



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA

Curso 2020-2021

Trabajo Fin de Máster

La atención a la salud mental durante el confinamiento por
COVID-19: una prioridad desatendida

Autor/a: Sandra Fernández Fernández

Tutores: José Antonio Piqueras Rodríguez

Raquel Falcó García

Convocatoria; febrero 2021

Resumen

La COVID-19 ha ejercido un fuerte impacto emocional, socioeconómico, conductual y de cambio de prioridades para toda la población. Una de las consecuencias del confinamiento fue la interrupción de muchas terapias psicológicas y la imposibilidad de recibir asistencia psicológica de forma presencial. Por ello, el objetivo del estudio fue examinar cómo se asocian determinados factores de protección (resiliencia), y de riesgo (grado de interferencia del Covid-19 y confinamiento y miedo al Covid-19), así como el nivel de salud mental bidimensional, con la presencia de problemas ocasionados por la pandemia y el confinamiento y el hecho de recibir o no terapia. Para ello, se contó con una muestra de 599 sujetos que cumplimentaron online, en los meses de abril a julio, cuestiones relacionadas con; el grado de interferencia y el miedo al COVID-19, sintomatología ansiosa y depresiva, resiliencia, estrés agudo y bienestar general, así como cuestiones relacionadas con recibir o no apoyo psicológico y, la presencia de problemas emocionales ocasionados por el confinamiento y la pandemia. Los resultados indicaron peor salud mental general, y menor grado de resiliencia y bienestar subjetivo en el grupo que recibía terapia, seguido del grupo que no recibía, a pesar de reportar problemas y, por último, el grupo que ni recibe terapia ni reporta tener problemas. Además, se encontró que el grupo que reporta problemas, pero no recibe terapia presenta problemas similares al grupo que sí cuenta con este apoyo. Estos resultados señalan la importancia y necesidad de garantizar asistencia psicológica durante una pandemia como esta.

Palabras clave: Covid-19, pandemia, ansiedad, estrés, depresión, salud mental, tratamiento, terapia, intervención.

Abstract

Covid-19 has had a strong emotional, socioeconomic, behavioural, and priority-shifting impact on the entire population. One of the consequences of confinement was the interruption of many psychological therapies and the impossibility of receiving psychological assistance on regular basis in person. Therefore, the aim of the current study was to examine how certain protective factors (resilience) and risk factors (degree of interference of Covid-19 and confinement and fear of it), as well as the level of two-dimensional mental health, are associated with the presence or absence of problems caused by the pandemic and, the fact of receiving therapy or not. To accomplish this, a sample of 599 people completed, from April to July, an online questionnaire with different scales related to; the degree of interference and fear of Covid-19, anxiety and depressive symptoms, stress, resilience, and general well-being, as well as questions related to attending or not to therapy and presence or absence of emotional problems caused by confinement and the pandemic. The result indicated poorer general mental health, and lower degree of resilience and well-being in the group that received therapy, followed by the group that did not attend, despite reporting problems and, finally the group that neither attended to therapy nor reported problems. In addition, it was found that the group that reports problems, but not attends therapy, presents similar problems to the group that attends therapy. These results indicate the importance and need to ensure therapy during a pandemic like this one.

Key words: Covid-19, pandemic, anxiety, stress, depression, mental health, treatment, therapy, intervention.

Introducción

La Covid-19, reconocida oficialmente el 11 de marzo como pandemia internacional por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), se ha propagado desde entonces de forma ininterrumpida y creciente a nivel mundial (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2021). En España se anunció la primera víctima por Covid-19 el 4 de marzo, llegando a 51.430 fallecidos a fecha de 5 de enero de 2021 (Ministerio de Sanidad, 2021). Ante esta situación, muchos gobiernos han aplicado medidas de emergencia excepcionales. Concretamente en España, el 14 de marzo, se estableció mediante el Real Decreto 463/2020 un estado de alarma, el cual imponía medidas drásticas de confinamiento, cuarentena y aislamiento social; permitiéndose únicamente las salidas relacionadas con la obtención de bienes de primera necesidad, medicinas y alimentos y/o la asistencia a centros sanitarios o laborales (BOE-A-2020-3692).

Aunque las medidas de distanciamiento, aislamiento y cuarentena son adoptadas para proteger la salud física de los individuos, existen evidencias que señalan la enorme repercusión que estas acciones necesarias han generado en la salud mental de la población (Mahbub et al., 2020). Una investigación llevada a cabo por un equipo de expertos de diferentes disciplinas (Holmes et al., 2020), situaron las preocupaciones sobre el malestar físico, por debajo de las relacionadas con las repercusiones sociales y psicológicas; encontrando altos niveles de malestar generalizado, así como sensación de falta de libertad y soledad. Además, conocemos que estos sentimientos mal gestionados, mencionados en el estudio anterior, pueden desencadenar en procesos más complejos, tales como sintomatología ansiosa, depresiva y trastorno de estrés postraumático (González-Sanguino et al., 2020).

Resulta evidente que la mayoría de la población está sometida a niveles elevados de estrés motivados por este contexto, siendo notable el incremento de sintomatología ansiosa. Así, por ejemplo, Brooks et al. (2020) encontraron que el 7% de los participantes presentaban síntomas de estrés postraumático, asociándose, la mayor parte de éstos, a trastornos de estrés agudo. Roy et al. (2020) también investigaron los niveles de ansiedad asociados a la pandemia, así como el miedo a adquirir la infección de COVID-19, e indicaron que un 72% de los participantes estaban preocupados por ellos y sus familiares y un 40% tenía miedo a una posible infección. En el primer estudio sobre el impacto psicológico en España González-Sanguino et al. (2020) señalaron que un 18.7% de la muestra podría tener un posible diagnóstico de depresión y un 21.6% probabilidades de un posible diagnóstico de ansiedad, cifras muy similares a las encontradas en otras investigaciones internacionales (Pappa et al., 2020; Wang et al., 2020).

Además, no se ha visto únicamente afectada la vida social sino también ha habido un fuerte impacto en la situación política y económica (Fundación Deloitte et al., 2020). Así, por ejemplo, antes de la crisis la mayoría de los participantes de una encuesta llevada a cabo en la ciudad de Madrid tenía empleo (72.1%), mientras que después de la misma casi un 12% de ellos habían visto reducido su sueldo o les ha habido afectado un ERTE (Madrid Salud, 2020).

Es importante hacer referencia a las repercusiones socioeconómicas, puesto que los niveles de desempleo, inestabilidad financiera y pobreza están asociados con el aumento de psicopatología en los afectados (Frasquilho et al., 2015), así como el aumento de la demanda en atención psicológica, dando lugar a necesidades de tratamiento insatisfechas (Silva et al., 2020).

En este sentido, pese a la evidencia y consideración del impacto psicológico como un elemento fundamental para tener en cuenta en la respuesta frente a la crisis sanitaria,

la inversión de los gobiernos en salud mental sigue siendo extremadamente escasa, especialmente en entornos con recursos limitados (OMS, 2020). Atendiendo a una breve evaluación puesta en marcha por la Organización Mundial de la Salud (2020), la mayoría de los países participantes, el 89%, consideran que la salud mental y el apoyo psicosocial son aspectos imprescindibles en los planes de acción frente al Covid-19. Sin embargo, solo un 17% de estos países han asegurado un presupuesto adicional para llevar a cabo iniciativas que atiendan esta necesidad. Este aumento en los presupuestos destinados a atención psicológica lleva tiempo reclamándose, pero se ha puesto aún más de manifiesto ante esta situación de emergencia (Chacón-Fuertes et al, 2020)

Este escenario ha ocurrido en un momento en el que ya existía una necesidad de atención psicológica, como así lo informó el último informe sobre el panorama de salud en Europa (Health at a Glance; Europe, 2019). Este informe manifestó que una de cada dos personas experimenta un problema de salud mental durante su vida. Además, un informe previo de salud mental llevado a cabo por el Ministerio de Sanidad (2017) ya indicaba que el 5.4% de los participantes había solicitado ayuda psicológica ese año, siendo un 10.8% diagnosticados con algún problema de salud mental, un 10.7% consumía tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir y un 5.6% tomaba antidepresivos o estimulantes. Estos datos son relevantes puesto que el impacto psicológico podría ser incluso mayor para aquellas personas más vulnerables con psicopatologías previas y/o que sufren la interrupción de la necesitada psicoterapia tan escasamente extendida (Inchausti et al., 2020).

Estos antecedentes se complementan con las conclusiones alcanzadas en el primer estudio llevado a cabo por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2020) sobre los efectos y consecuencias del Covid-19. Este estudio indica que, durante los doce meses anteriores al periodo de confinamiento, un 8.6% de los encuestados recurrió a

ayuda profesional debido a su estado de ánimo y situación emocional, siendo el psicólogo el profesional elegido por el 63.8%. Con el inicio de la pandemia en el mes de marzo, el porcentaje de personas que solicitaron ayuda profesional aumentó en un 7.3%, acudiendo a un/a psicólogo/a sólo el 50% de estos casos. Sin embargo, dadas las características excepcionales del virus, muchos servicios de salud mental se han visto afectados y paralizados cuando en algunos casos ya eran deficientes, por lo que muchos países están respondiendo con efectivas e innovadoras estrategias como la teleasistencia (Irvine et al., 2020)

Teniendo en consideración este panorama, podríamos intuir que el aumento de la demanda en atención psicológica está asociado con un aumento de problemas relacionados con la pandemia y estos a su vez sabemos que están relacionados con un inicio o agudización de psicopatología (Gonzalez-Sanguino et., al 2020; Frasilho et al., 2016). De igual modo, se podría hipotetizar que las personas que acuden a terapia disponen de un apoyo y un cuidado que potencialmente puede mejorar su salud mental frente a aquellos que tienen problemas, pero no acuden a terapia. Sin embargo, no se ha encontrado literatura al respecto, por ello se considera importante la presente investigación.

De lo que no cabe duda es que la Covid-19 ha provocado un importante impacto a nivel mundial y ha puesto en evidencia la capacidad de resiliencia de la población. Si bien es cierto, sabemos que el hecho de vivir situaciones adversas puede generar la oportunidad de desarrollar nuestros propios recursos y crear mayor fortaleza psicológica (Ivzan et al., 2016) e incluso generar un crecimiento personal postraumático (Prieto-Ursúa y Jódar, 2020). Por ello, para poder comprender mejor el impacto de la Covid-19, es igual de relevante tener en consideración aquellos factores atenuantes del impacto en la salud mental, que puedan estar relacionados con la resiliencia (Chen y Bonanno, 2020).

En este sentido encontramos que la autoeficacia, el desarrollo de una visión optimista, mayor educación y ser autónomo, debido a la visión emprendedora y al desarrollo de habilidades efectivas, son también variables consideradas protectoras, que pueden predecir resiliencia y amortiguar las consecuencias negativas del virus (Robles-Bello et al., 2020). Este estudio manifiesta la importancia de invertir esfuerzos que dirijan su acción en mejoras en educación ya que puede ayudar a salvaguardar el bienestar psicológico de la población frente al coronavirus.

En este marco se puede pensar que estamos viviendo en un momento único en el que la resiliencia puede considerarse un fenómeno imprescindible en el proceso de recuperación de los efectos de la pandemia, la cual se podría catalogarse como un factor protector o amortiguador (Chen y Bonanno, 2020; Fergus y Zimmerman, 2005; García del Castillo et al., 2016). Algunos estudios han encontrado relación entre altos niveles de resiliencia y bajos niveles de psicopatología depresiva, ansiedad y estrés (Hjemdal et al., 2011), recientemente ha sido considerada como un fenómeno por el cual muchas personas mantienen su salud mental, a pesar de estar expuestas a adversidades psicológicas o físicas (Kalisch et al., 2017).

En este contexto, resulta interesante conocer cómo se asocian determinados factores de protección (resiliencia), y de riesgo (miedo a la COVID-19 y grado de interferencia generado por la COVID-19), así como el nivel de salud mental bidimensional (entendida como presencia de malestar, que incluye ansiedad, depresión, estrés agudo y bienestar psicológico) con la presencia o no de problemas psicológicos y la posibilidad de psicoterapia o no. Así se conformaron tres grupos: personas que no han reportado problemas psicológicos por el COVID-19 y no van a terapia (grupo asintomático), personas que si reportan problemas y van a terapia (grupo en tratamiento) y aquellas personas que reportan problemas, pero no reciben terapia (grupo de riesgo).

Basándonos en este objetivo general, deseábamos investigar (objetivos específicos): (a) Conocer como afectó la irrupción de la crisis sanitaria sobre las personas y comprobar si los problemas son semejantes en aquellos que demandan ayuda profesional y los que no lo hacen aun reconociendo problemas (b) examinar la prevalencia de problemas mentales autopercebidos relacionados con la crisis sanitaria (bienestar y malestar psicológico), así como los niveles de fortalezas psicológicas (resiliencia) y factores de riesgo (grado de interferencia y miedo de la pandemia) y, (c) determinar entre qué grupos se encuentran y que magnitud tienen estas diferencias.

Esperamos hallar: 1. que los problemas en personas en tratamiento y en los que no reciben tratamiento pero también reportan problemas, sean semejantes; 2. que las personas que reciben tratamiento presenten tasas mayores de prevalencia de problemas mentales y menores de alta resiliencia y alto bienestar seguidos de los que están en riesgo (por presentar problemas y no recibir tratamiento) y por último las personas sin problemas, y 3. que se encuentren diferencias entre los tres grupos en el sentido de que las personas en tratamiento presentarán más problemas que las personas en riesgo y estos a su vez mayores que las personas asintomáticas.

Metodología

Participantes

Un total de 1.020 estudiantes y trabajadores de la Universidad Miguel Hernández de Elche, participaron de forma voluntaria en el estudio “RECUR-SOS COVID19: RECURSOS Y FORTALEZAS PSICOLÓGICAS SOS CONTRA EL COVID-19” (DPS.JPR.01.20) aprobado por el comité ético de esta misma universidad. Para los análisis finales fueron considerados aquellos sujetos que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión; 1) haber firmado el consentimiento informado 2) haber respondido a las preguntas relacionadas con la asistencia a atención psicológica antes y/o durante el

confinamiento, 3) haber respondido a la cuestión con qué problemática se ha solicitado o se recibe la atención psicológica o, en el caso de no estar recibiendo esta atención haber contestado si se ha percibido alguna problemática y de qué tipo como consecuencia del Covid-19 y, por último, 4) haber respondido a todos los cuestionarios analizados en la investigación.

Tras pasar este filtro se contó con una muestra de 599 participantes, los cuales fueron mayoritariamente mujeres, el 70.8% de la muestra, con una edad media de 37.2 años (DT= 13.26), siendo el 56.1% del total, trabajadores en activo (n=336), un 30.60% estudiantes (n=183) y, el resto, un 12.9%, trabajadores inactivos (desempleados, ERTE o jubilación).

Variables e Instrumentos

Los instrumentos empleados para medir las variables de estudio fueron los siguientes:

- a) Cuestionario de datos sociodemográficos ad hoc. Recoge datos como son: la edad, el sexo, la situación laboral (en ERTE, teletrabajo, en situación de desempleo, estudiante...) y, preguntas relacionadas con la búsqueda de ayuda profesional (si se recibía tratamiento con anterioridad al confinamiento, si se continuó, o por el contrario se abandonó o, si se solicitó ayuda durante el mismo). Además, de manera condicionada en caso afirmativo, se preguntó por el tipo de ayuda necesitada en función de la problemática, o por la existencia o no de problemas derivados del Covid-19 en caso de no haber solicitado esta atención.
- b) Escala Miedo al COVID-19 (FCV-19S; Ahorsu et al., 2020). Escala Likert de cinco ítems, donde las respuestas incluyen desde *“totalmente en desacuerdo”* a *“muy de acuerdo”* en relación con 7 ítems. El total se calcula sumando la puntuación de cada ítem de 7 a 35. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es el

miedo a la Covid-19. La FCV-19S ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en múltiples lenguas y culturas. En este trabajo se utilizó la versión española validada por Piqueras et al. (2020), que cuenta con buenas propiedades psicométricas.

- c) Cuestionario del grado de interferencia del Covid-19 ad hoc. Escala Likert de 10 ítems donde las respuestas van desde “ningún impacto”, “ligero impacto” a “gran impacto” con 10 alternativas. La puntuación total se calcula sumando las puntuaciones de cada ítem, de 0 a 100. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es el grado de interferencia ocasionado por la Covid-19.
- d) Escala de Resiliencia CD-RISC-10 de Connor y Davidson, (2003) y Notorio-Pacheco et al., (2011). Este cuestionario tiene una forma de respuesta tipo Likert de cinco puntos desde 1 “en absoluto” hasta 5 “casi siempre”, en relación con 10 ítems. La puntuación total se calcula sumando las respuestas de cada ítem, encontrando los puntos de corte en; menos de 30 baja resiliencia, entre 31 y 43 normal y, alta resiliencia para aquellos con una suma por encima de 43. En investigaciones previas encontramos una alta consistencia interna y en la versión española un alpha de Cronbach de .85 (Notorio-Pacheco et al., 2011).
- e) Escala revisada de impacto del estresor (IES-R; Weiss y Marmar, 1997), con la modificación del enunciado a “Desde que comenzó la crisis sanitaria y el confinamiento por COVID-19...”. Este cuestionario consta de 22 ítems y mide el estrés agudo agrupando los ítems en tres grupos; estrés por evitación, intrusión y activación. El total se calcula sumando la puntuación de cada ítem (de 0 a 88), las puntuaciones menores de 23 se consideran impacto psicológico normal, entre 24-32 leve, entre 33-36 moderado y 37 o más, impacto psicológico severo. Este

cuestionario ha sido validado mostrando una buena consistencia interna, con un alpha de Cronbach de .84 (Baguena, 2001).

- f) Índice de bienestar general-5 (Who-5; World Health Organization, 1998), escala que consta de cinco reactivos y cuya forma de respuesta es tipo Likert con 5 alternativas, desde "nunca" a "todos los días". Los participantes deben responder con qué frecuencia han sentido esas afirmaciones en las últimas dos semanas. El total se calcula sumando la puntuación de cada ítem (de 0 a 25). Cuanto mayor son las puntuaciones, mayor es el bienestar psicológico. En estudios previos se reportan buenas propiedades psicométricas (p.ej., Topp, Østergaard, Søndergaard, y Bech, 2015).
- g) Cuestionario breve de salud del paciente PHQ-4 (Kroenke, et al., 2009). Este instrumento es la versión abreviada del PHQ-9 (Kroenke, y Spitzer, 2002) y cuenta con cuatro ítems, los dos primeros miden la sintomatología depresiva PHQ-1 y los dos últimos miden la sintomatología ansiosa GAD-2. Es una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta desde "nunca" a "casi todos los días" y las puntuaciones totales se obtienen sumando los puntos de cada ítem. Estudios previos han mostrado una alta sensibilidad, con un punto de corte de 3 puntos para cada subprueba (Muñoz-Navarro et al., 2017) y buenas propiedades psicométricas (Cano-Vindel et al., 2018), con una consistencia interna de PHQ-4 = .72, PHQ-2 = .86 y GAD-2 = .76.

Procedimiento

Los datos analizados en el estudio fueron obtenidos a través de una encuesta online puesta en marcha del 21 de abril de 2020 al 21 de julio, por el Centro de Psicología Aplicada, en colaboración con el Vicerrectorado de inclusión, Sostenibilidad y Deporte y, cuyo objetivo fue poner a disposición de todo el estudiantado y personal de la

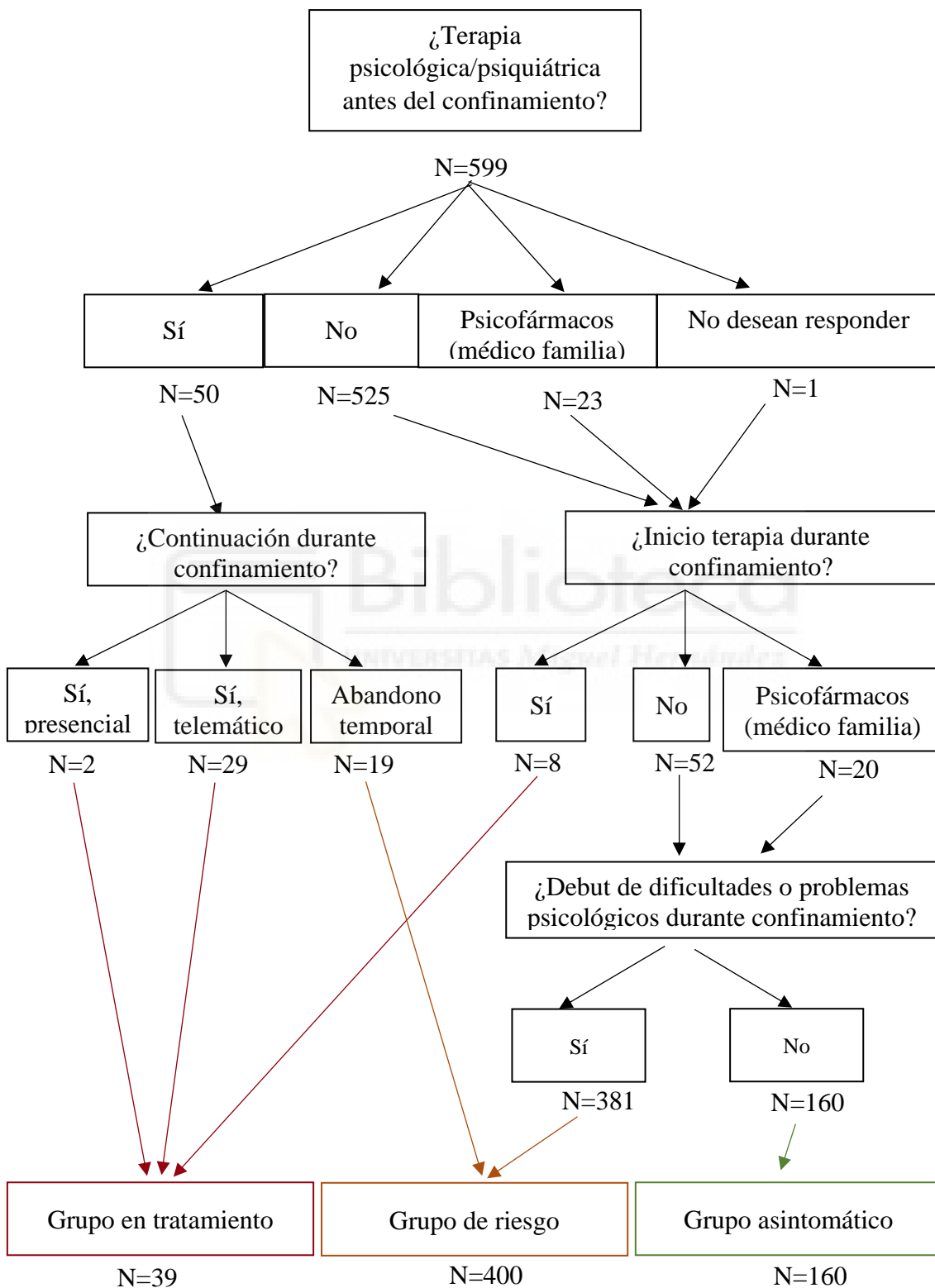
Universidad Miguel Hernández la encuesta que incluía un informe de autoevaluación centrado en la situación personal, indicar los puntos fuertes y débiles de cada participante en cuanto sus recursos personales y en dar orientaciones para un mejor afrontamiento del confinamiento.

De todos los datos obtenidos, se seleccionaron aquellos relevantes para la presente investigación y se procedió al posterior análisis.

Se crearon los tres grupos objeto de estudio, atendiendo a los criterios de recibir o no terapia psicológica y reporte de presencia o ausencia de problemática derivada de la crisis sanitaria (Figura 1). Así, contamos con tres niveles de la variable independiente, obtenidos agrupando la muestra de 599 sujetos en tres grupos: a) Grupo en tratamiento, este grupo reporta tener problemas y acude a terapia, supone el 6.51% de la muestra (n=39); b) Grupo de riesgo, grupo que no acude a terapia, pero sí reporta tener problemas como consecuencia del COVID-19, ocupa la mayor parte de la muestra el 66.78% (n=400); y c) Grupo asintomático, grupo que no acude a terapia y tampoco reporta tener problemas relacionados con la crisis sanitaria, supone el 26.71% de la muestra (n= 160).

Figura 1

Procedimiento de categorización de los grupos de comparación



Tipo de diseño

Diseño observacional de cohorte transversal.

Análisis de los datos

La codificación y tratamiento de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS 22.0 para Windows. Se realizaron análisis descriptivos en términos de frecuencias, medias y desviación típica de las diferentes variables analizadas y chi cuadrado para la comparación de las frecuencias de cada uno de los grupos en las diferentes variables dependientes.

Para el análisis de la fiabilidad interna de los instrumentos se utilizó el alpha de Cronbach, considerándose aceptables valores Alpha superiores a .70 (Nunnally y Bernstein, 1994).

A continuación, se realizó un ANOVA de un factor con el objetivo de comparar las medias obtenidas por los tres grupos en las diferentes variables analizadas. Posteriormente se emplearon pruebas post-hoc de comparaciones múltiples con la finalidad de conocer entre qué grupos se encontraban estas diferencias, utilizando el criterio Turkey, en las variables que presentaban homogeneidad de varianzas y criterio Games-Howel para el caso contrario.

Finalmente, se utilizó el índice d de Cohen para la interpretación de las magnitudes del tamaño del efecto de las diferencias de medias estandarizadas.

Resultados

Tal como se aprecia en la Tabla 1, existen diferencias significativas en las frecuencias de la mitad de los problemas reportados por los participantes entre los dos grupos que informan tener problemas

Tabla 1.*Prevalencia de problemas psicológicos autorreportados.*

Problemas psicológicos autorreportados	Total N = 439		Grupo en tratamiento N= 39		Grupo de riesgo N = 400		Chi ² (p)
	n	%	N	%	N	%	
Ansiedad / Preocupaciones / Miedos	220	36.7	27	69.2	193	48.3	6.26 (.01) *
Estrés / Sobrecarga laboral	192	32.1	13	33.3	178	44.5	1.80 (.18)
Estado de ánimo deprimido / Inestabilidad emocional	236	39.4	29	74.4	207	51.8	7.31 (.007) **
Problemas en el control de los impulsos y/o de la conducta	33	5.5	5	12.8	28	7	1.73 (.19)
Conductas repetitivas centradas en el cuerpo	43	7.2	2	5.1	41	10.3	1.06 (.30)
Obsesiones / Imágenes o pensamientos intrusivos	52	8.7	9	23.1	43	10.8	5.17 (.02) *
Compulsiones	14	2.3	2	5.1	12	3	.52 (.47)
Problemas de relación social	57	9.5	9	23.1	48	12	3.86 (.049)*
Alteración sueño-vigilia	205	34.2	10	25.6	195	48.8	7.62 (.006) **
Problemas de alimentación	140	23.4	7	17.9	133	33.3	1.25 (.26)
Somatización	31	5.2	7	17.9	24	6	7.73 (.005) **
Consumo de sustancias psicoactivas	34	5.7	3	7.7	31	7.8	.0002 (.99)
Adicción comportamental	13	2.2	-	-	12	3	-
Problemas relacionados con la sexualidad	13	2.2	1	2.6	12	3	0.03 (.86)
Vivencias traumáticas	23	3.8	10	25.6	13	3.3	35.89 (.00001) ***
Problemas neurocognitivos	19	3.2	4	10.3	15	3.8	6.44 (.011) *
Problemas en el neurodesarrollo	11	1.8	1	2.6	10	2.5	.0006 (.98)
Brotos psicóticos	1	.2	1	2.6	-	-	-
Derivados de patrones de personalidad	7	1.2	3	7.7	4	1	10.14 (.0014) *
No deseo contestar	3	.5	-	-	3	.8	-

Nota: (n) Número de participantes; (%) Porcentaje de participantes. $p < .05$; ** $< .01$; *** $< .001$

De estos grupos donde la diferencia es significativa, encontramos que, en la mayoría de los casos, a excepción de los problemas relacionados con el sueño, existe mayor prevalencia en el grupo que se encuentra en tratamiento, concretamente en; problemas relacionados con la ansiedad, depresión, somatizaciones, obsesiones, vivencias traumáticas y problemas neurocognitivos. En el resto de los problemas auto reportados, no se han encontrado diferencias significativas entre los dos grupos.

De manera global, también se aprecia que ambos grupos coinciden en que los problemas que a mayor número de sujetos han afectado, están relacionados con sintomatología depresiva, ansiosa y estrés. Encontrando más prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en el grupo en tratamiento que en el grupo de riesgo con un nivel de significación de 95%. Para el estrés las diferencias no son significativas.

Por otro lado, con el objetivo de tener una visión global de la muestra, si atendemos a las medias de las puntuaciones de las diferentes variables analizadas en la muestra total (Tabla 2), es conveniente tener en cuenta que hay variables que cuentan con puntos de corte, como es el caso de la resiliencia, la sintomatología depresiva, ansiosa y el estrés agudo. En estos casos, encontramos una resiliencia normal con una media de 38.75 (DT=7.10), ausencia de sintomatología depresiva con media de 1.75 (DT=1.55), ausencia de sintomatología ansiosa con una media de 1.46 (DT=1.56) e impacto psicológico normal con una media de 23.51 (DT=5.64).

Tabla 2

Descripción de puntuaciones de la muestra para las variables objeto de estudio.

Variables	α	Rango de puntuación	M	DT
Miedo al COVID-19	.84	7-35	15.36	5.57
Interferencia en áreas de desarrollo	.77	0-90	48.58	17.00
Condición y forma física	-	0-10	5.11	2.88
Estabilidad psicológica y emocional	-	0-10	5.04	2.85
Organización y convivencia familiar	-	0-10	4.54	3.27
Relación de pareja	-	0-10	4.00	3.44
Relación con amistades	-	0-10	4.19	3.14
Función académica / laboral	-	0-10	6.38	3.18
Ingresos / gastos / ahorros	-	0-10	4.35	3.84
Ocio / entretenimiento	-	0-10	7.32	2.91
Celebración eventos importantes	-	0-10	7.66	2.95
Resiliencia	.90	10-50	38,75	7.10
Estrés agudo por crisis sanitaria	.92	0-88	23.51	15.00
Hiperactivación	.83	0-28	7.17	5.60
Intrusión	.84	0-28	7.86	5.60
Evitación	.82	0-32	8.48	5.94
Síntomas ansioso-depresivos	.87	0-12	3.21	2.87
Ansiedad	.83	0-6	1.46	1.56
Depresión	.82	0-6	1.75	1.55
Bienestar psicológico	.92	0-25	13.91	5.64

Nota: (α) Alfa de Cronbach; (M) Media; (DT) Desviación típica.

También, en aquellas variables donde no existen puntos de corte, como es el caso del miedo al covid-19, grado de interferencia y bienestar psicológico, si atendemos a los diferentes rangos de puntuación, podemos observar que ninguna de las medias, se aleja en exceso de las medias teóricas, para poder considerar alto o bajo impacto, miedo a la Covid-19 o malestar psicológico.

Sin embargo, de manera más concreta (Tabla 3), encontramos que existen porcentajes bastante altos de problemas de tipo interiorizado en el grupo en tratamiento con un 51.3%, así como un porcentaje bastante bajo en el factor protector de resiliencia alta, con un 10.3% en el mismo grupo, sujetos en tratamiento.

Tabla 3

Diferencias entre los grupos de comparación en relación con puntos de corte.

	Total		G1: Grupo en tratamiento		G2: Grupo de riesgo		G3. Grupo asintomático		G1-G2	G1-G3	G2-G3
	N	%	N	%	N	%	N	%	Chi ² (p)	Chi ² (p)	Chi ² (p)
Resiliencia									3.6 (.06)	15.54 (.00008) ***	23.96 (.00001) ****
Baja/normal	430	71.8	35	89.8	306	76.5	89	55.6			
Alta	169	28.2	4	10.3	94	23.5	71	44.4			
Estrés agudo por crisis sanitaria									1.76 (.18)	29.08 (.00001) ***	28.8 (.00001) ***
Normal/ Leve/Moderado	484	80.8	26	66.7	305	76.2	153	95.6			
Severo	115	19.2	13	33.3	95	23.8	7	4.4			
Ansiedad									13.09 (.0003) ***	54.28 (.00001) ***	26.22 (.00001) ***
No psicopatológica	483	80.6	20	51.3	310	77.5	153	95.6			
Psicopatológica	116	19.4	19	48.7	90	22.5	7	4.4			
Depresión									6.3 (.012) *	61.46 (.00001) ***	45.78 (.00001) ***
No psicopatológica	458	76.5	20	51.3	283	70.8	155	96.9			
Psicopatológica	141	13.5	19	48.7	117	29.3	5	3.1			

Nota: (N) Número de participantes; (%) Porcentaje de participantes. p * < .05; ** < .01; *** < .001

Comparando las frecuencias de los tres grupos en las variables que cuentan con puntos de corte, también se puede observar que las diferencias en todas las variables entre los tres grupos son significativas, a excepción de en resiliencia y estrés agudo entre el grupo en tratamiento y el grupo de riesgo.

En este sentido, se puede decir que el grupo en tratamiento muestra mayor prevalencia de psicopatología interiorizada de ansiedad (48.7%), depresión (48.7%) y estrés agudo (33.3%) que el grupo de riesgo y este a su vez mayores porcentajes que el grupo asintomático.

Por último, en relación con la comparación de medias, encontramos diferencias significativas, con un nivel de significación de $p < .001$, entre los tres grupos en relación con todas las variables objeto de estudio (Véase la Tabla 4).

Siguiendo con la Tabla 4, los análisis post hoc señalan que mayoritariamente, existen diferencias significativas, a un nivel de confianza del 95%, entre el grupo en tratamiento y el grupo asintomático, y entre el grupo en riesgo y el grupo asintomático, en todas las medidas analizadas, con las excepciones de percepción de problemas relacionados con el ocio, la celebración de eventos, ingresos y la condición física entre el grupo en tratamiento y el asintomático.

Tabla 4

Diferencias entre los grupos de comparación para las variables objeto de estudio.

	G1: Grupo en tratamiento		G2: Grupo de riesgo		G3: Grupo asintomático		ANOVA		Pruebas <i>post-hoc</i>		
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Grupos</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Miedo al COVID19	16.05	5.99	15.97	5.57	13.68	5.11	10.35	.001	G1-G3 ^a	.041	0.42
									G2-G3 ^a	.001	0.43
Interferencia en áreas de desarrollo	49.54	20.32	53.04	15.09	37.20	15.37	59.39	.001	G1-G3 ^b	.002	0.68
									G2-G3 ^b	.001	1.04
Condición y forma física	4.64	2.82	5.47	2.78	4.33	2.97	9.93	.001	G2-G3 ^a	.001	0.40
Estabilidad psicológica y emocional	6.23	2.91	5.93	2.43	2.51	2.21	120.62	.001	G1-G3 ^a	.001	1.44
									G2-G3 ^a	.001	1.47
Organización y convivencia familiar	5.21	3.17	5.05	3.21	3.09	3	22.99	.001	G1-G3 ^a	.001	0.69
									G2-G3 ^a	.001	0.63
Relación de pareja	4.08	3.76	4.59	3.38	2.5	3.04	22.61	.001	G1-G3 ^b	.048	0.46
									G2-G3 ^b	.001	0.65
Relación con amistades	4.87	3.5	4.5	3.04	3.26	3.11	10.69	.001	G1-G3 ^a	.010	0.49
									G2-G3 ^a	.001	0.40
Función académica / laboral	6.23	3.49	6.98	2.98	4.93	3.12	25.78	.001	G1-G3 ^a	.045	0.39
									G2-G3 ^a	.001	0.67
Ingresos / gastos / ahorros	3.82	3.68	4.97	3.85	2.92	3.44	17.69	.001	G2-G3 ^a	.001	0.56
Ocio / entretenimiento	7.21	3.16	7.63	2.74	6.57	3.15	7.82	.001	G2-G3 ^a	.001	0.36
Celebración eventos importantes	7.26	3.63	7.93	2.76	7.1	3.13	4.93	.001	G2-G3 ^b	.011	0.61
									G1-G2 ^b	.001	0.79
Resiliencia	32.15	8.35	38.21	6.86	41.73	5.88	35.52	.001	G1-G3 ^b	.001	1.33
									G2-G3 ^b	.001	0.55

Estrés agudo por crisis sanitaria	29.62	19.57	26.91	14.2	13.52	10.48	58.42	.001	G1-G3 ^b	.001	1.03
									G2-G3 ^b	.001	1.07
Hiperactivación	10.41	7.52	8.54	5.29	2.96	3.37	78.69	.001	G1-G2 ^b	.294	0.29
									G1-G3 ^b	.001	1.28
									G2-G3 ^b	.001	1.26
Intrusión	9.85	7.43	9.05	5.34	4.39	4.04	49.12	.001	G1-G3 ^b	.001	0.91
									G2-G3 ^b	.001	0.93
Evitación	9.36	6.95	9.32	5.93	6.17	5.02	17.47	.001	G1-G3 ^b	.025	0.53
									G2-G3 ^b	.001	0.57
									G1-G2 ^b	.018	0.5
Síntomas ansioso-depresivos	5.33	3.13	3.85	2.8	1.11	1.54	80.09	.001	G1-G3 ^b	.001	1.71
									G2-G3 ^b	.001	1.21
									G1-G2 ^b	.001	0.44
Ansiedad	2.49	1.82	1.75	1.57	0.49	0.88	54.28	.001	G1-G3 ^b	.048	1.40
									G2-G3 ^b	.001	0.99
									G1-G2 ^b	.018	0.5
Depresión	2.85	1.58	2.10	1.5	0.62	0.931	78.67	.001	G1-G3 ^b	.001	1.72
									G2-G3 ^b	.001	1.19
									G1-G2 ^b	.005	0.58
Bienestar psicológico	9.49	5.78	12.66	5.18	18.14	4.2	85.77	.001	G1-G3 ^b	.001	1.71
									G2-G3 ^b	.001	1.16

Nota: (M) Media; (DT) Desviación típica; (^a) HSD Tukey; (^b) Games-Howell; Nivel de significación: $p < .05$

Discusión

El presente trabajo pretendía conocer el impacto psicológico diferencial en personas que acudían a terapia psicológica durante el confinamiento, aquellos que presentando problemas no recibían tal asistencia y el grupo de personas sin problemas.

El resultado general de este estudio señala que las personas en terapia presentaban un mayor impacto psicológico como consecuencia de la pandemia y el confinamiento dictado por el Gobierno Español, seguidos de aquellos que reportaban problemas, pero no recibían ningún tipo de asistencia y, por último, las personas sin problemas. Sin embargo, esta afirmación general debe ser matizada.

Así, de manera más amplia, aunque este no era un objetivo específico de este estudio, se observa que la irrupción de la crisis sanitaria generó un impacto generalizado sobre la salud mental de las personas, ya que, de la muestra total de 599 sujetos, 400, el 66.78%, manifestaron tener problemas relacionados con la pandemia y el confinamiento, aun sin ir a tratamiento. Esto coincide con numerosas investigaciones puestas en marcha desde el inicio de esta, tal como recoge una revisión meta analítica reciente (Cénat et al., 2021).

En relación con el primer objetivo del estudio, los datos indicaron que los problemas ocasionados por el confinamiento debido a la pandemia son semejantes, en aquellos que demandan ayuda profesional y los que no lo hacen, aun reconociendo tener problemas, la mayoría de estos problemas están relacionados con sintomatología depresiva, ansiosa y estrés. Estos datos también coinciden con el metaanálisis llevado a cabo por Cénat et al. (2021), donde también hallaron que el insomnio era una de las problemáticas con mayor prevalencia.

Además, en este sentido, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en estrés, problemas en el control de los impulsos, conductas repetitivas centradas en el cuerpo, compulsiones, problemas de alimentación, consumo de sustancias psicoactivas, adicciones comportamentales, problemas en el neurodesarrollo y brotes psicóticos y, aunque haya diferencias significativas en ansiedad y problemas relacionados con el estado de ánimo, las prevalencias de estas variables para el grupo de riesgo, aunque menores que en el grupo de tratamiento, siguen siendo elevadas llegando prácticamente en ambas problemáticas a la mitad de su muestra, con un 48.3% de problemas de ansiedad y un 51.8 % en problemas relacionados con el estado de ánimo.

En relación con el segundo y tercer objetivo, los resultados indican que, se cumple las hipótesis de que las personas que reciben tratamiento presentan mayor prevalencia y medias más altas de problemas mentales como ansiedad y depresión con menores de alta resiliencia y alto bienestar, seguidos de los que están en riesgo (por presentar problemas y no recibir tratamiento) y, por último, las personas sin problemas.

Aun encontrando diferencias significativas en la mayoría de las variables de estudio entre el grupo de tratamiento y el asintomático y el grupos en tratamiento y el de riesgo, lo que podría ser consistente con estudios previos que indican que las personas con psicopatologías previas (se entiende que acuden o deberían acudir a terapia), y especialmente aquellos con trastorno mental grave, son más vulnerables ante las consecuencias psicológicas de la pandemia (Inchausti, et al., 2020) y, por ende, necesitar un especial apoyo. Llama la atención, que entre el grupo de riesgo y el grupo asintomático existan diferencias significativas en todas las variables analizadas con tamaños del efecto muy grandes en muchas de las variables analizadas, encontrando tamaños del efecto muy elevados en bienestar subjetivo con 1.16, en sintomatología ansiosa con un tamaño del efecto de 1.21, en estrés agudo con un 1.07 y en estabilidad psicológica emocional con

un tamaño del efecto de 1.47, lo que nos invita a pensar que este grupo también puede requerir asistencia.

Sin embargo, aunque se haya evidenciado el impacto psicológico del covid-19 a través de numerosos estudios ya mencionados, se sabe a través de los datos aportados por la Organización Mundial de la Salud , que el 93% de los países participantes de una encuesta ha visto afectado sus servicios, alrededor del 60% indica que los servicios para la población más vulnerable han sido perjudicados y más del 35% declara deterioro en las intervenciones en emergencias (OMS, 2020). Además, pese a estas cifras, indica que menos del 2% de los presupuestos de los países ha sido destinado a atención psicológica.

Si bien es cierto, desconocemos si la población que está acudiendo a terapia mostrará, con el tiempo, mejores resultados de salud mental como consecuencia de esta, por ello, sería interesante llevar a cabo un estudio longitudinal que nos permita volver a evaluar y comparar a los participantes que se han encontrado bajo terapia y aquellos que han sido considerados de riesgo, y de esta manera conocer si la terapia ha sido eficaz para amortiguar el impacto.

Pese a estas limitaciones, viendo estos resultados y las diferencias entre las medias y prevalencias en salud mental entre el grupo de riesgo y el asintomático se sugiere la importancia de identificar grupos de riesgo, que tengan en cuenta las distintas fases de la pandemia y se adapten a la población y contexto, así como, mayores presupuestos destinados al establecimiento de políticas preventivas en salud mental durante epidemias, con el objetivo de que la gente que acude a atención psicológica pueda recibir un tratamiento de calidad.

Referencias

- Ahorsu, D. K., Lin, C.Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Baguena, M. J., Villaroya, E., Beleña, A., Díaz, A., Rondal, C., & Reig, R. (2001). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala revisada del impacto el estresor (EIE-R). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(114), 582-604.
- Brooks, S. K., Webster, R.K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912-920 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., González-Blanch, C., Gómez-Castillo, M. D., Capafons, A., Chacón, F., & Santolaya, F. A. (2018). Computerized version of the Patient Health Questionnaire-4 as an ultra-brief screening tool to detect emotional disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 234, 247-255. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.030>
- Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad, P. G., Mukunzi, N., McIntee, S. R., Dalexis, R. D., Goulet, M. A., & Labelle, P. L. (2021). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 295, 113599. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113599>.
- Centers for Disease Control and Prevention. (October 5, 2020). *How Covid-19 spread*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/about/index.html>

- Centro de Investigaciones Sociológicas. (octubre de 2020). *Efectos y consecuencias del coronavirus (I). Avance de resultados. Tabulación por variables sociodemográficas* (Estudio nº 3298). http://datos.cis.es/pdf/Es3298sdMT_A.pdf
- Chacon-Fuentes, F., Fernández-Hermida, J. R., & García-Vera, M. P. (2020). La psicología ante la Pandemia de la Covid_19 en España. La respuesta de la organización Colegial. *Clínica y Salud*, 31(2), 119-123 <https://doi.org/10.5093/clysa2020a18>
- Chen, S., & Bonanno, G. A. (2020). Psychological adjustment during the global outbreak of COVID-19: A resilience perspective. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), 51–54. <https://doi.org/10.1037/tra0000685>
- Connor, K. M., & Davidson, J.R (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Decreto 463 de 2020 [con fuerza de ley]. Por el que se declara el Estado de Alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. 14 de marzo de 2020. D.O. No 3692 <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>
- Fan, F., Long, K., Zhou, Y., Zheng, Y., & Liu, X. (2015). Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder symptoms among adolescents after the Wenchuan earthquake in China. *Psychological Medicine*, 45(13), 2885-2896. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000884>
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26(1), 399-419. <https://10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>

- Frasquilho, D., Matos, M.G., Salonna, F., Guerreiro, D., Storti, C. C., Gaspar, T., & Caldas-De-Almeida, J. M. (2015). Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. *BMC Public Health*, *16*(115) 1–40 <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2720-y>
- García-del-Castillo, J. A., García del Castillo-López, Á., López-Sánchez, C., y Días, P. C. (2016). Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. *Health and Addictions*, *16*(1), 59-68. <https://doi.org/10.21134/haaj.v16i1.263>
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Ángel Castellanos, M., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., & Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior and Immunity*, *87*, 172-176 <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
- Hjemdal, O., Vogel, P.A., Solem, S., Hagen, K. & Stiles, T.C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *18*(4) 314–21. <https://doi.org/10.1002/cpp.719>
- Holmes, E., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Silver, R. C., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A.... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the Covid-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, *7*(6), 547-560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)

- Inchausti, F., García-Poveda, N.V., Prado-Abril, J. y Sánchez-Reales, S. (2020). La psicología clínica ante la pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud*, 31(2), 105– 107. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a11>
- Irvine, A., Drew, P., Bower, P., Brooks, H., Gellatly, J., Armitage, C. J., Barkham, M., McMillan, D., & Bee, P. (2020). Are there interactional differences between telephone and face-to-face psychological therapy? A systematic review of comparative studies. *Journal of Affective Disorders*, 265, 120–131. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.057>
- Ivzan, I., Lomas, T., Hefferon, K. & Worth, P. (2016) *Second wave positive psychology embracing the dark side of life*, London UK: Routledge
- Kalisch, R., Baker, D. G., Basten, U., Boks, M. P., Bonanno, G. A., Brummelman, E., Chmitorz, A., Fernández, G., Fiebach, C. J., Galatzer-Levy, I., Geuze, E., Groppa, S., Helmreich, I., Hendler, T., Hermans, E. J., Jovanovic, T., Kubiak, T., Lieb, K., Lutz, B... Kleim, B. (2017). The resilience framework as a strategy to combat stress-related disorders. *Nature Human Behaviour*, 1(11), 784–790. <https://doi.org/10.1038/s41562-017-0200-8>
- Kroenke, M. D., Spitzer, R. L., Williams, D. S.W. & Löwe, M. D. (2009). An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ–4. *Psychosomatics*, 50, 613– 621. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ–9: A new depression and diagnostic severity measure. *Psychiatric Annals*, 32, 509–521. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>
- Notorio-Pacheco, B., Solera- Martinez, M., Serrano-Parra, M. D., Bartolomé-Gutiérrez, R., García-Campayo, J., & Martínez-Vizcaino, V. (2011) Reliability and validity of the Spanish version of 10 items Connor- Davidson Resilience Scale (10-items

- CD-RISC) in young adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 63-68
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-63>
- Madrid Salud (2020). *Impacto de la pandemia de la COVID-19 y el confinamiento en la salud de población*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid http://madridsalud.es/wp-content/uploads/2020/05/Avance_de_resultados_EncuestaCOVID_19_MadridSalud.pdf
- Mahbub-Hossain, Md., Sultana, A., & Purohit, N. (2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of global evidence. *Epidemiology and Health*, 42, e2020038
<https://doi.org/10.4178/epih.e2020038>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw Hill.
- Ministerio de Sanidad. (5 de enero, 2021). *Actualización nº 284. Enfermedad por el coronavirus, (COVID-19). Situación en España*.
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_284_COVID-19.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2017). *Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017 Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL*.
https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf
- Organization for Economic Co-operation and Development. (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Vassilis G., Giannakoulis, V.G., Papoutsis, E. & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among

healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior and Immunity*, 88, 901-907.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>.

Piqueras, J. A., Gomez-Gomez, M., Marzo, J. C., Gomez-Mir, P., Falco, R., Valenzuela, B., & COVID, P. S. (2020). Validation of the Spanish version of Fear of COVID-19 Scale: Its association with acute stress and coping. *International Journal of Mental Health and Addiction*, in press

Prieto-Ursúa, M., & Jódar, R. (2020). Finding meaning in hell. The role of meaning, religiosity and spirituality in posttraumatic growth during the coronavirus crisis in Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, 567836.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567836>

Robles-Bello, M. A., Sánchez-Teruel, D., & Valencia-Naranjo, N. (2020). Variables protecting mental health in the Spanish population affected by the COVID-19 pandemic. *Current Psychology*, 1–12. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1007/s12144-020-01132-1>

Roy, D., Tripathy, S., Kar, S. K., Sharma, N., Verma, S. K., & Kaushal, V. (2020). Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102083.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102083>

Silva, M., Resurrección, D. M., Antunes, A., Frasilho, D., & Cardoso, G. (2020). Impact of economic crises on mental health care: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29(7), 1-13.
<https://doi.org/10.1017/S2045796018000641>

- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic review of the Literature. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 84(3), 167-176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- 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>
- Weiss, D. S., & Marmar, C. H., (1997). The Impact of event Scale-Revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. (pp. 399-4119. New York: The Guilford press.
- World Health Organization (1998). Wellbeing measures in primary in health care: The Depcare project / Report on a who meeting. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/130750/E60246.pdf
- World Health Organization (2020). Coronavirus disease (COVID-19). <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- World Health Organization (2020). The impact of Covid-19 on mental, neurological and substance use service. Results of a rapid assessment <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>



INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 22 de diciembre del 2020

Nombre del tutor/a	José Antonio Piqueras Rodríguez
Nombre del alumno/a	Sandra Fernández Fernández
Tipo de actividad	
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	Impacto psicológico del Covid-19 y la demanda de atención profesión.
Código/s GIS estancias	
Evaluación Riesgos Laborales	No procede
Evaluación Ética	No procede
Registro provisional	201221193225
Código de Investigación Responsable	TFM.MPG.JAPR.SFF.201221
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: 2. TFM (Trabajo Fin de Máster) ha sido realizada de manera automática en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere someterse a dicha evaluación. Dicha información se adjunta en el presente informe. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Secretario del CEII
Vicerrectorado de Investigación

Domingo L. Orozco Beltrán
Presidente del CEII
Vicerrectorado de Investigación

Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.



La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández en el curso académico 2020/2021. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/tfg-tfm/>



Tu Índice de Responsabilidad en Investigación Universitaria (IRIU) ha sido de 25

Título de la actividad:

Impacto psicológico del Covid-19 y la demanda de atención profesional.

Nombre: Sandra Fernández Fernández

El **Índice de Responsabilidad en Investigación Universitaria (IRIU)** puntúa los aspectos recogidos en el [Código de Buenas Prácticas Científicas \(CBPC\)](#) sobre investigación e innovación responsable, concretamente: el compromiso público y participación ciudadana, el acceso abierto, la igualdad de género, la ética e integridad, la educación científica y la gobernanza. La consideración de perspectivas más inclusivas, sostenibles y participativas, como las que se sugieren a continuación, le permitirán mejorar su IRIU en futuros proyectos.

Le indicamos a continuación los apartados del CBPC que corresponden a los puntos de la pregunta **D.1 Conocimiento del CBPC de la UMH** del cuestionario Solicitud COIR, en caso de que no haya seleccionado algún punto o desee revisar los apartados del CBPC para mejorar su IRIU en actividades futuras:

1. Conozco el concepto de Investigación e Innovación Responsable que recoge el CBPC: **Apartado 2. Investigación e Innovación Responsable**
2. Conozco las obligaciones de conocimiento y difusión del CBPC: **Apartado 3. Compromisos de difusión y aplicación**
3. Conozco los 4 principios de integridad en la investigación: **Apartado 4. Principios de integridad en la investigación**
4. Conozco cómo debe ser la relación entre supervisor/a y estudiante en formación en investigación: **Apartado 6. Supervisión de las personas en formación en investigación**
5. Conozco las consideraciones que debo tener en cuenta a la hora de preparar o modificar un protocolo/proyecto de investigación: **Apartado 7. Preparación de proyectos de investigación**

6. Conozco la importancia de la buena gestión de los datos de investigación y las implicaciones legales del uso de datos personales: **Apartado 8. Registro, documentación, almacenamiento, custodia y compartimiento de los datos y material biológico o químico resultante de las investigaciones**
7. Conozco las consideraciones básicas acerca de la propiedad y custodia de los datos y muestras: **Apartado 8. Registro, documentación, almacenamiento, custodia y compartimiento de los datos y material biológico o químico resultante de las investigaciones**
8. Conozco cómo deben gestionarse los recursos económicos de manera responsable: **Apartado 9. Gestión de los recursos económicos y la propiedad intelectual e industrial**
9. Conozco cómo debe actuarse con resultados con posible interés comercial: **Subapartado 9.2. Protección de resultados con posible interés comercial**
10. Conozco dónde acudir para gestionar los derechos de la propiedad industrial e intelectual: **Apartado 9. Gestión de los recursos económicos y la propiedad intelectual e industrial**
11. Soy consciente de la necesidad de mejora continua de la calidad, transparencia y reproducibilidad de las publicaciones: **Apartado 10. Prácticas de publicación y difusión**
12. Conozco quién puede y debe ser autor: **Apartado 11. Autoría de trabajos científicos, publicaciones y patentes**
13. Conozco cómo debe procederse en caso de conflicto de intereses en la revisión por pares: **Apartado 12. Práctica de la revisión por pares**
14. Conozco las conductas y prácticas indeseables en investigación: **Apartado 13. Conducta indebida y prácticas indeseables en investigación**
15. Conozco los requerimientos normativos y éticos para investigar con personas y/o animales: **Apartado 14. Principales requerimientos normativos en la práctica científica**

En cuanto a la cuestión D.2. Difusión de la actividad, la UMH está comprometida con la transparencia y con dar la máxima difusión a los resultados de la investigación. Por este motivo, la universidad promueve entre sus investigadores/as y profesorado el principio del acceso abierto u "open access". Es importante que la publicación científica, siempre que económicamente sea posible, se realice en formato abierto para mejorar la reproducibilidad de la ciencia y reducir las desigualdades en el acceso al conocimiento y la innovación.

La investigación debe considerar la D.4 Participación ciudadana para hacer ciencia con y para las personas. Para ello es recomendable que a la hora de su diseño considere la colaboración con alguna entidad o asociación civil, si encaja de algún modo en su proyecto. El objetivo es buscar soluciones a problemas reales.

Alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, está la consideración de algún D.5 Colectivo en riesgo de exclusión en el objetivo de la investigación. Mejorar la vida de estos colectivos en riesgo exclusión, independientemente del origen de éste (cultural, social, económico, laboral o personal), se valora favorablemente en cuanto al índice de responsabilidad científica.

En cuanto a la D.6.1 Perspectiva de sexo/género, se trata de un tema transversal que se integra en cada una de las diferentes partes del programa de trabajo, desde la composición de los equipos al estudio del sexo/género como una variable más, lo que garantiza un enfoque más integrado de investigación e innovación.

Aunque en ocasiones la composición del equipo viene predeterminada, la mera consideración e intento de balancear, en la medida de lo posible, por sexos el equipo repercutirá de manera positiva en el índice de responsabilidad científica.

Además, en lo relativo a la D.6.2 Perspectiva de sexo/género debe identificarse e incluirse como una variable más del proyecto de investigación el sexo y/o género, para así garantizar un enfoque más integrado de investigación e innovación y poder detectar, si las hay, diferencias entre sexos/géneros. Tener en cuenta estas consideraciones en el proyecto se puntúa positivamente en el IRIU.

La D.7 Educación científica es un área de acción clave cuyo objetivo es que el conocimiento científico se extienda, cree nuevas vocaciones científicas y todo ello redunde en una mejora en la sociedad.

El desarrollo de las capacidades y el desarrollo de formas innovadoras de conectar la ciencia con la sociedad debe ser una prioridad. Esto ayudará a hacer que la ciencia sea más atractiva para los jóvenes, aumentar el apetito de la sociedad por la innovación y abrir más actividades de investigación e innovación. Promover la educación científica formal e informal, de manera que llegue al mayor número de personas, forma parte de una conducta científicamente responsable.

La responsabilidad social y la sostenibilidad económica, ambiental y social están directamente relacionadas con los D.8 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de Naciones Unidas. Los 17 ODS quedan perfectamente integrados con las 6 áreas de acción clave que la Comisión Europea describe como Investigación e Innovación

Responsable (IIR):

- Compromiso público y participación ciudadana para mejorar la vida de las personas.
- Acceso abierto e igualdad de género para reducir las desigualdades.
- Educación científica para que el conocimiento científico se extienda, cree nuevas vocaciones científicas y todo ello redunde en una mejora en la sociedad.
- Buen gobierno para establecer políticas y procedimientos adecuados que promuevan y faciliten la investigación responsable.

Abordar uno o varios Objetivos de Desarrollo Sostenible en nuestra actividad se considera una conducta científicamente responsable.

