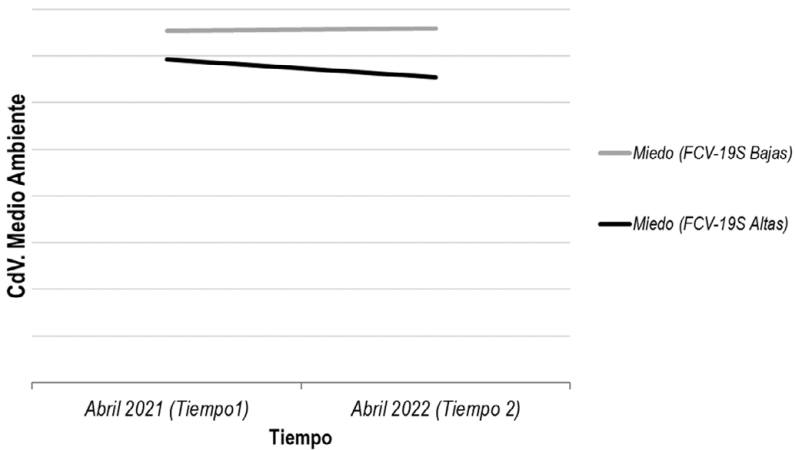
¹ CdDSF. Calidad de Vida. Salud Física.

² CdDBP. Calidad de Vida. Bienestar Psicológico

³ CdDAU. Calidad de Vida Global. Autoevaluada

⁴ CdDSS. Calidad de Vida Global. Satisfacción con la Salud.

GRÁFICO 5. Calidad de Vida dominio Medio Ambiente en función del Miedo (FCV-19S) y el Tiempo de medición.



Fuente: elaboración propia

5. DISCUSIÓN

Este estudio ofrece una panorámica de los efectos de la COVID-19 en estudiantes de universidades españolas transcurridos uno y dos años del confinamiento.

En coherencia con otros estudios con muestras similares en relación con el KAP (Alzoubi et al., 2020; Aynalem et al., 2021; Duong et al., 2021; Licata et al., 2021), el conocimiento de la sintomatología y de las vías de transmisión fue satisfactorio en ambos tiempos de medida. El conocimiento de la sintomatología aumentó transcurridos los dos años del confinamiento mientras que el conocimiento de las vías de propagación disminuyó. Las percepciones de los participantes sobre su propio riesgo de adquirir COVID-19 y el impacto percibido en su salud promedio disminuyeron en el segundo tiempo de medición. En ambos tiempos de medición el riesgo percibido de propagar la enfermedad fue mayor que el riesgo percibido de contraer COVID-19. Además, los participantes señalaron estar en mayor riesgo de contraer COVID-19 que de desarrollar síntomas severos o incluso morir. Estos resultados son coherentes con quienes afirman que, aunque las personas pueden ser conscientes en

cierta medida del riesgo de la COVID-19, suelen subestimar su riesgo personal (Wise et al., 2020). La percepción de consecuencias negativas, tanto en el momento de la recogida de datos como a futuro, o en ellos mismos o de los jóvenes en general, disminuyeron tras dos años de confinamiento en comparación al primer año. En ambos casos, percibieron mayores consecuencias para la juventud en general que para ellos mismos, señalando creer que como producto de la pandemia los jóvenes tendrán en el futuro problemas para el empleo, económicos, psicológicos y sociales. La adopción de prácticas para prevenir la COVID-19 por parte de los participantes también fue satisfactoria, al igual que en otras muestras de estudiantes universitarios (Alzoubi et al., 2020; Duong et al., 2021; Licata et al., 2021).

Los resultados de este estudio muestran que la calidad de vida aumentó transcurridos dos años en comparación con uno, en concreto la calidad de vida relacionada con la salud física y el bienestar psicológico. Sin embargo, se reportó una Calidad de Vida más pobre que la general para este rango de edad (Hawthorne et al., 2006). En particular la relacionada con el bienestar psicológico y las relaciones sociales. Es importante señalar que, transcurridos dos años, las puntuaciones globales no mejoraron con respecto al año anterior.

A pesar de que las puntuaciones del KAP fueron satisfactorias, los estudiantes informaron sentirse estigmatizados por la sociedad en coherencia con estudios que señalan que la representación de los jóvenes durante la pandemia ha sido de criminalización (Arévalo, 2020). Mayores percepciones de estigmatización se correspondieron con una calidad de vida más pobre en relación a la salud física, el bienestar psicológico, la calidad de vida autopercibida y la satisfacción con la salud.

Como en otros estudios realizados en España con estudiantes universitarios, nuestros resultados no reflejaron puntuaciones altas de miedo, aunque sí sugieren la presencia del mismo (Martínez-Lorca et al., 2020). Esta presencia de miedo disminuyó transcurridos dos años. Sin embargo, es importante resaltar que las personas que referían sentir más miedo a la enfermedad informaban de una peor calidad de vida tanto en las cuatro dimensiones como en los índices globales.

Este estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar, aunque intentamos llegar a todas las universidades españolas, no lo conseguimos, por tanto, puede que la muestra no sea representativa de todos los estudiantes universitarios españoles. En segundo lugar, pueden haber existido sesgos de respuesta en los cuestionarios en línea y autoinformados. Sin conexión a Internet, los encuestados no podían dar su opinión, el estudio no podía llegar a estas poblaciones.

6. CONCLUSIONES

Es importante tomar en consideración el uso del miedo y del enfoque que se hace sobre los estudiantes universitarios en el discurso mediático (Arévalo, 2020).

Los participantes de este estudio reportan una calidad de vida por debajo de la norma general para su rango de edad. Además, el estigma y el miedo están relacionados con la calidad de vida. Una mayor estigmatización o un nivel mayor de miedo se corresponde con una peor calidad de vida.

Además, con los altos niveles de miedo, es posible que las personas no piensen con claridad y racionalidad al reaccionar ante la COVID-19 (Ahorsu et al. 2020; Martínez-Lorca et al., 2020). Aunque, los participantes de este estudio señalan niveles de KAP satisfactorios, algunos estudios señalan que estrategias de prevención para la COVID-19, no han sido tomadas en serio por las poblaciones de adolescentes y adultos jóvenes (Abbot et al., 2020; Angelo et al., 2021; Barrett y Cheung, 2021; Cohen et al., 2020; Dhanaraj et al., 2021; Van Nhu et al., 2020; WHO, 2021) es de especial relevancia tratar de no fomentar estigmatizaciones, prejuicios y estereotipos sobre colectivos y buscar otras estrategias para llegar a los jóvenes.

7. REFERENCIAS

Abbott, A., Askelson, N., Scherer, A. M. y Afifi, R. A. (2020). Critical reflections on COVID-19 communication efforts targeting adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 67(2), 159-160.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.05.013>

- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., y Pakpour, A. H. (2020). The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. *International journal of mental health and addiction*, 20, 1537-1545. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Ajilore, K., Atakiti, I. y Onyenakeya, K. (2017). College students' knowledge, attitudes and adherence to public service announcements on Ebola in Nigeria: Suggestions for improving future Ebola prevention education programmes. *Health Education Journal*, 76, 648–660. <https://doi.org/10.1177/0017896917710969>
- Alzoubi, H., Alnawaiseh, N., Al-Mnayyis, A. A., Abu-Lubad, M., Aqel, A. y Al-Shagahin, H. (2020). COVID-19: conocimiento, actitud y práctica entre estudiantes universitarios médicos y no médicos en Jordania. *J Pure Appl Microbiol*, 14 (1), 17-24. <https://doi.org/10.22207/JPAM.14.1.04>
- Angelo, A. T., Alemayehu, D. S. y Dacho, A. M. (2021). Knowledge, attitudes, and practices toward covid-19 and associated factors among university students in Mizan Tepi University, 2020. *Infection and drug resistance*, 14, 349-360. <https://doi.org/10.2147/IDR.S299576>
- Arévalo. I. A. (2020). Los desafíos éticos de los medios informativos en la cobertura de la Covid-19. *ComHumanitas: revista científica de comunicación*, 11(3), 41-55. <https://doi.org/10.31207/rch.v11i3.273>
- Aynalem, Y. A., Akalu, T. Y., Gebresellassie Gebregiorgis, B., Sharew, N. T., Assefa, H. K. y Shiferaw, W. S. (2021). Assessment of undergraduate student knowledge, attitude, and practices towards COVID-19 in Debre Berhan University, Ethiopia. *PloS one*, 16(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250444>
- Barrett, C. y Cheung, K. L. (2021). Knowledge, socio-cognitive perceptions and the practice of hand hygiene and social distancing during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study of UK university students. *BMC public health*, 21(1), 426. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10461-0>
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., y 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).
- Caleo, G., Duncombe, J., Jephcott, F., Lokuge, K., Mills, C., Looijen, E., ... y Greig, J. (2018). The factors affecting household transmission dynamics and community compliance with Ebola control measures: a mixed-methods study in a rural village in Sierra Leone. *BMC public health*, 18(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5158-6>
- Cohen, A. K., Hoyt, L. T. y Dull, B. (2020). A Descriptive Study of COVID-19 Related Experiences and Perspectives of a National Sample of College

- Students in Spring 2020. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 834.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19020834>
- CRUE-Universidades Españolas (2020). La universidad frente a la pandemia: actuaciones de CRUE Universidades Españolas ante la COVID-19.
<https://www.crue.org/wp-content/uploads/2020/12/La-Universidad-frente-a-la-Pandemia.pdf>
- Dhanaraj, V., Natarajan, G., Asha, J., Revathy, P. R., Mohan, D. y Udayakumar, J. R. (2021). COVID-19 knowledge, misconceptions and practices among the non-medical college students in Tamil Nadu. *Journal of Medical y Allied Sciences*, 11(1), 77-83. <https://doi.org/10.5455/jmas.7787>
- DiGiovanni, C., Conley, J., Chiu, D., y Zaborski, J. (2004). Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. *Biosecurity and bioterrorism: biodefense strategy, practice, and science*, 2(4), 265-272. <https://doi.org/10.1089/bsp.2004.2.265>
- Dragun, R., Veček, N. N., Marendić, M., Pribisalić, A., Đivić, G., Cena, H., ... y Kolčić, I. (2020). Have lifestyle habits and psychological well-being changed among adolescents and medical students due to COVID-19 lockdown in Croatia? *Nutrients*, 13(1), 97.
<https://doi.org/10.3390/nul3010097>
- Duong, M. C., Nguyen, H. T. y Duong, B. T. (2021). A cross-sectional study of knowledge, attitude, and practice towards face mask use amid the COVID-19 pandemic amongst university students in Vietnam. *Journal of community health*, 46(5), 975-981. <https://doi.org/10.1007/s10900-021-00981-6>
- Epifanio, M. S., Andrei, F., Mancini, G., Agostini, F., Piombo, M. A., Spicuzza, V., ... y La Grutta, S. (2021). The impact of COVID-19 pandemic and lockdown measures on quality of life among Italian general population. *Journal of Clinical Medicine*, 10(2), 289.
<https://doi.org/10.3390/jcm10020289>
- Goodman, L. A. (1961). Snowball sampling. *The annals of mathematical statistics*, 32, 148-170.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford publications.
- Hawthorne, G., Herrman, H., y Murphy, B. (2006). Interpreting the WHOQOL-BREF: Preliminary population norms and effect sizes. *Social Indicators Research*, 77(1), 37-59. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-5552-1>
- 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>

- Kaparounaki, C. K., Patsali, M. E., Mousa, D. P. V., Papadopoulou, E. V., Papadopoulou, K. K., y Fountoulakis, K. N. (2020). University students' mental health amidst the COVID-19 quarantine in Greece. *Psychiatry research*, 290, 113111. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113111>
- Lardone, A., Sorrentino, P., Giancamilli, F., Palombi, T., Simper, T., Mandolesi, L., ... y Galli, F. (2020). Psychosocial variables and quality of life during the COVID-19 lockdown: a correlational study on a convenience sample of young Italians. *PeerJ*, 8, e10611. <https://doi.org/10.7717/peerj.10611>
- Licata, F., Oliverio, A., Di Gennaro, G., Nobile, C. G. A. y Bianco, A. (2021). Insight on knowledge, risk perception and practices to prevent the spread of covid-19: a cross-sectional study among Italian university students. *Applied Sciences*, 11(19), 9031. <https://doi.org/10.3390/app11199031>
- Lucas-Carrasco, R. (2012). The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality of life Research*, 21(1), 161-165. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9926-3>
- Lucas-Carrasco, R. (1998). Versión Española del WHOQOL. Editorial Ergón.
- Marelli, S., Castelnuovo, A., Somma, A., Castronovo, V., Mombelli, S., Bottoni, D., ... y Ferini-Strambi, L. (2021). Impact of COVID-19 lockdown on sleep quality in university students and administration staff. *Journal of neurology*, 268(1), 8-15. <https://doi.org/10.1007/s00415-020-10056-6>
- Martínez-Lorca, M., Martínez-Lorca, A., Criado-Álvarez, J. J., Cabañas Armesilla, M. D. y Latorre, J. M. (2020). The fear of COVID-19 scale: Validation in spanish university students. *Psychiatry Research*, 293, 113350. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113350>
- Norman, P., Wilding, S. y Conner, M. (2020). Reasoned action approach and compliance with recommended behaviours to prevent the transmission of the SARS-CoV-2 virus in the UK. *British Journal of Health Psychology*, 25, 1006–1019. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12474>
- Pan, P. J., Chang, S. H., y 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>
- Pakpour, A. H., y Griffiths, M. D. (2020). The fear of COVID-19 and its role in preventive behaviors. *Journal of concurrent disorders*, 2(1), 58-63.
- Pellecchia, U., Crestani, R., Decroo, T., Van den Bergh, R., y Al-Kourdi, Y. (2015). Social consequences of Ebola containment measures in Liberia. *PloS one*, 10(12), e0143036. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143036>

- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado, 67, de 14 de marzo de 2020. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>
- Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2. Boletín Oficial del Estado, 282, de 25 de octubre de 2020. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/10/25/926>
- Real Decreto 956/2020, de 3 de noviembre, por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2. Boletín Oficial del Estado, 291, de 4 de noviembre de 2020. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/11/03/956>
- Reynolds, D. L., Garay, J. R., Deamond, S. L., Moran, M. K., Gold, W., y Styra, R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology y Infection*, 136(7), 997-1007. <https://doi.org/10.1017/S0950268807009156>
- Riiser, K., Helseth, S., Haraldstad, K., Torbjørnsen, A., y Richardsen, K. R. (2020). Adolescents' health literacy, health protective measures, and health-related quality of life during the Covid-19 pandemic. *PloS one*, 15(8), e0238161. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238161>
- Rubin, G. J., y Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *Bmj*, 368, m313. <https://doi.org/10.1136/bmj.m313>
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., y 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>
- Solomou, I., y Constantinidou, F. (2020). Prevalence and predictors of anxiety and depression symptoms during the COVID-19 pandemic and compliance with precautionary measures: age and sex matter. *International journal of environmental research and public health*, 17(14), 4924. <https://doi.org/10.3390/ijerph17144924>
- Qiu, J., Shen, B., y Zhao, M. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*. 33, e100213. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>.
- Van Nhu, H., Tuyet-Hanh, T. T., Van, N., Linh, T. y Tien, T. Q. (2020). Knowledge, Attitudes, and Practices of the Vietnamese as Key Factors in Controlling COVID-19. *Journal of community health*, 45(6), 1263–1269. <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00919-4>

- Wise, T., Zbozinek, T. D., Michelini, G., Hagan, C. C. y Mobbs, D. (2020). Changes in risk perception and self-reported protective behaviour during the first week of the COVID-19 pandemic in the United States: COVID-19 risk perception and behavior. *Royal Society open science*, 7(9), 200742. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.c.5120379>
- World Health Organization. (1996). WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996 World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF>
- World Health Organization. (2021). Young people and COVID-19: behavioural considerations for promoting safe behaviours: policy brief. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341695>
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
- WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2(2), 153–159. <https://doi.org/10.1007/BF00435734>