



PERCEPCIÓN SOCIAL DEL IMPACTO PSICOLÓGICO DERIVADO DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

SOCIAL PERCEPTION OF THE PSYCHOLOGICAL IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC

María Nieto Rodríguez

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid

Alejandro Miguel-Alvaro

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid

Autor de correspondencia:

Alejandro Miguel-Álvaro. Dpto de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Campus de Somosagua, Ctra. de Húmera, s/n, 28223 Pozuelo de Alarcón, Madrid.
E-mail: alemigue@ucm.es

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

Resumen

Objetivo: conocer cuál es la percepción, en la población general española, del impacto psicológico derivado de la pandemia de la COVID-19, y si esta se ajusta a la evidencia empírica reciente. *Método:* se elaboró una encuesta online en la que se recogieron las estimaciones de los participantes ($n=1117$) de la probabilidad de desarrollar problemas psicológicos o Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) según el tipo de acontecimiento vivido en el contexto pandémico. *Resultados:* las diferentes comparaciones con datos normativos muestran una sobreestimación de las secuelas psicológicas derivadas de la crisis sanitaria en la muestra estudiada, tanto para la población general como para los profesionales sanitarios en activo. Además, se encuentra que algunos grupos, concretamente las mujeres, los jóvenes (18-25 años) y los participantes sin estudios en Ciencias de la Salud y que no trabajan en este ámbito profesional, pronostican de forma significativa ($p < ,05$) más problemas de salud mental frente a los demás grupos. *Discusión:* se hace necesario trasladar a la población general, así como a instituciones y medios de comunicación, la importancia de difundir datos ajustados a la evidencia disponible y con ello promover la creación de redes de apoyo y distribución adecuada de recursos.

Palabras clave: COVID-19, trastorno de estrés postraumático, pandemia, salud mental.

Abstract

Objective: to gain knowledge on the general Spanish population's perception of the psychological impact due to the COVID-19 pandemic, and if it is adjusted to the recent empirical evidence. *Method:* an online survey was designed, in which the estimates of the participants ($n = 1117$) of the probability of developing psychological problems or Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) were collected according to the type of COVID-related event experienced. *Results:* the different comparisons with normative data show an overestimation of the psychological sequelae in the studied sample, both for the general population and for healthcare professionals. In addition, it is found that some groups, specifically women, young people (18-25 years) and participants without studies in Health Sciences and who do not work in this professional field, predicted well significant ($p < ,05$) more mental health problems compared to the other groups. *Discussion:* it is necessary to convey to the general population, as well as to institutions and the media, the importance of disseminating data adjusted to the recent evidence, and thereby promoting the creation of support networks and adequate distribution of resources.

Key words: COVID-19, posttraumatic stress disorder, pandemic, mental health.

Introducción

La prevalencia vital de exposición a uno o más acontecimientos traumáticos (AT) es elevada, tanto internacionalmente (70,4%) como en España (54%), según los últimos datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Kessler et al., 2017; Koenen et al., 2017). En la literatura científica encontramos evidencia de que tras sufrir un AT las respuestas más comunes en la población son la resiliencia (65%) y la recuperación (20,8%) (Galatzer-Levy et al., 2018); frente al desarrollo de trastornos psicológicos, como el trastorno de estrés postraumático (TEPT), cuya prevalencia se estima en población general en un 4% y en población expuesta a un AT en un 5,6%, variando según el tipo de AT (Kessler et al., 2017; Koenen et al., 2017). Es importante tener en cuenta que incluso las personas que siguen una evolución favorable presentarán malestar significativo que puede durar días (e incluso semanas) tras experimentar una situación tan intensa de estrés (Sommers y Satel, 2010). Lejos de ser un indicador de psicopatología en esos primeros momentos, se trata de una respuesta habitual de adaptación ante un evento de extrema gravedad que desafía los recursos de la persona.

Todo esto se hace particularmente patente en el contexto de la crisis provocada por la pandemia de la COVID-19. Esta ha supuesto que infinidad de personas se hayan visto expuestas a un AT o al menos a situaciones que requerían de una respuesta de adaptación ante una situación de estrés (i.e. confinamiento, incertidumbre laboral, exposición a la enfermedad...). En lo que se refiere al impacto que tuvo la situación de confinamiento decretada en diversos países sobre la población general existen meta-análisis que afirman que de media un 25% de la población desarrolló sintomatología significativa de corte depresivo (Bueno-Notivol et al., 2021) o ansioso (Santabárbara, 2021) y que un 18% desarrolló sintomatología postraumática (Salehi, 2021), aunque otro meta-análisis que analizaba los datos de todas las epidemias del siglo XXI sitúa este último porcentaje en un 19,3% (Yuan et al., 2021). No obstante, los autores de estos cuatro trabajos alertan de la gran heterogeneidad entre los estudios que analizaron y la gran variedad de instrumentos utilizados para medir cada grupo de síntomas. Por otro lado, en lo que se refiere al personal sanitario, el metaanálisis de Marvaldi et al. (2021) cifra las tasas de sintomatología ansiosa durante la crisis de la COVID-19 en un 30% y las de sintomatología depresiva en un

31,1%. Además, este trabajo estima en un 21,5% la tasa de prevalencia de TEPT entre estos profesionales sanitarios, de un 56,5% la de estrés agudo y en un 44% la de los trastornos de sueño. Al igual que los estudios sobre población general, los autores advierten sobre la gran heterogeneidad encontrada en los artículos revisados destacando además que los análisis de meta-regresión hallaron que la proporción de mujeres, de enfermeras y la localización de los estudios eran las fuentes principales de esta heterogeneidad. Por último, respecto a la afectación psicológica de aquellas personas que contrajeron la enfermedad, Yuan et al. (2021), afirman que las tasas de sintomatología TEPT se sitúan en un 22,6% del total de infectados, mientras que North et al. (2021) afirman que en aquellos que sufrieron un ingreso debido a la enfermedad la tasa de TEPT se sitúa entre 12% y el 96% en función de si hablamos de la presencia de trastorno o de sintomatología postraumática significativa.

A pesar de todos estos datos, los mensajes que son emitidos desde los medios de comunicación, o incluso desde el ámbito sanitario, pueden sobredimensionar las consecuencias psicológicas de la exposición a diferentes elementos derivados de la crisis de la COVID-19 (i.e., Mejía et al., 2020). Esto puede deberse, entre otras explicaciones, a que se infraestiman los recursos previos de las personas para hacer frente a estos eventos, asumiendo que necesitarán apoyo psicológico o patologizando las reacciones típicas a los mismos (Sommers y Satel, 2010). Otra explicación alternativa puede ser la inherente voluntad de ayudar a aliviar el sufrimiento que caracteriza a las profesiones sanitarias, tendiendo a sobreestimar la afectación y la consiguiente necesidad de una intervención (i.e., Escorcia-Reyes y López-Ortiz, 2021). Esta percepción sesgada puede dificultar que se pongan en marcha los recursos psicológicos propios por parte de las personas ya que se estaría patologizando emociones, pensamientos o conductas habituales ante un evento de la magnitud de una pandemia (Taylor, 2019).

Por ello, el objetivo general del presente estudio es explorar cuál es la percepción en la población general acerca de la probabilidad de sufrir una afectación psicológica o TEPT derivada de la exposición a diferentes situaciones relacionadas con la crisis de la COVID-19 (i.e. contacto con la enfermedad, consecuencias socioeconómicas...). Para ello se compararán las estimaciones de los participantes en una encuesta de percepción so-

cial de consecuencias psicológicas del trauma con los datos de la evidencia empírica disponible, y se explorará la influencia de factores sociodemográficos como la edad, el sexo o contar con formación en el ámbito sanitario, entre otras. Cabe destacar que hasta la fecha no se han realizado trabajos con objetivos similares.

Método

Participantes

Se incluyeron todos aquellos participantes que contestaron a una encuesta online y que cumplían los siguientes criterios de inclusión: tener 18 años o más y comprender el castellano. La captación de los participantes se realizó mediante la difusión de la encuesta a través de las redes sociales de los miembros del equipo de investigación de los autores, a través de listas de contactos de e-mail de los autores, de la difusión de la encuesta en las aulas de la facultad de los autores y contactando con las diferentes facultades de la universidad para que compartieran la encuesta entre sus miembros. Se utilizó el procedimiento de bola de nieve. Completaron la encuesta un total de 1119 participantes, de los que se descartaron dos: uno por respuestas incompletas a alguno de los ítems y otro por ser menor de edad. En consecuencia, la muestra final estuvo constituida por 1117 participantes.

Variables e instrumentos

Se elaboró una encuesta con el objetivo de conocer la percepción social de las consecuencias de la exposición a las distintas situaciones traumáticas y relacionadas con la pandemia de la COVID-19. Esta incluía al inicio una breve descripción de los objetivos del estudio y el consentimiento para los participantes. Los ítems de la encuesta se distribuían en tres bloques. En el presente trabajo se consideraron los datos del bloque I y el bloque III ya que eran los que permitían dar respuesta al objeto de esta investigación. El bloque II recogía información sobre la percepción de las personas en acontecimientos estresantes o traumáticos no relacionados con la pandemia de la COVID-19. Los bloques I y III abordaban los siguientes aspectos:

Bloque I: Caracterización de la muestra. En este primer bloque estaban incluidas todas las pregun-

tas referidas a la caracterización de la muestra: edad, sexo, país de residencia, nivel de estudios completados, estatus socioeconómico, formación en Ciencias de la Salud y, en caso afirmativo, en qué disciplina, si desarrolla actualmente su actividad profesional en el ámbito profesional de Ciencias de la Salud y si ha recibido o está recibiendo tratamiento psicológico y/o psiquiátrico.

Bloque III: Percepción de la probabilidad de desarrollar problemas psicológicos y TEPT según el AT vivido. En este bloque, se preguntaba a los participantes por la probabilidad que ellos consideraban que existe de desarrollar un problema psicológico o TEPT según el AT vivido en el contexto de la pandemia de la COVID-19. Para ello, se formulaba la pregunta "En la crisis sanitaria por COVID-19, ¿qué probabilidad cree que tendrá una persona de desarrollar un problema psicológico/TEPT si..." teniendo que responder los participantes a esta cuestión en referencia a 11 acontecimientos o situaciones derivados de la crisis sanitaria por COVID-19: 1) Es positivo en COVID-19; 2) Es positivo en COVID-19 y pertenece a grupo de riesgo; 3) Debe confinarse en casa (población general); 4) Debe confinarse en casa y tiene un diagnóstico psicológico previo; 5) Es ingresado en planta por COVID-19; 6) Es ingresado en UCI por COVID-19; 7) Fallece un familiar o está grave en la UCI; 8) Es un profesional sanitario en activo; 9) Problemas familiares derivados (conciliación, rupturas, soledad...); 10) Problemas laborales derivados (ERTE, pérdida empleo...); 11) Se encuentra en situación social vulnerable: personas sin hogar, en riesgo de exclusión social). En todos los casos la escala de respuesta estaba comprendida entre 0 y 100, siendo 0 "Ninguna probabilidad" y 100 "Con total seguridad". Cabe destacar que, antes de contestar a las preguntas de este bloque, los participantes debían leer (y certificar que lo hacían marcando una casilla) una breve explicación sobre lo que es un problema psicológico, un AT y el TEPT.

Procedimiento

La primera versión del cuestionario se elaboró mediante el programa "Google Forms" tras una lluvia de ideas entre varios miembros del grupo de investigación, en la que se establecieron los distintos apartados. Cabe destacar, que previamente a la realización de la lluvia de ideas, las personas que participaron debían haber leído el trabajo de revisión de Bueno-Notivol et al. (2021) (el único publicado en ese momento) referente a la afecta-

ción psicológica durante la crisis de la COVID-19. El cuestionario se puso a prueba en un primer estudio piloto con 4 personas (3 mujeres y 1 varón) de diferentes edades (23, 26, 60 y 76 años), todas con formación universitaria en diferentes ramas de conocimiento: Ciencias de la Salud, Ciencias Sociales, Arquitectura e Ingeniería. Todas ellas eran familiares o amigos de alguno de los autores. Ninguna de ellas era profesional de la psicología. Se les pidió que registraran el tiempo de cumplimentación (entre 10 y 15 minutos) y que sugirieran los cambios que considerasen oportunos. Tras analizar sus respuestas y sugerencias se llevaron a cabo algunas modificaciones y se elaboró la segunda versión del cuestionario.

Esta segunda versión del cuestionario la contestaron 5 miembros (4 mujeres y 1 varón) del grupo de investigación de los autores no implicados directamente en este estudio, con edades comprendidas entre los 23 y los 27 años. Todos ellos contaban con formación universitaria en psicología. Tras recoger sus tiempos de respuesta (entre 6 y 12 minutos) y sugerencias se llevaron a cabo las últimas modificaciones antes de lanzar la versión final del cuestionario.

La versión resultante de aplicar los cambios sugeridos en ambos estudios piloto fue la que finalmente se compartió en las diferentes plataformas de difusión (redes sociales, contactos de correo electrónico de los autores, difusión directa entre el alumnado y contacto con las diferentes facultades para que lo difundieran entre sus miembros). Cabe destacar que los participantes tenían que registrar su dirección de e-mail con el objetivo de que la aplicación solo les permitiera contestar el cuestionario una única vez. La recogida de datos se efectuó entre los meses de octubre de 2020 y abril de 2021. El tipo de muestreo implementado fue no probabilístico a través del procedimiento de bola de nieve.

Por último, hay que destacar que, al estar integrado el estudio en un trabajo fin de máster, la investigación fue aprobada previamente a su puesta en marcha por el equipo docente correspondiente del Máster en Psicología General Sanitaria de la Universidad Complutense de Madrid.

Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencia para caracterizar la muestra y las diferentes estimaciones de la probabilidad de desarrollar problemas psicológicos y/o TEPT según los diferentes acontecimientos o situaciones relacionadas con la pandemia de la COVID-19. Para analizar las posibles diferencias entre las estimaciones de los participantes y los datos de referencia hallados en la literatura científica se llevaron a cabo distintas pruebas t de student para una muestra. Para explorar el efecto de algunas variables sociodemográficas (sexo, haber recibido o estar recibiendo tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, formación en ciencias de la salud y ámbito de actividad profesional) sobre la estimación de los participantes, se llevaron a cabo varias pruebas t de student para muestras independientes; y para la variable edad, un análisis de ANOVA de 1 factor entre sujetos. Se decidió agrupar esta última variable en cuatro grupos: 18-25, 26-45, 46-65 y mayores de 65, atendiendo a estudios previos que indicaban que el primer grupo sufrió mayor estrés psicológico durante la pandemia en comparación con los demás (Ausín et al., 2020;2022). Todos los análisis se realizaron tanto para la percepción de desarrollo de problemas psicológicos como de TEPT. Hay que destacar que se utilizó el programa estadístico SPSS en su versión número 27.

En los casos en los que fue posible se calculó el tamaño del efecto para conocer la magnitud de las diferencias encontradas. De acuerdo a los criterios de Cohen (1992), para la *d* se consideraron efectos pequeños a partir de 0,2; medianos a partir de 0,5 y grandes a partir de 0,8. Para los índices de η^2_p , se consideraron pequeños en torno a 0,01; medios en torno a 0,06 y grandes en torno a 0,14 de acuerdo a los criterios estadísticos correspondientes (Cárdenas y Arancibia, 2014).

Resultados

Caracterización de la muestra.

Las características de los participantes en el estudio se pueden encontrar en la tabla 1. La edad media de los participantes de este estudio ($n = 1117$) fue de 41,57 ($DT=18,65$). La mayoría de los participantes fueron mujeres (70,7%) y sin formación en ciencias de la salud (63,5%). El 70,7% de los participantes indicó que tenía un nivel socioeconómico medio, el 67,5% informaron haber

Tabla 1. Características de los participantes (n=1117)

		n	(%)
Sexo	Mujer	790	70,7
	Hombre	324	29
	Prefiero no decirlo	3	0,3
Edad*	18-25	365	32,7
	26-45	277	24,8
	46-65	309	27,7
	Más de 65	164	14,7
País de residencia	España	1058	94,7
	Otro	59	5,3
Nivel socioeconómico	Bajo	238	21,3
	Medio	790	70,7
	Alto	89	8
Nivel de estudios	Primarios	17	1,5
	Secundarios	346	31
	Universitarios	754	67,5
¿Tiene formación en CC de la Salud?	Sí	408	36,5
	No	709	63,5
Disciplina sanitaria en la que tiene formación	Psicología	274	67,5
	Biología	19	4,7
	Medicina	36	8,9
	Enfermería	25	6,2
	Farmacia	15	3,7
	Otra	37	9,1
¿Desarrolla actualmente su actividad profesional en el ámbito de CC de la Salud?	Sí	161	14,4
	No	956	85,6
¿Ha recibido o está recibiendo tratamiento psicológico/psiquiátrico?	Sí	435	38,9
	No	682	61,1
¿Ha sufrido algún AT a lo largo de su vida?	Sí	565	50,6
	No	552	49,4
¿Ha sufrido alguna persona cercana a usted un AT?	Sí	970	86,8
	No	147	13,2

*En la variable "Edad" hubo dos valores perdidos. AT: Acontecimiento Traumático; CC: Ciencias.

completado estudios universitarios y un 85,6% de ellos no desarrollaba su actividad profesional en el ámbito sanitario. De los participantes que contaban con formación sanitaria (36,5%), más de la mitad habían completado estudios de Psicología (67,5%).

El 38,9% de las personas encuestadas indicaron que habían recibido o estaban recibiendo tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. Finalmente, en cuanto a los ATs sufridos a lo largo de la vida, el 50,6% indicó que había sufrido alguno y el 86,8% que lo había sufrido alguna persona cercana.

Estimación de la probabilidad de desarrollar problemas psicológicos y TEPT según el AT relacionado con la COVID-19 vivido.

El porcentaje promedio que estimaron los participantes de desarrollar problemas psicológicos o TEPT fue mayor para las situaciones «Ingreso en UCI por COVID-19» (77,05% y 67,05%, respectivamente), «Riesgo de exclusión social» (76,01% y 65,76%) y «Fallecimiento o ingreso en UCI de un

Tabla 2. Comparación de la estimación de probabilidad de desarrollar problemas psicológicos y TEPT y la prevalencia de dichos trastornos en los estudios epidemiológicos.

Situación derivada de la pandemia por COVID-19	Problemas psicológicos					TEPT				
	Prevalencia	Estimación (0-100)				Prevalencia	Estimación (0-100)			
		M (%)	DT	t (1116)	p		M (%)	DT	t (1116)	p
Confinamiento (población general)	25 (sintomatología depresiva* y ansiosa**)	50,22	23,48	35,90	< ,001	41,58	26,34	28,28	< ,001	
Confinamiento (población clínica)	25 (sintomatología depresiva* y ansiosa**)	69,26	23,69	62,43	< ,001	56,11	26,59	46,27	< ,001	
Ingreso en planta por COVID-19	-					19,3****				
Ingreso en UCI por COVID-19	-					12-96***** < ,001				
	44 (trastornos del sueño***)			30,96	< ,001					
	56,5 (trastorno de estrés agudo***)			14,46	< ,001					
Profesional sanitario en activo	30 (sintomatología ansiosa***)	67,45	25,31	49,45	< ,001	21,5***	60,67	27,78	47,13 < ,001	
	31,1 (sintomatología depresiva***)			47,99	< ,001					
Positivo en COVID-19 (población general)	-					41,16	26,99	22,99	< ,001	
Positivo en COVID-19 (grupo de riesgo)	-					22,6***** < ,001	53,08	27,38	37,20 < ,001	

*Bueno-Notivol et al., 2021; **Santabábara, 2021; ***Marvaldi et al., 2021; ****Yuan et al., 2021; *****North et al., 2021

familiar» (74,01% y 64,97%) (véase Tabla 2).

Por otro lado, las situaciones para las que los participantes estimaron un menor riesgo de desarrollar problemas psicológicos o TEPT fueron «Positivo en COVID-19 y pertenece a un grupo de riesgo» (64,46% y 53,08%, respectivamente), «Confinamiento (población general)» (50,22% y 41,58%) y «Positivo en COVID-19» (47,31% y 41,16%).

Comparación de las estimaciones de los participantes con los datos de referencia.

Para analizar las posibles diferencias entre las estimaciones de los participantes y los datos de referencia se llevaron a cabo distintas pruebas t para una muestra. Estas comparaciones se llevaron a cabo solo para aquellas situaciones en las que se contaba con datos de prevalencia de estu-

Tabla 3. Estimación de la probabilidad de desarrollar problemas psicológicos en función de la edad.

Situación derivada de la pandemia por COVID-19	Estimación participantes				Estadístico	Post-hoc (Games-Howell)	p	η ² _p
	M (DT)							
	G1 18-25	G2 26-45	G3 46-65	G4 +65				
Positivo en COVID-19 (población general)	48,16 (22,03)	45,70 (22,69)	47,96 (25,18)	47,01 (24,12)	,685	-	,561	,002
Positivo en COVID-19 (grupo de riesgo)	68,55 (21,31)	63,54 (22,54)	62,72 (25,20)	60,24 (25,97)	6,413 ^a	G1>G3,G4	<,001	,016
Confinamiento (población general)	55,42 (21,33)	50,76 (22,35)	46,41 (24,67)	44,63 (25,04)	12,259 ^a	G1>G3,G4	<,001	,032
Confinamiento (población clínica)	76,60 (20,75)	71,59 (21,37)	63,75 (25,39)	59,39 (24,56)	29,109 ^a	G1>G3,G4 G2>G3,G4	<,001	,074
Ingreso en planta por COVID-19	69,15 (21,30)	65,45 (22,17)	64,08 (24,91)	61,89 (24,85)	4,807 ^a	G1>G3,G4	<,05	,013
Ingreso en UCI por COVID-19	79,37 (20,64)	76,35 (22,11)	76,18 (24,46)	74,82 (25,34)	2,126 ^a	-	,096	,005
Fallecimiento o ingreso en UCI de familiar	78,25 (20,10)	75,02 (21,52)	71,20 (24,99)	68,35 (25,50)	9,189 ^a	G1>G3,G4 G2>G4	<,001	,025
Profesional sanitario en activo	75,37 (21,51)	70,87 (24,03)	61,94 (25,59)	54,51 (27,29)	34,302 ^a	G1>G3,G4 G2>G3,G4 G3>G4	<,001	,088
Problemas de conciliación familiar, rupturas o soledad	70,52 (21,67)	69,13 (22,21)	63,01 (23,36)	59,45 (25,53)	11,807 ^a	G1>G3,G4 G2>G3,G4	<,001	,033
ERTE o pérdida de empleo	73,21 (21,32)	70,51 (21,78)	67,96 (23,72)	64,33 (24,27)	881,091 ^a	G1>G3,G4	<,001	,018
Riesgo de exclusión social	80,74 (20,94)	77,04 (22,21)	72,30 (26,16)	70,73 (25,34)	865,262 ^a	G1>G3,G4	<,001	,027

ERTE: Expediente de Regulación Temporal de Empleo; TEPT: Trastorno por Estrés Postraumático. UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

^a: Casos en los que se ha empleado Welch.

dios previos (Bueno-Notivol et al., 2021; Santabábara, 2021; Marvaldi et al., 2021; Yuan et al., 2021; North et al., 2021), esto es: «Confinamiento (población general)», «Confinamiento (población clínica)», «Ingreso en planta por COVID-19», «Ingreso en UCI por COVID-19», «Profesional sanitario en activo», «Positivo en COVID-19» y «Positivo en COVID (grupo de riesgo)». En los casos en los que existía heterogeneidad entre los datos de prevalencia previos, se escogió siempre como dato de comparación el más conservador. Los resultados muestran que las estimaciones de los participantes, tanto para desarrollar problemas psicológicos como TEPT, son significativamente ($p < ,05$) más altas que los datos de referencia para todas las

situaciones analizadas excepto para «Ingreso en planta por COVID-19» e «Ingreso en UCI por COVID-19», en las que son significativamente menores (véase Tabla 2).

Relación de las estimaciones con las características de los participantes.

Para explorar el efecto de algunas variables sociodemográficas sobre la estimación de los participantes, se llevaron a cabo varias pruebas t de student y un ANOVA de 1 factor entre sujetos, tanto para la percepción de desarrollo de problemas psicológicos como de TEPT.

Tabla 4. Estimación de la probabilidad de desarrollar TEPT en función de la edad.

Situación derivada de la pandemia por COVID-19	Estimación participantes				Estadístico	Post-hoc	p	η^2_p
	M (DT)							
	G1 18-25	G2 26-45	G3 46-65	G4 +65	F (3, 1111)			
Positivo en COVID-19 (población general)	39,42 (26,84)	38,52 (26,09)	43,50 (27,23)	45,06 (27,65)	3,324	No hay diferencias entre los grupos	<,05	,009
Positivo en COVID-19 (grupo de riesgo)	52,38 (27,00)	50,47 (26,52)	54,63 (27,68)	56,04 (28,85)	1,888	-	,130	,005
Confinamiento (población general)	41,81 (26,54)	40,54 (25,96)	41,72 (26,06)	42,13 (26,94)	,178	-	,912	0
Confinamiento (población clínica)	58,22 (25,95)	55,63 (26,98)	55,44 (27,60)	53,35 (25,33)	1,449	-	,227	,004
Ingreso en planta por COVID-19	56,08 (25,88)	54,40 (24,42)	56,31 (27,44)	55,85 (27,57)	,336 ^a	-	,799	,001
Ingreso en UCI por COVID-19	66,85 (25,84)	65,74 (25,39)	68,25 (26,86)	67,38 (28,62)	,455	-	,714	,001
Fallecimiento o ingreso en UCI de familiar	66,99 (26,60)	64,51 (25,28)	64,50 (26,83)	62,20 (27,71)	1,362	-	,253	,004
Profesional sanitario en activo	67,56 (25,95)	62,35 (27,21)	56,38 (27,77)	50,55 (28,57)	18,340	G1>G3,G4 G2>G4	<,001	,047
Problemas de conciliación familiar, rupturas o soledad	57,45 (27,92)	54,80 (27,70)	57,86 (26,21)	54,45 (26,52)	1,078	-	,358	,003
ERTE o pérdida de empleo	59,56 (28,41)	57 (28,10)	61,39 (26,75)	60,12 (25,76)	1,276	-	,281	,003
Riesgo de exclusión social	67,40 (27,89)	63,50 (27,41)	65,70 (27,94)	65,73 (26,35)	1,048	-	,370	,003

En primer lugar, el grupo de edad entre los 18 y 25 años estimó de manera significativa ($p < ,05$) un mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos tras experimentar la mayoría de las situaciones listadas, a excepción de «Positivo en COVID-19» ($F(1,1111) = ,69; p = ,56$) e «Ingreso en UCI por COVID-19» ($F(3; 515,22) = 2,13; p = ,096$), en las que no se encuentran diferencias significativas entre los distintos grupos de edad (véase Tabla 3). En cuanto al riesgo de desarrollar TEPT, solo se encuentran diferencias que alcanzan la significación estadística para la situación «Profesional sanitario en activo» ($F(3; 522,5) = 18,13; p < ,001$), siendo el grupo de 18 a 25 años el que estima una mayor probabilidad frente a los otros tres; y el grupo de 26 a 45 el que estima un mayor riesgo en comparación con el grupo de más de 65 años (véase Tabla 4). Los tamaños del efecto encontrados (η^2_p) fueron pequeños y medianos.

En cuanto a las diferencias en función del sexo, encontramos que, para la mayoría de las situaciones listadas, las mujeres hacían estimaciones más altas que los hombres, alcanzando la significación estadística ($p < ,05$) para la probabilidad de desarrollar problemas psicológicos y TEPT (véase Tabla 5). Además, encontramos tamaños del efecto (d) pequeños para todas las situaciones excepto para la probabilidad de desarrollar problemas psicológicos siendo profesional sanitario en activo, en el que dicho tamaño es mediano, de acuerdo a los criterios establecidos (Cohen, 1992). Para este análisis se decidió eliminar el tercer grupo (“Prefero no decirlo”; véase Tabla 1), al estar formado únicamente por 3 personas.

Por otro lado, los participantes sin formación en Ciencias de la Salud hicieron estimaciones significativamente más altas ($p < ,001$) de la proba-

Tabla 5. Estimación de la probabilidad de desarrollar problemas psicológicos y TEPT en función del sexo.

Situación derivada de la pandemia por COVID-19	Estimación problemas psicológicos (0-100)							Estimación TEPT (0-100)						
	Hombre		Mujer		t (1112)	p	d	Hombre		Mujer		t (1112)	p	d
	M (%)	DT	M (%)	DT				M (%)	DT	M (%)	DT			
Positivo en COVID-19 (población general)	45,56	23,62	48,11	23,24	-1,661	,097	-,110	41,73	27,16	40,99	26,91	,416	,677	,027
Positivo en COVID-19 (grupo de riesgo)	61,67	25,17	65,71	22,75	-2,502 ^a	,013	-,172	51,70	27,71	53,72	27,18	-1,122	,262	-,074
Confinamiento (población general)	45,56	24,43	52,18	22,74	-4,190 ^a	<,001	-,285	39,63	26,37	42,39	26,26	-1,593	,111	-,105
Confinamiento (población clínica)	62,25	25,07	72,24	22,35	-6,227 ^a	<,001	-,431	51,23	26,75	58,16	26,24	-3,981	<,001	-,263
Ingreso en planta por COVID-19	62,56	24,53	67,23	22,34	-2,958 ^a	,003	-,203	53,15	26,13	56,89	26,08	-2,169	<,05	-,143
Ingreso en UCI por COVID-19	73,64	24,65	78,61	21,73	-3,157 ^a	,002	-,220	64,38	27,25	68,28	25,88	-2,247	<,05	-,148
Fallecimiento o ingreso en UCI de familiar	68,40	24,34	76,43	21,89	-5,149 ^a	<,001	-,355	60,52	26,87	66,87	26,12	-3,653	<,001	-,241
Profesional sanitario en activo	58,46	26,11	71,23	23,92	-7,593 ^a	<,001	-,520	51,85	27,90	64,37	26,84	-6,987	<,001	-,461
Problemas de conciliación familiar, rupturas o soledad	59,66	24,18	69,28	22,19	-6,173 ^a	<,001	-,422	51,17	27,07	58,66	26,93	-4,207	<,001	-,278
ERTE o pérdida de empleo	63,30	24,34	72,44	21,44	-5,887 ^a	<,001	-,409	55,68	27,46	61,10	27,38	-2,999	<,05	-,198
Riesgo de exclusión social	69,14	25,64	78,86	22,30	-5,964 ^a	<,001	-,417	61,11	27,98	67,66	27,57	-3,619	<,001	-,239

ERTE: Expediente de Regulación Temporal de Empleo; TEPT: Trastorno por Estrés Postraumático. UCI: Unidad de Cuidados Intensivos. ^a: Casos en los que se ha empleado Welch.

bilidad de desarrollar TEPT frente a los que sí que tenían dicha formación para todas las situaciones listadas excepto para «Profesional sanitario en activo»: $t(1115) = 1,105$; $p = ,269$, en la que no hubo diferencias entre los grupos. Los tamaños del efecto (d) encontrados fueron pequeños para todas las situaciones. De igual manera, no hubo diferencias significativas en la estimación de la probabilidad de desarrollar problemas psicológi-

cos para ninguna de las situaciones planteadas.

Por otro lado, los participantes que no desarrollaban su actividad profesional en el ámbito sanitario hicieron estimaciones significativamente más altas ($p < ,05$) para la probabilidad de desarrollar TEPT en las situaciones «Confinamiento (población clínica)» $t(1115) = 1,971$; $p < ,05$), «Problemas de conciliación familiar, rupturas o soledad»

$t(1115) = 2,362; p < ,05$), «ERTE o pérdida de empleo» $t(1115) = 3,256; p < ,001$ y «Riesgo de exclusión social» $t(1115) = 3,342; p < ,001$), en comparación con los participantes que sí desarrollan su actividad profesional en un ámbito sanitario. Los tamaños del efecto (d) encontrados fueron pequeños para todas las situaciones. No hubo diferencias significativas en la estimación de la probabilidad de desarrollar problemas psicológicos para ninguna de las situaciones planteadas entre estos dos grupos.

Por último, los participantes que estaban recibiendo o habían recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, tal y como se muestra en la tabla 6, hicieron estimaciones significativamente más altas ($p < ,05$) para la probabilidad de desarrollar problemas psicológicos en la mayoría de las situaciones planteadas en comparación con aquellas personas que nunca habían estado en tratamiento; mientras que para la probabilidad de desarrollar TEPT solo se observa esta tendencia de forma estadísticamente significativa para la situación "Ser profesional sanitario en activo". Los tamaños del efecto (d) encontrados fueron pequeños.

Conclusiones y discusión

El presente estudio pretendía explorar cuál es la percepción en la población general acerca de la probabilidad de sufrir una afectación psicológica derivada de la exposición a diferentes situaciones relacionadas con la crisis de la COVID-19 y comparar las estimaciones de los participantes en el estudio con los datos expuestos en la literatura científica.

Los resultados de nuestros análisis indicaron que en la muestra estudiada se aprecia una sobreestimación generalizada del impacto psicológico producto de las distintas situaciones derivadas de la pandemia de la COVID-19, tanto para la población general como para el personal sanitario en activo, en comparación con la evidencia empírica más reciente. Además, los datos mostraron que algunas variables como el sexo, la edad, contar con formación sanitaria o ser profesional sanitario en activo matizan de forma significativa las estimaciones de los participantes. Concretamente, los jóvenes (18-25 años), las mujeres, aquellas personas sin formación en CC de la Salud o que no ejercían en este ámbito profesional y las personas que habían recibido o recibían un tratamiento psicológico o psiquiátrico, fueron los grupos que

predicaban mayor probabilidad de desarrollar problemas de salud mental para las distintas situaciones listadas en la encuesta.

Específicamente para la probabilidad de desarrollar problemas psicológicos (como sintomatología ansiosa o depresiva), los participantes llegaron a hacer estimaciones entre 2 y 3 veces mayores que el dato de referencia para la población general (Bueno Notivol et al., 2021; Santabábara, 2021), y hasta 2 veces mayor en el caso de los profesionales sanitarios en activo (Marvaldi et al., 2021).

Por otro lado, para la estimación de la probabilidad de desarrollar TEPT, se observa de nuevo una tendencia a sobreestimar las consecuencias psicológicas tras dar positivo en COVID-19 (tanto para la población general como para los grupos de riesgo) y tener que confinarse en el domicilio (con o sin diagnóstico psicológico previo). En el caso del personal sanitario en activo, las estimaciones de los encuestados casi triplican la prevalencia real de aparición del trastorno. Sin embargo, los participantes subestimaron la probabilidad de desarrollar TEPT para otras situaciones, concretamente para ser ingresado en planta y en UCI por COVID-19. Es importante destacar, no obstante, que los datos de referencia para estas dos situaciones muestran una amplia variabilidad en los estudios de referencia, oscilando la prevalencia entre un 12 y un 96% (North et al., 2021) por lo que hay que ser cautelosos a la hora de interpretar esta comparación.

Este desajuste entre las estimaciones de los participantes y los datos de referencia podría explicarse de diversas formas. En primer lugar, respecto a que las personas sin formación sanitaria estimen mayor probabilidad de desarrollar problemas de salud mental, una explicación podría ser el desconocimiento en torno a los diferentes cuadros clínicos. Por ejemplo, trabajos como el de Miguel-Alvaro et al. (2019) muestran como las personas de la población general tienen una baja capacidad de categorizar adecuadamente en qué consisten sus problemas psicopatológicos. Sin embargo, las personas que sí contaban con formación sanitaria, a pesar de hacer estimaciones más bajas, seguían siendo significativamente más altas que los datos de referencia. Por tanto, otra posible explicación podría ser la influencia de los mensajes transmitidos durante la pandemia por los medios de comunicación o autoridades sanitarias, que han venido advirtiendo de que, tras el co-

Tabla 6. Estimación de la probabilidad de desarrollar problemas psicológicos y TEPT en función de si se recibieron tratamientos previos o no.

Situación derivada de la pandemia por COVID-19	Estimación problemas psicológicos (0-100)							Estimación TEPT (0-100)						
	No tratamientos previos		Sí tratamiento		t (1115)	p	d	No tratamientos previos		Sí tratamiento		t (1115)	p	d
	M (%)	DT	M (%)	DT				M (%)	DT	M (%)	DT			
Positivo en COVID-19 (población general)	46,52	23,53	48,55	23,21	-1,411	,159	-,087	42,39	27,21	39,24	26,55	1,903	,057	,117
Positivo en COVID-19 (grupo de riesgo)	63,24	24,28	66,37	22,42	-2,162	,031	-,133	54,21	27,25	51,31	27,51	1,723 ^a	,085	,106
Confinamiento (población general)	47,38	23,47	54,69	22,82	-5,133	,031	-,315	41,35	25,83	41,95	27,13	-,374	,708	-,023
Confinamiento (población clínica)	66,94	24,39	72,90	22,09	-4,220 ^a	< ,001	-,253	55,92	26,51	56,41	26,74	,300	,764	-,018
Ingreso en planta por COVID-19	64,30	23,81	68,07	22,03	-2,703 ^a	< ,001	-,163	55,70	26,24	55,77	26,17	-,041	,967	-,003
Ingreso en UCI por COVID-19	76,19	23,69	78,41	24,41	-1,625 ^a	,10	-,097	67,18	26,51	66,85	26,28	,206	,837	,013
Fallecimiento o ingreso en UCI de familiar	72,07	23,91	77,06	21,10	-3,657 ^a	< ,001	-0,218	64,38	26,80	65,89	26,05	-,923	,356	-,057
Profesional sanitario en activo	64,56	25,93	71,98	23,63	-4,922 ^a	< ,001	-,296	59,05	28,19	63,22	26,94	-2,453	,014	-,151
Problemas de conciliación familiar, rupturas o soledad	64,22	23,88	69,93	21,72	-4,118 ^a	< ,001	-,247	55,87	26,89	57,43	27,63	-,935	,350	-,057
ERTE o pérdida de empleo	68,06	23,32	72,44	21,51	-3,148	,002	-,193	59,41	26,97	59,75	28,34	-,198	,84	-,012
Riesgo de exclusión social	73,74	24,85	79,56	21,41	-4,160 ^a	< ,001	-,247	64,74	27,71	67,36	27,29	-1,550	,121	-,095

^a: Casos en los que se ha empleado Welch.

ronavirus, la siguiente pandemia sería la de salud mental (i.e., Mejía et al., 2020). De esta manera, sería interesante replicar el estudio en el futuro con el objetivo de poder determinar si el descenso de la exposición mediática afecta a la percepción de las personas. No obstante, los estudios longitudinales que existen hasta el momento indican que la afectación psicológica derivada de la crisis de la COVID-19 no disminuye con el tiempo (Ausín et al., 2022) lo que podría afectar a los resultados.

Si bien es cierto que diversos estudios han demostrado que la crisis sanitaria y situaciones derivadas de la misma han tenido un importante impacto negativo en la salud mental de la población, especialmente en las mujeres y los más jóvenes (Ausín et al., 2021), no alcanzan los niveles estimados por los participantes en nuestro trabajo. Este último dato podría explicar también que, en nuestra muestra, estos dos grupos (mujeres y jóvenes), valorasen como más graves las consecuencias de vivir las distintas situaciones listadas, ya que han sido los que han referido mayores niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y somática a lo largo de la pandemia, así como un bajo apoyo social percibido y mayores niveles de soledad (Ausín et al., 2020). Esto, además, los sitúa como un grupo especialmente vulnerable, ya que sabemos que uno de los factores postraumáticos que mejor predice la aparición de TEPT es el bajo apoyo social percibido (i.e., Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003). Específicamente en el caso de las mujeres, los datos hallados pueden ser congruentes con el hecho de que las personas del sexo femenino tiendan a reportar tasas más altas en la mayoría de los problemas psicopatológicos y mayores tasas de estrategias deficitarias de regulación emocional como la rumiación (Nolen-Hoeksema, 2012). Esto podría sesgar su percepción sobre la repercusión de acontecimientos estresantes o traumáticos como los generados en la pandemia de la COVID-19.

Especialmente interesante es el hecho de que aquellas personas que recibían o habían recibido en el pasado un tratamiento en salud mental tendieran, frente a los que no lo habían recibido, a estimar mayores probabilidades de desarrollar problemas de salud mental en la mayoría de las categorías. Este aspecto puede tener varias explicaciones. En primer lugar, es posible que las personas que se encuentran o han estado en tratamiento, puedan presentar con más probabilidad determinados cuadros psicopatológicos como la depresión en los que se ha visto que existe un

sesgo atencional consistente en una preferencia hacia la información negativa y una evitación de la positiva (i.e., Duque y Vázquez, 2015). No obstante, también es cierto que lo lógico sería pensar que, aquellas personas que han acudido a un tratamiento en torno a su salud mental podrían tener una mayor psicoeducación y por lo tanto una creencias más adaptativas en torno a los problemas psicopatológicos (i.e., Dolan et al., 2021). En este sentido, se considera que sería necesario estudiar en profundidad el tipo de asistencia recibida (p.ej., psicofarmacológica, psicoterapéutica, etc.) y el tiempo desde que se recibió para ver si son variables que pueden afectar en la percepción de riesgo de problemática clínica.

Los resultados tienen implicaciones en cuanto que alertan sobre la necesidad de que los gestores distribuyan los recursos asistenciales en salud mental guiados por los datos empíricos y no por la percepción social. Pese a que está empíricamente constatado que ante una situación de las características de la pandemia de la COVID-19 la amplia mayoría de personas no sufrirá ningún tipo de problema psicológico (Taylor, 2019), los datos del presente estudio muestran como la población sobrestima la afectación de estos sucesos en la salud mental comunitaria. Se deben realizar análisis pormenorizados y basados en la evidencia que permitan identificar aquellos colectivos más vulnerables y establecer focos de intervención adecuados (Inchausti et al., 2020). Además, los resultados apuntan hacia la conveniencia de llevar a cabo acciones psicoeducativas generalizadas que impidan que reacciones normales sean consideradas como patológicas por la población general. Por ejemplo, con aquellos familiares de pacientes ingresados en estado grave o que han fallecido la literatura apunta hacia la necesidad de no patologizar las reacciones emocionales esperables (von Blanckenburg y Leppin, 2018). Además, es importante que todos los profesionales sanitarios tengan claro si intervenir en estos casos es más beneficioso que no hacerlo, aunque la percepción social induzca la idea de la necesidad de un abordaje en materia de salud mental de manera generalizada.

Por otro lado, el presente estudio cuenta con limitaciones entre las que se encuentran la heterogeneidad de los datos expuestos en los estudios de referencia con los que se establece la comparación de los datos de la encuesta, así como la sobrerrepresentación de mujeres y jóvenes, que puede dificultar la generalización de las conclusio-

nes. Futuros estudios deberían cuidar estos aspectos. Por otro lado, se deben destacar las limitaciones derivadas de contar con una muestra de conveniencia obtenida a través de un cuestionario en línea ya que al no haberse ejecutado un muestreo aleatorio existe un riesgo de que se produzca un sesgo estadístico en los resultados.

En definitiva, los datos expuestos revelan que la muestra estudiada estima que la mayoría de las personas que hayan vivido una situación directamente relacionada con la enfermedad provocada por el virus o derivada de ella, tendrán altas probabilidades de desarrollar problemas psicológicos o TEPT. Por todo ello parece importante trasladar estos datos a la población general, así como a instituciones y medios de comunicación, para promover la difusión de información basada en la evidencia y la creación de redes de apoyo, especialmente para los grupos más vulnerables, así como la distribución de recursos (humanos, económicos y educativos) de forma que la atención psicológica sea accesible, ya que va a cobrar especial relevancia tras la pandemia para hacer frente a las necesidades de la población.

Referencias Bibliográficas

- Ausín, B., González-Sanguino, C., Castellanos, M. A., Sáiz, J. & Muñoz, M. (2022). Longitudinal study of age-related differences in the psychological impact of confinement as a consequence of Covid-19 in a Spanish sample. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 30(1), 93-107. <https://doi.org/10.51668/bp.8322105n>
- Ausín, B., González-Sanguino, C., Castellanos, M. Á., & Muñoz, M. (2021). Gender-related differences in the psychological impact of confinement as a consequence of COVID-19 in Spain. *Journal of Gender Studies*, 30(1), 29-38. <https://doi.org/10.1080/09589236.2020.1799768>
- Ausín, B., Castellanos, M.A., González-Sanguino, C., Vakhantseva, O.V., Almazova, O.V., Shaigerova, L.A., Dolgikh, A.G. & Muñoz, M. (2020). The Psychological Impact of Six Weeks of Lockdown as a Consequence of COVID-19 and the Importance of Social Support: A Cross-Cultural Study Comparing Spanish and Russian Populations. *Psychology in Russia: State of the Art*, 13(4), 89-105. <https://doi.org/10.11621/pir.2020.0406>
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 748-766. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.68.5.748>
- Bueno-Notivol, J., Gracia-García, P., Olaya, B., Lasheras, I., López-Antón, R., & Santabábara, J. (2021). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International journal of clinical and health psychology*, 21(1), 100196. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.007>
- Cárdenas, J. M. y Arancibia, H. (2014). Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G*Power: complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología. *Salud y Sociedad*, 5(2), 210-244. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2014.0002.00006>
- Cohen J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.112.1.155>
- Duque, A., & Vázquez, C. (2015). Double attention bias for positive and negative emotional faces in clinical depression: Evidence from an eye-tracking study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 46, 107-114. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.09.005>
- Dolan, N., Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., Siddell, E., & Delgadillo, J. (2021). Effectiveness of stress control large group psychoeducation for anxiety and depression: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 375-399. <https://doi.org/10.1111/bjc.12288>
- Escorcia-Reyes, J. R., & López-Ortiz, G. (2021). Altruismo, empatía y profesionalismo médico. *Medicina Interna de México*, 37(6), 1069-1074. <https://doi.org/10.24245/mim.v37i6.5153>
- Galatzer-Levy, I.R., Huang, S.H. & Bonanno, G.A. (2018). Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. *Clinical Psychology Review*, 63, 41-55. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.05.008>
- Inchausti, F., García Poveda, N. V., Prado Abril,

- J., & 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>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J. P., Levinson, D., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European journal of psychotraumatology*, 8(5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., Karam, E. G., Meron Ruscio, A., Benjet, C., Scott, K., Atwoli, L., Petukhova, M., Lim, C., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bunting, B., Ciutan, M., de Girolamo, G., Degenhardt, L., ... Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological medicine*, 47(13), 2260–2274. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
- Marvaldi, M., Mallet, J., Dubertret, C., Moro, M. R., & Guessoum, S. B. (2021). Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 126, 252-264. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.03.024>
- Mejia, C. R., Rodriguez-Alarcon, J. F., Garay-Rios, L., Enriquez-Anco, M. D. G., Moreno, A., Huaytan-Rojas, K., & Curioso, W. H. (2020). Percepción de miedo o exageración que transmiten los medios de comunicación en la población peruana durante la pandemia de la COVID-19. *Revista cubana de investigaciones biomédicas*, 39(2).
- Miguel-Álvaro, A., Fernández-Arias, I. y Larroy, C. (2019). ¿Coincide la demanda del paciente con el problema percibido por el terapeuta?: un análisis cualitativo de motivos de consulta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28 (4), 353-374. <https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1143>
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology*, 109(3), 504. <https://doi.org/10.1146/anurev-clinpsy-032511-143109>
- North, C.S.; Surís, A.M. & Pollio, D.E. A. (2021). Nosological Exploration of PTSD and Trauma in Disaster Mental Health and Implications for the COVID-19 Pandemic. *Behavioral Sciences*, 11(1), 7, <https://doi.org/10.3390/bs11010007>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129(1), 52–73. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
- Santabárbara, J., Lasheras, I., Lipnicki, D. M., Bueno-Notivol, J., Pérez-Moreno, M., López-Antón, R., ... & Gracia-García, P. (2021). Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 109, 110207. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110207>
- Salehi, M.; Amanat, M.; Mohammadi, M.; Salமான, M.; Rezaei, N.; Saghadzadeh, A. & Garakani, A. (2021). The Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder Related Symptoms in Coronavirus Outbreaks: A Systematic-Review and Meta-Analysis. *Journal of Affective Disorders*, 282, 527–538. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.188>
- Sommers, C.H. y Satel, S. (2010). *One Nation Under Therapy: How the Helping Culture Is Eroding Self-Reliance*. St. Martin's Griffin.
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics. Preparing fo the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing.
- von Blanckenburg, P, y Leppin, N. (2018). Psychological interventions in palliative care. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(5), 389-395. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000441>
- Yuan, K., Gong, Y. M., Liu, L., Sun, Y. K., Tian, S. S., Wang, Y. J., ... & Lu, L. (2021). Prevalence of posttraumatic stress disorder after infectious disease pandemics in the twenty-first century, including COVID-19: a meta-analysis and systematic review. *Molecular psychiatry*, 1-17. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01036-x>