

# Revista Española de Salud Pública



MONOGRÁFICO SOBRE SALUD MENTAL Y COVID-19. DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL 2020.

*Moverse por la salud mental: invirtamos en ella.* - 10 DE OCTUBRE DE 2020

## EDITORIAL

La salud mental en tiempos de la COVID-19.

Andrés G. Suárez Alonso.

9-12

## FIRMAS INVITADAS-COLABORACIONES ESPECIALES

El teléfono de asistencia psicológica por la COVID-19 del Min. de Sanidad y el Con. Gral de la Psicología de España: características y demanda.

Silvia Berdullas Saunders, Clara Gesteira Santos, Noelia Morán Rodríguez, José Ramón Fernández Hermida, Jesús Sanz Fernández, María Paz García-Vera.

13-25

Salud Mental y COVID-19 en infancia y adolescencia: Visión desde la Psicopatología y la Salud Pública.

José Luis Pedreira Massa.

27-43

## ORIGINALES

COVID-19 y salud infantil: el confinamiento y su impacto según profesionales de la infancia.

Erika Valero Alzaga, Unai Martín Roncero, Anía Domínguez-Rodríguez, Grupo Confisalud.

45-51

COVID-19: Factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española.

Alberto Parrado-González, José C. León-Jariego.

53-68

## ORIGINAL BREVE

Síntomas psicopatológicos durante la cuarentena por COVID-19 en población general española: un análisis preliminar en función de variables sociodemográficas y ambientales-ocupacionales.

Juan Antonio Becerra-García, Gala Giménez Ballesta, Teresa Sánchez-Gutiérrez, Sara Barbeito Resa, Ana Calvo Calvo.

69-79

## REVISIONES SISTEMÁTICAS

Impacto del SARS-CoV-2 (COVID-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática.

Juan Jesús García-Iglesias, Juan Gómez-Salgado, Jorge Martín-Pereira, Javier Fagundo-Rivera, Diego Ayuso-Murillo, José Ramón Martínez-Riera, Carlos Ruiz-Frutos.

81-100

La fatiga y la carga mental en los teletrabajadores: a propósito del distanciamiento social.

Carlos Eduardo Venegas Tresierra, Leyva Pozo Astrid Carolina.

101-117

## COLABORACIÓN ESPECIAL-PROTOCOLO

Influencia de la actividad física realizada durante el confinamiento en la pandemia del COVID-19 sobre el estado psicológico de adultos: un protocolo de estudio.

Alba Camacho-Cardenosa, Marta Camacho-Cardenosa, Eugenio Merellano-Navarro, Átlla A. Trapé, Javier Brazo-Sayavera.

119-127

## CARTA A LA DIRECCIÓN

Salud mental en el período perinatal y estrés materno durante la pandemia COVID-19: influencia sobre el desarrollo fetal.

Rafael A. Caparros-Gonzalez, Miguel Ángel Luque-Fernández.

129-130

## PERSPECTIVA

COVID-19 y salud mental.

Alba Camacho-Cardenosa, Marta Camacho-Cardenosa, Eugenio Merellano-Navarro, Átlla A. Trapé, Javier Brazo-Sayavera.

131-135

OCTOBER 10<sup>TH</sup> 2020

MONOGRAPHIC ON MENTAL HEALTH & COVID-19. WORLD MENTAL HEALTH DAY 2020.

*Move for mental health: let's invest*

**EDITORIAL**

Mental health in times of COVID-19.

Andrés G. Suárez Alonso.

9-12

**GUEST WRITER-SPECIAL COLABORATIONS**

The COVID-19 psychological helpline of the Spanish Ministry of Health and Spanish Psychological Association: characteristics and demand.

Silvia Berdullas Saunders, Clara Gesteira Santos, Noelia Morán Rodríguez, José Ramón Fernández Hermida, Jesús Sanz Fernández, María Paz García-Vera.

13-25

Mental Health and COVID-19 in children and adolescents: psychopathological and Public Health approach.

José Luis Pedreira Massa.

27-43

**ORIGINALS**

COVID-19 and child health: confinement and its impact according to child professionals.

Erika Valero Alzaga, Unai Martín Roncero, Anía Domínguez-Rodríguez, Grupo Confisalud.

45-51

COVID-19: factors associated with emotional distress and psychological morbidity in Spanish population.

Alberto Parrado-González, José C. León-Jariego.

53-68

**BRIEF ORIGINALS**

Psychopathological symptoms during COVID-19 quarantine in Spanish general population: a preliminary analysis based on sociodemographic and occupational-contextual factors.

Juan Antonio Becerra-García, Gala Giménez Ballesta, Teresa Sánchez-Gutiérrez, Sara Barbeito Resa, Ana Calvo Calvo.

69-79

**SYSTEMATIC REVIEWS**

Impact of SARS-CoV-2 (COVID-19) on the mental health of healthcare professionals: a systematic review.

Juan Jesús García-Iglesias, Juan Gómez-Salgado, Jorge Martín-Pereira, Javier Fagundo-Rivera, Diego Ayuso-Murillo, José Ramón Martínez-Riera, Carlos Ruiz-Frutos.

81-100

Fatigue and mental workload among workers: about social distancing.

Carlos Eduardo Venegas Tresierra, Leyva Pozo Astrid Carolina.

101-117

**SPECIAL COLABORATION-PROTOCOL**

Influence of physical activity during outbreak on psychological states in adults in the COVID-19 pandemic: a study protocol.

Alba Camacho-Cardenosa, Marta Camacho-Cardenosa, Eugenio Merellano-Navarro, Átila A. Trapé, Javier Brazo-Sayavera.

119-127

**LETTER TO THE EDITOR**

Mental health in the perinatal period and maternal stress during the COVID-19 pandemic: influence on fetal development.

Rafael A. Caparros-Gonzalez, Miguel Ángel Luque-Fernández.

129-130

**PERSPECTIVE**

COVID-19 & mental health.

Alba Camacho-Cardenosa, Marta Camacho-Cardenosa, Eugenio Merellano-Navarro, Átila A. Trapé, Javier Brazo-Sayavera.

131-135

# Revista Española de Salud Pública

MINISTERIO DE SANIDAD

Paseo del Prado, 18-20

28071 Madrid, España

Teléfono 0034 91 596 4107

resp@mscbs.es

www.mscbs.es/resp

SITIOS WEB EN LOS QUE ESTÁ INCLUIDA CON EL TEXTO COMPLETO DE LOS ARTÍCULOS:

Scielo España: <http://scielo.isciii.es/scielo/php>

Biblioteca Virtual Scielo Salud Pública: [www.scielosp.org](http://www.scielosp.org)

RECYT: <http://recyt.fecyt.es/>

Latindex: <http://www.latindex.unam.mx/>

CSIC-e-revistas: [www.erevistas.cisc.es](http://www.erevistas.cisc.es)

Dialnet: <http://dialnet.uniroja.es/>

Redalyc: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/index.jsp>

Directory of Open Access Journals: [www.doaj.org](http://www.doaj.org)

INDIZADA EN:

Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud

Cuiden

Medline/Index Medicus

SIIC Data Base

EMBASE/Excerpta Médica

Directorio Ulrich

Social Science Citation Index

NIPO papel: 133-21-047-5

NIPO en línea: 133-21-048-0

DEPÓSITO LEGAL: M-17324-2021



# COMITÉ INSTITUCIONAL

---

---

**JOSÉ MARÍA DE TORRES MEDINA**

Director General de Salud Pública  
y Ordenación Farmacéutica  
ANDALUCÍA

**CARMEN DURÁN PARRANDO**

Directora General de Salud Pública  
GALICIA

**FRANCISCO JAVIER FALO FORNIÉS**

Director General de Salud Pública  
ARAGÓN

**M<sup>a</sup> ANTONIA FONT OLIVER**

Directora General de Salud Pública  
ISLAS BALEARES

**JOSÉ JUAN ALEMÁN SÁNCHEZ**

Director General de Salud Pública  
CANARIAS

**JOSÉ JESÚS GUILLEN PÉREZ**

Director General de Salud Pública y Adicciones  
REGIÓN DE MURCIA

**REINHARD WALLMANN**

Director General de Salud Pública  
CANTABRIA

**MARÍA ANGELES NUÍN VILLANUEVA**

Directora Gerente del Instituto  
de Salud Pública y Laboral  
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

**JUAN JOSÉ CAMACHO PAREJO**

Director General de Salud Pública  
CASTILLA-LA MANCHA

**ITZIAR LARIZGOITIA JAUREGUI**

Directora General de Salud Pública y Adicciones  
PAÍS VASCO

**M<sup>a</sup> DEL CARMEN PACHECO MARTÍNEZ**

Directora General de Salud Pública  
CASTILLA Y LEÓN

**PELLO LATASA ZAMALLOA**

Director General de Salud Pública, Consumo y Cuidados  
LA RIOJA

**XAVIER LLEBARIA SAMPER**

Director de la Agencia de Salud Pública  
CATALUÑA

**RAFAEL COFIÑO FERNÁNDEZ**

Director General de Salud Pública  
PRINCIPADO DE ASTURIAS

**ELENA ANDRADAS ARAGONÉS**

Directora General de Salud Pública  
COMUNIDAD DE MADRID

**M<sup>a</sup> PILAR GUIJARRO GONZALO**

Directora General de Salud Pública  
EXTREMADURA

**OFELIA GIMENO FORNER**

Directora General de Salud Pública y Adicciones  
COMUNIDAD VALENCIANA

**REBECA BENARROCH BENARROCH**

Directora General de Sanidad y Consumo  
CEUTA

**JOSE LUIS CABANILLAS**

Director General de Sanidad y Consumo  
MELILLA



# COMITÉ EDITORIAL

---

---

## **EQUIPO DIRECTIVO**

**PILAR APARICIO AZCÁRRAGA**  
Directora General de Salud Pública

**PILAR CAMPOS ESTEBAN**  
Subdirectora General de Promoción,  
Prevención y Calidad

**M<sup>a</sup> ARANZAZU LÓPEZ FRANCO**  
Editora jefe de la Revista Española de Salud Pública

## **EDITORES ASOCIADOS**

**M<sup>a</sup> VICENTA LABRADOR CAÑADAS**  
Unidad de Programas de Cribado Poblacional.  
Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad

**MARTA MOLINA OLIVAS**  
Unidad de Sistemas de Información.  
Plan Nacional sobre Drogas

**LUCÍA PILAR GARCÍA SAN MIGUEL  
RODRÍGUEZ-ALARCÓN**  
Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias

**JUAN GÓMEZ SALGADO**  
Universidad de Huelva.  
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública

**AURORA LIMIA**  
Unidad de vacunas.  
Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad

**CRISTINA BOJO CANALES**  
Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud.  
Instituto de Salud Carlos III

**MARTA SOLER SONEIRA**  
Centro Nacional de Epidemiología.  
Instituto de Salud Carlos III

**CARMEN TRISTÁN ANTONA**  
Unidad de Sistemas de Información.  
Plan Nacional sobre Drogas

**JOSÉ TUELLS HERNÁNDEZ**  
Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud  
Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante

## **EQUIPO DE REDACCIÓN**

**RUBÉN MARTÍN BRAVO**  
Diseñador y encargado del soporte técnico.  
Técnico de Diseño Externo (TRAGSATEC)

**ANDREA REBOLLO PÉREZ**  
Personal administrativo-Externa (TRAGSATEC)

**LAURA MOLINERA GÓMEZ**  
Traductora.  
Personal administrativo-Externa (TRAGSATEC)



# COMITÉ CIENTÍFICO

## YOLANDA AGRA VARELA

Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad del Ministerio de Sanidad

## GUILLEM LÓPEZ CASASNOVAS

Universidad Pompeu Fabra. Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF)

## MIGUEL ÁNGEL ASENJO SEBASTIÁN

Miembro numerario de la Real Academia de Medicina de Catalunya. Universitat de Barcelona

## M<sup>a</sup> ARANZAZU LÓPEZ FRANCO

Revista Española de Salud Pública. Ministerio de Sanidad

## JOSÉ RAMÓN BANEGAS BANEGAS

Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid

## JOSÉ MARÍA MARTÍN MORENO

Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Valencia, Hospital Clínico Universitario

## GREGORIO BARRIO ANTA

Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, CIBERESP

## JOSÉ JOAQUÍN MIRA SOLVES

Psicología Social. Universidad Miguel Hernández

## CRISTINA BOJO CANALES

Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud. Instituto de Salud Carlos III

## MARTA MOLINA OLIVAS

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Ministerio de Sanidad

## MIGUEL DELGADO RODRÍGUEZ

Medicina Preventiva y Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén

## RAFAEL NÁJERA MORRONDO

Profesor emérito de la Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III

## JOSÉ-MANUEL FREIRE CAMPO

Salud internacional. Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III

## MARTA NAVARRO GÓMEZ

Ministerio de Sanidad

## JOAN GENÉ BADÍA

Consorci d'Atenció Primària de Salut Eixample (CAPSE). Departamento de Salud Pública, Universitat de Barcelona

## JOSÉ LUIS PEDREIRA MASSA

Ministerio de Sanidad

## INÉS GÓMEZ ACEBO

Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas de la Universidad de Cantabria

## SALVADOR PEIRÓ MORENO

Àrea d'investigació en serveis de salut. Centre Superior d'Investigació en Salut Pública (CSISP)

## JUAN GÓMEZ SALGADO

Universidad de Huelva. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública

## FERNANDO RODRÍGUEZ ARTALEJO

Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública y Microbiología. Universidad Autónoma de Madrid

## JESÚS GONZÁLEZ ENRÍQUEZ

Agencia de Evaluación y Tecnologías. ISCIII

## JESÚS F. ROSEL REMÍREZ

Facultat de Ciències de la Salut, Castelló de la Plana. Universitat Jaume I

## BEATRIZ GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL

Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión

## TERESA SALVADOR-LLIVINA

Directora del Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD)

## RAFAEL HERRUZO CABRERA

Universidad Autónoma de Madrid. Medicina Preventiva y Salud Pública y Microbiología

## CARMEN TRISTAN ANTONA

Subdirección de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública. Ministerio de Sanidad

## MARIA VICENTA LABRADOR CAÑADAS

Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad del Ministerio de Sanidad

## JOSÉ TUELLS HERNÁNDEZ

Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante

## JOSÉ FÉLIX LOBO ALEU

Economía de la Salud. Universidad Carlos III de Madrid



# INVERTIR EN SALUD MENTAL

Día Mundial de la Salud Mental 2020



**EDITORIAL****LA SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE LA COVID-19****Andrés G. Suárez Alonso (1)**

(1) Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad. Ministerio de Sanidad. Madrid. España.

El autor declara que no existe ningún conflicto de interés.

El pasado 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la situación epidemiológica provocada por la enfermedad COVID-19 en el mundo como una pandemia<sup>(1)</sup>.

En aquel momento, la OMS contabilizaba más de 118.000 casos en 114 países, de los cuales 4.291 habían fallecido. En el momento de escribir este artículo, seis meses después, los datos acumulados que publica la OMS son de más de 28 millones de casos confirmados, con cerca de un millón de muertos, en 216 países, áreas o territorios a lo largo de todo el mundo<sup>(2)</sup>.

El posible impacto provocado por la pandemia de la COVID-19 y el confinamiento general durante tres meses en nuestro país sobre el bienestar emocional y la salud mental de la población, a efectos de su análisis, se puede considerar tanto consecuencia de factores directamente relacionados con la enfermedad como de otros aspectos más relacionados con los efectos de dicha pandemia sobre la actividad personal, laboral, educativa, social, económica y cultural, entre otras.

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales y factores neurobiológicos, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales como, entre otros, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad.

Lalonde atribuye a factores que tienen que ver con los estilos de vida y a los factores del entorno, tan relacionados con la salud mental, un peso que se aproxima a los dos tercios (61%)<sup>(3)</sup>. Se podría afirmar que todos o casi todos los elementos relacionados con los determinantes de salud mental se pueden ver potencialmente afectados, en mayor o menor medida, en el contexto de una pandemia como la de COVID-19.

Las dimensiones y la rapidez con las que se ha desarrollado esta pandemia pueden haber facilitado el desarrollo de sentimientos de vulnerabilidad, temor al contagio -tanto al propio como al de los seres queridos- y miedo al curso futuro de la evolución de la pandemia entre la población, así como de incertidumbre sobre el futuro a corto, medio y largo plazo.

Las características propias de la enfermedad producida por la infección por el coronavirus SARS-CoV-2, en tanto que nuevo microorganismo para la especie humana frente al que no se dispone todavía de un tratamiento antivírico específico ni de vacuna, y del cual muchas de sus características microbiológicas, clínicas, terapéuticas y epidemiológicas, entre otras, se han ido conociendo sobre la marcha, han contribuido a incrementar sentimientos negativos como el miedo, la preocupación, el estrés, la frustración o la vulnerabilidad. La incertidumbre en muchos aspectos se puede haber comportado como un elemento estresor añadido, en particular entre los profesionales sanitarios.

Correspondencia:  
Andrés G. Suárez Alonso  
Ministerio de Sanidad  
Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad  
Paseo del Prado, 18-20  
28014 Madrid, España

Cita sugerida: Suárez Alonso AG. La salud mental en tiempos de la COVID-19. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 9 de octubre e202010126.

Este efecto directo relacionado con la enfermedad ha sido mayor en determinados grupos como: los pacientes con COVID-19, sus familiares, allegados y convivientes; los contactos de los casos; el personal sanitario; los profesionales más expuestos directamente al virus en su labor; y las personas con antecedentes de trastornos mentales, por citar algunos de los más significativos. En todos ellos, la experiencia más directa con la enfermedad los convierte en grupos más vulnerables desde el punto de vista del impacto emocional.

Pero, además, la COVID-19 ha tenido y está teniendo importantes consecuencias sobre la vida de las personas, más allá de las directamente relacionadas con el virus y la enfermedad que produce.

En este sentido, el confinamiento general decretado durante el estado de alarma, entre el 14 de marzo y el 21 de junio, como medida de control en los peores momentos de la emergencia sanitaria, se mostró eficaz para reducir de forma drástica la aparición de nuevos casos y fallecimientos, pero también tuvo otros efectos colaterales. Son múltiples los cambios ocurridos en la vida de las personas durante este periodo, cambios con capacidad de afectar al bienestar emocional y psíquico en la medida en que actúan sobre los determinantes de la salud mental, alteran hábitos de vida saludables o contribuyan a la aparición de factores de riesgo de trastornos mentales:

La limitación de la movilidad, la disminución de la vida social, la limitación de actividades al aire libre y ejercicio físico, la alteración de horarios de las comidas y de sueño son elementos que pueden alterar el bienestar emocional o contribuir a que se agraven trastornos preexistentes.

Existe la posibilidad del aumento de hábitos tóxicos como el consumo del alcohol u otras

drogas, que pueden incrementar el malestar y la ansiedad, así como un menor control sobre las emociones. El informe presentado en el pasado mes de julio por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones sobre el impacto preliminar de la pandemia de COVID-19 en el consumo de sustancias psicoactivas y adicciones observó que el 71,9% de las personas encuestadas, que se declaraban consumidoras de sustancias psicoactivas ilegales, habían cesado o reducido la frecuencia o la cantidad de su consumo, mientras que el 16,3% no habían realizado cambios y un 11,9% habrían aumentado la frecuencia o la cantidad de consumo durante el confinamiento (encuesta realizada entre el 8 de abril y el 31 de mayo). En cuanto al consumo de alcohol, la mayoría de las personas encuestadas en España habían reducido el consumo de alcohol o lo habrían mantenido sin cambios: el 39,4% declaró haber reducido su frecuencia de consumo, el 40,2% redujo el número de bebidas en cada ocasión y el 41,9% realizó un menor número de episodios de consumo intensivo<sup>(4)</sup>.

La pérdida o la preocupación por el empleo o la pérdida de la actividad económica han sido también, sin duda, importantes factores estresantes y motivo de preocupación para una parte importante de la población. Según los resultados de la *Encuesta de Población Activa (EPA)* del segundo trimestre de 2020, la ocupación bajó en 1.074.000 personas en ese segundo trimestre, cifra que no incluye a los afectados por un Expediente de Regulación Temporal de Empleo (ERTE) con suspensión de empleo que, según la metodología de la Oficina Estadística de la Unión Europea (Eurostat) y de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que se aplica en la EPA, se consideran ocupados<sup>(5)</sup>.

Parrado-González *et al* realizaron un estudio durante la cuarentena con el objetivo de evaluar el impacto psicológico y el deterioro de la salud mental asociados a la pandemia de la COVID-19.

Mediante un muestreo no probabilístico tipo bola de nieve distribuyeron un cuestionario *online*, inicialmente entre la red de contactos del equipo de investigación, solicitando a estos que lo distribuyeran a su vez a su propia red de contactos. Contestaron al cuestionario 1.596 personas residentes en 311 ciudades de 16 comunidades autónomas de España, entre el 26 de marzo y el 1 de abril. El impacto psicológico se evaluó mediante la Escala de Impacto de Evento-Revisada (IES-R), y el estado de salud mental con el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12). En cuanto al impacto psicológico, en una escala que tiene 22 ítems valorados de 0 a 4, la puntuación media fue de 23,53 (desviación estándar de 14,29), el 55,7% de los participantes presentaron un impacto psicológico mínimo (menor o igual a 23 puntos), el 19,6% leve (24-32 puntos) y el 24,7% moderado o grave (mayor o igual a 33 puntos). La variable “*estado de salud mental*” se midió con el cuestionario GHQ-12, con 12 preguntas sobre síntomas psiquiátricos o de malestar emocional (que en este estudio se puntuaron entre 0 y 1), resultando un nivel de malestar psicológico general con una puntuación media de 3,44 (desviación estándar de 3,37) y un 48,8% de los participantes con síntomas asociados a deterioro de la salud mental (resultado mayor o igual a 3 puntos). A pesar de que las limitaciones metodológicas de este estudio puedan dificultar la generalización de resultados, tiene el valor de haber analizado 311 localidades diferentes durante las primeras semanas del estado de alarma y sus hallazgos pueden ser de gran interés para posteriores análisis<sup>(6)</sup>.

Otro indicador que puede ser de interés analizar es el del consumo de psicofármacos, como pueden ser los del grupo de los ansiolíticos hipnóticos, durante este periodo. A la espera de disponer de los datos procedentes de la facturación de recetas de los últimos meses, ya

han aparecido algunos estudios que apuntan a un incremento de su consumo. Salas-Nicás *S et al* realizaron, entre el 29 de abril y el 28 de mayo de 2020, una encuesta *online* entre personas asalariadas residentes en España que a fecha 14 de marzo de 2020 tenían un trabajo, con una muestra final de 20.328 participantes. Entre las variables estudiadas incluyeron preguntas sobre consumo de fármacos de la *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España* (EDADES) del Plan Nacional de Drogas. Observan que más de uno/a de cada cinco (21,5%) participantes habrían consumido “*tranquilizantes/sedantes o somníferos*” durante el último mes. De éstos, más de la mitad (12%) eran nuevos consumidores, mientras que de los que ya consumían antes del inicio de la pandemia, uno de cada tres aumentó la dosis o cambió a un fármaco “*más fuerte*”. El consumo total fue superior en mujeres (27,4% frente a 15,9% en hombres), así como el porcentaje de nuevas consumidoras (15,4% frente a 8,8%)<sup>(7)</sup>.

Todo lo expresado pone en evidencia la importancia de prestar especial atención a la salud mental de la población durante una pandemia. La magnitud y amplitud del impacto y la velocidad con la que se desarrollan los acontecimientos, como un tsunami, hacen muy complicada la implementación de medidas efectivas. En este sentido, serían convenientes análisis para evaluar cuál ha sido el impacto en los grupos sociales más vulnerables, localizar los factores que aumentan dicho impacto y desarrollar intervenciones para reducirlos en futuras situaciones similares.

Lo vivido debe ser una oportunidad para poner en primer plano y fortalecer la atención a la salud mental en la misma forma y en la misma medida que se refuerce el sistema de salud general, y como un eje primordial del mismo. Como refleja la definición de salud de la OMS, no hay salud sin salud mental<sup>(8)</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization, WHO. (11 de marzo de 2020). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Obtenido de <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
2. World Health Organization, WHO. (13 de septiembre de 2020). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Numbers at a glance. Obtenido de <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
3. Lalonde M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada. Obtenido de: <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
4. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (julio de 2020). Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (DGPNSD). Informe COVID-19, consumo de sustancias psicoactivas y adicciones. Obtenido de [https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2020\\_Coronavirus/pdf/20200715\\_Informe\\_IMPACTO\\_COVID-19\\_OEDA\\_final.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2020_Coronavirus/pdf/20200715_Informe_IMPACTO_COVID-19_OEDA_final.pdf)
5. Instituto Nacional de Estadística, I. (28 de Julio de 2020). Encuesta de Población Activa (EPA). Segundo trimestre de 2020. Obtenido de <https://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0220.pdf>
6. Parrado-González A *et al.* (8 de junio de 2020). COVID-19: Factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española. *Rev Esp Salud Pública*, 94, e1-16. Obtenido de [https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL94/ORIGINALES/RS94C\\_202006058.pdf](https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/ORIGINALES/RS94C_202006058.pdf)
7. Salas-Nicás S *et al.* (2020). Condiciones de trabajo, inseguridad y salud en el contexto del COVID-19: estudio de la población asalariada de la encuesta COTS. Barcelona: POWAH-Universitat Autònoma de Barcelona; Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS-CCOO). Obtenido de <https://trabajocovid.uab.cat/InformeCOTS.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud, OMS. (1948). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados. Obtenido de [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

**COLABORACIÓN ESPECIAL**

Recibido: 22 de septiembre de 2020

Aceptado: 8 de octubre de 2020

Publicado: 14 de octubre de 2020

**EL TELÉFONO DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA POR LA COVID-19 DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y DEL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA: CARACTERÍSTICAS Y DEMANDA(\*)****Silvia Berdullas Saunders (1), Clara Gesteira Santos (2), Noelia Morán Rodríguez (2), José Ramón Fernández Hermida (3), Francisco Santolaya (1), Jesús Sanz Fernández (2) y María Paz García-Vera (2)**

(1) Consejo General de la Psicología de España.

(2) Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España.

(3) Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo. Oviedo. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

(\*) Este trabajo ha sido posible gracias al apoyo del Ministerio de Sanidad, del Consejo General de la Psicología de España y, en parte, de una ayuda del Ministerio de Ciencia e Innovación y Universidades (PGC2018-098387-B-100).

**RESUMEN**

Entre marzo y mayo de 2020, el Ministerio de Sanidad y el Consejo General de la Psicología de España, pusieron en marcha el Servicio de Primera Ayuda Psicológica (SPAP), un servicio telefónico para toda España, diseñado para proveer atención psicológica temprana a las personas afectadas por la COVID-19. En el tiempo en que el servicio estuvo disponible, se gestionaron 15.170 llamadas, que condujeron a realizar 11.417 intervenciones psicológicas con personal sanitario y otros intervinientes, con enfermos y familiares de enfermos o fallecidos, y población general. Los resultados muestran que la mayoría de llamadas (45,7%) provenían de la Comunidad Autónoma de Madrid, que hubo significativamente más mujeres que utilizaron el servicio (73,5%) y que el rango de edad más común entre los usuarios era el de 40-59 años. El 75,9% de las consultas tuvo que ver con problemas psicológicos relacionados con sintomatología ansiosa y depresiva, aunque también destacaba la sintomatología de duelo entre los enfermos o familiares de enfermos y fallecidos y, en menor medida, la sintomatología de estrés en el grupo de intervinientes. Estos datos muestran la necesidad de este servicio de atención psicológica temprana y sugieren que recursos como este deberían implementarse de manera integrada en el Sistema Nacional de Salud.

**Palabras clave:** COVID-19, Pandemia, Epidemia, Salud Mental, Intervención psicológica, Intervención en crisis, Atención psicológica temprana, Telepsicoterapia, Intervención telefónica, Línea de atención.

Correspondencia:  
María Paz García-Vera  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica  
Facultad de Psicología  
Universidad Complutense de Madrid  
Campus de Somosaguas, s/n  
28223 Pozuelo de Alarcón, Madrid, España  
mpgvera@psi.ucm.es

**ABSTRACT****The COVID-19 psychological helpline of the Spanish Ministry of Health and Spanish Psychological Association: characteristics and demand**

Between March and May 2020, the Spanish Ministry of Health and the Spanish Psychological Association created the Psychological First Care Service (Servicio de Primera Ayuda Psicológica-SPAP), a national helpline designed to provide early psychological intervention to those people affected by COVID-19. This service attended more than 15,000 calls and carried out more than 11,000 interventions and 9,500 follow-ups with the general population, healthcare and other essential professionals and the patients and relatives of the sick or deceased. Results show that the majority of calls (45.7%) came from the Autonomous Community of Madrid, that women significantly used this service in a higher proportion than men (73.5%) and that the commonest age range among users was 40-59. 75.9% of consultations were related to psychological problems linked to anxiety and depressive symptoms. However, grief symptoms also stood out among the patients or relatives of the sick and deceased and, to a lesser extent, stress symptoms were prevalent in the group of professionals. These data show the usefulness of this early psychological care service and the need for similar resources to be implemented in coordination with or within the National Health System.

**Key words:** COVID-19, Pandemic, Epidemic, Mental Health, Psychological interventions, Crisis intervention, Early psychological intervention, Telepsychotherapy, Telephone-based intervention, Hotline.

Cita sugerida: Berdullas Saunders S, Gesteira Santos C, Morán Rodríguez C, Fernández Hermida JR, Santolaya F, Sanz Fernández J, García-Vera MP. El teléfono de asistencia psicológica por la COVID-19 del Ministerio de Sanidad y del Consejo General de la Psicología de España: Características y demanda. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 14 de octubre e202010138.

## INTRODUCCIÓN

La crisis sanitaria mundial producida por el nuevo coronavirus 2019-nCoV o SARS-CoV, está teniendo una profunda repercusión en la salud mental de la población mundial. Las medidas de confinamiento, la impredecibilidad y gravedad de la enfermedad, la falta de información inicial y desinformación, el aislamiento social y el impacto e inestabilidad económicas han sido señalados por diferentes estudios como importantes factores de riesgo para la población general<sup>(1,2,3,4,5)</sup>. Recientes estudios llevados a cabo en España durante las fases iniciales de la pandemia, muestran que entre el 18,7% y el 41% de la población general manifestaba síntomas depresivos, entre el 19,6% y el 25%, síntomas de ansiedad, y entre el 15,8% y el 19,7%, síntomas de estrés postraumático<sup>(6,7,8)</sup>.

Sin embargo, es importante señalar que no toda la población está igualmente afectada. Hay grupos especialmente vulnerables, que suelen ser aquellos que han experimentado un mayor grado de sufrimiento y han vivido más de cerca los efectos de la pandemia. Por ejemplo, los profesionales sanitarios y los pacientes enfermos por COVID, así como sus familiares, que constituyen un grupo de personas psicológicamente más vulnerables durante esta crisis sanitaria<sup>(9)</sup>. Por un lado, los sanitarios han estado sometidos a una alta exposición al virus, sobrecarga laboral, falta de medios adecuados de protección y han contado con una gran incidencia de contagios y fallecidos entre el propio colectivo<sup>(10,11,12,13)</sup>. De hecho, estudios preliminares a nivel internacional señalan la presencia de estrés, ansiedad, depresión, insomnio y estrés postraumático entre estos intervinientes<sup>(10,11,14,15)</sup>, algo que parece estar replicándose también en la población española<sup>(16,17)</sup>. Por otro lado, los propios enfermos y sus familiares han estado, lógicamente, expuestos a eventos potencialmente traumáticos al ver sus propias vidas o las de sus seres queridos en peligro.

En España, los enfermos hospitalizados han estado completamente aislados<sup>(13)</sup>. Además, muchas personas mayores permanecieron también aisladas en residencias de ancianos, donde la tasa de mortalidad estimada ha representado el 70% del total de las muertes por COVID-19 en nuestro país<sup>(17)</sup>. Por último, las circunstancias que han rodeado los fallecimientos por COVID-19, por ejemplo, no poder acompañar ni despedirse de los seres queridos, las restricciones en los ritos funerarios, la rapidez e imprevisibilidad de las muertes, el escaso contacto con los profesionales sanitarios, la percepción de aleatoriedad en la infección, la culpa, así como el escaso apoyo social, se han propuesto como factores de riesgo para el desarrollo de duelo complicado en estos casos<sup>(18,19,20)</sup>.

En vista de esta situación a nivel mundial, la promoción de la salud mental se ha convertido en una prioridad a la hora de dar una respuesta integral a la COVID-19<sup>(21)</sup>. Además, la tradicional intervención cara a cara ha tenido que sustituirse por nuevas formas de terapia a distancia, tanto *online*<sup>(22,23)</sup>, como a través del teléfono<sup>(24)</sup>. Dentro de la atención telefónica, las líneas de atención en crisis o *helplines* han jugado tradicionalmente un papel crucial en situaciones de crisis<sup>(25,26,27,28,29)</sup> y, por supuesto, en la actual situación de pandemia<sup>(24)</sup>. Tanto es así, que ya existen guías de intervención específicas para la correcta administración de estos servicios telefónicos durante la pandemia<sup>(30)</sup> y esta forma de proceder ha sido difundida a otros países durante estos meses<sup>(24,31,32)</sup>.

Un último aspecto a tener en cuenta, como circunstancia que podría agravar las repercusiones psicológicas de esta pandemia en España, es la insuficiencia de recursos psicológicos en el Sistema Nacional de Salud (SNS). España nunca ha tenido un Sistema Nacional de Salud con suficientes recursos psicológicos, y es un dato constatado que en España hay un insuficiente número de psicólogos en el Sistema

Nacional de Salud. De hecho, según el informe de 2020 del Defensor del Pueblo del Gobierno de España, basado en los datos del 2018, la media de psicólogos en nuestro Sistema Nacional de Salud es de 6 psicólogos por cada 100.000 habitantes (Defensor del Pueblo, 2020)<sup>(33)</sup>. Esta media, está muy por debajo de la de la Unión Europea, que es de 18 psicólogos de media por cada 100.000 habitantes y resulta absolutamente irrisoria si la comparamos con la media de psicólogos en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en donde hay 26 psicólogos por cada 100.000 habitantes<sup>(34)</sup>.

Así pues, las características de la pandemia, sus previsible efectos psicológicos en la población y, en especial, en los grupos más vulnerables, hacía prever una gran demanda de asistencia psicológica, difícilmente abordable por el Sistema Nacional de Salud, y por ello surgió esta iniciativa entre el Ministerio de Sanidad y el Consejo General de la Psicología de España. De hecho, la psicología española se movilizó para generar también otros recursos extraordinarios que pudieran cubrir esta necesidad<sup>(35,36,13)</sup>.

En el presente trabajo se describirán las particularidades del Servicio telefónico de Primera Atención Psicológica (SPAP) creado por el Ministerio de Sanidad y el Consejo General de la Psicología de España, un servicio a nivel nacional creado para atender psicológicamente durante los momentos más álgidos de la pandemia, tanto a la población general como a los grupos de personas más vulnerables.

## DESCRIPCIÓN DEL RECURSO

Entre los días 27 de marzo y 26 de mayo de 2020, y como respuesta a la situación de crisis generada por la pandemia de COVID-19, el Ministerio de Sanidad y el Consejo General de la Psicología de España pusieron en marcha un servicio telefónico de primera atención

psicológica (Servicio de Primera Ayuda Psicológica – SPAP). El SPAP se puso en marcha a través de tres teléfonos diferenciados que fueron difundidos entre la población, uno para profesionales sanitarios y otros intervinientes, otro para enfermos y familiares de personas fallecidas y/o enfermas por COVID-19 y un tercer teléfono para la población general. Cada uno de estos teléfonos contaba con 5 líneas de atención. En total había, pues, 15 líneas de atención telefónica simultáneamente para atender a los usuarios. El servicio permaneció abierto de lunes a domingo, en horario continuado de 09:00 a 20:00h, y se organizó en dos turnos de 6 horas cada uno.

Para la realización de las intervenciones se estableció un protocolo específico: 1) Atención telefónica inicial, detección de necesidades y apoyo psicológico; 2) Intervención psicológica breve y seguimiento de la persona en caso de ser necesario; 3) Intervención en crisis para situaciones de riesgo de suicidio y violencia; y 4) Derivación acompañada y colaboración con otros recursos.

La atención psicológica se llevó a cabo por un equipo profesional de psicólogos y psicólogas expertos en la intervención y el tratamiento psicológicos de situaciones de crisis y emergencias y duelo que fueron seleccionados y contratados para trabajar en este servicio y que, además, recibieron una formación específica sobre los protocolos de atención psicológica del SPAP. El equipo del servicio estuvo compuesto por el equipo de coordinación del Consejo General de la Psicología, una coordinadora del servicio presente en la sala, el equipo de asesores, el equipo de documentación y actualización de recursos de derivación, los 4 jefes de sala, 42 psicólogos que atendían el teléfono en la sala, y un equipo de administración y técnicos informáticos.

En todo momento, durante el tiempo que duró el servicio, los psicólogos y psicólogas

contratados tuvieron el asesoramiento continuado de los jefes de sala y la coordinadora del servicio para poder atender a cualquier duda o incidencia que pudiera surgir. Todas las llamadas eran grabadas, tal y como se avisaba a los usuarios en el mensaje de bienvenida cuando llamaban, en el que también se les garantizaba la confidencialidad. Asimismo, en el caso de que el volumen de llamadas entrantes fuera superior al número de líneas disponibles, el usuario escuchaba un mensaje grabado que le indicaba que se pusiera de nuevo en contacto pasados unos minutos. Por otra parte, los psicólogos que atendían a las llamadas registraban una ficha con los datos más importantes sobre las demandas planteadas y los recursos que se activaban en cada caso.

El SPAP colaboró activamente con los servicios de emergencia 112 de todas las comunidades autónomas, con los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado y policías locales, con el Ejército, con centros de atención primaria, con hospitales, con Protección Civil, con diferentes servicios sociales, así como con fundaciones y ONGs, además de con el largo

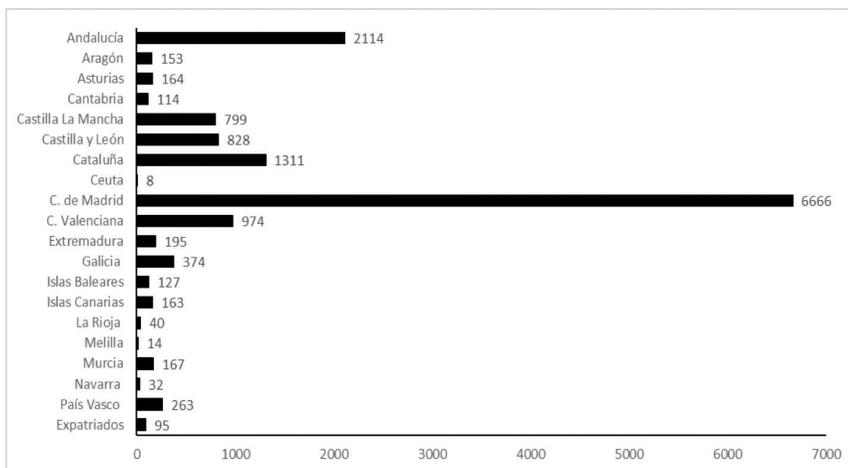
listado de recursos de atención psicológica que generaron los colegios profesionales y las universidades de toda España.

## RESULTADOS

### Personas atendidas por el servicio SPAP.

Durante los dos meses que estuvo activa la línea de atención SPAP, se registraron un total de 15.170 llamadas al servicio. De estas, 11.417 (75,3%) fueron llamadas en las que se realizó algún tipo de intervención (p. ej., intervención psicológica breve, proporcionar información, derivación acompañada a otros recursos o seguimiento del caso), mientras que, en el resto, no se realizó ninguna intervención por diferentes razones que tuvieron que ver, por ejemplo, con la imposibilidad para establecer contacto con el usuario (56,2%), con las derivaciones a otros profesionales del servicio (11,8%) o con otras razones, dentro de las cuales se encontraba la interrupción de la comunicación telefónica por diversos motivos (16,5%). La mayoría de las llamadas (45,7%) se realizaron desde la Comunidad Autónoma de Madrid (figura 1).

**Figura 1**  
**Distribución geográfica de las llamadas al SPAP (n=14.601).**



A continuación, se muestran los resultados al analizar las características de los usuarios y sus motivos de consulta del total de 15.170 llamadas recibidas en el servicio, aunque, para algunos análisis, el número de llamadas analizadas oscilaba entre 11.417 y 15.170 debido a la presencia de datos perdidos en algunas variables. En cada tabla o gráfico de resultados que se presentará a continuación, se indica el tamaño de la muestra a partir del cual se han calculado los estadísticos correspondientes.

**Perfil de los usuarios.** Como aparece recogido en la **tabla 1**, algo más del 22% (3.362 llamadas) fueron de enfermos, familiares de enfermos y familiares de fallecidos, casi un 6% (876 llamadas) provenían del personal interviniente

durante la pandemia y un 72% eran personas de la población general. Dentro del grupo de profesionales intervinientes, el 13% eran médicos, el 26,8%, enfermeros, el 25,1%, auxiliares/celedadores, el 12,7%, miembros de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, el 10,1%, personal que trabajaba en residencias de mayores, el 1,5%, psicólogos y el 10,8%, otros trabajadores esenciales (farmacéuticos, trabajadores sociales, administrativos, personal de limpieza, personal de supermercados, transportistas y otros). En el caso del grupo de enfermos y familiares el 64,5% eran familiares de fallecidos y el 20,8%, de enfermos graves, mientras que el 9,1% eran enfermos, el 3,3% eran allegados no familiares y en el 2,3% se daban múltiples condiciones de las previamente descritas.

<b>Tabla 1</b>						
<b>Perfil de los usuarios.</b>						
Variables		Total (n=15.170)	Intervinientes (n=876)	Enfermos y familiares (n=3.362)	Población general (n=10.932)	$\chi^2$ / F
<b>Sexo</b> [n (%)]	Varones	3.974 (26,5)	138 (15,9)	721 (21,4)	3.115 (29)	126,96 <sup>(*)</sup>
	Mujeres	11.012 (73,5) (n=14.986)	728 (84,1) (n=866)	2.641 (78,6) (n=3.362)	7.643 (71) (n=10.758)	
<b>Edad (años) [M (DT)]</b>		48,97 (16,46) (n=14.148)	43,65 (11,31) (n=822)	52,00 (15,02) (n=3.224)	48,44 (17,07) (n=10.102)	104,28 <sup>(*)</sup>
<b>Rangos de edad</b> [n (%)]	0-10	-	0	0	37 (0,4) <sup>(†)</sup>	362,37 <sup>(*)</sup>
	10-19	-	0	9 (0,3)	251 (2,5) <sup>(†)</sup>	
	20-39	-	299 (36,4) <sup>(†)</sup>	636 (19,7)	2.860 (28,3) <sup>(†)</sup>	
	40-59	-	451 (54,9) <sup>(†)</sup>	1.676 (51,9) <sup>(†)</sup>	4.324 (42,8)	
	60-79	-	72 (8,8)	753 (23,4) <sup>(†)</sup>	2.265 (22,4) <sup>(†)</sup>	
	>80	-	0	150 (4,7) <sup>(†)</sup>	365 (3,6)	

(\*) p<0,001. Los valores porcentuales se indican entre paréntesis; (†) Indica que grupo/s, dentro de cada rango de edad, tienen significativamente más participantes en esa categoría

En la **tabla 1** también se puede observar que, del total de usuarios, la gran mayoría (73,5%) fueron mujeres, especialmente, en intervinientes (84,1%), con una tasa de participación significativamente mayor a la de los hombres ( $\chi^2_{(2,14,986)}=126,96$ ;  $p<0,001$ ). La media de edad de los usuarios era de 49 años aproximadamente, aunque había diferencias significativas en esta variable dependiendo del grupo ( $F_{(2,14,148)}=104,28$ ,  $p<0,001$ ). Análisis post-hoc mediante el estadístico de Bonferroni mostraron que los intervinientes que llamaban eran significativamente más jóvenes que los enfermos y familiares (-8,34;  $p<0,001$ ) y que los usuarios de la población general (-4,78;  $p<0,001$ ). Asimismo, los usuarios de la población general tenían significativamente menos edad que las personas enfermas y sus familiares y/o los familiares de fallecidos/as (-3,56;  $p<0,001$ ). El análisis comparativo de los rangos de edad en cada uno de los grupos de usuarios mostró diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2_{(6, 14,148)}=362,37$ ;  $p<0,001$ ). El rango de edad comprendido entre los 40 y 59 años era el más prevalente en los tres grupos de participantes, si bien, se encontraron diferencias estadísticamente significativas que indicaban una mayor frecuencia de estas edades en los grupos de intervinientes y enfermos y familiares. El segundo rango de edad más prevalente fue el de 20 a 39 años en los intervinientes y en la población general, encontrando diferencias significativas respecto a los enfermos y familiares. También se encontraron diferencias significativas en el rango de 60 a 79 años, de tal manera que había más participantes con estas edades en el grupo población general y de personas enfermas y familiares, que en los intervinientes. La población por encima de 80 años representaba entre el 3,6 y 4,7% de los usuarios, encontrando significativamente más prevalencia de participantes con esta edad en el grupo de personas enfermas y familiares. Finalmente, la prevalencia de atención a niños y/o adolescentes fue del 2,9%.

**Motivo de las llamadas.** Según la **tabla 2**, y en lo referente a los motivos de consulta (uno o varios por cada participante), un 75,9% del total de llamadas se relacionó con la existencia de dificultades psicológicas, sobre todo, en el caso de las personas enfermas y sus familiares y/o familiares de fallecidos, para los que este tipo de consultas representaron un 82,8%. Dentro de estas dificultades psicológicas, las relacionadas con sintomatología de ansiedad (53,6%) y, depresiva (27,9%), fueron las más frecuentes en todos los grupos analizados. Los motivos de asistencia relacionados con el fallecimiento de seres queridos fueron sustancialmente más elevados en el caso del grupo de enfermos y familiares de enfermos y/o fallecidos (58,4%), y las reacciones de estrés fueron más prevalentes entre los intervinientes, aunque con un porcentaje mucho menor (4,9%). Los porcentajes de sintomatología obsesiva, ideación autolítica y otros síntomas fueron más elevados para la población general (5,1%, 3,3% y 8%, respectivamente), donde también se encontró un porcentaje mayor de personas que habían sufrido un agravamiento de síntomas psicológicos previos a la pandemia (8,8%).

Casi el 21% de las personas que llamaban decía tener miedo de que ellos mismos o los suyos pudieran infectarse o tener complicaciones. Asimismo, un 19,6% del total consultaron por dificultades de convivencia y conflictos en las interacciones familiares y un 14,7% solicitó pautas o información para que se les ayudase a relacionarse con terceros, siendo este último motivo especialmente prevalente en el caso de los enfermos y familiares y en el grupo de la población general (18,5% y 14,1% respectivamente). Las dificultades relativas al contexto laboral, caracterizadas por el miedo a no estar preparado/a para afrontar la situación, sentir que sus habilidades profesionales se veían desbordadas, el agotamiento físico, el miedo a acudir al trabajo y la búsqueda de pautas psicológicas a aplicar, concretamente, en el ámbito

**Tabla 2**  
**Motivos de las llamadas.**

Motivo de la llamada [n (%)]	Total (n=11.417)	Intervinientes (n=634)	Enfermos y familiares (n=2.595)	Población general (n=8.188)
<b>Algún tipo de sintomatología psicológica</b>	8.667 (75,9)	486 (76,7)	2.149 (82,8)	6.032 (73,7)
- Sintomatología depresiva	3.182 (27,9)	208 (32,8)	374 (14,4)	2.600 (31,8)
- Sintomatología de ansiedad	6.121 (53,6)	404 (63,7)	813 (31,3)	4.904 (59,9)
- Sintomatología de duelo	1.859 (16,3)	43 (6,8)	1.516 (58,4)	300 (3,7)
- Sintomatología de estrés	172 (1,5)	31 (4,9)	51 (2)	90 (1,1)
- Sintomatología obsesiva	477 (4,2)	10 (1,6)	49 (1,9)	418 (5,1)
- Otra	725 (6,4)	9 (1,4)	58 (2,2)	658 (8)
<b>Ideación autolítica</b>	305 (2,7)	3 (0,5)	34 (1,3)	268 (3,3)
<b>Agravamiento de sintomatología previa a la crisis de la COVID-19</b>	782 (6,8)	24 (3,8)	34 (1,3)	724 (8,8)
<b>Miedo/preocupación a la infección, contagio y pronóstico propio y ajeno</b>	2.334 (20,9)	158 (24,9)	723 (27,9)	1.453 (17,7)
<b>Manejo de conflictos/situaciones familiares complicadas</b>	2.239 (19,6)	70 (11)	278 (10,7)	1.891 (23,1)
<b>Relación con terceros</b>	1.677 (14,7)	40 (6,3)	479 (18,5)	1.158 (14,1)
<b>Contexto laboral</b>	348 (3)	222 (35)	12 (0,5)	114 (1,4)
<b>Información sobre recursos o limitaciones restricciones</b>	615 (5,4)	52 (8,2)	47 (1,8)	516 (6,3)
<b>Otros</b>	966 (8,5)	57 (9)	187 (7,2)	722 (8,8)

Los valores porcentuales se indican entre paréntesis.

laboral sanitario, representaron el 3% de las llamadas, con el porcentaje más alto para el grupo de intervinientes (35%). Un 5,4% de las llamadas se realizaron para pedir información sobre recursos, sobre todo, por parte de profesionales intervinientes (8,2%).

**Llamadas de seguimiento y derivaciones.** El objetivo del SPAP era llevar a cabo una atención psicológica de calidad, lo que en numerosos casos requería que los usuarios contactaran varias veces telefónicamente (llamadas de seguimiento). Se llevaron a cabo un total de 9.507

llamadas de seguimiento al SPAP cuyo objetivo era dar continuidad a las intervenciones psicológicas que se habían iniciado en una primera llamada, realizar derivaciones acompañadas a otros servicios, evaluar los resultados de las acciones que se habían acordado llevar a cabo con los usuarios para solucionar sus problemas, evaluar el progreso de su sintomatología, derivarles a otro servicio, o incluso valorar que la derivación recomendada se había llevado a cabo de forma satisfactoria, especialmente en el caso de aquellos usuarios en situaciones de especial riesgo y vulnerabilidad.

En total, se llevaron a cabo 1.488 derivaciones a otros recursos de atención psicológica y social. Un equipo de 5 psicólogos se encargaba de actualizar continuamente el listado de más de 150 recursos que se entregaba a los psicólogos del servicio para que pudieran utilizarlo. Todos los recursos a los que se hicieron las derivaciones fueron previamente contactados y se verificó uno por uno su gratuidad y su disponibilidad en ese momento. Teniendo en cuenta que a los usuarios se les podía derivar a uno o más recursos, los más utilizados fueron, en primer lugar las fundaciones y ONG, como la Fundación ANAR (Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo), la Fundación Metta Hospice, Psicólogos sin Fronteras, Cruz Roja, la Fundación la Caixa, Médicos sin Fronteras, Médicos del Mundo, Cáritas, y otras, que supusieron el 35% de las derivaciones. Destaca también la derivación llevada a cabo a los recursos extraordinarios de atención psicológica creados por los colegios profesionales de psicólogos de toda España (16,3%)<sup>(13,36)</sup>. Y, por supuesto, fueron frecuentes las derivaciones a los servicios sociales, a los teléfonos y servicios nacionales o autonómicos de atención a las víctimas de violencia de género y a diferentes servicios psicosociales de ayuntamientos de toda España (21,1%). Además, en el caso de personas que, con anterioridad a la pandemia, estaban siendo medicadas por trastornos mentales o presentaban síntomas físicos de enfermedades médicas, fueron derivados a los recursos del Sistema Nacional de Salud (SNS) (23,6%). La mayor parte de estas derivaciones fueron a los centros de atención primaria (64,8%), para revisión de pautas farmacológicas, evaluación y control de síntomas físicos pero, también, en aquellos casos en que los usuarios ya eran pacientes de salud mental, se les pidió que, al margen de que se les pudiera ayudar con las intervenciones del servicio, contactaran con sus centros de salud mental habituales (17,1%). También se realizaron derivaciones a otros recursos de

manera más minoritaria (por ejemplo, cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, servicios de emergencia 112, teléfono 016, etc.).

En las últimas semanas de funcionamiento del SPAP, cuando la información se diseminó en el Sistema Nacional de Salud, comenzaron a llegar sus derivaciones, hasta un total de 189, la mayoría desde los centros de atención primaria de la Comunidad de Madrid (64,5%). Las derivaciones del SNS provenían en su mayoría de los Centros de Atención Primaria (CAP) (84,1%).

## DISCUSIÓN

Los resultados de este trabajo ponen de manifiesto el uso intensivo que se hizo del SPAP dirigido por el Ministerio de Sanidad y el Consejo General de la Psicología de España durante los meses más duros de la crisis por COVID-19 en España. En el tiempo en que el servicio estuvo disponible, se gestionaron 15.170 llamadas, que condujeron a realizar 11.417 intervenciones psicológicas. Estas cifras junto a las de otros países<sup>(24)</sup>, reflejan la utilidad que las *helplines* tienen en tiempos de pandemia. Si se tiene en cuenta, además, que las intervenciones psicológicas realizadas por teléfono han demostrado tener una efectividad similar a aquellas realizadas cara a cara<sup>(37,38,39,40,41)</sup>, estos datos cobran especial importancia.

El análisis sociodemográfico de los datos mostró que la mayoría de llamadas (un 45,7%) provenían de la Comunidad de Madrid, hecho acorde con la magnitud de la pandemia en esta comunidad autónoma<sup>(42)</sup>.

Las mujeres hicieron un uso casi tres veces mayor que los hombres del servicio, en especial, en el subgrupo de intervinientes y otros trabajadores esenciales. Estos resultados son coherentes con diferentes estudios que muestran que las mujeres presentan una mayor afectación psicológica a consecuencia

de la pandemia<sup>(7,43,44,45,46,47)</sup>, especialmente en mujeres sanitarias<sup>(31,48)</sup>. Esto podría deberse a que el confinamiento ha generado situaciones familiares en las cuales las mujeres se han sobrecargado de responsabilidades<sup>(49,50)</sup>. Además, diferentes autores apuntan a un empeoramiento de la salud mental de las mujeres embarazadas durante la pandemia<sup>(51,52,53)</sup>. Asimismo, las mujeres parecen estar viviendo en esta crisis más situaciones de violencia de género<sup>(54)</sup>.

Respecto a la edad, los estudios preliminares que se han realizado en España sobre el impacto psicológico inmediato de la pandemia parecen mostrar que son los jóvenes quienes se han visto más afectados hasta la fecha<sup>(6,8)</sup>. De hecho, un estudio específico sobre intervención telefónica realizado en Portugal muestra que son ellos los que más han utilizado este tipo de ayudas<sup>(32)</sup>. Sin embargo, en el presente estudio, a pesar de que el grupo de intervinientes y el de la población general eran significativamente más jóvenes que los enfermos y familiares, con un porcentaje importante de participantes entre los 20-39 años, lo cierto es que el rango de edad más prevalente en todos los grupos fue, con diferencia, el de 40-59 años (media de edad de 49 años). Además, en el grupo de enfermos y familiares de enfermos y fallecidos, y en la población general, hubo un número muy significativo de personas de entre 60-79 años. Esta discrepancia entre el presente estudio y estudios anteriores podría explicarse por varios motivos. En primer lugar, porque la mayor participación de los jóvenes en el estudio internacional de intervención telefónica anteriormente mencionado podría deberse a que reflejaban los datos de servicios dirigidos fundamentalmente a población universitaria<sup>(32)</sup>. Respecto a los estudios de prevalencia realizados en España, es importante no perder de vista que se trata de investigaciones orientadas fundamentalmente a la recogida masiva de datos, para lo cual se han utilizado plataformas de encuestas *online*,

difundidas a través de las redes sociales, más accesibles y conocidas por los más jóvenes. De hecho, en alguno de los trabajos mencionados<sup>(6)</sup> la población de 18 a 34 años constituía un 65,3% de la muestra, lo que supone una clara sobrerrepresentación respecto a la población española general. De acuerdo con un cálculo propio realizado a partir de los datos del último censo demográfico organizado por grupos de edades del Instituto Nacional de Estadística (INE), el segmento de la población comprendida entre los 20 y 39 años supone un 23,2% de la población española<sup>(55)</sup>, un dato mucho más similar al porcentaje encontrado sobre el total de usuarios del SPAP (26,5%). Además, lejos de ser un problema, podría considerarse que uno de los principales logros del recurso de atención telefónica SPAP es la gran participación que han tenido las personas mayores de 60 años, un grupo poblacional especialmente castigado por la pandemia. Nuevamente según cálculo propio en función de datos del INE, este rango de edad supone un 25,7% de la población española<sup>(55)</sup>, porcentaje casi idéntico al obtenido en este estudio (26% en la población general). Asimismo, aunque el grupo específico de personas mayores de 80 años fue el menos prevalente en nuestro trabajo, el uso que estos mayores hicieron del recurso fue también muy destacable (3,6% en este proyecto vs. 6% según los datos del INE)<sup>(55)</sup>. Esto puede ser coherente con estudios que muestran que las personas mayores prefieren de forma habitual recursos telefónicos frente a otro tipo de recursos como la videoconferencia<sup>(56)</sup>.

En relación con los motivos de consulta, es importante señalar que el SPAP fue utilizado para aquello para lo que estaba diseñado, para atender a las necesidades psicológicas de la población, pues este fue el motivo de consulta más frecuente. De manera coherente con lo encontrado en la literatura previa<sup>(9)</sup>, la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva fue la principal preocupación de las personas que

llamaron, siendo grupos de riesgo los intervinientes y enfermos y familiares, con más estrés los primeros y síntomas de duelo los segundos.

En definitiva, los datos proporcionados en este estudio confirmarían la necesidad de que se pongan en marcha recursos específicos de atención psicológica como el SPAP para cubrir las necesidades psicológicas de la población en tiempos de crisis, como durante esta pandemia, y, muy especialmente, la salud psicológica de los grupos más vulnerables.

### AGRADECIMIENTOS

Deseamos agradecer al Ministerio de Sanidad, a la Directora General de Salud Pública y a su equipo, al Consejo General de la Psicología, a los Colegios de Psicólogos autónomos, al equipo de psicólogos y psicólogas que han sido parte del servicio de atención telefónica, a los que desde distintos ámbitos nos han asesorado, apoyado y acompañado, a los intervinientes del ámbito de las emergencias, los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, al Ejército, con especial mención a la UME, que desde el principio nos ayudó para disponer adecuadamente de las instalaciones y de los procedimientos sanitarios que debíamos seguir, a las policías locales, a los servicios sociales, a los servicios sanitarios, a Protección Civil, a las ONGs y fundaciones, -gracias a las cuales hemos podido responder con eficacia a muchas de las demandas que nos hemos encontrado- y, por supuesto, a las miles de personas que han confiado en nosotros en el peor momento de esta pandemia y, en muchos casos, de sus vidas. A todos, también los que no están aquí nombrados, infinitas gracias.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the

evidence. *Lancet*. 2020; 395(10227):912-20. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8

2. Kwok KO, Li KK, Chan HH, Yi YY, Tang A, Wei WI, Wong, SYS Community responses during the early phase of the COVID-19 epidemic in Hong Kong: risk perception, information exposure and preventive measures. *MedRxiv*. 2020 ahead-of-print(ahead-of-print). doi: 10.1101/2020.02.26.20028217.th

3. McBride O, Murphy J, Shevlin M, Miller JG, Hartman T, Hyland P *et al.* Monitoring the psychological impact of the COVID-19 pandemic in the general population: an overview of the context, design and conduct of the COVID-19 Psychological Research Consortium (C19PRC) Study. 2020 ahead-of-print(ahead-of-print). doi: 10.31234/osf.io/wxe2n

4. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci* 2020; 74(4):281-282. doi: 10.1111/pcn.12988

5. Zandifar A, Badrfam R. Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. *Asian J Psychiatr* 2020; 51:101990. doi: 10.1016/j.ajp.2020.101990

6. Rodríguez-Rey R, Garrido-Hernansaiz H, Collado S. Psychological Impact and Associated Factors During the Initial Stage of the Coronavirus (COVID-19) Pandemic Among the General Population in Spain. *Front Psychol* 2020; 11:154. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01540

7. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, Muñoz, M. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav Immun* 2020; 87:172-176. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.040

8. Valiente C, Vázquez C, Peinado V, Contreras A, Trucharte A, Bentall R, Martínez A. Estudio nacional representativo de las respuestas de los ciudadanos de España ante la crisis de Covid-19: respuestas psicológicas: prevalencia y predictores.

- Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid (Informe Técnico), 2020. Disponible en: <https://www.ucm.es/inventap/file/vida-covid19--informe-ejecutivomalestar3520-final-1>
9. Inchausti F, MacBeth A, Hasson-Ohayon I, Dimaggio G. Psychological Intervention and COVID-19: what we know so far and what we can do. *J Contemp Psychother*. 2020; 1-8. doi: 10.1007/s10879-020-09460-w
  10. Al-Rabiaah A, Temsah MH, Al-Eyadhy AA, Hasan GM, Al-Zamil F, Al-Subaie S *et al*. Middle East Respiratory Syndrome-Corona Virus (MERS-CoV) associated stress among medical students at a university teaching hospital in Saudi Arabia. *J Infect Public Health*. 2020; 13(5):687-91. doi: 10.1016/j.jiph.2020.01.005
  11. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX *et al*. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(3):e14. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30047-X
  12. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med* 2020; 383(6):510-512. doi: 10.1056/NEJMp2008017
  13. Sánchez-Marqueses JM, García de Marina Martín-Mateos A, Sanz J, Morán N, Berdullas S, Hernández-Hermida, JR y García-Vera MP. Respuesta de la psicología española ante la COVID-19. En: Perioni L, Editor *Nuovo coronavirus e resiliencia. Strategie contro un nemico invisibile*, Torino. *Anthropos (Health, Culture & Psychology)* 2020. p. 349-366.
  14. Preti E, Di Mattei V, Perego G, Ferrari F, Mazzetti M, Taranto P *et al*. The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. *Curr Psychiatry Rep* 2020; 22(8):43. doi:10.1007/s11920-020-01166-z
  15. Spoorthy MS, Pratapa SK, Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review. *Asian J Psychiatr* 2020; 51:102119. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102119
  16. Mas Esquerdo J. Secuelas psicológicas de la crisis del coronavirus en el personal sanitario e interviniente. Instituto Español de Estudios Estratégicos-IEEE, 2020. Disponible en: [http://www.ieee.es/publicaciones-new/documentos-de-opinion/2020/DIEEEO118\\_2020JAIMAS\\_secuelas.html](http://www.ieee.es/publicaciones-new/documentos-de-opinion/2020/DIEEEO118_2020JAIMAS_secuelas.html)
  17. Zalakaín J, Davey V. The COVID-19 on users of Long-Term Care services in Spain. LTCcovid, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 2020. Disponible en: <https://lrtcovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCcovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf>
  18. Bertuccio RF, Runion MC. Considering grief in mental health outcomes of COVID-19. *Psychological trauma* 2020; 12(S1): S87-S89. doi: 10.1037/tra0000723
  19. Goveas JS, Shear MK. Grief and the COVID-19 Pandemic in Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2020; 28(10):1119-1125. doi: 10.1016/j.jagp.2020.06.021
  20. Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. *J Pain Symptom Manage* 2020; 60(1):e70-e76. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012
  21. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, Ng CH. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(3):228-9. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8
  22. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, Zhang B. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(4):e17-8. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30077-8
  23. Zhou X, Snoswell CL, Harding LE, Bambling M, Edirippulige S, Bai X, Smith AC. The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. *Telemed J E Health*. 2020; 26(4):377-9. doi: 10.1089/tmj.2020.0068
  24. Wang J, Wei H, Zhou L. Hotline services in China during COVID-19 pandemic. *J Affect Disord*. 2020; 275:125-6. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.030

25. Combs DC. Mental health interventions by telephone with Katrina survivors. *J Health Care Poor Underserved*. 2007; 18(2):271-6. doi: 10.1353/hpu.2007.0027
26. Leung T, Wong H. Community reactions to the SARS crisis in Hong Kong: analysis of a time-limited counseling hotline. *J. Hum. Behav. Soc. Environ.* 2005; 12(1):1-22. doi: 10.1300/J137v12n01\_01
27. Reifels L, Bassilios B, Pirkis J. National telemental health responses to a major bushfire disaster. *J Telemed Telecare*. 2012; 18(4):226-30. doi: 10.1258/jtt.2012.110902
28. Ussery W, Waters, J. COP2COP hotlines: Programs to address the needs of first responders and their families. *Brief Treat Crisis Interv* 2020; 6(1):66-78. doi: 10.1093/brief-treatment/mhj004
29. Wunsch-Hitzig R, Plapinger J, Draper J, del Campo E. Calls for help after September 11: a community mental health hot line. *J Urban Health* 2002; 79:417–28. doi: 10.1093/jurban/79.3.417
30. National Health Commission of China. Guidelines for psychological assistance hotlines during 2019-nCoV pneumonia epidemic. [Internet]. [Consultado 16 Sept 2020]. Disponible en: <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202002/f389f20cc1174b21b981ea2919beb8b0.shtml>
31. Geoffroy PA, Le Goanvic V, Sabbagh O, Richoux C, Weinstein A, Dufayet G *et al*. Psychological Support System for Hospital Workers During the Covid-19 Outbreak: Rapid Design and Implementation of the Covid-Psy Hotline. *Front Psychiatry* 2020; 11:511. doi: 10.3389/fpsy.2020.00511
32. Ribeiro E, Sampaio A, Gonçalves M, Taveira M, Cunha J, Maia A *et al*. Telephone-based psychological crisis intervention: the Portuguese experience with COVID-19. *Couns Psychol Q*. 2020; 1-15. doi: 10.1080/09515070.2020.1772200
33. Defensor del Pueblo. El defensor del pueblo recomienda al gobierno y las CCAA incrementar la asistencia psicológica en el sistema nacional de salud, 2020. Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/noticias/salud-mental/>
34. OECD iLibrary. Psychologists per 100 000 population, 2000 and 2011 (or nearest year available). 2014. Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/making-mental-health-count/psychologists-per-100-000-population-2000-and-2011-or-nearest-year-avaiable\\_9789264208445-graph36-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/making-mental-health-count/psychologists-per-100-000-population-2000-and-2011-or-nearest-year-avaiable_9789264208445-graph36-en)
35. García-Vera MP, Sánchez-Marqueses JM, García de Marina A, Gesteira C, Morán N, Berdullas S *et al*. Movilización de recursos psicológicos ante una catástrofe sanitaria: análisis de la respuesta de la psicología española ante la pandemia de la covid-19. Manuscrito bajo revisión editorial. 2020.
36. Chacón-Fuertes F, Fernández-Hermida JR, García-Vera MP. La Psicología ante la Pandemia de la COVID-19 en España. La Respuesta de la Organización Colegial. *Clin Salud* 2020; 31(2):119-123. doi: 10.5093/clysa2020a18
37. Aziz MA, Kenford S. Comparability of telephone and face-to-face interviews in assessing patients with posttraumatic stress disorder. *J Psychiatr Pract*. 2004;10(5):307-313. doi: 10.1097/00131746-200409000-00004
38. Bains H, Bonell E, Speight P. Carer satisfaction with telephone consultations in a community intellectual disability unit. *Journal of Intellectual Disabilities: JOID*. 2010; 14(4):259-265. doi: 10.1177/1744629510390450
39. Hajebi A, Motevalian A, Amin-Esmaeili M *et al*. Telephone versus face-to-face administration of the Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, for diagnosis of psychotic disorders. *Compr Psychiatry*. 2012; 53(5):579-583. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.06.001
40. Irvine A, Drew P, Bower P, Brooks H, Gellatly J, Armitage CJ, Barkham M, McMillan D, Bee P. Are there interactional differences between telephone and face-to-face psychological therapy? A systematic review of comparative studies. *J Affect Disord*. 2020; 265:120-131. doi: 10.1016/j.jad.2020.01.057

41. Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. Comparability of telephone and face-to-face interviews in assessing axis I and II disorders. *Am J Psychiatry*. 1997; 154(11):1593-1598. doi: 10.1176/ajp.154.11.1593
42. Ministerio de Sanidad. Actualización nº 210. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 18.09.2020 (datos consolidados a las 14:00 horas del 18.09.2020). Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion\\_210\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_210_COVID-19.pdf)
43. Ausín B, González-Sanguino C, Castellanos MÁ, Muñoz M. Gender-related differences in the psychological impact of confinement as a consequence of COVID-19 in Spain. *J Gend Stud* 2020 -08-04; ahead-of-print(ahead-of-print):1-10. doi: 10.1080/09589236.2020.1799768
44. Özdin S, Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *Int J Soc Psychiatry* 2020; 66(5):504-511. doi: 10.1177/0020764020927051
45. Sun L, Sun Z, Wu L, Zhu Z, Zhang F, Shang Z *et al*. (Prevalence and risk factors of acute posttraumatic stress symptoms during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China. *MedRxiv* 2020 [Preprint] doi: 10.1101/2020.03.06
46. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre RS *et al*. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav Immun*, 2020; 87, 40:48. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.028
47. Liu N, Zhang F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L *et al*. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: gender differences matter. *Psychiatry Res* 2020; 287:112921. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112921
48. Li G, Miao J, Wang H, Xu S, Sun W, Fan Y *et al*. (2020). Psychological impact on women health workers involved in COVID-19 outbreak in Wuhan: a cross-sectional study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2020; 91(8):895-897. doi: 10.1136/jnnp-2020-323134
49. Farré L, Fawaz Y, González L, Graves J. How the covid-19 lockdown affected gender inequality in paid and unpaid work in Spain. 2020. Iza, Institute of Labor Economics. Disponible en: <http://ftp.iza.org/dp13434.pdf>
50. Santamaría MD, Etxebarria NO, Rodríguez IR, Albondiga-Mayor JJ, Gorrochategui MP, Impacto psicológico del COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020, doi: 10.1016/j.rpsm.2020.05.004
51. Davenport MH, Meyer S, Meah VL, Strynadka MC, Khurana R. Moms Are Not OK: COVID-19 and Maternal Mental Health. *Frontiers in Global Women's Health*. 2020;1. doi: 10.3389/fgwh.2020.00001
52. Wu Y, Zhang C, Liu H, Duan C, Li C, Fan J *et al*. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Am J Obstet Gynecol*, 2020; 223(2):240-e1. doi: 10.1016/j.ajog.2020.05.009
53. Zeng LN, Chen LG, Yang CM, Zeng LP, Zhang LY, Peng TM. Mental health care for pregnant women in the COVID-19 outbreak is urgently needed *Women Birth*. 2020; S1871-5192(20)30210-9. doi: 10.1016/j.wombi.2020.03.009
54. Mahase E. Covid-19: EU states report 60% rise in emergency calls about domestic violence. *BMJ*. 2020; 369:m1872. doi: 10.1136/bmj.m1872
55. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población. Series detalladas desde 2002. Disponible en: <https://www.ine.es/up/zcOJnV57fF>
56. Usman M, Fahy S. Coping with the COVID-19 crisis: an overview of service adaptation and challenges encountered by a rural Psychiatry of Later Life (POLL) team. *Ir J Psychol Med* 2020; 1-5. doi: 10.1017/ipm.2020.86



**COLABORACIÓN ESPECIAL**

Recibido: 8 de septiembre de 2020

Aceptado: 9 de octubre de 2020

Publicado: 16 de octubre de 2020

**SALUD MENTAL Y COVID-19 EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA:  
VISIÓN DESDE LA PSICOPATOLOGÍA Y LA SALUD PÚBLICA****José Luis Pedreira Massa (1)**

(1) Psiquiatra y Psicoterapeuta de Infancia y Adolescencia. Profesor de Psicopatología, Grado Criminología (UNED). Profesor de Salud Pública, Grado Trabajo Social (UNED). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5640-013X>

El autor declara que no existe ningún conflicto de interés.

**RESUMEN**

La pandemia producida por COVID-19 ha tenido un impacto de relevancia en la sociedad y también ha afectado a la infancia y adolescencia que, en general, ha sido el colectivo más silenciado. En este artículo se abordan los contenidos que afectan a la salud mental de la infancia y la adolescencia en el seno de la pandemia por la COVID-19, para ello se sitúa en la “cuarta oleada asistencial” en la categoría F54 de la CIE-10 (“factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar”) (figura 1). El mecanismo de presentación puede ser: reactivo-adaptativo ante la pandemia; factor desencadenante, ante una inestabilidad afectivo-emocional previa; descompensación de un proceso preexistente. Las formas de presentación han tenido su fase de inicio, fundamentalmente, en el confinamiento: con formas somatizadas, comportamentales, síntomas emocionales, reactivación de malos tratos a la infancia y reacciones de duelo disfuncionales. Los síntomas más prevalentes son de tipo ansioso o ansioso-depresivo. La respuesta al estrés de forma crónica, incluyendo el de bajo perfil e intensidad pero mantenido en el tiempo, posee repercusiones de relieve para el conjunto de la infancia y la adolescencia. Sólo un escaso porcentaje presenta trastornos mentales de relieve, pero hemos de reconocer que al proyectarse sobre el conjunto poblacional infanto-juvenil podrían ser un número importante que pudiera ser subsidiario de una ayuda más específica. El retorno a la escolaridad va a representar otro momento importante, siendo de capital importancia las repercusiones del confinamiento, sobre todo en cuanto a conductas de tipo adictivo con las tecnologías de la información y la comunicación. La intervención por profesionales formados en salud mental de la infancia y la adolescencia es una prioridad para evitar evoluciones clínicas no deseadas o iatrogenia.

**Palabras clave:** COVID-19, Infancia, Adolescencia, Salud Mental, Intervención precoz.

**ABSTRACT****Mental Health and COVID-19 in children and adolescents: psychopathological and Public Health approach**

The pandemic produced by COVID-19 has a significant impact on society and has also affected childhood and adolescence, which, in general, has been the most silenced group. This article addresses the contents that affect the mental health of children and adolescents in the heart of the COVID-19 pandemic, it is located in the “fourth wave of care” in category F54 of the ICD-10 (“Behavioral and psychological factors in disorders or diseases classified elsewhere”) (figure 1). The presentation mechanism is: reactive-adaptive to the pandemic; triggering factor, before a previous affective-emotional instability; decompensation of a pre-existing process. The clinical features have had their initial phase, fundamentally, in confinement: somatoform disorders, behavioral disorders, emotional symptoms, reactivation of child abuse and dysfunctional grief reactions. The most prevalent symptoms are of the anxious or anxious-depressive type. The response to chronic stress, including that of low profile and intensity but maintained over time, has significant repercussions for childhood and adolescence. Few percentage that present prominent mental disorders, but we must recognize that when projected to the whole the child-adolescent population, there could be a significant number that could be subsidiary of a more specific help. The return to schooling is going to represent another important moment, the repercussions of confinement being of capital importance, especially in terms of addictive behaviors with information and communication technologies. Intervention by professionals trained in childhood and adolescent mental health is a priority to avoid unwanted clinical evolutions or iatrogenesis.

**Key Words:** COVID-19, Children, Adolescents, Mental Health, Early interventions.

## INTRODUCCIÓN

La primera variable a considerar es que la Salud Mental (SM) no goza de la prerrogativa de ser un tema contemplado habitualmente en las exposiciones de Salud Pública (SP), por ello es muy relevante que, en el caso de la atención a la pandemia producida por COVID-19, haya tenido alguna consideración, aunque hayan sido a través de programas puntuales y sobre los efectos producidos, con lo que se evidencia la escasa sensibilidad hacia estos temas<sup>(1,2,3,4)</sup>.

La segunda variable se refiere a la infancia y la adolescencia, sujeta a estímulos concretos de la pandemia (afectación familiar, miembros de la familia afectados, posibles ingresos, fallecimientos, la supresión de la escolaridad, el confinamiento) y que a lo largo de todo este periodo ha tenido resultados contradictorios (informaciones diversas según las fuentes de información, las creencias familiares, la posibilidad o no de padecer la enfermedad en la infancia) pero, a pesar de ello, el impacto en la infancia y adolescencia de las decisiones que se tomaban era muy patente (p.e. cierre de la escolaridad, confinamiento total). Los últimos trabajos evidencian que la infancia y adolescencia padece la afección COVID-19, parece que su intensidad y gravedad es menor que en otras etapas de la vida, pero que su capacidad de contagio es bastante evidente<sup>(5,6,7,8,9,10,11)</sup>.

La situación creada, en esta etapa de la vida, tiene su importancia y asociaciones científicas de la Salud Mental de la infancia y la adolescencia han mostrado su punto de vista y su disposición a trabajar en este campo<sup>(12,13,14,15,16,17,18)</sup>.

### PRESENTACIÓN DE LA SITUACIÓN: LAS “OLEADAS ASISTENCIALES”

Muchas publicaciones referidas a este tema han tenido un cierto carácter oportunista, ya que la pandemia por la COVID-19 ha atraído

la atención de la población general, de los profesionales sanitarios y de los gestores administrativos y políticos, por lo que se ha hablado del tema desde todas las perspectivas. No cabe duda que algunos lo hacían con buena intención, pero el contenido de muchos de estos trabajos, tenían esa característica de un cierto oportunismo.

Otros trabajos han intentado realizar estudios más descriptivos de la sintomatología que se presentaba en la infancia y adolescencia en relación a la epidemia, enfatizando la presencia de síntomas relevantes, pero sin hacer referencia a las diferencias que se daban en función de las etapas de la vida o al impacto como “interferencia” en el desarrollo o si era la COVID-19 una causa desencadenante en ese cuadro sintomático<sup>(19,20,21)</sup>.

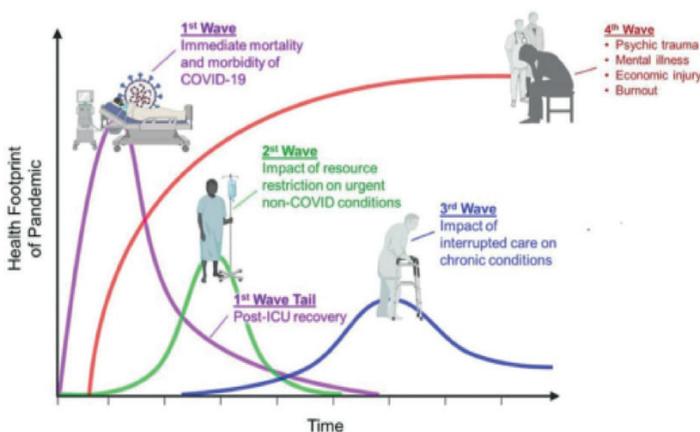
La salud mental ha estado subyaciendo en todo el progreso de la pandemia, hasta el punto que el neumólogo Tseng V (2020)<sup>(22)</sup> realiza una gráfica acerca de las “oleadas asistenciales en el COVID-19” que ha obtenido en tiempo record una gran citación en la bibliografía de numerosos artículos, buscando adaptarse a las diversas especialidades médicas. La realizada para la Salud mental parte de la misma composición realizada por el autor, de modo que estas “oleadas” de la atención sanitaria se resumían en cuatro oleadas, sintetizadas en la **figura 1**, y se presentaban en una dimensión temporal: la primera oleada se refería a la asistencia directa y primordial a los pacientes afectados por el COVID-19, el ascenso rápido y con elevadas proporciones de morbimortalidad se hacía necesario poner toda la atención en abordar esa oleada con toda la intensidad necesaria, a medida que disminuía la presión asistencial y sobre la población, la curva descendía iniciándose la recuperación post-COVID-19, daba comienzo la segunda oleada en la demanda asistencial: los pacientes con afecciones urgentes no COVID-19, que habían visto demorada su

atención porque los recursos sanitarios se habían reorientado a la atención de los pacientes de la pandemia y sentían temor a tener un posible contagio si acudían a los servicios de urgencia; en esta oleada la altura es mucho menor y el descenso también será rápido (p.e. ICTUS, infartos, crisis hipertensivas) (figura 1).

Casi en el momento en que la segunda oleada va a iniciar su descenso, aparece lenta y persistente la tercera oleada cuya cima es menor y con mayor meseta, siendo su descenso muy lento, manteniéndose en un nivel de prevalencia bastante constante, sin llegar a desaparecer del todo. Esta tercera oleada se corresponde con el impacto de la interrupción de los cuidados que se mantenían previamente a las afecciones crónicas (diabetes, cardiopatías, hipertensión), por la derivación que se habían realizado de los recursos existentes hacia la atención prioritaria a la demanda explosiva de la pandemia producida por el COVID-19.

Desde casi el inicio de la primera oleada, cuando se estaba iniciando el ascenso de la primera curva, aparece la cuarta oleada. Esta cuarta oleada tiene un ascenso en paralelo con la curva del COVID-19 hasta el pico de la gráfica, pero con menor número de implicados. Cuando llega al pico de la curva del COVID-19, esta cuarta oleada sigue ascendiendo de forma lenta, tórpida pero persistentemente a lo largo del tiempo, traspasa ampliamente a las otras oleadas y sigue ascendiendo lentamente hasta sobrepasar la cima de la primera oleada del COVID-19. Esa cuarta oleada se corresponde con las vivencias y experiencias que se suceden a lo largo de la crisis, es decir, es la afectación de los mecanismos mentales y emocionales de la población en su conjunto, desde los síntomas más tenuous a los más severos, también al malestar que acompaña la crisis económica, por lo que, en definitiva, esta cuarta oleada pone de manifiesto las desigualdades sociales y en la atención de salud del conjunto de la población<sup>(3)</sup>.

**Figura 1**  
**Las oleadas asistenciales de la pandemia por COVID-19.**



Fuente: Victor Tseng (2020). Disponible en <https://twitter.com/VectorSting/status/1244671755781898241>

## CONTENIDOS DE LA “CUARTA OLEADA” EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

La cuarta oleada traduce la vivencia subjetiva de la pandemia, siendo un altavoz de las experiencias vitales previas y de las características definitorias de la personalidad de cada sujeto. Suele iniciarse como una oleada silente, casi nadie se percata de ella y su cobertura adquiere una aparente menor importancia, pero podría adquirir dimensiones muy relevantes, tal como se expresa en la **figura 1**<sup>(22)</sup>. Se desarrolla en un segundo plano, pero de forma constante realiza su ascenso exponencial, tanto en número de casos como en relevancia clínica<sup>(2,23,24)</sup>.

La población infanto-juvenil estaba presente desde los inicios de la pandemia, pero no se la consideraba en su verdadera dimensión. En primer lugar, por el debate de su relevancia o irrelevancia en cuanto a sus síntomas o a su valor como vector de contagio de la afección del COVID-19<sup>(8,9,25,26)</sup>. En segundo lugar, porque, como en tantas otras ocasiones, es un segmento de población “silenciado”, en parte por paternalismo y en parte por desconocimiento<sup>(27,28)</sup>. Lo cierto es que los niños forman parte de las familias cuyos miembros expresaban sus miedos, sus incertidumbres y todo aquello lo escuchaban y lo vivían. Sufrían y participaban del duelo familiar por muertes o por enfermedades graves o por lo que ocurría con sus abuelos en las residencias de mayores. En su entorno pasaban cosas que o no entendían, o no se les explicaban, simplemente aquello lo vivían y sentían<sup>(29)</sup>. Cuando el colegio se cerró a mediados del mes de marzo, al principio se alegraron, pero a lo largo del tiempo el regocijo inicial se tornó en dudas, porque el “cole” es algo más que un centro de enseñanza y representa su núcleo fundamental de sociabilidad<sup>(30,31,32,33,34)</sup>. Luego tuvo lugar su particular desescalada<sup>(35)</sup> tras más de dos meses de estricto confinamiento, más tarde la de la familia al completo, posteriormente y

tras el verano la apertura de los colegios y todo lo que constituía su cotidianeidad se fue armando en torno a ello. Es evidente que la infancia estaba presente en todos estos acontecimientos y captaba lo que sucedía, sus dibujos, las experiencias que han expresado en programas de TV así lo atestiguan, por lo que hay que incidir en la necesidad de escucharles<sup>(29)</sup>.

La expresión mental de esta cuarta oleada asistencial va a incluir cuatro tipos de poblaciones en las que se manifiesta: en los pacientes afectados por el COVID-19, las familias de los pacientes, la población en general y, por fin, los profesionales sanitarios<sup>(3,9)</sup>. Por operatividad, en el presente artículo, nos vamos a referir solamente a la infancia y adolescencia, sin menoscabo de lo que acontece en los otros grupos de edad que podrá abordarse en otra publicación.

La expresión clínica en la infancia y adolescencia tiene tres tipos de estructuras de la presentación sintomática, según fuera el proceso mental previo al COVID-19: En los que no padecían ningún tipo de trastorno mental, serían el grupo de “infancia y adolescencia normal”, aparece un estado de alarma y sensación de incomodidad y desasosiego muy importante, es un **mecanismo reactivo-adaptativo** ante la presencia de la pandemia. Existe un segundo grupo de sujetos que ya “eran muy suyos” de siempre, quizá hasta algo “raros”, en este grupo la situación COVID-19 puede desencadenar algún tipo de trastorno mental, es una sensación previa de tener algo que estaba como agazapado y que la situación COVID-19 lo explicita, poniéndolo en evidencia porque cumple la misión de “la gota que colma el vaso”, es decir se constituye en un **factor desencadenante**. Un tercer grupo de población hace referencia a personas que ya padecían un trastorno mental, fuera el que fuere (TEA, TDAH, trastorno del comportamiento, TCA) y que la intersección con el COVID-19 desencadena una **descompensación del proceso**, con mayor o menor virulencia sintomática y/o comportamental.

1) **Síntomas reactivo-adaptativos:** Ante el padecimiento de la afección por el COVID-19, aparecen síntomas inespecíficos de tipo afectivo-emocional, en gran medida como expresión de ese perfil reactivo-adaptativo al proceso. Se encuadran en la categoría descrita, en la clasificación internacional de enfermedades de la OMS, CIE-10, como F54. Esta categoría se denomina como “factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar”<sup>(36)</sup>. Esta categoría se utiliza clínicamente para diagnosticar la presencia de influencias psicológicas o comportamentales que se considera juegan un papel principal en la manifestación de los trastornos somáticos, por ejemplo, alargando el tiempo de duración de los procesos, interviniendo en la intensidad de algunos síntomas, como en la percepción del dolor, contribuyendo a desencadenar nuevas crisis o recaídas. Este tipo de alteraciones mentales, en la mayoría de las ocasiones, suelen ser leves pero prolongadas en el tiempo, se muestra como preocupaciones excesivas, conflictos emocionales, temor, miedo a cosas y situaciones diversas (al empeoramiento propio, al contagio a otros miembros de la familia), aprensión por la enfermedad y/o sus complicaciones.

En todo caso, son situaciones desagradables en la faceta subjetiva, en la vivencia personal, que se amplifican con las experiencias del propio desarrollo personal y de la forma de reaccionar que habitualmente se utilizaba por parte del sujeto infantil para adaptarse a situaciones nuevas, solo que, en este caso, aparece esa reacción amplificada y algo distorsionada, lo que, en ocasiones, dificulta su reconocimiento por parte del niño o adolescente. En situaciones extremas pueden desencadenarse verdaderos accesos de ansiedad con sensaciones de ahogo, palpitaciones y disnea, taquicardia, sudoración, alteración de la tensión arterial e inquietud psicomotriz de intensidad variable, aparece un jadeo con taquipnea y respiración superficial muy

característico que, en su extremo, puede acompañarse de llanto entrecortado. Estos síntomas y estas vivencias van apareciendo según acontece la evolución clínica de la infección por el COVID-19, siendo su intensidad y persistencia diversa, pudiendo empeorar cuando coinciden situaciones psicosociales concurrentes (el retorno al colegio o la situación del contexto familiar por el padecimiento de la enfermedad de alguno de sus miembros).

En esta forma de reaccionar por la alarma y el miedo ante un contagio, la familia y la población en general lo hacen de forma muy parecida. Aparecen sentimientos muy ambivalentes por el temor a infectarse y, simultáneamente, tener que estar atentos a los enfermos y a no contaminar ni contaminarse. Deben aplicar las normas preventivas del lavado de manos y la distancia física, pero, al mismo tiempo, desean y necesitan abrazarse con los seres queridos porque transmiten la percepción de sentir la seguridad y la contención por parte de esos seres queridos.

Su temor, sus síntomas y signos de alerta/ alarma están muy focalizados en la evolución clínica de su familiar afectado y su temor a ser contagiado, por lo que podrán aparecer síntomas defensivos de tipo fóbico hacia lo que represente al paciente y de tipo más obsesivo hacia el lavado de manos y la distancia física como medidas de protección personal. De igual forma se incrementa la autopercepción de su cuerpo, “no vaya a ser que...”. Ante ello aparecen los sentimientos de culpa por no ser suficientemente empático o bueno en relación al paciente, es el momento de la autojustificación y racionalización “salvadoras” para amparar la reacción, lo que, a su vez, podría incrementar los sentimientos de culpa en forma de inquietud psicomotriz o llanto no muy intenso pero persistente, como una sensación de ahogo que no acaba de dejar arrancar el llanto

Estos datos se recogen en uno de los primeros estudios publicados sobre el impacto emocional del COVID-19 en la infancia y la adolescencia (figura 2), fue al inicio del proceso en población china y el cuadro sintomático señalaba hacia lo expresado en este planteamiento<sup>(25)</sup>.

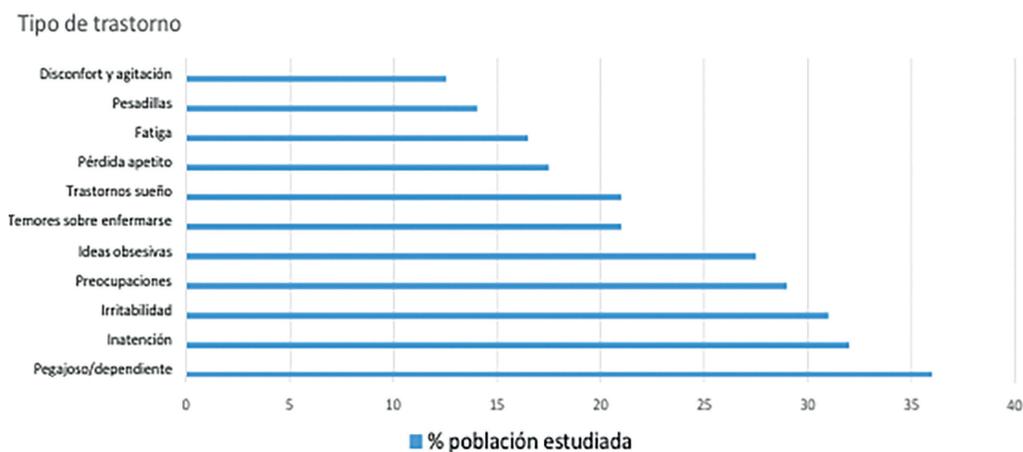
**2) Desencadenamiento de clínica mental:** Seguimos subiendo la curva de la cuarta oleada, una subida lenta, persistente, constante y soterrada. Es un ascenso puro sin mesetas ni doblegar el pico, porque las vivencias y la expresión de las emociones van evolucionando de forma autónoma, de forma muy continua, en silencio y jugándose en el interior de cada sujeto. Dentro de la mente cada situación, cada experiencia, interactúa con las sensaciones previas “almacenadas” en la mente de cada uno de nosotros. La emoción sentida queda en un segundo plano, se siente que se quiere controlar con la propia fuerza o la aparente templanza, pero en el interior va actuando y luego, por la

evocación de una situación concreta como la pandemia y toda su significación, moviliza sus emociones internas actuando de factor desencadenante y se desbordan las emociones, así se desencadena un trastorno que estaba totalmente agazapado.

Los síntomas que toman presencia son de tipo ansioso o ansioso-depresivo de intensidad variable y, en las personas más vulnerables, puede desencadenarse un trastorno de estrés postraumático, no es el cuadro más frecuente, pero es posible por la situación de tensión vivida por un estrés de larga duración y bastante generalizado (figura 2).

En esta etapa el miedo a la muerte es real, juega un gran papel en las familias que no pueden acceder a visitar a sus familiares y a las que las informaciones que reciben les llenan de incertidumbre. No es extraño que en las familias de afectados hospitalizados por el virus

**Figura 2**  
**Trastornos psicológicos en edades entre 3-18 años en la pandemia por COVID-19 (enero-febrero de 2020, China).**



Fuente: Jiao, Wang, Liu *et al*, 2020

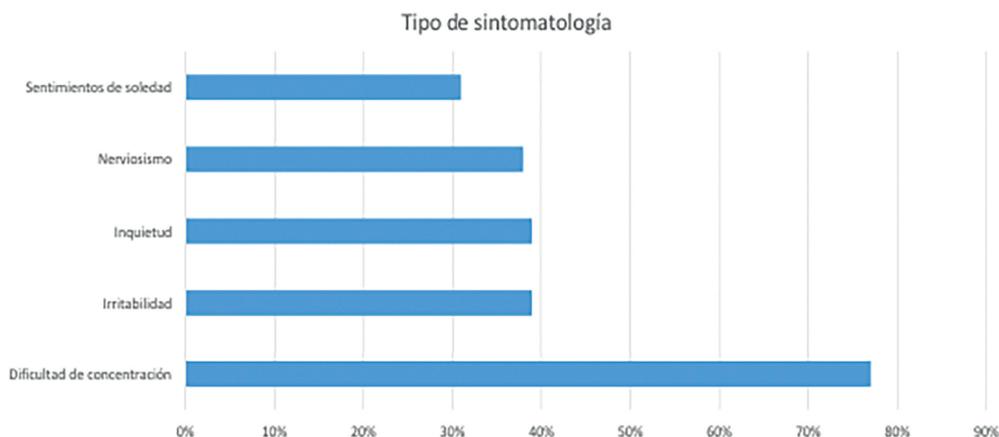
se desencadenen síntomas relativos al duelo, es un duelo adelantado, pero una reacción de duelo, al fin y al cabo. Los medios terapéuticos que se emplean en el tratamiento de la COVID-19 son de gran sofisticación e impresionan (ingreso, respiradores, intubación, monitores de frecuencia cardíaca y respiratoria). La terminología aturde: saturación, intubación, flujo de oxígeno, posición en pronación, alimentación parenteral, antivirales, infiltrados pulmonares intersticiales, etc. En ocasiones se ve a un paciente sedado al que se le escapa una lágrima. Luego, al alta las emociones se pueden manifestar con una elevada reactividad, presentando alteraciones de humor de forma variable, con labilidad emocional y cierta tendencia al llanto, o a la irritabilidad y la sensación de verse desbordado. La vivencia de las posibles secuelas o los efectos secundarios colaterales de los tratamientos, el cansancio, el miedo, la soledad, el sordo humor que persiste con la sensación de “un nudo” en la

garganta que no se va. Es muy necesario un lugar que aporte seguridad, sentirse tan vulnerable no aporta la tranquilidad necesaria para afrontar lo que van a vivir.

La **figura 3** así lo confirma, según la información aportada por las figuras parentales sobre chicos y chicas en España e Italia, a los pocos meses de iniciada la pandemia<sup>(19)</sup>. Desde la perspectiva psicopatológica, la comparación de las **figuras 2 y 3** son de gran interés, pues de los síntomas más inespecíficos se van “agrupando” en formas de presentaciones más sindrómicas y, por lo tanto, más estables desde la perspectiva clínico-evolutiva y también pronóstica, si no se interviniera de forma adecuada.

3) **Desestabilización de procesos previos:** En tercer lugar, tenemos a las niñas, niños o adolescentes que ya padecían algún trastorno mental de cierta relevancia, serían los “diagnosticados” previamente. En estos casos,

**Figura 3**  
**Tipo de trastornos comunicados por figuras parentales durante el confinamiento de COVID-19 (Italia y España).**



la interconurrencia de la pandemia pone en evidencia las vulnerabilidades personales y, por lo tanto, hace de factor desestabilizador fundamental apareciendo recaídas sintomáticas mezcladas con la “agresión” de la pandemia. Por lo tanto, estas personas se descompensan, hacen una reactivación sintomática pero muy interferida. Los miedos son profundos, la sensación de catástrofe está al acecho, los síntomas obsesivoides se incrementan a límites variables y la reactividad comportamental aparece bastante descontrolada. Estas personas precisan un reajuste fundamental del tratamiento y una disponibilidad mayor de los servicios de salud mental para abordar estas descompensaciones.

Un factor que ha intervenido de forma muy particular ha sido el periodo de confinamiento. Su impacto no ha sido homogéneo, pues mientras a algunas personas les ha ayudado a centrarse e incluso a disminuir algunos síntomas emocionales (p.e dificultades relacionales, conductas regresivas y dependientes, funcionamientos depresivoides previos, haber tenido acoso escolar en caso de ciberacoso, síntomas psicóticos) el confinamiento puede incrementar la vivencia desestabilizadora o incrementar la sensación de verse protegido, en otros ha sido todo lo contrario y han aparecido síntomas de inquietud, malestar, sensación de agobio, temores diversos referidos a sus vivencias y experiencias y, por lo tanto, a la estabilidad afectiva y vincular.

El confinamiento ha sido muy perjudicial en los casos de niños, niñas y adolescentes que eran objeto de malos tratos en el seno de la familia o en núcleos familiares con la existencia de violencia machista. En estos casos el confinamiento ha actuado como aliado real con los factores de “encerramiento” y “aislamiento social” que, ya por sí mismos, representan dos factores de riesgo muy

importantes para revertir hacia el interno de la familia las agresiones y las descargas violentas. El confinamiento ha llevado la situación de aislamiento y encerramiento a la realidad, de forma continuada durante muchas semanas.

Otro de los mecanismos emocionales de riesgo ha sido el hiperconsumo y abuso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), con síntomas de verdadera dependencia a las TIC y sus repercusiones comportamentales, sobre todo de síndromes de abstinencia verdaderos en preadolescentes y adolescentes, con repercusiones comportamentales del tipo de irritabilidad, conductas disruptivas de intensidad variable y enfrentamientos crecientes con las figuras parentales.

Si el confinamiento ha sido una dificultad añadida para algunos, para otros grupos la dificultad se ha encontrado en la desescalada, en estos casos el hecho de volver a confrontarse con la realidad relacional podía ocasionar verdaderos problemas, por ello se abordará en un apartado específico posteriormente.

El confinamiento representaba una zona de confort importante, por lo que la acomodación se estableció de forma rápida. No es que el confinamiento originara fobia social, sino que las personas con fobia social se sentían seguros en casa y la salida les volvía a confrontar con su temor y con su fobia.

Algo parecido acontece en la infancia y adolescencia, a los alumnos que habían sido objeto de acoso escolar, el confinamiento les protegía y el desconfinamiento les sitúa en un retorno a las dificultades reales de la relación con sus agresores y acosadores. Sin embargo, en el ciberacoso la persistencia del acoso pudo acontecer durante el confinamiento y, por lo tanto, sus efectos devastadores haber sido constantes.

## EL CONFINAMIENTO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

El confinamiento ha sido, con mucho, el hecho nuevo y de impacto variable en la infancia y la adolescencia de esta pandemia. La novedad es muy potente en esta etapa de la vida, el hecho de no acudir a clase y quedar en casa con los padres, era satisfactorio inicialmente. El paso de los días y semanas y la monotonía, han evidenciado situaciones que merecen la atención del sistema sanitario. El factor del tiempo transcurrido de confinamiento es muy importante, aunque los niños y niñas, aparentemente, parezca que están bien, es solo mera apariencia. El confinamiento ha alterado su rutina de vida en todos los aspectos: familiares, sociales, educativos, cognitivos, relacionales, de juegos... En algunas ocasiones, el confinamiento tuvo un impacto en la salud somática y en la salud emocional de la infancia. Ahora bien, la forma de expresión de este impacto emocional del confinamiento prolongado, será propia de cada etapa del desarrollo y de cada niño o niña en un contexto determinado y según los rasgos temperamentales y de carácter previos, la expresión infantil debe ser considerada de forma sindrómica, independientemente del diagnóstico clínico concreto, con el objeto de disminuir el posible estigma<sup>(37,38,39,40,41,42,43,44)</sup>.

Desde la perspectiva somática lo que más llamó la atención fue la posible tendencia a la obesidad, porque hubo un sumatorio de dos factores: disminución de la actividad física con actividades sedentarias y ligadas a las TIC y, en segundo lugar, una cierta hiperfagia, sobre todo de chuches y alimentos procesados ricos en hidratos de carbono.

Desde la perspectiva emocional destacaron las formas de expresión del desasosiego y malestar afectivo-emocional y vincular de la infancia y adolescencia derivadas, fundamentalmente, del confinamiento, sobre todo cuando

acontecía en condiciones de precariedad (muchos miembros familiares y vivienda pequeña):

- Expresión somática: Facilidad para descompensaciones de procesos crónicos (asma, diabetes...), quejas psicósomáticas diversas (dolores diversos: cefaleas, abdominalgias...), tendencia al sedentarismo y a la obesidad, alteraciones del ritmo, duración y presentación del sueño, trastornos esfinterianos.
- Expresión comportamental: Tendencia a reacciones comportamentales desmesuradas y disruptivas o bien de aislamiento social y enjambamiento, irritabilidad o indolencia, inquietud psicomotriz incrementada o apatía, opositorismo y conductas regresivas (sobre todo de incontinencia esfinteriana).
- Expresión emocional: Incremento reacciones de ansiedad (miedo al contagio, vivencia familiar de la pandemia, ideas obsesivoides en torno a la infección y la enfermedad), alteración del sueño y de la alimentación (por hiper o por hipofagia), incremento de conductas adictivas sin sustancias (móvil, tablets) y alteraciones del humor y baja tolerancia a la frustración (llantos inmotivados, rabietas o aburrimento).
- Posibilidad de incremento de malos tratos, en cualesquiera de sus tipologías, sobre todo en circunstancias en las que ya existía factores de riesgo previo.
- Reacciones de duelo disfuncionales (ingresos de familiares en centros sanitarios sin poder ir a verles, fallecimientos de familiares o de amistades familiares o la respuesta familiar “amplificada” por el confinamiento).

Existen moduladores y modeladores de estas formas de presentación y que tienen unos determinantes muy claros: el temperamento y el carácter previo de cada niño o niña y del tipo de relaciones e interacciones previas existentes en

el seno de las familias y de la vivencia familiar en torno a la forma de establecer las normas y los límites en épocas previas a la pandemia, al padecimiento de la enfermedad y de la vivencia del duelo en su caso.

Aquí es importante señalar que el pronóstico al finalizar el confinamiento, si se introdujo con cautela un periodo de desconfinamiento paulatino y controlado, entonces el impacto en el infante fuese mucho menor. Si, por el contrario, el confinamiento persistiese en condiciones de elevada exigencia, no resultaría extraño que los niños, niñas y adolescentes se viesan sometidos a una situación de estrés de larga duración, aunque fuese de escasa intensidad.

Este estrés crónico, incluido el de bajo perfil e intensidad, pero mantenido en el tiempo, es el que tiene repercusiones de relieve para el conjunto de la infancia y la adolescencia, porque este tipo de estrés mantiene elevadas las tasas circulantes de cortisol que se transforma de ser un mecanismo de alarma a ser tóxico para el SNC (Sistema Nervioso Central), destruyendo conexiones dendríticas que no se recuperan, con lo que ello comporta (Kandel, 2005)<sup>(45)</sup>.

El confinamiento ha podido hacer que determinados niños, niñas o adolescentes hayan podido establecer un uso más intenso e intensivo de las TIC. Este uso ha podido pasar al abuso o bien al establecimiento de francas conductas adictivas sin sustancias, con sus formas de presentación sobre todo de tipo comportamental y relacional en el seno familiar.

Afortunadamente, no todos los niños, niñas y adolescentes han presentado problemas una vez ha finalizado el confinamiento. Pero también hemos de reconocer que, aunque sean un porcentaje pequeño los que presentan algún tipo de dificultades, al proyectarse sobre el conjunto poblacional infanto-juvenil podrían

ser un número importante el que pudiera ser subsidiario de una ayuda más específica.

## RUPTURA Y RETORNO A LA ESCOLARIDAD

Tras unos meses de confinamiento y otros tantos de desescalada, ha llegado el tiempo de iniciar la escolaridad y que, en este caso, es un reinicio, un retorno, un retomar las actividades cotidianas, pero en un contexto bien diferente (p.e. uso de mascarillas, distancia física, limitación en la utilización de juguetes)<sup>(30,31,32,33,34,34)</sup>.

Una suspensión de la escolaridad tan repentina como la acontecida en plena pandemia hace unos meses y para quedar confinados en casa tiene muchos efectos, desde los propios de la alteración del proceso de aprendizaje, el cambio de roles de las figuras parentales -sobre todo de la figura materna- que tenía que cuidarles, en ocasiones realizar teletrabajo y casi siempre supervisar las tareas del colegio. A ello sumamos la ruptura de la relación con los compañeros y amigos, que es el factor que más repetían los niños y niñas a la hora de verbalizar el impacto de la ruptura de la escolaridad.

Es cierto que en algunos casos la suspensión de la escolaridad tuvo un efecto beneficioso, lo comprobamos en chicos y chicas que eran acosados en el propio centro educativo, pues el ciberacoso tuvo la posibilidad de continuar durante el confinamiento, incluso más intensamente. También pudo ser positivo para aquellos infantes con actitudes regresivas y dependientes, en los que tenían cierta fobia escolar o dificultades relacionales de cierto relieve, los que presentaban somatizaciones y crisis de ansiedad por el hecho de la escolaridad, algunos casos de mayor gravedad, como los que estaban afectados de una estructura de discapacidad intelectual o con importantes problemas comportamentales o funcionamientos en el límite de la psicosis.

El retorno a lo “habitual” no se hace en las condiciones de otros inicios escolares, no solo por el hecho del confinamiento y el tiempo transcurrido, sino porque se suman otros factores actitudinales del conjunto del entorno de la comunidad educativa y que se fundamenta en la percepción, tanto subjetiva individual como de grupo, en torno al hecho mismo del inicio escolar.

En asociaciones de familias y en el profesorado existe un fondo de desconfianza hacia las normas que se les transmiten, lo que va a mediatizar la capacidad de contención, disminuyendo su eficacia contenedora y, con ello, dificultando la transmisión de confianza a los niños, niñas y adolescentes. En estas condiciones, los vínculos relacionales se tornan inseguros e insatisfactorios, mediados por niveles diversos de ansiedad, en el mejor de los casos, o bien de expresión comportamental (p.e. actos impulsivos, agresividad, agitación psicomotriz), de peores consecuencias, tanto por su estructura (actuación con escaso contenido de simbolización), como por su funcionamiento (prima el acting-out de tipo agresivo en la comunicación).

El retorno a las relaciones con los pares puede reactivar las situaciones de acoso escolar, con todas sus consecuencias devastadoras para la estabilidad emocional y relacional, pudiendo desarrollar fobias escolares de forma muy rápida y con presencia de síntomas somatizados y de alteración del humor, que pueden inducir a error en la posible asignación etiológica y, por lo tanto, en el abordaje terapéutico.

La confrontación con la tarea social del aprendizaje y la actividad escolar también puede verse afectada, habida cuenta de la tendencia a dispersar la atención que el proceso viriásico desencadena en la población infanto-juvenil. Una deficiencia de atención y concentración que no tiene nada que ver con el TDAH, aunque su expresión sea también kinética, por lo

tanto, es absurdo la prescripción de metilfenidato, atomoxetina u otra medicación similar.

No puede olvidarse que, en estos momentos, las actitudes de las familias y del profesorado (desconfianza, inseguridad, temor) interactúan con los niños, niñas y adolescentes a la hora de expresar su adaptación al retorno escolar y a la hora de enfrentarse con el aprendizaje, transmitiendo inseguridad y escasa confianza en los propios chicos y chicas.

## DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN

Los organismos internacionales como la OMS y Naciones Unidas plantean una intervención en los contenidos emocionales desde el principio y con el fin de promover dos aspectos fundamentales: el cuidado y medidas adecuadas para los momentos de transición de la pandemia<sup>(45,47)</sup>.

En el diseño de las medidas de transición es de gran importancia rescatar el diseño, la intervención y la investigación desarrolladas por equipos multidisciplinares<sup>(48)</sup> y que respondan a los principios de la ética asistencial<sup>(49)</sup>. Ambos aspectos han sido contemplados en nuestro país, aunque hayan existido dificultades para poder implementarlo, en algunas ocasiones.

En cuanto a las necesidades de Salud Mental deben centrarse, desde el inicio, en promover el cuidado de la familia en su conjunto<sup>(50)</sup> y de las relaciones e interacciones de ese sistema. Una opción interesante se plantea con los grupos que estimulan la intervención hacia la promoción del bienestar familiar y personal, con anterioridad a que se presenten los síntomas<sup>(51)</sup>. Como puente entre ambos tipos de intervenciones señaladas con anterioridad, es fundamental comprender qué significa el proceso de enfermedad en la infancia y la adolescencia<sup>(52)</sup>, para evitar intervenciones que podrían resultar iatrogénicas (p.e. potenciar

algunos síntomas y connotarlos como expresión de un trastorno concreto, medicar por la presencia de determinados síntomas aislados)<sup>(53)</sup> y tener una dirección mayor hacia la promoción de salud en el marco de un contexto de la Salud Mental Comunitaria<sup>(54)</sup>.

Una condición a tener en cuenta está representada por la utilización adecuada del lenguaje en la comunicación con los niños. Debe ser un lenguaje adaptado a sus niveles de comprensión y a su etapa del desarrollo. Frases cortas, directas con palabras fáciles de comprender y de integrar por la mente infantil<sup>(55)</sup>, utilizar el juego o el dibujo como material de acercamiento y lugar a compartir, serán dos recursos de gran utilidad.

Cumplir la premisa expuesta con anterioridad constituye un primer paso para abordar el estrés<sup>(56)</sup>, lo que se complementará con juegos adecuados y participativos, ejercicios físicos de relajación y clarificar las dudas concretas que puedan surgir.

De esta suerte se pueden diseñar intervenciones que resalten los contenidos psicológicos y afectivo-emocionales<sup>(34,35,43,54,56,57,58)</sup>, a la par que aborda el confinamiento o la cuarentena y sus efectos.

Trabajar sobre los aspectos positivos y reforzar los vínculos, favorecen el desarrollo de lo que se denomina “resiliencia”. Tras el padecimiento de la enfermedad, la cuarentena, el confinamiento, la ruptura de la actividad escolar y la separación de sus amigos y actividades habituales, quizá la vivencia de un duelo familiar, todas son acciones impactantes, permitir comprender la situación, evitar la culpa y promover la superación del duelo, así se fortalece la resiliencia<sup>(59)</sup>.

En ocasiones habrá que evaluar el estado de la utilización de las TIC, por si ha existido un

hiperconsumo con síntomas o bien una conducta adictiva sin sustancias. En cualquiera de los casos debe establecerse el tratamiento adecuado a la conducta adictiva y a sus consecuencias relacionales en el seno de la familia, sobre todo en el caso de la expresión comportamental, que suele ser la más frecuente y la de mayor dificultad en el abordaje.

La pandemia ha desarrollado aspectos terapéuticos aplicados a la intervención psicoterapéutica. El confinamiento y la presencia de síntomas emocionales disfuncionales o la continuidad de procesos iniciados con anterioridad a la pandemia, ha hecho que también en la infancia y la adolescencia se inicie la actividad de sesiones psicoterapéuticas telemáticas. Una técnica de teleasistencia o asistencia no presencial que estaba muy poco desarrollada o reducida a una mera atención telefónica o de medios que no dejan rastro de la asistencia prestada, la pandemia ha puesto esta actividad en primera línea. Los profesionales de la Salud Mental Infantil tendrán que desarrollar esta técnica con plataformas consistentes y métodos fiables y las familias y los niños, niñas y adolescentes acostumbrarse a ello<sup>(60,61,62,63,64)</sup>.

## CONCLUSIONES

La pandemia ha evidenciado que el mundo emocional, afectivo y en definitiva, mental es relevante y tiene una importancia por sí mismo. Hay varios factores de interés a la hora de señalar la importancia en la infancia y la adolescencia de contemplar la intervención y la comprensión desde la salud mental, pero también desde los niveles político-administrativos.

La infancia no tiene una voz propia, pero demanda atención y cuidado desde una perspectiva de atención con proyección de futuro. Una interferencia en el desarrollo con el impacto de la pandemia es muy relevante: la enfermedad padecida por algún miembro de la

familia, fallecimientos y duelos familiares, la ruptura de la escolaridad y de las relaciones con sus amigos habituales, el confinamiento y sus consecuencias, los factores de “compensación” como el hiperconsumo de tecnologías de la información y la comunicación, la relación e interacción familiar, incluyendo la posible presencia de malos tratos o de violencia machista, la restricción de la movilidad.

El acontecimiento fundamental en la salud mental de la infancia y la adolescencia, como consecuencia del COVID-19, está por ser evaluado puesto que podrá tener su expresión definitiva, a medio y largo plazo, por el impacto de la pandemia sobre la organización de la personalidad y las experiencias emocionales.

Las intervenciones de abordaje de estas situaciones deben bascular en coberturas individuales (psicoterapias individuales o grupales), apoyo familiar (counseling o terapia familiar), trabajo de interconsulta y enlace con los servicios pediátricos, escolares y de servicios sociales, en definitiva, una concepción de salud mental infanto-juvenil de tipo comunitario que se enlace con la intervención de Salud Pública y de reconocimiento de la infancia y la adolescencia. Habrá una perspectiva de futuro a considerar: la teleasistencia en Salud Mental, con plataformas adecuadas, serán una realidad y hemos de saber integrarlas en esta situación asistencial.

Todo ello desde la perspectiva de promoción de la salud y prevención de la iatrogenia, evitando el alarmismo o la precipitación en la intervención clínica, sea diagnóstica y/o terapéutica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. United Nations (2020). Policy Brief: COVID-19 and the Need for action on Mental Health (Internet). 2020, august. Disponible en: [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un\\_policy\\_brief\\_covid\\_and\\_mental\\_health\\_final.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief_covid_and_mental_health_final.pdf)
2. Balluerka Lasa N, Gómez Benito J, Hidalgo Montesinos MD, Gorostiaga Manterola A, Espada Sánchez JP, Padilla García JL & Santed Germán MA (2020): Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Bilbao: Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco.
3. Pedreira JL. (2020) La salud mental en el post-COVID-19: Sobrepasar el sumatorio de síntomas para llegar a comprender la estructura psicopatológica. Sistema Digital, Jun 10 | La Opinión | <https://fundacionsistema.com/la-salud-mental-en-el-post-COVID-19-sobrepasar-el-sumatorio-de-sintomas-para-llegar-a-comprender-la-estructura-psicopatologica/>
4. WHO (2020) Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19: interim guidance. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/early-investigations>
5. Proyecto Kids Corona del Hospital Sant Joan de Deu (2020) <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/ninos-tienen-prevalencia-anticuerpos-COVID-19-similar-adultos-pero-mayoria-con-sintomas-leves>
6. Unicef (2020): COVID-19: los efectos devastadores en la infancia. <https://www.unicef.es/noticia/COVID-19-los-9-efectos-devastadores-en-la-infancia>
7. Plataforma Infancia: Medidas prioritarias para la infancia en la crisis del COVID-19 (2020). [https://www.eapn.es/covid19/ARCHIVO/documentos/documentos/1586249296\\_medidas-prioritarias-infancia-COVID-19.pdf](https://www.eapn.es/covid19/ARCHIVO/documentos/documentos/1586249296_medidas-prioritarias-infancia-COVID-19.pdf)
8. Zimmermann P, Curtis N. (2020) Coronavirus Infection in children Including COVID-19. *Pediatr. Infect. Dis. J.* may.; 39 (5): 355-68
9. Nature. Coronavirus latest: China study suggests children are as likely to be infected as adults. <https://www.nature.com/articles/d41586-020-00154-w>. Accessed March 7, 2020
10. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL & Clemens V (2020): Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental

- health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 12 may, 14(1): 20
11. Cao Q, Chen, YC, Chen CL, Chiu CH. (2020) SARS-CoV-2 infection in children: Transmission dynamics and clinical characteristics. *J. Formos Med Assoc*, marzo; 119(3): 670-3
12. Unicef (2020). <https://www.unicef.es/noticia/covid19-urgencia-atencion-adecuada-y-temprana-la-salud-mental-de-los-ninos>
13. COP (2020). La ONU advierte del impacto del COVID-19 sobre la salud mental de los y las menores. [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=8772](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8772)
14. Plataforma de Asociaciones de Psiquiatría y Psicología Clínica por la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia de España (2020): Salud Mental en la infancia y la adolescencia en la era del COVID-19. Informe de 156 páginas entregado al Ministerio de Sanidad, en junio de 2020.
15. Pedreira Massa JL. (2020). La infancia ante la infección por COVID-19. *Covid19saludmentalaapsmaen*. Disponible en: <https://covid19saludmentalaapsmaen.blog>. [www.aapsm.net](http://www.aapsm.net)
16. Golberstein E, Wen H & Miller BF. (2020) Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Mental Health for children and Adolescents. *JAMA Pediatr* (Internet), 14 de abril. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2764730>
17. UNSDG (2020): Policy brief: The impact of COVID-19 on children. (Internet), abril. Disponible: [https://unsdg.un.org/resources/\\*policy-brief-impact-COVID-19-children](https://unsdg.un.org/resources/*policy-brief-impact-COVID-19-children)
18. Ghosh R, Dubey M, Chatterjee S & Dubey S. (2020) Impact of COVID-19 on children: Special focus on psychosocial aspect. *Minerva Pediatr*. 13 may; 72.
19. Orgilés M, Morales A, Delveccio E, Mazzesci M, Espada JP. (2020). Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. Accessible en: <https://psyarxiv.com/5bpfz/>
20. Liang L, Ren H, Cao R, Hu Y, Qin Z, Li C et al (2020) The effect of COVID-19 on Youth Mental Health. *Psychiatr Q* 21 de abril
21. Jiao WY, Wang LN, Liu J, Fang SF, Jiao FY, Pettoello-Mantovani M & Somekh E. (2020): Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *The Journal of Pediatrics*. European Paediatric Association, 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>
22. Tseng V. (2020). University of Colorado. Disponible en <https://twitter.com/VectorSting/status/1244671755781898241>
23. Huremović D (Edt). (2020) *Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to Infection Outbreak*. NY: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-15346-5>
24. Sandin B, Valiente RM, García-Escalera J & Chorot P. (2020) Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Journal of Psychopathology and Clinical Psychology / Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25 (1), 1-22. Doi: 10.5944/rppc.27569. <http://www.aepp.net>. <http://revistas.uned.es/index.php/rppc>
25. Thevenon O & Adema W. (2020) Combating COVID-19 effect on children. OECD, may.
26. Zhou SJ, Zhang LG, Wang LL, Guo ZC, Wang JQ & Chen JC et al. (2020) Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (internet) 3 of may; disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>
27. Dalton L, Rapa E & Stein A. (2020) Protecting the Psychological Health of children through effective communication about COVID-19. *Lancet Child Adolesc*, may; 4(5): 346-7
28. Green P (2020). Risk to children and Young people during COVID-19 pandemic. *BMJ*, 28 abril; m1669
29. Editorial: Children and social media. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). Vol 391 January 13, 2018

30. Vinner RM, Russell SJ, Croker H, Packer J, Ward J, Stansfield C et al. (2020) School Closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: A rapid systematic review. *Lancet Child Adolesc Health*, may; 4(5): 397-404
31. Brooks SK, Smith LE, Webster RK, Weston D, Woodland L, Hall I et al (2020): The impact of unplanned school closure on children's social contact: Rapid evidence review. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull*, abril; 25 (13)
32. Polletti M & Raballo A (2020). Letter to the Editor: Evidence on school closure and children's social contact: Useful for Coronavirus disease (COVID-19)? *Eurosurveillance* (Internet), 30 de abril, 25(17). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7201951>
33. Lee J (2020). Mental Health effects of school closures during COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health* (Internet), abril; disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352464220301097>
34. The Lancet. Child & Adolescent Health (2020) Pandemic School closures: risk and opportunities. *Lancet Child Adolesc Health*, may; 4 (5): 341
35. Pedreira JL (Coord.) (2020): Principios generales para la salida de niños, niñas y adolescentes a la calle desde el confinamiento por la infección por Covid19. Madrid: Ministerio de Sanidad.
36. OMS (1993): Clasificación Internacional de Enfermedades: Trastornos mentales y del comportamiento: 10ª revisión. Madrid: Meditor.
37. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zang J & Jiang F (2020): Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*, 04.3.2020. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X)
38. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woogland I, Wessely S, Greenberg N et al (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet Lond Engl* 14 de 2020; 395 (10227): 912-20
39. Xie X, Xue Q, Zhou Y, Zhu K, Liu Q, Zhang J et al. (2020). Mental Health status among children in home confinement during the Coronavirus disease 2019 outbreak in Hubei Province, China (2020). *JAMA Pediatr* (internet), 24 abril; disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2765196>
40. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, et al. (2020) Rapid Systematic Review: The impact of social isolation and loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (internet), 3 de junio. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7267797>
41. Liu JJ, Bao Y, Huang X, Shi J & Lu L. (2020) Mental Health considerations for children quarantined because of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health*, 27 march.
42. IPSOS (2020) ¿Cuáles son los efectos psicológicos del aislamiento? Disponible en: <https://www.ipsos.com/es-es/COVID-19-cuales-son-los-efectos-psicologicos-del-aislamiento>
43. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L et al. (2020) Psychopathological consequences of confinement. *L'Encephale*, 22 abril
44. Office of the High Commissioner United Nations Human Rights. The Committee on the Rights of the Child warns of the grave psychical, emotional and psychological effect of the COVID-19 pandemic on children and calls on States to protect the rights of children. (internet) Abril. Disponible en: [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Children/ChildRights\\_2030Agenda.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Children/ChildRights_2030Agenda.pdf)

45. Kandel E. (2005): *Psychiatry, Psychoanalysis and the new biology of the mind*. Washington: American Psychiatric Publishing.
46. WHO Regional Office for Europe (2020) *Strengthening and adjusting public health measures throughout the COVID-19 transition phases*. Copenhagen: WHO, 24 april.
47. United Nations (2020). *Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health*. NY: United Nations, 13 MAY 2020.
48. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, Ballard C, Christensen H, Silver RC, Everall I, Ford T, John A, Kabir T, King K, Madan I, Michie S, Przybylski AK, Shafran R, Sweeney A, Worthman CM, Yardley L, Cowan K, Cope C, Hotopf M & Bullmore E. (2020) *Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science*. [www.thelancet.com/psychiatry](http://www.thelancet.com/psychiatry) Published online April 15 [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
49. Romero Casabona C (Coord.) (2020): *Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS.Cov-2*. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/200403-INFORME\\_PANDEMIA-FINAL-MAQUETADO.pdf](https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/200403-INFORME_PANDEMIA-FINAL-MAQUETADO.pdf)
50. Novins DK, Hendersos SW, Althoff RR, Billingsley MK, Cortese S, Drury SS *et al.* (2020) *JAACAP's role in advancing the science of Pediatric Mental Health and Promoting the Care of Youth and Families during the COVID-19 pandemic*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (internet) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7205658>
51. Bartlett J, Griffin J & Thomson D (2020): *Resources for supporting Children's emotional wellbeing during COVID-19 Pandemic*. (Internet). Disponible en: <https://www.childtrends.org/publications/resources-for-supporting-childrens-emotional-well-being-during-the-COVID-19-pandemic>
52. Pedreira JL (2005): *Habilidades de comunicación con el paciente pediátrico: Comprendiendo al niño enfermo*. Madrid: Ed. Just in time.
53. Pedreira JL (2012): *Promoción de salud y promoción de salud mental*. En A. Hidalgo Lavié & L.P. Martín Álvarez: *Salud Pública, dependencia y Trabajo social*. Madrid: Ed. Académicas- UNED, págs. 51-68
54. Pedreira JL, García-Barrero L, Menéndez F & Tsiantis Y (2020): *Community Psychiatry in Child Mental Health: Therapeutic planning* (en prensa).
55. UNICEF (2020) *How to talk to your child about coronavirus disease 2019 (COVID-19)* (Internet). Disponible en: <https://www.unicef.org/coronavirus/how-to-talk-child-about-coronavirus-COVID-19>
56. OMS (2020). *Cómo ayudar a los niños y las niñas a afrontar el estrés durante el brote de coronavirus*. (Internet). Disponible en: [https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7033\\_d\\_AyudarNinosEstres-coronavirus.pdf](https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7033_d_AyudarNinosEstres-coronavirus.pdf)
57. Duan L & Zhu G. (2020) *Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic*. *Lancet Psychiatry*, abril; 7 (4): 300-2
58. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J & Jiang F. (2020) *Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak*. *The lancet*, march; 395(10228):945-7
59. Bartlett JD & Vivrette R. (2020) *Ways to promote Children's Resilience to the COVID-19 Pandemic*. *Children Trends*, abril; 4
60. DeLuca JS, Andorko ND, Chibani D, Jay SY, Rakhshan Rouhakhtar PJ, Petti E *et al.* (2020) *Telepsychotherapy with youth at clinical risk for psychosis: Clinical issues and best practices during the COVID-19 pandemic*. *J Psychother Integr*, june; 30 (2): 304-31

61. Blanco Sánchez C. (2001) ¿Es posible la psicoterapia con internet? En J.L. Pedreira (Dir.): Módulo 1 Curso on line sobre Intervenciones Psicoterapéuticas en la infancia y la adolescencia (1ª Edición)
62. Roth DE, Ramtekkar U & Zenovic-Roth S. (2019) Telepsychiatry: A new Treatment Venue for Pediatric Depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* July; 28 (3): 377-95. Doi: 10.1016/j.chc.2019.02.007. Epub 2019 Apr 4.
63. Tomines A. (2019) Pediatric Telehealth: Approaches by Specialty and implications for General Pediatric Care. *Adv Pediatr.* Aug; 66: 55-85. Doi: 10.1016/j.yapd.2019.04.005. Epub 2019 May 27.
64. Khairat S, Meng CH, Xu Y, Edson B & Gianforcaro R. (2020) Interpreting COVID-19 and Virtual Care Trends: Cohort Study. *JMIR Public Health Surveill.* April, 15; 6 (2): e18811. Doi: 10.2196/18811



## COVID-19 Y SALUD INFANTIL: EL CONFINAMIENTO Y SU IMPACTO SEGÚN PROFESIONALES DE LA INFANCIA

Erika Valero Alzaga (1,2), Unai Martín Roncero (1,2), Antía Domínguez-Rodríguez (1,2,3) y el Grupo Confisalud<sup>(\*)</sup>

(1) Grupo Opik en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico. Leioa. España.

(2) Departamento de Sociología II. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). Leioa. España.

(3) Departamento de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Pompeu Fabra (UPF). Barcelona. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

(\*) Forman parte del Grupo Confisalud: Amaia Bacigalupe, Andrea Cabezas, Anna Giné, Maite Morteruel, Marta Jiménez, Mireia Utzet, Yolanda González-Rábago.

### RESUMEN

**Fundamentos:** La pandemia por Covid-19 supuso el establecimiento del estado de alarma en el territorio español y el confinamiento inicial del conjunto de la población. El objetivo de este estudio fue analizar la valoración de los/as profesionales que trabajaban con población infantil sobre el impacto de la cuarentena tanto en la salud como en las desigualdades en salud de niños y niñas, así como la importancia otorgada a los factores intermedios que podían modular el impacto de la experiencia del confinamiento en la salud de la infancia.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal a partir de un cuestionario online a profesionales del ámbito sanitario y socioeducativo que trabajaban con población infantil (n=214), con preguntas relativas a los potenciales efectos del confinamiento y las dimensiones que podían modular dichos efectos. Para el análisis se calcularon estadísticos descriptivos junto con las pruebas Chi-cuadrado y la comparación de medias para analizar las diferencias según ámbito profesional.

**Resultados:** El 86% de los/as expertos/as señaló el potencial impacto negativo de la cuarentena en la salud de los/as niños/as, especialmente en la de los/as más vulnerables, destacando los efectos adversos de la conflictividad en el hogar y la exposición al humo del tabaco en esta experiencia, que fueron puntuados en importancia con más de un 9 y un 8,5, respectivamente.

**Conclusiones:** Los resultados muestran cómo, según los/as profesionales de la infancia, el confinamiento puede tener un impacto en la salud de la población infantil que va más allá del efecto directo de la Covid-19.

**Palabras clave:** Covid-19, Cuarentena, Niño/a, Salud, Profesionales.

### ABSTRACT

#### Covid-19 and child health: confinement and its impact according to child professionals

**Background:** The Covid-19 pandemic led to the establishment of the state of alarm in Spanish and the initial lockdown of the entire population. The aim of this study is to analyse the assessment of professionals working with children on the impact of quarantine on the health and health inequalities of the child population, as well as the importance given to the intermediate factors that can modulate the impact of the experience of lockdown on children's health.

**Methods:** A cross-sectional study was made according to an online questionnaire to professionals in health and socio-educational fields working with children (n=214) with questions concerning the potential effects of lockdown and the dimensions that could modulate those effects. For the analysis, descriptive statistics were calculated together with Chi-square tests and comparison of means to analyse differences according to professional field.

**Results:** 86% of the experts pointed out the potential negative impact of quarantine on the health of children, especially that of the most vulnerable, highlighting the adverse effects of conflict at home and exposure to tobacco smoke in this experience, which were scored in importance with more than 9 and 8.5 respectively.

**Conclusions:** The results show how, according to child professionals, lockdown can have an impact on the health of the child population that goes beyond the direct effect of Covid-19.

**Key words:** Covid-19, Quarantine, Child, Health, Professionals.

## INTRODUCCIÓN

El establecimiento del estado de alarma en España por la crisis de la Covid-19 supuso, entre otras medidas, la limitación de la libertad de circulación, la suspensión de la actividad educativa presencial en todos los centros educativos y la reducción de una serie considerable de actividades económicas<sup>(1)</sup>.

Aunque la evidencia sobre los efectos para la salud de los periodos de cuarentena es limitada, algunas investigaciones efectuadas en el contexto de diferentes epidemias como el SARS, el ébola o el H1N1<sup>(2)</sup> han mostrado que el confinamiento puede producir sintomatología depresiva<sup>(3)</sup>, insomnio, irritabilidad y agotamiento emocional, entre otros problemas de salud mental entre la población afectada<sup>(4,5)</sup>. Además, el confinamiento puede tener efecto en las desigualdades en salud. Parece que el deterioro de la situación financiera en otros contextos de confinamiento constituyó un factor de riesgo para sufrir trastornos psicológicos y ansiedad<sup>(3,6)</sup>, de manera que es probable que las consecuencias de la degradación del mercado laboral estén siendo más acusadas para las familias más vulnerables. Asimismo, es esperable que el confinamiento afecte de forma más importante en la salud de ciertos colectivos sociales, con condiciones de vida y vivienda desfavorables, peores relaciones de convivencia y más expuestos a situaciones de conflictividad, entre otros.

En el caso de la población infantil, las medidas de confinamiento han sido más restrictivas en el territorio español, en comparación con el conjunto de países europeos, estableciéndose solo excepciones para menores con trastornos graves<sup>(7)</sup>. Aunque la población infantil no parece desarrollar síntomas clínicos de importancia en la infección por Covid-19,

su salud psicosocial y física puede verse afectada por las derivadas del confinamiento decretado<sup>(8)</sup>. Un estudio mostró que los niños y niñas que experimentaron una situación de confinamiento durante una crisis epidémica presentaron niveles de estrés post-traumático cuatro veces superiores a aquellos/as de familias no confinadas<sup>(9)</sup>.

Teniendo en cuenta la escasa evidencia disponible acerca de los potenciales efectos de la cuarentena en la salud infantil, y ante la importancia de contar con evidencia que contribuya a la toma de decisiones políticas, se planteó una investigación que analizara el impacto del confinamiento sobre la salud y las desigualdades en salud de los/as niños/as. Como fase previa, y con el propósito de diseñar una herramienta de medición de este impacto, se realizó una encuesta a profesionales del entorno socioeducativo y sanitario que trabajaban con población infantil para identificar y dimensionar los aspectos que podían modular dicho impacto. El amplio conocimiento sobre la infancia de estos/as profesionales, junto con que además gran parte de ellos/as habían tenido contacto directo con esta población durante el periodo de confinamiento, les convertía en un elemento clave para conocer los impactos en la salud durante esta situación de enorme incertidumbre, novedad y falta de evidencia. Además, considerar a profesionales tanto del ámbito socioeducativo como sanitario aportó una visión más multidisciplinar a los resultados, a la vez que servía para determinar si esta diferente perspectiva conllevaba una opinión distinta ante las consecuencias para la salud del fenómeno. Este trabajo muestra los resultados de esta primera fase, que tuvo como objetivo analizar la valoración de los/as profesionales/as en torno a las medidas de confinamiento y su impacto tanto en la salud como en las desigualdades en salud de la población infantil.

## SUJETOS Y MÉTODOS

**Diseño y población.** Se realizó un estudio transversal exploratorio basado en una encuesta. La población objeto de estudio la constituyeron profesionales del ámbito social, educativo y sanitario especializados/as en población infantil.

**Estrategia de muestreo y participantes.** Se realizó un muestreo no aleatorio, utilizando varias vías para el reclutamiento de los/as participantes. Por una parte, mediante la técnica de bola de nieve se pidió a 32 profesionales de diferente ámbito que contestaran al cuestionario y que, posteriormente, lo enviaran a otros/as compañeros/as de trabajo. Además, se contactó con entidades relacionadas (una del sector socioeducativo y una sociedad de pediatría) que difundieron el estudio entre sus empleados/as, compañeros/as o socios/as. Por último, se promocionó el estudio a través de Twitter, incluyendo el enlace para acceder al cuestionario, lo que posibilitó 47 visitas a la web del cuestionario.

En total se recogieron 310 encuestas, de las cuales se eliminaron 96 (39 por corresponder a profesionales que no cumplían el criterio de inclusión y 57 por no estar completas), resultando una muestra final de 214 individuos. De éstas, 94 fueron profesionales de la salud (fundamentalmente pediatría, psiquiatría y psicología), y 120 del área socioeducativa (fundamentalmente educación social y trabajo social).

**Herramienta de producción de datos.** Se diseñó un cuestionario de 6 preguntas y 24 ítems. La determinación de las dimensiones potencialmente modificadas por el confinamiento con impacto en la salud se basó en el modelo de determinantes sociales de la salud, así como en la revisión bibliográfica sobre confinamiento y salud. La vía de administración fue *online* a través de la aplicación *encuestafacil.com* durante el periodo del 27 marzo al 8 de abril de

2020, momento que coincidió con el final de la primera quincena de confinamiento y el inicio de la segunda. El cuestionario utilizado puede consultarse en la web del estudio<sup>(11)</sup>.

**Estrategia de análisis.** Se calcularon estadísticos descriptivos, y la significación de las diferencias entre profesionales (ámbito de la salud frente a socioeducativo) se estudió mediante Chi-cuadrado y el test exacto de Fisher para las variables cualitativas. Para las cuantitativas se calcularon los intervalos de confianza al 95% y los p-valores de la comparación de medias con el t-test. Todos los resultados fueron ponderados según ámbito profesional, dando igual peso a los dos grupos de profesionales. Los análisis se realizaron con el programa informático Stata. Un mayor detalle de la metodología del estudio, incluido el cuestionario utilizado, pueden consultarse en los documentos *Aspectos metodológicos (profesionales)*<sup>(10)</sup> y *Cuestionario a profesionales*<sup>(11)</sup>.

## RESULTADOS

La **tabla 1** expone resultados sobre la opinión general de los/as profesionales encuestados/as acerca del impacto del confinamiento. Algo más de la mitad estimó que se debería permitir una salida controlada de la vivienda para los/as niños/as, mientras que el 46,32% consideró que la situación de confinamiento sin excepciones para la población infantil era la correcta.

Por otro lado, más del 86% sostuvo que el confinamiento podía incidir negativamente sobre la salud de los/as niños/as. Además, cerca del 59% opinó que estos efectos podían prevalecer más allá del periodo de confinamiento.

Por último, el 20,64% y el 76,21% de los/as expertos/as señalaron que el impacto podía ser ligeramente superior y muy superior, respectivamente, entre los y las niñas de las

**Tabla 1**  
**Valoración de las medidas del confinamiento, el impacto del confinamiento en la salud y la importancia de las desigualdades socioeconómicas en la población infantil según tipo de profesional.**

Preguntas		Total (en %)	Salud (en %)	Socio-educativo (en %)	Chi-cuadrado (valor y p-valor)
¿Crees que se debería establecer alguna excepción específica para la población infantil?	No, la situación actual es la correcta	46,32	45,56	47,06	0,047/0,83
	Sí, se debería permitir que, bajo controles estrictos de los progenitores/tutores, permitieran la salida a la calle de población infantil	53,68	54,44	52,94	
¿Crees que la situación de confinamiento puede tener consecuencias para la salud y el bienestar de la población infantil de entre 3 y 12 años?	No	10,55	9,89	11,21	5,35/0,50
	Sí, pero solo a corto plazo, durante el periodo de confinamiento	28,04	24,18	31,90	
	Sí, a corto y medio plazo	35,53	41,76	29,31	
	Sí, a corto, medio y largo plazo	23,06	21,98	24,14	
	Otro	2,82	2,20	3,45	
¿Crees que ese impacto puede ser mayor en determinados grupos sociales (según su clase social, situación de vulnerabilidad, etc.)?	No creo que el impacto sea diferente entre grupos sociales	3,15	2,13	4,17	0,72/0,70
	Sí, el impacto puede ser ligeramente diferente entre grupos sociales	20,64	21,28	20,00	
	Sí, el impacto puede ser muy diferente entre grupos sociales	76,21	76,60	75,83	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

familias más desfavorecidas. No se encontraron diferencias significativas entre tipos de profesional en ninguna de las preguntas, ni teniendo en cuenta la prueba de chi-cuadrado ni el test de Fisher (datos no mostrados).

La **tabla 2** presenta el grado de impacto que los/as profesionales otorgaron a las diferentes dimensiones que podían verse alteradas

por el confinamiento y afectar a la salud de los/as niños/as. Las puntuaciones medias fueron superiores a 7 para todas las dimensiones, superando los 9 puntos en la dimensión relativa a la exposición a situaciones de violencia o riesgo para la integridad. Al dividirlo por ámbito profesional, comprobamos que seguían las mismas tendencias, y las diferencias por ámbito no eran significativas.

**Tabla 2**  
**Valoración del grado en el que diferentes dimensiones relacionadas con el confinamiento pueden impactar en la salud según tipo de profesional.**  
**(1: Ningún impacto en la salud; 10: impacto elevado en la salud)**

Variables	TOTAL		SALUD		SOCIOEDUCATIVO		T-TEST
	Media	DT <sup>(a)</sup>	Media	IC95% <sup>(b)</sup>	Media	IC95% <sup>(b)</sup>	p-value <sup>(c)</sup>
Dificultades económicas en el hogar	7,57	2,03	7,76	7,35-8,16	7,38	7,01-7,76	0,19
Pérdida de trabajo de, al menos, alguno/a de los/as progenitores/as o tutores/as	7,81	1,80	7,91	7,57-8,26	7,70	7,35-8,05	0,39
Ausencia o escasez de luz natural	8,13	1,93	8,20	7,82-8,59	8,05	7,69-8,41	0,57
Ausencia de una ventilación adecuada en el hogar	8,05	1,88	8,04	7,65-8,43	8,06	7,72-8,39	0,95
Ausencia de posibilidad de juego al aire libre	7,33	1,91	7,32	6,94-7,70	7,34	6,98-7,69	0,95
Exposición prolongada a humedades	8,11	1,85	7,89	7,51-8,27	8,32	7,99-8,65	0,10
Exposición a altos niveles de ruido dentro de la vivienda	7,67	1,88	7,61	7,21-8,00	7,74	7,41-8,08	0,60
Falta de disponibilidad de espacio físico suficiente para el juego	7,67	1,78	7,64	7,28-7,99	7,70	7,37-8,03	0,80
Limitación de medios logísticos (ordenador, wifi, espacio de trabajo) para seguir el curso académico	7,10	2,09	7,41	7,05-7,78	6,79	6,37-7,21	0,03 <sup>(*)</sup>
Limitación de capacidad de apoyo por parte de los miembros del hogar para seguir el curso académico	7,21	2,01	7,41	7,04-7,79	7,00	6,61-7,39	0,14
Falta de actividad física regular	8,17	1,57	8,07	7,79-8,36	8,27	7,96-8,58	0,38
Exposición prolongada a pantallas	8,33	1,67	8,35	8,03-8,67	8,32	7,99-8,64	0,88
Exposición al humo del tabaco	8,72	1,92	8,65	8,29-9,01	8,79	8,41-9,17	0,60
Mala higiene del sueño	8,39	1,73	8,32	7,99-8,65	8,46	8,13-8,79	0,56
Alimentación no saludable o equilibrada	8,40	1,83	8,30	7,93-8,66	8,51	8,17-8,85	0,41
Falta de contacto entre iguales (amigos/as)	7,54	1,78	7,59	7,23-7,94	7,50	7,17-7,83	0,73
Falta de contacto con otros familiares y personas significativas	7,63	1,78	7,63	7,29-7,97	7,63	7,29-7,98	0,99
Exposición a situaciones de violencia o que pongan en riesgo su integridad	9,27	1,64	9,41	9,12-9,71	9,13	8,80-9,45	0,21
Exposición a situaciones de estrés, temor o incertidumbre relacionadas con la pandemia	8,42	1,65	8,64	8,39-8,89	8,19	7,84-8,55	0,05 <sup>(*)</sup>

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la encuesta; (a) Desviación Típica; (b) Intervalo de Confianza al 95%; (c) Pr ( $|T| > |t|$ ); (\*) En estas dimensiones el test fue realizado para varianzas distintas.

## DISCUSIÓN

La gran mayoría de los/as profesionales estima que el confinamiento puede incidir negativamente en la salud y bienestar de la población infantil. Además, según los/as encuestados/as, el impacto puede verse agravado en el caso de los/as niños/as de familias menos privilegiadas. No se encuentran diferencias entre profesionales según su ámbito.

Los resultados coinciden con otros estudios que advierten del efecto del confinamiento para la salud y del incremento de las desigualdades en salud en la población infantil<sup>(12)</sup>. Asimismo, otras investigaciones destacan la importancia de dimensiones a las que los/as profesionales otorgan un impacto elevado, como la violencia<sup>(13)</sup>, las situaciones de incertidumbre, miedo o ansiedad<sup>(8)</sup>, el riesgo de que los/as menores padezcan problemas físicos derivados del aumento del sedentarismo, de pasar más tiempo delante de las pantallas, de dietas menos adecuadas y del deterioro de la calidad del sueño, situaciones que pueden intensificarse en periodos de cuarentena y provocar aumento de la obesidad y pérdida de capacidad cardiorrespiratoria<sup>(14,15)</sup>. El acuerdo entre los diferentes tipos de profesionales en cuanto al impacto sobre la salud y las desigualdades en salud, que además es coherente con la escasa evidencia internacional, otorga una mayor solidez a los resultados, de los que se desprenden importantes implicaciones políticas para la gestión de ésta y potenciales epidemias futuras.

Las principales limitaciones del estudio tienen que ver con la estrategia no aleatoria del muestreo, que pueden comprometer la representatividad muestral, además de la escasa experiencia previa de los/as expertos/as por la novedad de la situación. Además, se optó por una versión corta de cuestionario que facilitara una mayor respuesta, pero que no recogió

otras variables vinculadas a las características de los/as profesionales. A pesar de ello, los resultados obtenidos tienen importantes implicaciones para la gestión de la crisis por Covid-19 y otras epidemias similares. Frente a las decisiones adoptadas en otros países europeos -en la mayor parte de estos territorios, como Francia o incluso Italia, se ha permitido la salida controlada de los/as niños/as cerca del domicilio familiar<sup>(16,17)</sup>-, y a pesar de diferentes demandas de flexibilización<sup>(18)</sup>, el gobierno español no ha establecido medidas de excepción para el conjunto de la población infantil durante el primer mes de confinamiento, incluso sin existir evidencias claras sobre la mayor carga viral o riesgo de contagio entre los/as niños/as.

Estos resultados muestran la importancia de considerar los impactos en la salud de este confinamiento, más allá de los derivados directamente de la infección por Covid-19, especialmente en el caso de los/as niños/as de familias vulnerables. La información obtenida puede contribuir a la toma de decisiones políticas para la gestión actual y futura de la pandemia por Covid-19 y crisis sanitarias similares, así como al diseño de nuevas investigaciones sobre esta problemática. En este sentido, ante posibles confinamientos futuros, bien por rebrotes del actual Covid-19 o por otras crisis epidemiológicas, resulta necesario tener en cuenta el efecto potencial del confinamiento en la salud y en las desigualdades sociales en la salud de la población infantil.

## AGRADECIMIENTOS

Este estudio otorga un especial agradecimiento al conjunto de profesionales del ámbito social, educativo y sanitario especializados/as en población infantil que accedieron a completar la encuesta online. Los autores agradecen también a las personas revisoras sus comentarios, los cuales han mejorado el manuscrito.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Real Decreto 463/2020. (14 marzo 2020).
2. Brooks SK, Webster RK, Smith LE et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of evidence. *Lancet*. 2020;395:912-20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
3. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Stya R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis*. 2004;10(7):1206–12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3323345/>.
4. Lee S, Chan LY, Chau AM, Kwok KP, Kleinman A. The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens. *Soc Sci Med*. 2005;61(9):2038–46. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.04.010>.
5. Maunder R, Hunter J, Vincent L et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ*. 2003;168(10):1245–51.
6. Mihashi M, Otsubo Y, Yinjuan X, Nagatomi K, Hoshiko M, Ishitake T. Predictive factors of psychological disorder development during recovery following SARS outbreak. *Health Psychol*. 2009;28(1):91–100. <https://doi.org/10.1037/a0013674>.
7. BOE N° 76. Disposiciones Generales I. (20 marzo 2020).
8. Jiao WY, Wang LN, Liu J et al. Behavioral and emotional disorders in children during the Covid-19 epidemic. *J Pediatr*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>.
9. Sprang G, Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Med Public Health Prep*. 2013;7(1):105–10. [10.1017/dmp.2013.22](https://doi.org/10.1017/dmp.2013.22).
10. Grupo de Investigación OPIK [OPIK Research Group]. Aspectos metodológicos (profesionales) [Internet]. Leioa: University of Basque Country, Department of Sociology II; [updated 2020 May 8; cited 2020 May 10]. Disponible en: <https://www.ehu.es/es/web/opik/confinamiento-y-salud>.
11. Grupo de Investigación OPIK [OPIK Research Group]. Cuestionario a profesionales [Internet]. Leioa: University of Basque Country, Department of Sociology II; [updated 2020 May 8; cited 2020 May 10]. Disponible en: <https://www.ehu.es/es/web/opik/confinamiento-y-salud>.
12. Armitage R, Nellums LB. Considering inequalities in the school closure response to Covid-19. *Lancet Glob Health*. 2020. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30116-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30116-9/fulltext).
13. UNDP. UNDP Africa policy note: confronting the gender impact of Ebola virus disease in Guinea, Liberia, and Sierra Leone. 2015;2(1). [https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/RBA%20Policy%20Note%20Vol%202%20No%201%202015\\_Gender.pdf](https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/RBA%20Policy%20Note%20Vol%202%20No%201%202015_Gender.pdf).
14. Rundle AG, Park Y, Herbstman JB, Kinsey EW, Wang YC. COVID-19 Related School Closings and Risk of Weight Gain Among Children. *Obesity (Silver Spring)*. 2020. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/oby.22813>.
15. Grechyna D. Health threats associated with children lockdown in Spain during Covid-19. *SSNR*. 2020. <https://ssrn.com/abstract=3567670>.
16. Décret n° 2020-293. (23 mars 2020).
17. Circolari ministeriali e regole spostamenti N. 15350/117(2). (31 marzo 2020).
18. Consejo General de la Psicología en España. Comunicado del Consejo General de la Psicología de España en relación con las necesidades de la infancia y de la adolescencia en la situación de confinamiento por la pandemia [Internet]. Madrid: Colegio Oficial de la Psicología; 2020 Apr 3 [cited 2020 June 3]. Disponible en: <https://www.copmadrid.org/web/comunicacion/noticias/1499/comunicado-consejo-general-la-psicologia-espana-relacion-las-necesidades-la-infancia-y-la-adolescencia-la-situacion-confinamiento-la-pandemia>.



## COVID-19: FACTORES ASOCIADOS AL MALESTAR EMOCIONAL Y MORBILIDAD PSÍQUICA EN POBLACIÓN ESPAÑOLA

Alberto Parrado-González (1) y José C. León-Jariego (1)

(1) Departamento de Psicología Social, Evolutiva y de la Educación. Universidad de Huelva. Huelva. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

### RESUMEN

**Fundamentos:** La emergencia socio-sanitaria provocada por la COVID-19 puede tener un importante impacto psicológico en la población. Por este motivo, resulta necesario identificar los grupos sociales especialmente vulnerables al impacto de la pandemia y los factores de protección que pueden reducirlo, lo que constituyó el objetivo de este estudio.

**Métodos:** Mediante muestreo tipo bola de nieve, 1.596 personas residentes en España durante la cuarentena contestaron un cuestionario *online* que incluyó información sobre variables sociodemográficas, síntomas y contacto con la enfermedad, percepción del riesgo, conductas para prevenir el contagio y estrategias para afrontar la cuarentena. El impacto psicológico se evaluó mediante la Escala de Impacto de Evento-Revisada (IES-R), y el estado de salud mental con el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12). Mediante diferentes modelos de regresión lineal simple se analizó la relación de las variables del estudio con el impacto psicológico de la pandemia y la salud mental de los participantes.

**Resultados:** El 24,7% de los participantes presentó un impacto psicológico moderado o severo y el 48,8% mostró deterioro de la salud mental. Las mujeres, los estudiantes y la población con menor nivel de ingresos económicos, además de con menos espacio disponible por persona en la vivienda, presentaron mayor impacto psicológico y peor salud mental. Convivir con personas de riesgo y prever los efectos económicos negativos de la crisis socio-sanitaria elevaron el malestar emocional y la morbilidad psíquica. Aunque las medidas para prevenir el contagio no se relacionaron con el impacto psicológico, determinadas estrategias de afrontamiento sí ayudaron a reducirlo.

**Conclusiones:** Estos hallazgos perfilan la existencia de determinados grupos sociales especialmente sensibles al impacto de la pandemia, y sugieren líneas de acción que ayuden a reducir las secuelas psicosociales de la COVID-19.

**Palabras clave:** COVID-19, Pandemia, Impacto psicológico, Salud mental, Factores de riesgo, Estrategias de afrontamiento.

Correspondencia:  
José Carlos León-Jariego  
Departamento de Psicología Social, Evolutiva y de la Educación  
Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte  
Universidad de Huelva  
Avda. 3 de marzo, s/n  
21071 Huelva, España  
leon@uhu.es

### ABSTRACT

#### Covid-19: factors associated with emotional distress and psychological morbidity in spanish population

**Background:** The socio-health emergency caused by COVID-19 may have a significant psychological impact on the population. For this reason, it is necessary to identify especially vulnerable social groups and protective factors that may reduce this impact, which was the objective of this study.

**Methods:** Using snowball sampling approach, 1,596 people residing in Spain during the lockdown answered an online questionnaire that included information on sociodemographic variables, symptoms, and contact with the disease, risk perception, precautionary measures to prevent infection and coping strategies during lockdown. Psychological impact was assessed using the Impact of Event Scale-Revised (IES-R), and mental health status with the Goldberg's General Health Questionnaire (GHQ-12). Simple linear regression models were performed to analyze the associations between the study variables and the psychological impact of the pandemic and the mental health of the participants

**Results:** Of all respondents, 24.7% reported a moderate or severe psychological impact, and 48.8% showed mental health problems. Women, students and the population with a lower level of economic income, in addition to those having less available space per person in the household presented a more significant psychological impact and worse mental health. Living with someone from the high-risk vulnerable group, and anticipating the adverse economic effects of social-health crisis raised the emotional distress and psychological morbidity. Precautionary measures to prevent infection did not present a connection to the psychological impact of the pandemic; however, several coping strategies did help to reduce it.

**Conclusions:** These findings outline the existence of especially vulnerable social groups to the impact of the pandemic, and suggest lines of action that help reduce the psychosocial consequences of COVID-19.

**Key words:** COVID-19, Pandemic, Psychological impact, Mental health, Risk factors, Coping strategies.

Cita sugerida: Parrado-González A, León-Jariego JC. COVID-19: Factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 8 de junio e202006058

## INTRODUCCIÓN

La pandemia provocada por el coronavirus 2019 (COVID-19) afecta actualmente a más de 185 países en todo el mundo<sup>(1,2)</sup>. A fecha de 25 de abril de 2020, España es el segundo país con más personas contagiadas (219.764) y el tercero con más fallecimientos (22.524)<sup>(2)</sup>. Debido a su rápida propagación, se ha decretado el estado de alarma y establecido una cuarentena en todo el país. Estas circunstancias están causando un importante cambio en la vida cotidiana de las personas, no solo por el riesgo de contagio y sus efectos sobre la salud física, sino también por la presión psicológica asociada a ellos<sup>(3,4)</sup>.

Investigaciones realizadas durante anteriores brotes infecciosos han identificado diversas consecuencias psicológicas en la población<sup>(5)</sup>. Con independencia del tipo de enfermedad, las personas pueden experimentar miedo y ansiedad a enfermarse o morir, que pueden provocar depresión, ansiedad, síntomas somáticos y síntomas de estrés postraumático<sup>(6,7,8,9)</sup>. Además, las medidas de confinamiento impuestas por la cuarentena pueden acentuar dichos síntomas<sup>(10)</sup>.

Desde el inicio de la pandemia se han desarrollado numerosos estudios para identificar la epidemiología, la clínica de los pacientes contagiados<sup>(11,12,13)</sup> y las características estructurales del virus<sup>(14,15)</sup>. Sin embargo, se han realizado menos trabajos que analicen el impacto psicológico de la COVID-19, y la mayoría han sido desarrollados en profesionales sanitarios<sup>(16,17,18)</sup>.

En un reciente estudio desarrollado en China en población general, el 53,8% de los participantes presentaron síntomas moderados o severos de estrés psicológico asociados a la COVID-19<sup>(19)</sup>. Además, se han encontrado niveles más elevados de estrés postraumático y malestar emocional en mujeres<sup>(4)</sup> y estudiantes universitarios<sup>(10)</sup>.

Por otro lado, los comportamientos para prevenir el contagio y afrontar la enfermedad pueden modificar el impacto psicológico de la pandemia. En este sentido, estudios previos<sup>(19)</sup> sugieren que las medidas para prevenir la propagación de la COVID-19 se asocian con niveles más bajos de malestar emocional. Sin embargo, estudios desarrollados durante la epidemia del SARS en 2003 asociaron estas medidas a niveles más altos de ansiedad, depresión y desajuste emocional<sup>(20,21)</sup>. En relación a las estrategias de afrontamiento, en un estudio realizado durante el brote del SARS<sup>(22)</sup>, el uso de estrategias centradas en el problema (por ejemplo, planificación de las actividades diarias) redujo el impacto psicológico de la enfermedad frente a otras estrategias enfocadas al desahogo emocional.

Dado que el impacto psicosocial de la actual emergencia sociosanitaria no se distribuye homogéneamente entre la población, resulta necesario identificar las características socio-demográficas, cognitivas y conductuales que intensifican la vulnerabilidad psíquica ante la pandemia. En consecuencia, el presente estudio tuvo como objetivos medir el impacto psicológico de la pandemia de la COVID-19 en población española e identificar los factores de riesgo y de protección ante dicho impacto.

## SUJETOS Y MÉTODOS

Mediante muestreo no probabilístico tipo bola de nieve se difundió un cuestionario *online*. Inicialmente se invitó a participar a las personas de la red de contactos del equipo de investigación, solicitando a estos participantes que reenviaran la invitación a su propia red de contactos. Participaron 1.596 personas (66,6% de mujeres) residentes en 311 ciudades de 16 comunidades autónomas en España, con una edad media de 38,62 años (DT=14,93). El 88,72% de los participantes enviaron sus

respuestas en la semana del 26 de marzo al 1 de abril.

La primera página del cuestionario incluía información sobre el objetivo del estudio, el anonimato de las respuestas, la confidencialidad del proceso de tratamiento de los datos y la voluntariedad de la participación en la investigación. También se proporcionó un número de teléfono y una dirección electrónica para atender consultas. Antes de acceder al cuestionario, los participantes tuvieron que indicar ser mayores de edad (18 años) y dar su consentimiento a participar en el estudio *online*. El estudio (código interno 0857-N-20) está en proceso de evaluación por el Comité de Ética PEIBA (Portal de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía).

## Variables

**Impacto psicológico de la COVID-19.** Se utilizó la Escala de Impacto de Evento- Revisada<sup>(23,24)</sup> (IES-R) para evaluar el malestar subjetivo asociado a experiencias estresantes y/o traumáticas. Contiene 22 ítems que se contestan con una escala Likert desde 0 (*nada en absoluto*) hasta 4 (*extremadamente*). La puntuación total se dividió en 0-23 (ausencia de impacto psicológico), 24-32 (impacto psicológico leve), 33-36 (impacto psicológico moderado) y >37 (impacto psicológico grave)<sup>(25)</sup>.

La IES-R contiene tres subescalas relacionadas con los síntomas característicos del trastorno de estrés postraumático:

- Intrusión (7 ítems), referida a los pensamientos, imágenes y ensoñaciones recurrentes relacionadas con el evento estresante.
- Evitación (8 ítems), que es la respuesta de negación del estresor y sus consecuencias, y provoca inhibición conductual ante situaciones relacionadas con el evento.

- Hiperactivación (7 ítems), manifestada en síntomas de activación fisiológica, hipervigilancia, problemas para concentrarse e irritabilidad.

El estadístico alfa de Cronbach para el total de la escala IES-R fue de 0,896, y de 0,812, 0,788 y 0,769 para las subescalas de intrusión, evitación e hiperactivación, respectivamente.

**Estado de salud mental.** Se empleó el cuestionario de Salud General de Goldberg<sup>(26)</sup> (GHQ-12) que permite obtener una valoración de la salud psicológica en población general. El GHQ-12 está formado por 12 ítems con respuestas graduadas de 0 a 3 en los que se pregunta si la persona ha experimentado una serie de síntomas psiquiátricos o malestar emocional. Sin embargo, para este estudio se utilizó la puntuación GHQ, que asigna el valor 0 a las respuestas 0 y 1, y el valor 1 a las respuestas 2 y 3 de cada ítem. Este formato es más adecuado cuando se utiliza el GHQ-12 como instrumento unidimensional de cribado en salud mental<sup>(27)</sup>. La puntuación final del cuestionario oscila entre 0 y 12. Las personas que obtienen una puntuación  $\geq 3$  se consideran probables casos psiquiátricos. El alfa de Cronbach fue de 0,869.

**Datos sociodemográficos.** Se solicitó información acerca de las características sociodemográficas de los participantes (edad, sexo, nivel de formación, ingresos mensuales, tamaño de la vivienda, etc.).

**Síntomas físicos y contacto social con la enfermedad.** Se incluyeron varias preguntas para recoger información sobre la experiencia personal de la enfermedad, la experiencia con la enfermedad de familiares o personas cercanas, y la pertenencia a algún de grupo de riesgo del participante o familiares.

**Percepción del riesgo sanitario, satisfacción con las medidas adoptadas frente a la pandemia y valoración de las consecuencias económicas**

de la crisis socio-sanitaria. Las dos primeras variables se midieron respectivamente con una escala Likert de cinco puntos (1=*no, en absoluto/nada satisfecho* hasta 5=*muy peligroso/muy satisfecho*). Los efectos económicos de la pandemia se midieron con una escala Likert desde 1=*no tendrá efectos negativos* hasta 3=*los efectos serán muy negativos*.

**Conductas para prevenir el contagio de la enfermedad.** Se solicitó a los participantes que informaran de la frecuencia (1=*nunca* hasta 5=*siempre*) con la que llevaban a cabo cinco conductas para prevenir la COVID-19: no salir de casa excepto para hacer la compra o alguna otra actividad imprescindible, evitar distancias menores a 1 metro con otras personas cuando se sale, al toser o estornudar cubrirse la boca y la nariz con el codo flexionado, lavarse las manos durante aproximadamente 40 segundos, y evitar tocarse la cara con las manos.

**Estrategias para afrontar la cuarentena.** Se pidió a los participantes que indicaran la frecuencia (1=*nunca* hasta 5=*muy a menudo*) con la que habían utilizado alguna de las siguientes estrategias para sobrellevar las experiencias y sentimientos relacionados con la cuarentena: mantener una rutina regular en las actividades diarias, realizar ejercicio físico, leer libros o revistas, ver la televisión, utilizar internet, utilizar las redes sociales, decirse a uno mismo que las cosas saldrán bien, aprender todo lo posible sobre el virus, llorar, enfadarse, y rezar.

**Análisis Estadístico.** Mediante diferentes modelos de regresión lineal simple se estudió la influencia de las variables del estudio en el malestar emocional y los problemas de salud mental de los participantes. Posteriormente se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple para examinar la influencia de cada una de las tres dimensiones de la IES-R (intrusión, evitación e hiperactivación) en la morbilidad psíquica (GHQ-12). Los resultados se presentaron con

un nivel de significación estadística  $p < 0,05$ , con un enfoque bilateral. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 24.0.

## RESULTADOS

**Variables sociodemográficas e impacto psicológico.** El impacto psicológico de la pandemia (puntuación IES-R) alcanzó una puntuación media de 23,53 (SD=14,29). El 55,7% de los participantes presentaban un impacto psicológico mínimo ( $\leq 23$  puntos), el 19,6%, leve (24-32 puntos), y el 24,7% moderado o severo ( $\geq 33$  puntos). El nivel de malestar psicológico general (GHQ-12) presentó una puntuación media de 3,44 (SD=3,37), y un 48,8% de los participantes con síntomas asociados a deterioro de la salud mental ( $\geq 3$  puntos).

La **tabla 1** presenta los resultados de la regresión lineal simple de las variables sociodemográficas en las puntuaciones IES-R y GHQ-12. Ser mujer estuvo asociado a mayor malestar emocional ( $\beta_{(IES-R)} = 0,248$ ) y peor salud mental ( $\beta_{(GHQ-12)} = 0,174$ ). Las personas con edad entre 18-26 años también mostraron puntuaciones más altas en ambas medidas ( $\beta_{(IES-R)} = 0,169$ ;  $\beta_{(GHQ-12)} = 0,331$ ). Respecto a la situación laboral, los estudiantes ( $\beta_{(IES-R)} = 0,136$ ;  $\beta_{(GHQ-12)} = 0,238$ ), desempleados ( $\beta_{(IES-R)} = 0,087$ ;  $\beta_{(GHQ-12)} = 0,089$ ) y amas de casa ( $\beta_{(IES-R)} = 0,062$ ;  $\beta_{(GHQ-12)} = 0,055$ ) fueron los grupos más vulnerables al impacto psicológico de la pandemia y peor salud mental. Los trabajadores a tiempo parcial solo presentaron puntuaciones más altas en impacto psicológico ( $\beta_{(IES-R)} = 0,052$ ). Las personas con estudios primarios, secundarios y universitarios presentaron mayor malestar emocional ( $\beta_{(IES-R)} = 0,110$ ;  $\beta_{(IES-R)} = 0,059$ ;  $\beta_{(IES-R)} = 0,081$ ; respectivamente). Las personas con renta per cápita inferior a 800 euros informaron de más impacto emocional y síntomas psiquiátricos ( $\beta_{(IES-R)} = 0,108$ ;  $\beta_{(GHQ-12)} = 0,125$ ). Los participantes con menos metros cuadrados por persona en sus viviendas también presentaron peores

**Tabla 1**  
**Asociación de las características sociodemográficas de los participantes con el impacto psicológico de la COVID-19 y el deterioro de la salud mental durante la cuarentena.**

Variables		N (%)	IES-R (impacto de la pandemia)		GHQ-12 (salud mental)	
			R <sup>2</sup>	β (95% IC)	R <sup>2</sup>	β (95% IC)
<b>Sexo</b>	Mujer	1.063 (66,6)	0,061	0,248 <sup>(**)</sup> (0,201 – 0,296)	0,030	0,174 <sup>(**)</sup> (0,126 – 0,223)
	Hombre	533 (33,4)		Referencia		Referencia
<b>Edad</b>	18-26 años	485 (30,4)	0,014	0,169 <sup>(**)</sup> (0,089 – 0,250)	0,062	0,331 <sup>(**)</sup> (0,253 – 0,410)
	27-37 años	351 (22,2)		0,093 <sup>(*)</sup> (0,017 – 0,169)		0,209 <sup>(**)</sup> (0,135 – 0,284)
	38-48 años	295 (18,5)		0,096 <sup>(*)</sup> (0,022 – 0,168)		0,128 <sup>(**)</sup> (0,057 – 0,199)
	49-59 años	297 (18,6)		0,045 (-0,028 – 0,117)		0,059 (-0,012 – 0,130)
	Más de 60 años	168 (10,5)		Referencia		Referencia
<b>Situación laboral</b>	Estudiante	357 (23,3)	0,022	0,136 <sup>(**)</sup> (0,085 – 0,193)	0,058	0,238 <sup>(**)</sup> (0,191 – 0,296)
	Desempleado/a	194 (12,7)		0,087 <sup>(**)</sup> (0,035 – 0,137)		0,089 <sup>(**)</sup> (0,038 – 0,138)
	Jubilado/a	114 (7,5)		-0,012 (-0,062 – 0,038)		-0,037 (-0,086 – 0,012)
	Ama de casa	49 (3,2)		0,062 <sup>(*)</sup> (0,013 – 0,112)		0,055 <sup>(*)</sup> (0,006 – 0,103)
	Empleado/a a tiempo parcial	174 (11,4)		0,052 <sup>(*)</sup> (0,001 – 0,102)		0,042 (-0,009 – 0,091)
	Empleado/a a tiempo completo	642 (40,2)		Referencia		Referencia
<b>Estudios</b>	Sin estudios	6 (0,4)	0,016	0,045 (-0,004 – 0,092)	0,006	0,021 (-0,028 – 0,069)
	Educación Primaria	32 (2,1)		0,110 <sup>(**)</sup> (0,059 – 0,157)		0,027 (-0,023 – 0,076)
	Educación Secundaria	56 (3,7)		0,059 <sup>(*)</sup> (0,008 – 0,114)		0,042 (-0,010 – 0,097)
	Bachillerato/ Formación profesional	382 (25,0)		0,057 (-0,002 – 0,116)		-0,002 (-0,061 – 0,057)
	Estudios Universitarios (Grado/Licenciatura)	704 (46,0)		0,081 <sup>(**)</sup> (0,022 – 0,141)		0,067 <sup>(*)</sup> (0,007 – 0,127)
	Estudios Universitario de Postgrado (Máster/Doctorado)	350 (22,9)		Referencia		Referencia
<b>Renta per cápita</b>	Menos de 400 €	222 (13,3)	0,028	0,176 <sup>(**)</sup> (0,117 – 0,235)	0,035	0,192 <sup>(**)</sup> (0,133 – 0,251)
	Entre 400-799 €	564 (33,9)		0,108 <sup>(**)</sup> (0,042 – 0,173)		0,125 <sup>(**)</sup> (0,060 – 0,190)
	Entre 800-1.199 €	277 (16,6)		0,020 (-0,041 – 0,080)		0,021 (-0,040 – 0,080)
	Entre 1.200-1.599 €	205 (12,3)		0,029 (-0,029 – 0,088)		0,020 (-0,038 – 0,078)
	Entre 1.600-1.999 €	57 (3,4)		-0,008 (-0,060 – 0,044)		-0,014 (-0,066 – 0,038)
	Más de 2.000 €	154 (9,2)		Referencia		Referencia
<b>Dimensión de la vivienda</b>	Menos de 28 m <sup>2</sup> /pers.	561 (35,2)	0,006	0,178 <sup>(*)</sup> (0,040 – 0,317)	0,015	0,182 <sup>(**)</sup> (0,045 – 0,321)
	Entre 28-43 m <sup>2</sup> /pers.	659 (41,2)		0,130 (-0,012 – 0,272)		0,085 (-0,056 – 0,226)
	Entre 44-58 m <sup>2</sup> /pers.	219 (13,2)		0,087 (-0,019 – 0,194)		0,037 (-0,068 – 0,143)
	Entre 58-73 m <sup>2</sup> /pers.	62 (3,8)		0,042 (-0,030 – 0,117)		0,020 (-0,052 – 0,094)
	Entre 73-88 m <sup>2</sup> /pers.	45 (2,9)		0,059 (-0,007 – 0,125)		0,002 (-0,064 – 0,067)
	Más de 88 m <sup>2</sup> /pers.	50 (3,1)		Referencia		Referencia

(\*) p<0,05; (\*\*) p<0,001.

indicadores en ambas medidas ( $\beta_{(IES-R)}=0,178$ ;  $\beta_{(GHQ-12)}=0,182$ ).

**Síntomas físicos compatibles con la COVID-19, contacto con la enfermedad e impacto psicológico.** En la tabla 2 puede observarse que el 21,4% de los encuestados pertenecía a algún grupo de riesgo, el 5,6% manifestó haber padecido síntomas relacionados con la enfermedad, y el 0,2% había resultado positivo en COVID-19. El 36% convivía con alguna persona en situación de riesgo y el 1,7% con alguna persona aislada en el mismo domicilio con síntomas relacionados con la enfermedad. El 13% de los encuestados conocía a personas con resultado positivo en COVID-19.

Convivir con alguna persona de riesgo aumentó el impacto psicológico ( $\beta_{(IES-R)}=0,054$ ) y los problemas de salud mental ( $\beta_{(GHQ-12)}=0,056$ ). En sentido contrario, pertenecer a un grupo de riesgo se asoció a menos deterioro de la salud mental ( $\beta_{(GHQ-12)}=-0,101$ ).

**Percepción del riesgo de la COVID-19, consecuencias económicas de la pandemia, satisfacción con las medidas adoptadas e impacto psicológico.** El 75% consideró que la COVID-19 era bastante o muy peligrosa para la salud. Un porcentaje similar (77,8%) previó que los efectos económicos provocados por la pandemia serán muy negativos. En cuanto a las medidas adoptadas para controlar la pandemia, el 36,7% se mostró satisfecho o muy satisfecho, y el 26,2% poco o nada satisfecho (tabla 3).

Prever que los efectos económicos serán muy negativos incrementó los niveles de malestar emocional ( $\beta_{(IES-R)}=0,415$ ). Por el contrario, los participantes satisfechos o muy satisfechos con las medidas adoptadas informaron de menor malestar emocional ( $\beta_{(IES-R)}=-0,065$ ;  $\beta_{(IES-R)}=-0,134$ ; respectivamente) y menos problemas de salud mental ( $\beta_{(GHQ-12)}=-0,076$ ;  $\beta_{(GHQ-12)}=-0,110$ ; respectivamente).

**Medidas para prevenir el contagio de la enfermedad e impacto psicológico.** En la tabla 4 se puede observar que la medida de prevención más utilizada fue no salir de casa excepto para hacer la compra o alguna otra actividad imprescindible (85,9%), seguida de evitar distancias menores de 1 metro en las relaciones interpersonales (83,3%), cubrirse la boca y la nariz con el codo al toser o estornudar (63,5%), lavarse las manos (43,7%) y, por último, evitar tocarse la cara con las manos (16,9%). Ninguna de estas conductas mostró relación significativa con las puntuaciones de la IES-R y el GHQ-12.

**Estrategias de afrontamiento de la cuarentena e impacto psicológico.** Las estrategias más frecuentes fueron utilizar internet (65,9%) y las redes sociales (49,1%), mantener una rutina regular en las actividades diarias (31,0%), decirse a sí mismo que las cosas saldrían bien (26,4%), leer libros o revistas (22,4%), realizar ejercicio físico (21,6%), ver la televisión (17,2%), aprender todo lo posible sobre el virus (16,9%), rezar (4,4%), enfadarse (3,4%) y llorar (2,2%) (tabla 5). Con independencia de su frecuencia, enfadarse, llorar, rezar o decirse a uno mismo que las cosas saldrían bien se asociaron a un mayor impacto psicológico de la pandemia. Por el contrario, menores niveles de malestar emocional se asociaron a mantener una rutina en las actividades diarias ( $\beta_{(IES-R)}=-0,262$ ), realizar ejercicio físico muy a menudo ( $\beta_{(IES-R)}=-0,183$ ), y leer libros o revistas de manera frecuente ( $\beta_{(IES-R)}=-0,080$ ). Utilizar las redes sociales pocas ( $\beta_{(IES-R)}=-0,094$ ), o algunas veces ( $\beta_{(IES-R)}=-0,113$ ), y aprender poco sobre el virus ( $\beta_{(IES-R)}=-0,131$ ), se relacionaron con menor impacto psicológico.

Con independencia de su frecuencia, llorar y enfadarse se relacionaron con mayor morbilidad psíquica. Rezar a menudo ( $\beta_{(GHQ-12)}=0,077$ ) o decirse a uno mismo que las cosas saldrían bien pocas ( $\beta_{(GHQ-12)}=0,120$ ) o algunas veces ( $\beta_{(GHQ-12)}=0,166$ ) estuvieron asociadas a peor

**Tabla 2**  
**Asociación de los síntomas de la COVID-19 y el contacto social con la enfermedad con el impacto psicológico y la salud mental.**

Variables		N (%)	IES-R (impacto de la pandemia)		GHQ-12 (salud mental)	
			R <sup>2</sup>	β (95% IC)	R <sup>2</sup>	β (95% IC)
<b>Pertenece a algún grupo de riesgo</b>	Si	341 (21,4)	0,001	-0,036 (-0,086 – 0,013)	0,010	-0,101(**) (-0,150 – -0,052)
	No	1.255 (78,6)		Referencia		Referencia
<b>Síntomas personales de COVID-19</b>	Si	90 (5,6)	0,000	0,005 (-0,044 – 0,054)	0,000	0,018 (-0,031 – 0,067)
	No	1.506 (94,4)		Referencia		Referencia
<b>Positivo por COVID-19</b>	Si	3 (0,2)	0,000	0,002 (-0,047 – 0,051)	0,000	0,007 (-0,042 – 0,056)
	No	1.593 (99,8)		Referencia		Referencia
<b>Convive con alguna persona de algún grupo de riesgo</b>	Si	575 (36,0)	0,003	0,054(*) (0,005 – 0,103)	0,003	0,056(*) (0,006 – 0,105)
	No	1021 (64,0)		Referencia		Referencia
<b>Convive con alguien aislado por COVID-19</b>	Si	27 (1,7)	0,001	0,033 (-0,016 – 0,082)	0,001	0,026 (-0,023 – 0,075)
	No	1.569 (98,3)		Referencia		Referencia
<b>Tiene algún familiar o persona cercana diagnosticada</b>	Si	207 (13,0)	0,002	0,048 (-0,001 – 0,097)	0,002	0,043 (-0,006 – 0,092)
	No	1.389 (87,0)		Referencia		Referencia
<b>Situación de los familiares o personas cercanas diagnosticadas (N=207)</b>	Aislada en su domicilio	123 (59,4%)	0,008	-0,070 (-0,343 – 0,194)	0,001	0,039 (-0,224 – 0,306)
	Hospitalizada	67 (32,4)		0,023 (-0,244 – 0,293)		0,023 (-0,241 – 0,289)
	Ha fallecido	17 (8,2)		Referencia		Referencia

(\*) p<0,05; (\*\*) p<0,001.

**Tabla 3**

**Asociación de la percepción del riesgo de la enfermedad, la previsión de los efectos económicos de la pandemia y la satisfacción con las medidas adoptadas con el impacto psicológico y la salud mental.**

Variables		N (%)	IES-R (impacto de la pandemia)		GHQ-12 (salud mental)	
			R <sup>2</sup>	β (95% IC)	R <sup>2</sup>	β (95% IC)
<b>¿Cree usted que el COVID-19 es peligroso para la salud?</b>	Muy peligroso	578 (36,2)	0,031	0,093 (-0,325 – 0,509)	0,004	-0,022 (-0,444 – 0,401)
	Bastante peligroso	620 (38,8)		-0,015 (-0,439 – 0,410)		-0,054 (-0,485 – 0,377)
	Moderadamente peligroso	344 (21,6)		-0,106 (-0,468 – 0,254)		-0,085 (-0,452 – 0,280)
	Un poco peligroso	49 (3,1)		-0,056 (-,213 – 0,100)		-0,020 (-0,179 – 0,139)
	No, en absoluto	5 (0,3)		Referencia		Referencia
<b>¿Cómo cree que serán los efectos económicos provocados por el COVID-19?</b>	Muy negativos	1.242 (77,8)	0,009	0,415 <sup>(*)</sup> (0,052 – 0,782)	0,004	0,191 (-0,175 – 0,557)
	Negativos	349 (21,9)		0,332 (-0,032 – 0,698)		0,131 (-0,235 – 0,497)
	No afectará	5 (0,3)		Referencia		Referencia
<b>¿Está usted satisfecho con las medidas adoptadas para controlar la pandemia del COVID-19?</b>	Muy satisfecho	91 (5,7)	0,012	-0,065 <sup>(*)</sup> (-0,121 – -0,011)	0,016	-0,07 <sup>(**)</sup> (-0,131 – -0,021)
	Satisfecho	495 (31,0)		-0,134 <sup>(**)</sup> (-0,204 – -0,067)		-0,110 <sup>(**)</sup> (-0,179 – -0,042)
	A medias	592 (37,1)		-0,051 (-0,120 – 0,018)		-0,030 (-0,099 – 0,039)
	Un poco satisfecho	145 (9,1)		-0,020 (-0,078 – 0,037)		0,035 (-0,022 – 0,093)
	Nada satisfecho	273 (17,1)		Referencia		Referencia

(\*) p<0,05; (\*\*) p<0,001.

**Tabla 4**  
**Asociación de las medidas para prevenir el contagio de la COVID-19 con el impacto psicológico y la salud mental.**

Variables		N (%)	IES-R (impacto de la pandemia)		GHQ-12 (salud mental)	
			R <sup>2</sup>	β (95% IC)	R <sup>2</sup>	β (95% IC)
<b>No salir de casa excepto para hacer la compra o alguna otra actividad imprescindible</b>	Siempre	1.371 (85,9)	0,005	-0,095 (-0,203 – 0,010)	0,000	-0,035 (-0,143 – 0,071)
	Casi siempre	92 (5,8)		-0,032 (-0,119 – 0,053)		-0,020 (-0,107 – 0,066)
	Algunas veces	38 (2,4)		-0,055 (-0,131 – 0,012)		-0,023 (-0,096 – 0,047)
	Casi nunca	51 (3,2)		-0,007 (-0,077 – 0,063)		-0,020 (-0,090 – 0,051)
	Nunca	44 (2,8)	Referencia	Referencia		
<b>Evitar distancias menores a 1 metro con otras personas cuando salgo</b>	Siempre	1.330 (83,3)	0,006	0,040 (-0,158 – 0,238)	0,002	0,126 (-0,071 – 0,326)
	Casi siempre	209 (13,1)		-0,012 (-0,196 – 0,173)		0,125 (-0,058 – 0,311)
	Algunas veces	34 (2,1)		0,071 (-0,019 – 0,165)		0,044 (-0,047 – 0,138)
	Casi nunca	9 (0,6)		0,018 (-0,044 – 0,079)		0,048 (-0,015 – 0,109)
	Nunca	14 (0,9)	Referencia	Referencia		
<b>Al toser o estornudar cubrirse la boca y la nariz con el codo flexionado</b>	Siempre	1.014 (63,5)	0,006	0,096 (-0,104 – 0,296)	0,004	0,089 (-0,111 – 0,289)
	Casi siempre	412 (25,8)		0,044 (-0,141 – 0,230)		0,046 (-0,139 – 0,232)
	Algunas veces	118 (7,4)		0,026 (-0,091 – 0,143)		-0,002 (-0,119 – 0,115)
	Casi nunca	29 (1,8)		-0,042 (-0,118 – 0,032)		-0,009 (-0,085 – 0,066)
	Nunca	23 (1,4)	Referencia	Referencia		
<b>Lavarse las manos durante aproximadamente 40 segundos</b>	Siempre	697 (43,7)	0,000	0,041 (-0,116 – 0,198)	0,003	-0,003 (-0,160 – 0,153)
	Casi siempre	550 (34,5)		0,049 (-0,102 – 0,201)		0,048 (-0,103 – 0,199)
	Algunas veces	239 (15,0)		0,031 (-0,088 – 0,151)		0,033 (-0,087 – 0,153)
	Casi nunca	69 (4,3)		0,011 (-0,070 – 0,093)		0,020 (-0,061 – 0,102)
	Nunca	41 (2,6)	Referencia	Referencia		
<b>Evitar tocarse la cara con las manos</b>	Siempre	269 (16,9)	0,001	0,030 (-0,067 – 0,127)	0,002	-0,007 (-0,104 – 0,090)
	Casi siempre	627 (39,3)		0,008 (-0,111 – 0,127)		0,002 (-0,118 – 0,121)
	Algunas veces	428 (26,8)		0,015 (-0,097 – 0,127)		0,036 (-0,075 – 0,148)
	Casi nunca	200 (12,5)		0,008 (-0,083 – 0,100)		0,017 (-0,073 – 0,109)
	Nunca	72 (4,5)	Referencia	Referencia		

(\*) p<0,05; (\*\*) p<0,001.

**Tabla 5**  
**Asociación de las estrategias de afrontamiento durante la cuarentena con el impacto psicológico y la salud mental.**

Variables		N (%)	IES-R (impacto de la pandemia)		GHQ-12 (salud mental)	
			R <sup>2</sup>	β (95% IC)	R <sup>2</sup>	β (95% IC)
<b>Mantengo una rutina regular en mis actividades diarias</b>	Muy a menudo	494 (31,0)	0,019	-0,26 <sup>(**)</sup> (-0,412 – -0,115)	0,060	-0,473 <sup>(**)</sup> (-0,621 – -0,330)
	A menudo	678 (42,5)		-0,229 <sup>(**)</sup> (-0,387 – -0,073)		-0,405 <sup>(**)</sup> (-0,559 – -0,252)
	Algunas veces	266 (16,7)		-0,113 (-0,235 – 0,010)		-0,218 <sup>(**)</sup> (-0,337 – -0,097)
	Pocas veces	118 (7,4)		-0,045 (-0,139 – 0,049)		-0,070 (-0,162 – 0,022)
	Nunca	40 (2,5)		Referencia		Referencia
<b>Realizo ejercicio físico</b>	Muy a menudo	344 (21,6)	0,017	-0,183 <sup>(**)</sup> (-0,267 – -0,103)	0,012	-0,140 <sup>(**)</sup> (-0,224 – -0,059)
	A menudo	414 (25,9)		-0,154 <sup>(**)</sup> (-0,239 – -0,070)		-0,115 <sup>(**)</sup> (-0,200 – -0,030)
	Algunas veces	375 (23,5)		-0,118 <sup>(**)</sup> (-0,200 – -0,035)		-0,073 (-0,156 – 0,010)
	Pocas veces	327 (20,5)		-0,062 (-0,141 – 0,018)		-0,031 (-0,111 – 0,049)
	Nunca	136 (8,5)		Referencia		Referencia
<b>Leo libros o revistas</b>	Muy a menudo	358 (22,4)	0,010	-0,080 <sup>(*)</sup> (-0,161 – 0,000)	0,018	-0,123 <sup>(**)</sup> (-0,203 – -0,043)
	A menudo	402 (25,2)		-0,046 (-0,128 – 0,035)		-0,057 (-0,139 – 0,024)
	Algunas veces	421 (26,4)		0,013 (-0,070 – 0,096)		0,001 (-0,082 – 0,083)
	Pocas veces	268 (16,8)		0,026 (-0,049 – 0,102)		0,033 (-0,042 – 0,108)
	Nunca	147 (9,2)		Referencia		Referencia
<b>Veo la televisión</b>	Muy a menudo	274 (17,2)	0,006	0,026 (-0,073 – 0,125)	0,004	-0,047 (-0,146 – 0,052)
	A menudo	554 (34,7)		0,000 (-0,118 – 0,118)		-0,114 (-0,232 – 0,004)
	Algunas veces	410 (25,7)		-0,038 (-0,149 – 0,072)		-0,101 (-0,211 – 0,010)
	Pocas veces	288 (18,0)		-0,064 (-0,165 – 0,036)		-0,106 <sup>(*)</sup> (-0,206 – -0,005)
	Nunca	70 (4,4)		Referencia		Referencia
<b>Utilizo internet</b>	Muy a menudo	1.052 (65,9)	0,004	0,037 (-0,619 – 0,692)	0,013	0,444 (-0,210 – 1,095)
	A menudo	404 (25,3)		-0,028 (-0,627 – 0,572)		0,349 (-0,250 – 0,943)
	Algunas veces	102 (6,4)		-0,017 (-0,356 – 0,323)		0,135 (-0,204 – 0,472)
	Pocas veces	36 (2,3)		-0,005 (-0,221 – 0,211)		0,092 (-0,121 – 0,309)
	Nunca	2 (0,1)		Referencia		Referencia
<b>Utilizo las redes sociales</b>	Muy a menudo	783 (49,1)	0,041	0,089 (-0,048 – 0,226)	0,034	0,070 (-0,068 – 0,207)
	A menudo	410 (25,7)		-0,024 (-0,147 – 0,098)		-0,053 (-0,176 – 0,070)
	Algunas veces	228 (14,3)		-0,113 <sup>(*)</sup> (-0,217 – -0,011)		-0,109 <sup>(*)</sup> (-0,212 – -0,006)
	Pocas veces	122 (7,6)		-0,094 <sup>(*)</sup> (-0,179 – -0,010)		-0,088 <sup>(*)</sup> (-0,173 – -0,003)
	Nunca	53 (3,3)		Referencia		Referencia
<b>Me digo a mí mismo/a que las cosas saldrán bien</b>	Muy a menudo	421 (26,4)	0,025	0,173 <sup>(**)</sup> (0,061 – 0,285)	0,055	-0,089 (-0,199 – 0,021)
	A menudo	540 (33,8)		0,221 <sup>(**)</sup> (0,103 – 0,339)		0,015 (-0,101 – 0,131)
	Algunas veces	417 (26,1)		0,310 <sup>(**)</sup> (0,199 – 0,422)		0,166 <sup>(**)</sup> (0,057 – 0,276)
	Pocas veces	150 (9,4)		0,161 <sup>(**)</sup> (0,080 – 0,247)		0,120 <sup>(**)</sup> (0,039 – 0,203)
	Nunca	68 (4,3)		Referencia		Referencia

(\*) p<0,05; (\*\*) p<0,001.

**Tabla 5 (continuación)**  
**Asociación de las estrategias de afrontamiento durante la cuarentena con el impacto psicológico y la salud mental.**

Variables		N (%)	IES-R (impacto de la pandemia)		GHQ-12 (salud mental)	
			R <sup>2</sup>	β (95% IC)	R <sup>2</sup>	β (95% IC)
<b>Aprendo todo lo posible sobre el virus</b>	Muy a menudo	270 (16,9)	0,011	-0,004 (-0,110 – 0,102)	0,009	-0,144 <sup>(**)</sup> (-0,250 – -0,038)
	A menudo	516 (32,3)		-0,069 (-0,194 – 0,057)		-0,214 <sup>(**)</sup> (-0,340 – -0,088)
	Algunas veces	491 (30,8)		-0,068 (-0,193 – 0,056)		-0,184 <sup>(**)</sup> (-0,310 – -0,060)
	Pocas veces	260 (16,3)		-0,131 <sup>(*)</sup> (-0,234 – -0,027)		-0,187 <sup>(**)</sup> (-0,290 – -0,082)
	Nunca	59 (3,7)		Referencia		Referencia
<b>Lloro</b>	Muy a menudo	32 (2,0)	0,266	0,322 <sup>(**)</sup> (0,287 – 0,374)	0,252	0,290 <sup>(**)</sup> (0,254 – 0,342)
	A menudo	87 (5,5)		0,311 <sup>(**)</sup> (0,270 – 0,357)		0,355 <sup>(**)</sup> (0,314 – 0,402)
	Algunas veces	274 (17,2)		0,372 <sup>(**)</sup> (0,327 – 0,416)		0,332 <sup>(**)</sup> (0,288 – 0,377)
	Pocas veces	374 (23,4)		0,184 <sup>(**)</sup> (0,140 – 0,229)		0,177 <sup>(**)</sup> (0,132 – 0,222)
	Nunca	829 (51,9)		Referencia		Referencia
<b>Me enfado</b>	Muy a menudo	55 (3,4)	0,184	0,325 <sup>(**)</sup> (0,281 – 0,378)	0,193	0,329 <sup>(**)</sup> (0,286 – 0,383)
	A menudo	167 (10,5)		0,394 <sup>(**)</sup> (0,340 – 0,448)		0,394 <sup>(**)</sup> (0,340 – 0,447)
	Algunas veces	508 (31,8)		0,353 <sup>(**)</sup> (0,291 – 0,417)		0,324 <sup>(**)</sup> (0,262 – 0,387)
	Pocas veces	602 (37,7)		0,180 <sup>(**)</sup> (0,116 – 0,243)		0,140 <sup>(**)</sup> (0,077 – 0,203)
	Nunca	264 (16,5)		Referencia		Referencia
<b>Rezo</b>	Muy a menudo	70 (4,4)	0,022	0,056 <sup>(*)</sup> (0,007 – 0,105)	0,007	-0,012 (-0,062 – 0,037)
	A menudo	94 (5,9)		0,110 <sup>(**)</sup> (0,060 – 0,158)		0,077 <sup>(**)</sup> (0,027 – 0,125)
	Algunas veces	158 (9,9)		0,088 <sup>(**)</sup> (0,038 – 0,137)		0,023 (-0,027 – 0,073)
	Pocas veces	179 (11,2)		0,077 <sup>(**)</sup> (0,027 – 0,125)		0,030 (-0,020 – 0,079)
	Nunca	1.095 (68,6)		Referencia		Referencia

(\*) p<0,05; (\*\*) p<0,001.

**Tabla 6**  
**Modelo de regresión lineal múltiple para la salud mental (GHQ-12) considerando las reacciones de intrusión, evitación e hiperactivación como efectos del impacto psicológico de la COVID-19.**

Dimensiones de la IES-R	M (DT)	GHQ-12 (salud mental)	
		β (95% IC)	R <sup>2</sup>
<b>Intrusión</b>	8,37 (5,79)	0,122 <sup>(**)</sup> (0,060 – 0,186)	0,520
<b>Evitación</b>	9,92 (5,91)	0,026 (-0,018 – 0,069)	
<b>Hiperactivación</b>	5,21 (4,50)	0,602 <sup>(**)</sup> (0,544 – 0,663)	

(\*) p<0,05; (\*\*) p<0,001.

salud mental. Por el contrario, niveles más bajos de deterioro mental se encontraron en personas que con frecuencia mantenían una rutina regular en sus actividades diarias ( $\beta_{(GHQ-12)} = -0,473$ ), realizaban ejercicio físico ( $\beta_{(GHQ-12)} = -0,140$ ), leían libros o revistas ( $\beta_{(GHQ-12)} = -0,123$ ). Ver poco la televisión ( $\beta_{(GHQ-12)} = -0,106$ ), utilizar las redes sociales pocas ( $\beta_{(GHQ-12)} = -0,088$ ) o algunas veces ( $\beta_{(GHQ-12)} = -0,109$ ), y aprender todo lo posible sobre el virus se relacionaron con mejor salud mental.

**Impacto psicológico de la COVID-19 en la salud mental.** Aunque la hiperactivación fue la reacción menos frecuente, mostró la relación más fuerte con la morbilidad psíquica ( $\beta = 0,602$ ;  $p=0,000$ ), seguida de la intrusión ( $\beta=0,122$ ;  $p=0,000$ ) (tabla 6). En cambio, la evitación no estuvo significativamente asociada al malestar psicológico ( $p=0,251$ ). El modelo logró explicar el 52% de la varianza de la salud mental de los participantes.

## DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue evaluar el impacto psicológico y el deterioro de la salud mental asociados a la pandemia de la COVID-19 en una muestra de personas residentes en España durante la cuarentena.

El 24,7% de los participantes presentan un impacto psicológico moderado o severo, porcentaje inferior al 53,8% encontrado en China durante la pandemia de la COVID-19<sup>(19)</sup>. Por el contrario, el porcentaje de personas que experimentan malestar psicológico (48,8%) resulta más elevado que en estudios con personal sanitario en China<sup>(28)</sup> y pacientes con inmunodeficiencia primaria en Italia<sup>(29)</sup>. Asimismo, el deterioro de la salud mental también es superior al reportado en un estudio sobre morbilidad psicológica en España en el año 2017<sup>(30)</sup>. Aunque el aumento de la morbilidad psíquica es frecuente durante el brote

de nuevas enfermedades, es probable que los sentimientos de pérdida de control y sensación de estar atrapado, propios del confinamiento, intensifiquen sustancialmente estos síntomas<sup>(31)</sup>.

En línea con recientes estudios<sup>(4,19)</sup>, las mujeres manifiestan un mayor impacto psicológico y deterioro de la salud mental. Estas diferencias de género se encuentran tanto en estudios realizados con población general no expuesta a eventos estresantes<sup>(24)</sup> como en personas que habían sufrido experiencias traumáticas<sup>(32)</sup>. La discusión detallada de por qué las mujeres presentan puntuaciones superiores en malestar subjetivo ante eventos estresantes supera las posibilidades del presente estudio. No obstante, coincidimos con Bagueña et al<sup>(24)</sup> en que tales diferencias deben buscarse más allá de rasgos psicobiológicos (por ejemplo, el neuroticismo). Una alternativa sería explicarlas por la mayor exposición de las mujeres a sucesos estresantes/traumáticos o en base a que las mujeres verbalizan su malestar subjetivo en mayor medida que los hombres<sup>(33)</sup>.

Por otro lado, los jóvenes y los estudiantes resultan más sensibles a las secuelas psicológicas de la pandemia. Las dificultades para el normal desarrollo del curso académico debido al cierre de escuelas y universidades, y las medidas estrictas de aislamiento social, parecen ejercer mayor efecto en las personas jóvenes, cuya principal ocupación son los estudios<sup>(10)</sup>. Además, los resultados encontrados sugieren que la edad funciona como un factor de protección, de modo que a mayor edad la crisis socio-sanitaria provocada por la pandemia parece tener menor impacto psicológico en las personas.

Otros resultados indican que la población con menos ingresos y espacio disponible por persona en la vivienda resultan más vulnerables al impacto psicológico de la COVID-19. Contrariamente a lo esperado, los sujetos que pertenecen a algún grupo de riesgo presentan mejor salud mental

que otros participantes no considerados personas de riesgo. Esta aparente contradicción puede ser consecuencia de que, al mismo tiempo, la edad aumenta la probabilidad de formar parte de un grupo de riesgo y, tal como se ha indicado antes, actúa como protección frente al impacto psicológico de la pandemia.

Sin embargo, convivir con alguna persona en situación de riesgo sí está relacionado con mayores puntuaciones en la IES-R y el GHQ-12. Asimismo, otros estresores relacionados con la COVID-19, como los efectos económicos negativos de la pandemia, aumentan los síntomas de impacto psicológico y los problemas de salud mental. En este sentido, se comenta que, además de la crisis sanitaria, la pandemia también tendrá un impacto negativo en la economía, lo que puede terminar afectando la salud mental de la población<sup>(34)</sup>.

Mientras que las medidas adoptadas para prevenir el contagio parecen no tener relación con el impacto psicológico recibido, existen diversas estrategias de afrontamiento que pueden ayudar a reducirlo. Así, mantener una rutina diaria, realizar ejercicio físico y leer de manera regular ayudan a disminuir el impacto psicológico y los problemas de salud mental.

Por otro lado, una menor exposición a la información sobre el virus y su contagio, y un bajo uso de las redes sociales, ayudan a reducir el impacto psicológico. Aunque es importante estar informado, la sobreexposición a la información sobre la pandemia puede aumentar la ansiedad. Además, la información proporcionada por algunos medios, y especialmente a través de las redes sociales, puede contener información errónea o falsa<sup>(35)</sup>.

Las personas más impactadas por la actual crisis sociosanitaria presentan peor salud

mental. De las tres reacciones psicológicas, la hiperactivación (irritabilidad, hipervigilancia o dificultad para concentrarse) es la que está asociada a más síntomas psiquiátricos. Aunque con menor intensidad, la intrusión de pensamientos y sentimientos relacionados con el evento estresor (la pandemia) también provoca malestar psicológico general. Sin embargo, los mecanismos de evitación o negación de la pandemia y sus consecuencias no tienen efectos significativos en la salud mental de los participantes (tabla 6). Estos resultados coinciden con lo encontrado en otros trabajos que también han reportado un efecto diferente de cada una de estas tres reacciones traumáticas en el malestar psicológico. La evitación, la reacción más frecuente en el presente estudio, suele tener menor relación con los síntomas psiquiátricos, mientras que la hiperactivación es la que parece producir mayor deterioro mental<sup>(36,37,38)</sup>.

La principal limitación de este estudio es el tipo de muestreo (bola de nieve) utilizado, que dificulta la generalización de los resultados. No obstante, conviene destacar que participaron personas que residen en 311 localidades diferentes. El valor de los estudios realizados en las primeras semanas del estado de alarma provocado por la COVID-19 es la posible utilidad sociosanitaria de sus hallazgos. Deseamos que lo encontrado en esta investigación pueda ayudar a los responsables de salud pública y a los profesionales de atención primaria a identificar los grupos sociales más vulnerables al impacto psicológico provocado por la COVID-19, localizar los factores contextuales y personales que aumentan dicho impacto, desarrollar intervenciones para reducirlos y, finalmente, planificar estrategias que faciliten a la población afrontar las situaciones de confinamiento y de distancia física interpersonal que continuarán finalizada la cuarentena.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infect Dis*. 2020. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30120-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30120-1).
2. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation Report–94 [Internet]. 2020 [consultado el 25/042020] Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>.
3. Lima CKT, de Medeiros PM, Lima IDAS, de Oliveira JVA, Saraiva JS, de Souza RI et al. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Res*. 2020;287. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915>.
4. Liu N, Zhang F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L et al. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 Outbreak in China Hardest-hit Areas: Gender differences matter. *Psychiatry Res*. 2020;287. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>.
5. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395:912-20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
6. Hall RC, Hall RC, Chapman MJ. The 1995 Kikwit Ebola outbreak: lessons hospitals and physicians can apply to future viral epidemics. *Gen Hosp psychiatry*. 2008;30:446-52. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2008.05.003>.
7. Müller N. Infectious diseases and mental health. En: Sartorius N, Holt R, Maj M, editores. *Key Issues in Mental Health*. Basel: S. Karger; 2014. p. 99–113.
8. Singh J, Singh J. COVID-19 and its impact on society. *Electronic Research Journal of Social Sciences & Humanities*. 2020;2:102-5.
9. Tucci V, Moukaddam N, Meadows J, Shah S, Galwankar SC, Kapur GB. The forgotten plague: Psychiatric manifestations of Ebola, Zika, and emerging infectious diseases. *J Glob Infect Dis*. 2017;9:151-6 [https://doi.org/10.4103/jgid.jgid\\_66\\_17](https://doi.org/10.4103/jgid.jgid_66_17).
10. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res*. 2020;287. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>.
11. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong G, Han Y et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: A descriptive study. *Lancet*. 2020;395:507–13. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7).
12. González-Jaramillo V, González-Jaramillo N, Gómez-Restrepo C, Palacio-Acosta CA, Gómez-López A, Franco OH. Impact of the COVID-19 pandemic on the Colombian population according to mitigation measures. Preliminary data from epidemiological models for the period March 18 to April 18, 2020. *Rev Salud Publica*. 2020;22. <http://doi.org/10.15446/rsap.v22.85789>.
13. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395:497–506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).
14. Cruz MP, Santos E, Cervantes MV, Juarez ML. COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. *Rev Clin Esp*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.03.001>.
15. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: Implications for virus origins and receptor binding. *Lancet*. 2020;395:565-74. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30251-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30251-8).
16. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>.
17. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N et al. Factors associated with mental health outcomes among health care

- workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.
18. Zhu Z, Xu S, Wang H, Liu Z, Wu J, Li G et al. COVID-19 in Wuhan: Immediate Psychological Impact on 5062 Health Workers. *MedRxiv*. 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.02.20.20025338>.
19. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
20. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorki S, Galea S, Styrá R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis*. 2004 10:1206-12. <https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>.
21. Leung GM, Lam TH, Ho LM, Ho SY, Chan BHY, Wong IOL et al. The impact of community psychological responses on outbreak control for severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:857–63. <http://doi.org/10.1136/jech.57.11.857>.
22. Phua DH, Tang HK, Tham KY. Coping responses of emergency physicians and nurses to the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak. *Acad Emerg Med*. 2005;12:322-8. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.11.015>.
23. Weiss DS, Marmar Ch. The impact of Event Scale-Revised. En Wilson JP, Keane TM, editores. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: The Guilford Press; 1997. p. 399-411.
24. Bagueña MJ, Villarroya E, Beleña A, Díaz A, Roldán C, Reig R. Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala Revisada de Impacto del Estresor (EIE-R). *Anal Modif Conduct*. 2001;27:581-604.
25. Creamer M, Bell R, Failla S. Psychometric properties of the Impact of Event Scale Revised. *Behav. Res. Ther*. 2003;41:1489-96.
26. Goldberg D, Williams P. *A user's guide to the GHQ*. Windsor, England: NFER-Nelson; 1988. 129 p.
27. Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *Int J Clin Health Psychol*. 2011;11:125-39.
28. Dai Y, Hu G, Xiong H, Qiu H, Yuan X. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. *medRxiv*. 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.03.03.20030874>.
29. Pulvirenti F, Cinetto F, Milito C, Bonnani L, Pesce AM, Leodori G et al. Health-Related-Quality of Life in Common Variable Immunodeficiency Italian patients switched to remote assistance during the COVID-19 pandemic. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.04.003>.
30. Montiel JH, Ruiz-Pérez I, Sordo L. Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas. *Gac Sanit*. 2020;34:114-9. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.03.002>.
31. Rubin GJ., Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ*. 2020;368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m313>.
32. Asukai N, Kato H, Kawamura N, Kim Y, Yamamoto K, Kishimoto J et al. Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (Ies-RJ): four studies of different traumatic events. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190:175-82.
33. Kring AM, Gordon AH. Sex differences in emotion: expression, experience, and physiology. *J Pers Soc Psychol*. 1998;74:686-703. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.3.686>.
34. Khoo EJ, Lantos JD. Lessons learned from the COVID-19 pandemic. *Acta Paediatr*. 2020. <https://doi.org/10.1111/apa.15307>.

35. Pulido C, Villarejo B, Redondo-Sama G, Guo M, Ramis M, Flecha R. False news around COVID-19 circulated less on Sina Weibo than on Twitter. How to overcome false information?. *Int Multidiscip J Soc Sci.* 2020. <http://doi.org/10.17583/rimcis.2020.5386>.
36. Malinauskienė V, Bernotaitė L. The Impact of Event Scale-Revised: psychometric properties of the Lithuanian version in a sample of employees exposed to workplace bullying. *Acta Med Litu.* 2016;23:185-92 <https://doi.org/10.6001/actamedica.v23i3.3384>.
37. Sim K, Chan YH, Chong PN, Chua HC, Soon SW. Psychosocial and coping responses within the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease. *J Psychosom Res.* 2010;68:195-202. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.04.004>.
38. Verma S, Mythily S, Chan YH, Deslypere JP, Teo EK, Chong SA. Post-SARS psychological morbidity and stigma among general practitioners and traditional Chinese medicine practitioners in Singapore. *Ann Acad Med Singapore.* 2004;33:743-7.

## ORIGINAL BREVE

Recibido: 26 de abril de 2020

Aceptado: 2 de junio de 2020

Publicado: 9 de junio de 2020

## SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS DURANTE LA CUARENTENA POR COVID-19 EN POBLACIÓN GENERAL ESPAÑOLA: UN ANÁLISIS PRELIMINAR EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y AMBIENTALES-OCUPACIONALES

Juan Antonio Becerra-García (1), Gala Giménez Ballesta (1), Teresa Sánchez-Gutiérrez (1), Sara Barbeito Resa (1) y Ana Calvo Calvo (1)

(1) Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Internacional de La Rioja (UNIR). Logroño. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

### RESUMEN

**Fundamentos:** La enfermedad pandémica por coronavirus (COVID-19) ha hecho necesaria la adopción de medidas de cuarentena en diferentes países. Estas medidas podrían tener un impacto sobre la salud mental de la población general en confinamiento. El objetivo del trabajo fue analizar las diferencias en la sintomatología psicopatológica mostrada por la población general española durante la cuarentena por COVID-19 en función de variables sociodemográficas, ambientales y ocupacionales.

**Métodos:** Se realizó un estudio trasversal en una muestra de 151 participantes, con edades comprendidas entre los 18 y los 76 años, en el que se utilizó de forma online la versión española del *Symptom Assessment-45 Questionnaire* para medir el nivel de síntomas psicopatológicos. Se recogieron también variables sociodemográficas, ambientales y de ocupación (mediante una encuesta ad hoc). La información fue recogida del 3 al 6 abril de 2020. Se realizó un análisis descriptivo y comparativo utilizando contrastes paramétricos (prueba t y ANOVA).

**Resultados:** Los participantes más jóvenes (18-35 años) mostraron niveles más altos de hostilidad ( $t=2,24$ ;  $p=0,02$ ), depresión ( $t=2,56$ ;  $p=0,01$ ), ansiedad ( $t=2,78$ ;  $p=0,006$ ) y sensibilidad interpersonal ( $t=2,08$ ;  $p=0,04$ ) que los participantes mayores (36-76 años). Las personas activas o empleadas presentaron valores más bajos de síntomas depresivos ( $t=2,10$ ;  $p=0,04$ ) que las personas desempleadas. Los participantes que dedicaron menos de 30 minutos a informarse sobre el COVID-19 mostraron puntuaciones más altas en hostilidad ( $t=2,36$ ;  $p=0,02$ ) y sensibilidad interpersonal ( $t=1,98$ ;  $p=0,04$ ) que los participantes que indicaron dedicar al menos 30 minutos. Las personas que practicaban deporte diariamente informaron de un menor nivel de síntomas de somatización ( $t=-2,11$ ;  $p=0,03$ ) que las personas que no practicaban deporte. Aquellos que tenían familiares, conocidos, etc. con COVID-19 informaron de niveles más altos de ansiedad ( $t=2,09$ ;  $p=0,04$ ) que aquellos que no tenían a personas cercanas infectadas. Por último, los participantes que vivían solos mostraron un mayor nivel de psicoticismo ( $F=3,93$ ;  $p=0,02$ ) en comparación con aquellos que vivían con más de dos personas.

**Conclusiones:** Los resultados de este estudio muestran que durante la cuarentena se pueden identificar grupos con mayor vulnerabilidad psicológica en función de factores sociodemográficos y ocupacionales-contextuales.

**Palabras clave:** COVID-19, Coronavirus, Cuarentena, Psicopatología, Psicología, Población, Salud pública.

Correspondencia:

Juan Antonio Becerra-García  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Internacional de La Rioja (UNIR)  
Avenida de la Paz, 137  
26006 Logroño, La Rioja, España  
juanantonio.becerra@unir.net

### ABSTRACT

#### Psychopathological symptoms during Covid-19 quarantine in spanish general population: a preliminary analysis based on sociodemographic and occupational-contextual factors

**Background:** Coronavirus (COVID-19) pandemic disease forced different countries to adopt quarantine measures. These actions could have an impact on mental health in the general population. The objective of this study was to analyze the differences in psychopathological symptoms shown by Spanish general population during the COVID-19 quarantine based on sociodemographic, occupational and environmental-contextual variables.

**Methods:** A cross-sectional pilot study was performed in a sample of 151 participants aged between 18-76 years old. The Symptom Assessment-45 Questionnaire via online was used to measure the severity of psychopathology symptoms. Socio-demographic, environmental and occupational variables were collected with an ad hoc questionnaire. The data were gathered from the 3rd to the 6th of April, 2020. A descriptive and comparative analysis was carried out using parametric contrasts (t test and ANOVA).

**Results:** The younger participants (18-35 years) showed higher levels of hostility ( $t=2,24$ ;  $p=0,02$ ), depression ( $t=2,56$ ;  $p=0,01$ ), anxiety ( $t=2,78$ ;  $p=0,006$ ) and interpersonal sensitivity ( $t=2,08$ ;  $p=0,04$ ) than older participants (36-76 years). The active or employed people presented lower values of depressive symptoms ( $t=2,10$ ;  $p=0,04$ ) than unemployed people. The participants who dedicate less than 30 minutes on getting informed about COVID-19 showed higher scores for hostility ( $t=2,36$ ;  $p=0,02$ ) and interpersonal sensitivity ( $t=1,98$ ;  $p=0,04$ ) than participants who indicated dedicating at least 30 minutes. People who played sport daily reported a lower level of somatization symptoms ( $t=-2,11$ ;  $p=0,03$ ) than persons that did not play sport. Those who had relatives, acquaintances, etc. with COVID-19 reported higher levels of anxiety ( $t=2,09$ ;  $p=0,04$ ) than those who did not have close people infected. Lastly, participants who lived alone showed a higher level of psychoticism ( $F=3,93$ ;  $p=0,02$ ) compared to those who lived with more than two people.

**Conclusions:** The findings of this study show that during quarantine can be identified groups with higher psychological vulnerability based on sociodemographic and occupational-contextual factors.

**Keywords:** COVID-19, Coronavirus, Quarantine, Psychopathology, Psychology, Population, Public health.

Cita sugerida: Becerra-García JA, Giménez Ballesta G, Sánchez-Gutiérrez T, Barbeito Resa S, Calvo Calvo A. Síntomas psicopatológicos durante la cuarentena por Covid-19 en población general española: un análisis preliminar en función de variables sociodemográficas y ambientales-ocupacionales. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 9 de junio e202006059

## INTRODUCCIÓN

La emergencia de salud pública internacional generada por el brote de la nueva enfermedad causada por el coronavirus SARS-CoV-2 (denominada COVID-19 o *coronavirus disease-2019*)<sup>(1)</sup> ha hecho necesaria la adopción de medidas sanitarias de cuarentena por parte de diferentes países (consistentes en la separación y restricción de movimientos de la población para disminuir la propagación de la patología)<sup>(2)</sup> y de aislamiento de las personas infectadas para reducir el riesgo de contagio<sup>(2,3)</sup>.

Estas medidas sanitarias tienen una potencial capacidad para desencadenar sintomatología psicopatológica. En este sentido, las personas en situación de aislamiento (por ejemplo, por estar afectados por enfermedades infecciosas, oncológicas, etc.) muestran niveles elevados de síntomas ansioso-depresivos, manifestaciones psicóticas, alteraciones cognitivas o trastornos del sueño<sup>(4,5)</sup>. En el caso de la cuarentena, aunque es una medida de utilidad para contener la enfermedad por SARS-CoV-2<sup>(3,6)</sup>, la literatura nos indica que es una experiencia desagradable para quienes han de cumplirla, y que puede tener, en algunas personas, un impacto negativo a nivel psíquico<sup>(2,7,8)</sup>. Trabajos previos realizados en personas sometidas a cuarentena en epidemias como la del Síndrome Respiratorio de Oriente Próximo (MERS) o el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) describen en éstas una mayor prevalencia de sintomatología afectiva (como irritabilidad o bajo estado de ánimo) y ansiosa, así como malestar psicológico, sintomatología de estrés postraumático o insomnio<sup>(2,7,8,9,10)</sup>.

En la población general se han identificado diferentes factores sociodemográficos, de convivencia y ocupacionales-económicos relacionados con un peor estado de salud mental (definido como una mayor prevalencia de trastornos mentales o de sintomatología psicopatológica),

entre los que se encuentran un bajo nivel educativo, un bajo nivel de ingresos económicos, el desempleo, el género femenino y no vivir en pareja<sup>(11,12,13)</sup>. Estos factores podrían ser variables de interés en el estudio del estado psicopatológico durante la pandemia de COVID-19. Las medidas sanitarias utilizadas para el control de la enfermedad, junto a la propia patología, serían factores estresantes con un potencial efecto psicológico, que podría diferir según las características sociodemográficas, ambientales u ocupacionales de la población<sup>(2,14,15,16)</sup>. Existen investigaciones internacionales realizadas durante la crisis por COVID-19 que muestran la relevancia de este tipo de variables<sup>(16,17,18)</sup>. Así, el contar con ingresos familiares estables o el convivir con varias personas son factores protectores respecto a la ansiedad<sup>(16)</sup>, mientras que el ser más joven se relaciona con un mayor nivel de malestar psicológico<sup>(16,17,18)</sup>.

Los recientes trabajos de revisión<sup>(2,14)</sup> realizados muestran la necesidad de profundizar en el análisis de qué factores (como la edad, el género, el nivel educativo, la actividad laboral, la convivencia con otras personas, la paternidad/maternidad, etc.) contribuyen, junto con la situación de confinamiento, a empeorar el estado psicológico o a la aparición de sintomatología psicopatológica<sup>(7,8,19)</sup>. Este análisis es necesario desarrollarlo en diferentes países que hayan adoptado la cuarentena como medida sanitaria para el abordaje de la pandemia por COVID-19, ya que la mayoría de los estudios disponibles han sido realizados con población china<sup>(3,14)</sup>.

En España, para gestionar la crisis sanitaria originada por el COVID-19 el Gobierno decretó el estado de alarma el 14 de marzo de 2020, en el que se imponían medidas de cuarentena (como el confinamiento, la limitación de libertad de circulación de personas, etc.)<sup>(20)</sup>. Es necesario un abordaje empírico en la población española que permita conocer qué variables

pueden ser relevantes en el estado psicológico que las personas presentan durante el periodo de cuarentena por COVID-19.

Por ello, el objetivo del estudio fue analizar las diferencias existentes en la sintomatología psicopatológica mostrada por la población general española durante la cuarentena por COVID-19, en función de diversas variables sociodemográficas, ambientales y ocupacionales.

## SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal en población general adulta en el que se utilizó un muestreo no probabilístico, de tipo incidental. Los criterios de inclusión fueron: ser residente en España (en cualquiera de las comunidades autónomas del país) y ser mayor de 18 años. Un total de 151 personas de diferentes comunidades accedieron a participar.

En relación con los instrumentos de medida, por una parte se utilizó la versión española del *Symptom Assessment-45 Questionnaire* (SA-45)<sup>(21)</sup> para examinar la psicopatología general en los últimos siete días. Se trata de un cuestionario derivado del *Cuestionario de 90 Síntomas* (SCL-90-R)<sup>(22)</sup> de tipo autoaplicado, que incluye 45 ítems y proporciona una medida de 9 dimensiones de síntomas (obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ansiedad, somatización, ideación paranoide, ansiedad fóbica, psicoticismo y depresión) en grupos de 5 ítems, usando una escala Likert de 5 puntos (que va de 0 -“Nada en absoluto”- a 4 -“Mucho o extremadamente”-). La puntuación en cada una de las dimensiones oscila entre 0-20 puntos. Por otro lado, se utilizó una encuesta ad hoc realizada para analizar, mediante varias cuestiones, variables de tipo sociodemográfico (edad, género, nivel de estudios y situación laboral), factores ambientales y de convivencia (número de personas con las que se convivía durante la cuarentena, si se convivía con niños

pequeños, si se poseían mascotas y si existían personas cercanas contagiadas con COVID-19 en su entorno o con las que conviviera) y variables relativas a la ocupación del tiempo en la actualidad (si se estaba trabajando desde casa, si se realizaba un seguimiento de rutinas con horarios fijos, si se dedicaba tiempo al día para realizar deporte, el número de horas de sueño y el tiempo dedicado a informarse sobre el COVID-19 durante el día).

Para que las medidas pudieran ser cumplimentadas durante el periodo de cuarentena, se elaboró un cuestionario *online*, desarrollado mediante la herramienta Google Formularios, compuesto por los instrumentos anteriormente descritos (prueba SA-45 y encuesta ad hoc), que se administró utilizando diferentes plataformas web. En este cuestionario *online*, los participantes recibieron información acerca del propósito de la investigación, del carácter voluntario y anónimo de la misma, así como de aspectos relativos a la confidencialidad de los datos, facilitados en un documento de consentimiento informado. En este documento también se ofreció un contacto de referencia para que pudieran remitir cualquier duda relacionada con el estudio y con el cuestionario de recogida de datos. Los participantes aceptaron las condiciones en una página inicial de consentimiento antes de cumplimentar los instrumentos. El proyecto de este estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Internacional de La Rioja. La información proporcionada por los participantes se recogió durante el periodo de cuarentena impuesto en el estado de alarma<sup>(4)</sup>, en concreto durante los días 3 a 6 de abril de 2020.

Los análisis de comparación se realizaron mediante pruebas t y ANOVA (usando en esta última la corrección de Bonferroni para las comparaciones múltiples). Estos análisis se completaron con medidas del tamaño del

efecto (*d* de Cohen y  $\eta^2$ ). Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25 para los análisis.

## RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 151 residentes de las comunidades autónomas de Andalucía (9,9%), Aragón (0,7%), Baleares (0,7%), Cantabria (0,7%), Castilla-La Mancha (1,3%), Castilla y León (0,7%), Cataluña (1,3%), Comunidad Valenciana (4%), Madrid (4%), La Rioja (0,7%), Murcia (73,5%), y País Vasco (2,6%). Del total de participantes, 108 (71,5%) fueron mujeres y 43 (28,5%) hombres.

La media de edad de los participantes fue de  $39,98 \pm 13,84$  años, con un rango de entre 18-76 años. Respecto al nivel educativo, el 84,1% ( $n=127$ ) informó poseer estudios universitarios, mientras que el 15,9% ( $n=24$ ) indicó tener estudios primarios, secundarios o de formación profesional.

En esta muestra, los adultos más jóvenes presentaron niveles significativamente más altos de hostilidad, depresión, ansiedad y sensibilidad interpersonal, mientras que quienes estaban activos laboralmente mostraron una menor sintomatología depresiva (tabla 1).

**Tabla 1**  
**Puntuaciones medias del nivel de sintomatología psicopatológica en la muestra (n=151) en función de variables sociodemográficas.**

Variables sociodemográficas	Edad		Situación laboral	
	18-35 años (n=62) M (DT)	≥ 36 años (n=89) M (DT)	Inactivos (n=41) M (DT)	Activos (n=110) M (DT)
<b>Hostilidad</b>	2,24 (3,02) <sup>(*)</sup> (A)	1,26 (1,99) <sup>(*)</sup> (A)	1,71 (2,13)	1,65 (2,64)
<b>Somatización</b>	3,13 (2,79)	2,45 (2,71)	2,63 (2,56)	2,76 (2,83)
<b>Depresión</b>	4,39 (3,38) <sup>(*)</sup> (B)	3,04 (2,99) <sup>(*)</sup> (B)	4,63 (3,97) <sup>(*)</sup> (E)	3,21 (2,80) <sup>(*)</sup> (E)
<b>Obsesión-compulsión</b>	3,85 (3,63)	2,89 (3,16)	4,17 (4,24)	2,95 (2,96)
<b>Ansiedad</b>	4,40 (3,32) <sup>(*)</sup> (C)	2,97 (2,96) <sup>(*)</sup> (C)	4,37 (3,98)	3,25 (2,80)
<b>Sensibilidad Interpersonal</b>	3,02 (3,37) <sup>(*)</sup> (D)	1,97 (2,49) <sup>(*)</sup> (D)	2,88 (3,18)	2,22 (2,81)
<b>Ansiedad fóbica</b>	2,66 (3,69)	2,49 (3,72)	3,07 (4,69)	2,37 (3,25)
<b>Ideación paranoide</b>	3,21 (3,19)	2,27 (2,40)	2,95 (2,86)	2,55 (2,76)
<b>Psicoticismo</b>	0,98 (1,59)	0,78 (1,37)	0,93 (1,34)	0,84 (1,51)

(\*) Diferencias significativas (valores de pruebas t junto a medidas del tamaño del efecto) en las dimensiones psicopatológicas en las variables:

- Edad: (A) ( $t=2,24$ ;  $p=0,02$ ;  $d=0,38$ ); (B) ( $t=2,56$ ;  $p=0,01$ ;  $d=0,42$ ); (C) ( $t=2,78$ ;  $p=0,006$ ;  $d=0,45$ ); (D) ( $t=2,08$ ;  $p=0,04$ ;  $d=0,35$ ).

- Situación laboral: (E) ( $t=2,10$ ;  $p=0,04$ ;  $d=0,41$ ).

Por su parte, las personas que indicaban dedicar algún tiempo diario a la práctica deportiva mostraron una menor puntuación en la dimensión de somatización, y aquellos que dedicaron un menor tiempo al día a informarse sobre la enfermedad mostraron un mayor nivel de hostilidad y sensibilidad interpersonal (tabla 2).

Por último, las personas que vivían solas presentaron un mayor nivel de psicoticismo autoinformado respecto a quienes indicaron

convivir en este periodo con más de dos personas, y los participantes que tenían una persona cercana contagiada con COVID-19 informaron de un nivel significativamente mayor de ansiedad (tabla 3).

No se encontraron diferencias significativas en el nivel de sintomatología psicopatológica autoinformada por los participantes en el resto de las variables sociodemográficas, de ocupación de tiempo, ambientales y de convivencia analizadas.

**Tabla 2**  
**Puntuaciones medias del nivel de sintomatología psicopatológica en la muestra (n=151)**  
**en función de variables de ocupación del tiempo.**

Variables de ocupación de tiempo	Dedica tiempo a realizar deporte al día		Tiempo que dedica a informarse sobre el COVID-19 al día	
	Sí (n=84) M (DT)	No (n=67) M (DT)	< 30 minutos (n=48) M (DT)	≥ 30 minutos (n=103) M (DT)
<b>Hostilidad</b>	1,58 (2,55)	1,76 (2,46)	2,50 (3,35) <sup>*(B)</sup>	1,27 (1,89) <sup>*(B)</sup>
<b>Somatización</b>	2,31 (2,64) <sup>*(A)</sup>	3,25 (2,82) <sup>*(A)</sup>	3,35 (2,82)	2,44 (2,69)
<b>Depresión</b>	3,20 (3,19)	4,09 (3,21)	4,13 (3,58)	3,35 (3,01)
<b>Obsesión-compulsión</b>	3,00 (3,11)	3,64 (3,70)	3,90 (3,87)	3,00 (3,11)
<b>Ansiedad</b>	3,12 (3,09)	4,10 (3,24)	4,15 (3,10)	3,28 (3,20)
<b>Sensibilidad Interpersonal</b>	1,99 (2,66)	2,91 (3,16)	3,08 (3,20) <sup>*(C)</sup>	2,08 (2,73) <sup>*(C)</sup>
<b>Ansiedad fóbica</b>	2,33 (3,02)	2,85 (4,40)	2,67 (3,77)	2,51 (3,68)
<b>Ideación paranoide</b>	2,46 (2,68)	2,90 (2,91)	2,98 (3,12)	2,50 (2,61)
<b>Psicoticismo</b>	0,81 (1,34)	0,93 (1,60)	0,92 (1,77)	0,83 (1,30)

(\*) Diferencias significativas (valores de pruebas t junto a medidas del tamaño del efecto) en las dimensiones psicopatológicas en las variables:

- Dedicar tiempo a realizar deporte al día: (A) ( $t=-2,11$ ;  $p=0,03$ ;  $d=0,34$ ).

- Tiempo que dedica a informarse sobre el COVID-19 al día: (B) ( $t=2,36$ ;  $p=0,02$ ;  $d=0,45$ );

(C) ( $t=1,98$ ;  $p=0,04$ ;  $d=0,33$ ).

**Tabla 3**  
**Puntuaciones medias del nivel de sintomatología psicopatológica en la muestra (n=151)**  
**en función de variables ambientales y de convivencia.**

Variables ambientales y de convivencia	Tiene a personas cercanas contagiadas con COVID-19		Número de personas con las que convive durante la cuarentena		
	Sí (n=21) M (DT)	No (n=130) M (DT)	Vive solo/a (n=18) M (DT)	Con 1 o 2 personas (n=83) M ± DT	Con más de 2 personas (n=50) M (DT)
<b>Hostilidad</b>	1,95 (2,33)	1,62 (2,54)	0,56 (0,98)	1,90 (2,80)	1,66 (2,28)
<b>Somatización</b>	3,76 (2,98)	2,56 (2,69)	2,78 (2,55)	3,07 (3,04)	2,14 (2,22)
<b>Depresión</b>	4,76 (4,09)	3,41 (3,02)	3,11 (3,23)	3,87 (3,31)	3,32 (3,06)
<b>Obsesión-compulsión</b>	5,33 (5,98)	2,95 (2,64)	3,06 (2,23)	3,31 (3,34)	3,32 (3,82)
<b>Ansiedad</b>	5,33 (4,36) <sup>(*)</sup> (A)	3,27 (2,87) <sup>(*)</sup> (A)	2,89 (2,96)	3,90 (3,44)	3,22 (2,78)
<b>Sensibilidad Interpersonal</b>	3,95 (4,18)	2,15 (2,60)	1,39 (1,97)	2,65 (2,97)	2,34 (3,08)
<b>Ansiedad fóbica</b>	3,81 (5,31)	2,36 (3,35)	2,78 (2,86)	2,87 (4,16)	1,98 (3,06)
<b>Ideación paranoide</b>	3,52 (2,97)	2,52 (2,74)	2,44 (1,72)	2,96 (2,92)	2,22 (2,83)
<b>Psicoticismo</b>	0,95 (1,24)	0,85 (1,50)	1,50 (2,20) <sup>(*)</sup> (B)	0,96 (1,43)	0,46 (1,05) <sup>(*)</sup> (B)

(\*) Diferencias significativas (valores de pruebas t y ANOVA junto a medidas del tamaño del efecto) en las dimensiones psicopatológicas en las variables:  
 - Tiene a personas cercanas contagiadas con COVID-19: (A) (t=2,09; p=0,04; d=0,55).  
 - Número de personas con las que convive durante la cuarentena: (B) (ANOVA; F=3,93; p=0,02).  
 Comparaciones post hoc de Bonferroni: diferencias entre grupo que vive solo vs grupo que convive con más de dos personas; p=0,02; Eta<sup>2</sup>=0,05).

## DISCUSIÓN

Los datos de este estudio indican que los adultos más jóvenes, las personas inactivas laboralmente, quienes no realizan deporte y quienes dedican poco tiempo diario a informarse presentan mayor intensidad sintomática en hostilidad, depresión, ansiedad, somatización y sensibilidad interpersonal. En concreto, el grupo de adultos entre 18-35 años presenta mayor hostilidad, depresión, ansiedad y sensibilidad interpersonal. El grupo de participantes que dedica menos de 30 minutos a informarse sobre la enfermedad muestra niveles más elevados en hostilidad y sensibilidad interpersonal,

y quienes no realizan deporte y no tienen trabajo muestran en somatización y sintomatología depresiva una mayor intensidad, respectivamente. Por el contrario, la ansiedad y el psicoticismo suelen variar en función de tener personas cercanas contagiadas por COVID-19 y vivir en solitario, respectivamente, siendo las puntuaciones en los síntomas psicopatológicos más elevadas en aquellos que presentan alguna de las condiciones ambientales.

Estos resultados están en la línea de investigaciones previas que muestran una especificidad de factores sociodemográficos, de convivencia u ocupacionales relacionados

con el estado psicológico que las personas presentan durante el cumplimiento de cuarentena<sup>(2,7,8)</sup>, o respecto a la crisis generada por el COVID-19<sup>(16,17,18,19)</sup>. Diversas investigaciones encuentran que las personas que realizaban actividad física durante el aislamiento por COVID-19 muestran niveles más bajos de estrés<sup>(19)</sup>, y que tener a personas cercanas (allegados, conocidos, familiares, etc.) contagiadas con COVID-19 se asocia con niveles más altos de ansiedad<sup>(16)</sup>. Atendiendo a los hallazgos de este trabajo, la presencia de un mayor nivel de sintomatología ansiosa en los participantes que tienen a algún familiar, conocido, etc., afectado por COVID-19 podría indicar una mayor percepción de riesgo de contagio en estas personas<sup>(8,16)</sup>. Por otro lado, la crisis sanitaria generada por este nuevo coronavirus supone una situación de estrés mantenido que podría tener un impacto a nivel somático (haciendo que se manifiesten síntomas como debilidad corporal, dolores musculares, etc.)<sup>(23)</sup>, que en los participantes que realizan deporte diariamente podría ser menor por la mejora de la condición física que surgiría de la práctica deportiva regular.

A nivel de actividad laboral, los resultados observados en este estudio son consistentes con investigaciones previas que muestran la relación del desempleo con un mayor nivel de sintomatología depresiva<sup>(12,13)</sup>. Respecto a la depresión y el suicidio, la variable de desempleo es especialmente importante en contextos de crisis económica como la derivada de la pandemia de COVID-19<sup>(24)</sup>, donde resulta un factor de riesgo<sup>(25)</sup>, lo que podría explicar las diferencias encontradas entre las personas activas laboralmente o las desempleadas. Respecto a la variable del número de personas con las que se convive, se encuentra que el aislamiento social y la soledad se relacionan positivamente con la manifestación de experiencias psicóticas<sup>(26)</sup>. La repercusión que la soledad tiene en procesos psicológicos básicos como la atención y en el aumento del estrés percibido<sup>(27)</sup> sería un posible mecanismo que podría

dar respuesta, al menos en parte, a las diferencias encontradas en la dimensión de psicoticismo entre las personas que durante la cuarentena viven solos, frente a aquellos que residen con más de dos acompañantes.

En la literatura también se muestra la importancia de la falta de información precisa (sobre la enfermedad, medidas de protección, etc.)<sup>(2,17)</sup> y el ser más joven como variables que durante la cuarentena pueden tener un impacto negativo a nivel psíquico (en relación con un mayor nivel de malestar psicológico, ansiedad y depresión)<sup>(2,7,16,17,18)</sup>. En este sentido, los hallazgos de este trabajo y de estudios previos<sup>(16,18)</sup> podrían indicar que, en diferentes entornos culturales, los jóvenes son un grupo de especial vulnerabilidad psicológica durante la pandemia por el COVID-19. Los jóvenes son un sector poblacional donde aparecen diferentes factores socioeconómicos negativos (por ejemplo, inestabilidad laboral, desempleo, etc.)<sup>(28)</sup>. Esta situación, junto al alto impacto que tendrían las medidas de cuarentena en un estilo de vida más dinámico, así como también la mayor tensión económica que la crisis del COVID-19 podría generarles, serían variables potencialmente relevantes para intentar entender el mayor nivel de sintomatología psicopatológica que presentan en relación con las personas de mayor edad.

Respecto al tiempo dedicado a informarse sobre la enfermedad, una posible explicación de los resultados es que durante la crisis del COVID-19 son frecuentes las situaciones de desinformación<sup>(29,30)</sup>, que podrían llevar a las personas a dedicar mayor tiempo a informarse para intentar obtener un conocimiento más adecuado y preciso, así como a reducir un posible malestar psicológico generado por la incertidumbre, la confusión y el desconocimiento. Como proponen diversos autores, es relevante dedicar tiempo a informarse sobre la crisis del COVID-19 para realizar un análisis crítico de la información no oficial, de noticias falsas, etc.<sup>(18,31)</sup>. Sin embargo,

hay que tener en cuenta que algunos estudios indican que las personas que empleaban tres o más horas al día en informarse sobre el COVID-19 presentan mayores niveles de sintomatología ansiosa<sup>(18)</sup>. Por el posible efecto psicológico que podría generar un déficit o exceso de tiempo empleado en conocer la situación relacionada con la pandemia, un rango a considerar en cuanto al tiempo diario a utilizar para informarse sobre el COVID-19 (en diferentes aspectos como la evolución de la enfermedad, las medidas sanitarias, el impacto económico, etc.) podría estar entre los 30 minutos (atendiendo a lo encontrado en este estudio) y las 2 horas como límite máximo (según recomiendan Huang y Zhao)<sup>(18)</sup>.

Esta investigación es un análisis preliminar, por lo que existen diferentes limitaciones. Por una parte, el estudio realizado no permite conocer si la sintomatología psicopatológica de los participantes era previa a la situación de confinamiento o sería un resultado directo del mismo, por lo que no podrían establecerse relaciones de causalidad. También sería relevante el análisis de diferentes grupos de síntomas psicopatológicos en trabajos con un mayor número de participantes, que permitieran un análisis global de estas manifestaciones y pudieran apoyar o poner en duda lo obtenido en esta investigación. Por ejemplo, en la variable de personas con las que se convive durante la cuarentena, estudios con mayor potencia estadística podrían ayudar a confirmar los hallazgos significativos en psicoticismo o conocer si quienes conviven con un mayor número de personas pueden presentar una mayor sintomatología ansiosa, depresiva, etc. respecto a quienes viven en solitario, atendiendo a los estadísticos descriptivos encontrados en este trabajo.

Por otra parte, en primer lugar, sería necesario aumentar el tamaño muestral, incluyendo un número de participantes similar de cada comunidad, lo que permitiría realizar una comparación interterritorial del estado

psicológico durante la cuarentena (ya que en España existen regiones donde el COVID-19 tiene tasas más altas de prevalencia, incidencia y mortalidad). En este aspecto, recientes trabajos internacionales muestran la relevancia de realizar este análisis entre diferentes regiones en cuarentena<sup>(32)</sup>.

En segundo lugar, sería relevante estudiar el papel que a nivel psicopatológico tienen otras variables ocupacionales durante el periodo de cuarentena (por ejemplo, el tiempo de uso de dispositivos electrónicos, de internet y TV, el tiempo de uso de las redes sociales como medio de información, el consumo de alcohol y/o tabaco, etc.).

En tercer lugar, atendiendo a la evidencia reciente<sup>(33,34)</sup>, deberían considerarse en población española los antecedentes clínicos (por ejemplo, la historia de patología psiquiátrica) como variables de interés en el análisis del estado psicológico durante la cuarentena.

En cuarto lugar, deberían explorarse específicamente las manifestaciones psicopatológicas en los afectados por COVID-19, así como en distintos colectivos profesionales<sup>(2,35)</sup> (por ejemplo, personal sanitario, miembros de las fuerzas de seguridad, etc.) que tienen que cumplir medidas de cuarentena o aislamiento como variables contextuales-ambientales de relevancia.

En quinto lugar, sería de utilidad examinar las posibles relaciones de la psicopatología informada durante la cuarentena con diferentes constructos psicológicos (como estrategias de afrontamiento, optimismo, etc.), que podrían modular su manifestación e incidir en los resultados.

Por último, sería relevante considerar el desarrollo de estudios de tipo longitudinal para examinar a largo plazo las manifestaciones psicopatológicas de grupos de población con distintas características demográficas, ocupacionales y de convivencia (como los adultos

jóvenes, los niños y adolescentes, las personas que viven en solitario, etc.).

En conclusión, a partir de los resultados observados, puede decirse que este estudio permite identificar a grupos de población general española (como son los adultos jóvenes, las personas sin trabajo, quienes viven en solitario, los familiares o allegados de personas contagiadas con COVID-19, etc.) con mayor vulnerabilidad psicológica durante la cuarentena, donde puede ser particularmente relevante realizar un apoyo psicológico precoz. Por otra parte, por el menor nivel de sintomatología psicopatológica que en esta muestra presentan las personas que dedican al menos 30 minutos a informarse sobre la problemática y las que realizan deporte, las actividades ocupacionales deportivas y de información pueden ser de interés (a nivel psicológico) para su desarrollo durante el periodo de cuarentena por COVID-19.

Se ha de tener en cuenta los desconocidos efectos que, a nivel de salud mental, tiene la crisis sanitaria generada por el COVID-19 y las medidas implementadas para su contención<sup>(36)</sup>. Por este motivo, a pesar de su naturaleza exploratoria, el trabajo aporta información que es de interés científico en este campo, ya que examina en población española la sintomatología psicopatológica autoinformada durante la cuarentena por COVID-19 y puede ser de utilidad de cara a futuras investigaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [consultada el 12 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
2. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395:912-920.
3. Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu A, Chapman A, Persad E, Klerings I et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;4:CD013574.
4. Gammon J. The psychological consequences of source isolation: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 1999;8(1):13-21.
5. Madeo M. The psychological impact of isolation. *Nurs Times*. 2003;99(7):54-55.
6. Koo JR, Cook AR, Park M, Sun Y, Sun H, Lim JT et al. Interventions to mitigate early spread of SARS-CoV-2 in Singapore: a modelling study. *Lancet Infect Dis*. En prensa 2020.
7. Taylor MR, Agho KE, Stevens GJ, Raphael B. Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: data from Australia's first outbreak of equine influenza. *BMC Public Health*. 2008;8:347.
8. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis*. 2004;10:1206-1212.
9. Bai Y, Lin CC, Lin CY, Chen JY, Chue CM, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv*. 2004;55:1055-1057.
10. Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry*. 2009;54:302-311.
11. Outram S, Mishra GD, Schofield MJ. Sociodemographic and health related factors associated with poor mental health in midlife Australian women. *Women Health*. 2004;39(4):97-115.
12. Karsten P, Moser K. Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *J Vocat Behav*. 2009;74(3):264-282.
13. Silva M, Loureiro A, Cardoso G. Social determinants of mental health: a review of the evidence. *Eur J Psychiat*. 2016;30(4):259-292.

14. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: a review of the existing literature. *Asian J Psychiatr.* 2020;52:102066.
15. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet.* 2020;395:e37-e38.
16. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res.* 2020;287:112934.
17. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:17-29.
18. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res.* En prensa 2020.
19. Bezerra A, Silva CE, Soares FR, Silva JA. Associated factors to population behavior during the social isolation in pandemic COVID-19. *Cien Saude Colet.* En prensa 2020.
20. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE núm. 67, de 14-03-2020.
21. Sandín B, Valiente R, Chorot P, Santed MA, Lostao L. SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema.*2008;20:290-296.
22. Derogatis LR. SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas. Madrid: Pearson Educación;2002.
23. Biddle SJ, Fox KR, Boutcher SH. Physical and psychological well-being. London: Routledge;2000.
24. European Council Council of the European Union. Report on the comprehensive economic policy response to the COVID-19 pandemic [consultada el 23 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2020/04/09/report-on-the-comprehensive-economic-policy-response-to-the-covid-19-pandemic/>.
25. Duleba T, Gonda X, Rihmer Z, Dome P. Economic recession, unemployment and suicide. *Neuropsychopharmacol Hung.* 2012;14(1):41-50.
26. Michalska B, Rhodes S, Vasilopoulou E, Hutton P. Loneliness in psychosis: a meta-analytical review. *Schizophr Bull.* 2018;13;44(1):114-125.
27. Hawkey LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med.* 2010;40(2):218-227.
28. Arrazola M, Galán S, de Hevia J. Desempleo juvenil en España: situación, consecuencias e impacto sobre la vida laboral de los adultos. *Papeles de Economía Española.* 2018;108:62-75.
29. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS ONE.* 2020;15(4):e0231924.
30. World Health Organization. Director-General's remarks at the media briefing on 2019 novel coronavirus on 8 February 2020. [consultada el 20 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-novel-coronavirus---8-february-2020>.
31. Dong M, Zheng J. Headline stress disorder caused by Netnews during the outbreak of COVID-19. *Health Expectations.* 2020;23:259-260.
32. Yuan S, Liao Z, Huang H, Jiang B, Zhang X, Wang Y et al. Comparison of the indicators of psychological stress in the population of Hubei province and non-endemic provinces in China during two weeks during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in february 2020. *Med Sci Monit.* 2020;26:e923767.
33. Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(4):e21.

34. Lima CK, Carvalho PM, Lima IA, Nunes JV, Saraiva JS, de Souza RI et al. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Res.* 2020;287:112915.
35. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open.* 2020;3(3):e203976.
36. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(3):228-229



**REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Recibido: 26 de mayo de 2020

Aceptado: 8 de julio de 2020

Publicado: 23 de julio de 2020

**IMPACTO DEL SARS-COV-2 (COVID-19) EN LA SALUD MENTAL  
DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA****Juan Jesús García-Iglesias (1,2), Juan Gómez-Salgado (1,3), Jorge Martín-Pereira (4), Javier Fagundo-Rivera (2,5), Diego Ayuso-Murillo (6), José Ramón Martínez-Riera (7) y Carlos Ruiz-Frutos (1,3)**

(1) Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública. Universidad de Huelva. Huelva. España.

(2) Escuela Superior de Salud. Universidade Atlántica. Lisboa. Portugal

(3) Programa de Posgrado de Seguridad y Salud. Universidad Espíritu Santo. Guayaquil. Ecuador.

(4) Consorcio de transporte sanitario onubense. Base en Centro de Salud de Isla Cristina. Huelva. España.

(5) Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. España.

(6) Consejo General de Enfermería de España. Madrid. España.

(7) Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante. Alicante. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

**RESUMEN**

**Fundamentos:** Ante una situación de pandemia mundial, la salud mental de la población se ve comprometida, especialmente en los colectivos que están en primera línea de defensa contra el virus como son los profesionales sanitarios. El objetivo de este estudio fue analizar el impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios que prestan atención a pacientes durante el brote de SARS-CoV-2.

**Métodos:** Se realizó una revisión sistemática siguiendo el formato PRISMA en las bases de datos electrónicas *Pubmed*, *Scopus*, *Web of Science*, *CINAHL*, *PsycINFO* y *ScienceDirect* entre los meses de enero y mayo de 2020. Se evaluó la calidad metodológica a partir de las herramientas de evaluación crítica para estudios no randomizados del *Joanna Briggs Institute* (JBI).

**Resultados:** Un total de 13 estudios fueron incluidos en esta revisión. La salud mental de los profesionales sanitarios se vio comprometida ante la pandemia de SARS-CoV-2 en el ejercicio de sus funciones, siendo especialmente afectados los profesionales que se encuentran en la primera línea de batalla contra el virus, pero con valores por debajo de los de la población general. Aunque existió una amplia variabilidad de resultados, se observaron niveles medio-altos de ansiedad (26,5%-44,6%), depresión (8,1%-25%), preocupación e insomnio (23,6%-38%), y, paradójicamente, niveles de estrés por debajo de lo esperado (3,8%-68,3%).

**Conclusiones:** La salud mental de los profesionales sanitarios que trabajan en primera línea de batalla se ve comprometida en tiempos de pandemia presentando niveles medio-altos de ansiedad, depresión, preocupación e insomnio, y, en menor medida, estrés.

**Palabras clave:** SARS-CoV-2, Pandemia, Profesionales sanitarios, Salud mental, Agotamiento psicológico, Estrés psicológico, Ansiedad, Depresión.

**ABSTRACT****Impact of SARS-CoV-2 (Covid-19) on the mental health of healthcare professionals: a systematic review**

**Background:** In times of this global pandemic situation, population's mental health is compromised, especially in those groups that are at the forefront of defence against the virus such as healthcare professionals. The objective of this study was to analyze the impact of the SARS-CoV-2 outbreak on healthcare professionals' mental health.

**Methods:** A systematic review was carried out following the PRISMA format in *Pubmed*, *Scopus*, *Web of Science*, *CINAHL*, *PsycINFO* and *ScienceDirect* electronic databases between January and May 2020. Methodological quality was evaluated using the *Joanna Briggs Institute* (JBI) critical appraisal tools for non-randomized studies.

**Results:** A total of 13 studies were included in this review. Professionals' mental health and mental functions were compromised, being especially affected those professionals on the front line of battle against the virus. However, these stats were below the general population data. Although there is wide variability of results, medium-high levels of anxiety (26,5%-44,6%), depression (8,1%-25%), concern and insomnia are detected (23,6%-38%). Paradoxically, stress levels were below expectations (3,8%-68,3%).

**Conclusions:** The mental well-being of health professionals working on the front line is compromised in times of pandemic by presenting medium-high levels of anxiety, depression, nervousness and insomnia, and, to a lesser extent, stress.

**Key words:** SARS-CoV-2, Pandemic, Health personnel, Mental health, Professional burnout, Psychological stress, Anxiety, Depression.

Correspondencia:  
Juan Gómez-Salgado  
Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública  
Facultad de Ciencias del Trabajo  
Universidad de Huelva  
Avda. Tres de Marzo, s/n  
21007 Huelva, España  
salgado@uhu.es

Cita sugerida: García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR, Ruiz-Frutos C. Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; 94: 23 de julio e202007088

## INTRODUCCIÓN

Los coronavirus (CoV) conforman una extensa familia de virus llamada *Coronaviridae* que pueden causar enfermedades en animales y humanos<sup>(1)</sup>. En el caso de los humanos, estos coronavirus pueden provocar desde infecciones respiratorias leves (resfriado común) hasta enfermedades más graves como fue el caso del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-*Severe Acute Respiratory Syndrome*) en 2003<sup>(2)</sup> y del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) en 2012<sup>(3)</sup>.

A finales de diciembre de 2019 se empezaron a notificar en la ciudad de Wuhan (China) una serie de casos por neumonías de origen desconocido<sup>(4)</sup>. Tras analizar al patógeno causante se comprobó que se trataba de un betacoronavirus (ARN) con una similitud filogenética<sup>(5,6)</sup> con el SARS-CoV, por lo que pasó a llamarse SARS-CoV-2, provocando la denominada enfermedad por coronavirus 2019 (Covid-19)<sup>(7)</sup>.

Debido a su evolución, el 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró al brote “*emergencia de salud pública de interés internacional*”, para posteriormente nombrar a la Covid-19 como pandemia el 11 de marzo de 2020<sup>(8)</sup>. Para que la OMS declarase el estado de pandemia se estaban cumpliendo dos criterios: el brote epidémico estaba afectando a más de un continente y los casos de cada país se empezaban a desarrollar por transmisión comunitaria.

Una pandemia mundial provoca importantes consecuencias a nivel económico, social y de salud pública, en mayor o en menor medida, en todos los países afectados. A nivel económico, se observa una notable parada de la producción de las industrias, una pérdida importante de empleos cuantificada en miles de millones de euros, una caída nada desdeñable en el precio del petróleo, el cierre de un elevado número de empresas de todos los sectores

y un sustancial gasto en material sanitario dentro de un mercado volátil<sup>(9)</sup>. Asimismo, a nivel social se perciben cambios relacionados con el propio impacto económico (aumento de la pobreza), importantes restricciones en materia de la movilidad de la población a nivel nacional e internacional, adquisición de nuevos hábitos higiénicos (uso de mascarilla, distancia social y lavado de manos) y cierre de escuelas<sup>(10,11,12,13,14,15)</sup>. Por último, a nivel sanitario, los sistemas de salud de todos los países deben prevenir, tratar y paliar el embate de la enfermedad, que cuenta ya con más de 5 millones de personas contagiadas detectadas (a fecha de 23 de mayo de 2020) y con un aumento de la morbimortalidad asociada.

Frente a esta situación crítica, la salud mental de la población general se ve comprometida, siendo especialmente exacerbada en los profesionales sanitarios, al tratarse de personas que están en primera línea de la defensa contra el virus<sup>(16)</sup>. Estos profesionales sanitarios pueden ver aumentada su carga de trabajo y su jornada laboral<sup>(17)</sup>. En algunos casos existe un déficit de material de protección, por lo que pueden estar expuestos de forma directa al propio patógeno<sup>(16)</sup>. También pueden tener miedo de contagiar a sus familiares y amigos, al igual que pueden sufrir aislamiento y discriminación social, así como ver que pacientes a los que prestan asistencia se encuentran solos y que un cierto número de ellos mueren a consecuencia de la Covid-19<sup>(18)</sup>. Por todos estos motivos, los profesionales sanitarios pueden manifestar agotamiento físico y mental, miedo, trastornos emocionales, problemas de sueño<sup>(19)</sup> y pueden presentar altos niveles de ansiedad, depresión, conductas insanas e incluso estrés postraumático, como ocurrió en anteriores brotes<sup>(19,20,21,22,23)</sup>.

Esta problemática puede afectar en el ejercicio de sus funciones profesionales, disminuyendo las capacidades de atención, comprensión y toma de decisiones<sup>(19)</sup>, por lo que preservar

la salud física, mental y social de los profesionales sanitarios puede resultar esencial en el combate contra el virus<sup>(22)</sup>.

El objetivo de este estudio fue analizar el impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios que prestan asistencia a pacientes durante el brote de SARS-CoV-2.

## MÉTODOS

**Diseño del estudio.** En base a la Medicina Basada en la Evidencia (MBE)<sup>(24)</sup>, y siguiendo los criterios de la Declaración PRISMA<sup>(25)</sup>, se realizó una búsqueda sistemática de estudios que indagaran sobre la salud mental en los profesionales sanitarios que prestaban asistencia a pacientes durante el brote de SARS-CoV-2. Haciendo uso del formato PICO se formuló la pregunta de investigación de la que se obtendrían las palabras clave usadas (tabla 1).

**Estrategia de búsqueda.** La búsqueda se realizó en las bases de datos electrónicas *Pubmed*, *Scopus*, *Web of Science*, *CINAHL*, *PsycINFO*

y *ScienceDirect*, a partir de las palabras clave resultantes del PICO. Los descriptores del *Medical Subject Headings* (MeSH) usados fueron: *health personnel*, *sars-cov-2*, *mental health*, *professional burnout*, *physiological stress*, *anxiety* y *depression*. Para mejorar el alcance de la búsqueda se emplearon términos sinónimos para completar la misma en base a los descriptores MeSH (tabla 2), siendo unidos mediante los operadores booleanos *and* y *or*.

La tabla 3 recoge la estrategia de búsqueda empleada, realizada el día 17 de mayo de 2020 para cada una de las bases de datos durante el proceso de búsqueda.

**Criterios de selección.** Para la selección de los artículos se utilizaron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Artículos originales publicados en inglés, español, francés y portugués.
- Artículos publicados en los últimos 5 meses.

**Tabla 1.**  
**Formato PICO: palabras clave.**

Población	Profesionales sanitarios
Intervención	Medir la salud mental
Comparador	Niveles antes de la Covid-19
Outcomes / Resultados	Nivel de <i>burnout</i> , estrés y ansiedad, número de casos de personas con depresión, comparación de niveles de antes vs durante la pandemia de Covid-19 y comparación según tipo de profesión/servicio
Pregunta de investigación	¿Cómo se ve afectada la salud mental de los profesionales sanitarios que prestan asistencia a pacientes durante el brote de SARS-CoV-2?

**Tabla 2.**  
**Términos empleados en la búsqueda.**

MeSH	Términos
<i>Health personnel</i>	<i>healthcare professionals or healthcare workers or healthcare providers or physician or nurse or doctor</i>
<i>SARS-CoV-2</i>	<i>covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or SARS-CoV-2 or cov-19</i>
<i>Mental health</i>	<i>mental health</i>
<i>Professional burnout</i>	<i>burnout or burn-out or burn out</i>
<i>Physiological stress</i>	<i>stress or occupational stress or compassionate fatigue</i>
<i>Anxiety</i>	<i>anxiety</i>
<i>Depression</i>	<i>depression</i>

**Tabla 3.**  
**Estrategia de búsqueda utilizada según la base de datos.**

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Fecha de búsqueda	Resultados	Seleccionados
Pubmed	((healthcare professionals[Title/Abstract] OR healthcare workers[Title/Abstract] OR healthcare providers[Title/Abstract] OR physician[Title/Abstract] OR nurse[Title/Abstract] OR doctor) AND (covid-19[Title/Abstract] OR coronavirus[Title/Abstract] OR 2019-ncov[Title/Abstract] OR sars-cov-2[Title/Abstract] OR cov-19[Title/Abstract])) AND (mental health[Title/Abstract] OR burnout[Title/Abstract] OR burn-out[Title/Abstract] OR burn out[Title/Abstract] OR stress[Title/Abstract] OR occupational stress[Title/Abstract] OR compassionate fatigue[Title/Abstract] OR anxiety[Title/Abstract] OR depression[Title/Abstract]) AND (“2019/12/31”[PDat] : “2020/05/17”[PDat]))	17/05/20	65	11
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (healthcare AND professionals) OR TITLE-ABS-KEY (healthcare AND workers) OR TITLE-ABS-KEY (healthcare AND providers) OR TITLE-ABS-KEY (physician) OR TITLE-ABS-KEY (nurse) OR TITLE-ABS-KEY (doctor) AND TITLE-ABS-KEY (covid-19) OR TITLE-ABS-KEY (sars-cov-2) OR TITLE-ABS-KEY (2019-ncov) OR TITLE-ABS-KEY (cov-19) AND TITLE-ABS-KEY (mental AND health) OR TITLE-ABS-KEY (burnout) OR TITLE-ABS-KEY (stress) OR TITLE-ABS-KEY (occupational AND stress) OR TITLE-ABS-KEY (anxiety) OR TITLE-ABS-KEY (depression)) AND PUBYEAR > 2019	17/05/20	80	10
Web Of Science	TEMA: (healthcare professionals or healthcare workers or healthcare providers or physician or nurse or doctor) AND TEMA: (covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19) AND TEMA: (mental health or burnout or burn-out or burn out or stress or occupational stress or compassionate fatigue or anxiety or depression) Refinado por: Año 2020 y tipos de documentos (artículo)	17/05/20	19	7
CINAHL	AB (healthcare professionals or healthcare workers or healthcare providers or physician or nurse or doctor) AND AB (covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19) AND AB (mental health or burnout or burn-out or burn out or stress or occupational stress or compassionate fatigue or anxiety or depression). Limitadores - Fecha de publicación: 20191201-20201231	17/05/20	27	1
PsycInfo	(healthcare professionals OR healthcare workers OR healthcare providers OR physician OR nurse OR doctor) AND (covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19) AND (mental health or burnout or burn-out or burn out or stress or occupational stress or compassionate fatigue or anxiety or depression) 2020	17/05/20	7	1
Science Direct	(Healthcare professionals OR healthcare workers) AND (coronavirus OR covid-19) AND (mental health OR burnout OR anxiety OR depression). 2020	17/05/20	124	6
Otras fuentes	Artículos identificados a través de otros recursos	17/05/20	5	1
<b>TOTAL</b>			327	37/13 <sup>(a)</sup>

(a) Tras eliminar duplicados.

- Tipología: artículos originales, metaanálisis, comunicación breve/corta y reporte de casos.
- Artículos disponibles a texto completo.
- Artículos sometidos a revisión por pares.
- Artículos que midieran alguno de los siguientes valores y/o efectos: nivel de *burnout*, nivel de depresión, nivel de estrés y nivel de ansiedad, número de casos de profesionales con depresión, estrés y/o ansiedad, comparación de niveles de antes frente a durante la pandemia de Covid19, y comparación según país/tipo de profesión/servicio.

#### Criterios de exclusión:

- Estudios con un idioma diferente a inglés, español, francés y portugués.
- Estudios de baja calidad científico-técnica tras aplicar la herramienta de evaluación de la calidad.
- Artículos que no dieran respuesta a la pregunta de investigación y no estuvieran relacionados con el objetivo de la revisión.
- Profesiones: dentistas y farmacéuticos.
- Tipología: revisiones sistemáticas, artículos de opinión, editoriales y cartas al director/editor.

**Recogida y extracción de datos.** Dos investigadores realizaron de manera independiente la búsqueda y selección de los artículos incluidos según los criterios establecidos, consensuando posteriormente los resultados. Las discrepancias las resolvió un tercer autor.

**Evaluación de la calidad metodológica.** Dos revisores determinaron de forma independiente la calidad metodológica de los estudios seleccionados mediante las herramientas de

evaluación crítica para estudios no randomizados del *Joanna Briggs Institute* (JBI) de la Universidad de Adelaida (Australia)<sup>(26)</sup>. Estas herramientas permiten evaluar la calidad metodológica de un estudio y determinar en qué medida un estudio ha excluido o minimizado la posibilidad de sesgo en su diseño, conducta y/o análisis. Se usaron las versiones para estudios cuantitativos transversales<sup>(27)</sup> (8 ítems) y para estudios cualitativos<sup>(28)</sup> (10 ítems), situando el punto de corte en 6 para aceptar su inclusión en esta revisión (tablas 4 y 5).

## RESULTADOS

Las estrategias iniciales de búsquedas identificaron un total de 327 referencias, las cuales fueron objeto de sucesivos cribados conforme al tópico de esta revisión. Se seleccionaron finalmente un total de trece estudios (figura 1), once de ellos cuantitativos y dos cualitativos.

Se encontraron 10 artículos realizados en China, uno en Singapur, uno en Estados Unidos y uno realizado tanto en Singapur como en India. En doce de los trece artículos seleccionados, la muestra estuvo conformada por enfermeras, en diez de los artículos incluían a médicos y en tres de ellos a otros profesionales sanitarios.

Los estudios incluidos fueron valorados con la herramienta de evaluación crítica del JBI, donde obtuvieron puntuaciones media-altas tanto en los estudios observacionales transversales como en los estudios cualitativos.

La tabla 6 está basada en el Manual del Centro Cochrane Iberoamericano<sup>(42)</sup> y en ella se muestran las características de cada uno de los trece estudios incluidos en esta revisión. Estos fueron clasificados por autores y año de publicación, país, diseño y objetivo, participantes, instrumento y principales resultados. Además, se añadieron los resultados de la herramienta de evaluación crítica del JBI.

**Tabla 4.**  
**Puntuaciones de los estudios observacionales transversales<sup>(27)</sup>.**

Estudio	JBÍ	Los participantes y el entorno se describen en detalle	Los criterios de inclusión son definidos con claridad	La exposición fue medida de forma válida y confiable	El criterio utilizado para medir la condición fue objetivo	Se identificaron los factores de confusión	Estrategias para hacer frente a los factores de confusión	Resultados medidos de forma válida y confiable	Se usó un análisis estadístico apropiado
Mo et al, 2020 <sup>(29)</sup>	7/8	😊	😊	😊	😊	😊	😞	😊	😊
Zhang et al, 2020 <sup>(30)</sup>	7/8	😊	😊	😊	😊	😊	😞	😊	😊
Lai et al, 2020 <sup>(31)</sup>	8/8	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Chew et al, 2020 <sup>(32)</sup>	6/8	😊	😊	😊	😊	😞	😞	😊	😊
Huang et al, 2020 <sup>(33)</sup>	6/8	😊	😊	😊	😊	😞	😞	😊	😊
Kang et al, 2020 <sup>(34)</sup>	6/8	😊	😊	😊	😊	😞	😞	😊	😊
Li et al, 2020 <sup>(35)</sup>	6/8	😊	😊	😊	😊	😞	😞	😊	😊
Wu et al, 2020 <sup>(36)</sup>	8/8	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Tan et al, 2020 <sup>(37)</sup>	6/8	😊	😊	😊	😊	😞	😞	😊	😊
Lu et al, 2020 <sup>(38)</sup>	6/8	😊	😊	😊	😊	😞	😞	😊	😊
Wang et al, 2020 <sup>(39)</sup>	7/8	😊	😊	😊	😊	😊	😞	😊	😊

Si: 😊; No: 😞; No queda claro o No es Aplicable: 😐.

**Tabla 5.**  
**Puntuaciones de los estudios cualitativos<sup>(28)</sup>.**

Estudio	JB1	Congruencia entre la perspectiva filosófica establecida y la metodología de investigación	Congruencia entre la metodología y la pregunta u objetivos	Congruencia entre la metodología usado para recoger los datos	Congruencia entre la metodología y la representación y el análisis de datos	Congruencia entre la metodología y la interpretación de los resultados	Localización cultural y teórica	Influencia del investigador con la muestra y viceversa	Representatividad de los participantes	Aprobación ética por parte de un organismo apropiado	Relación de las conclusiones con el análisis o interpretación de los datos
Yin et al, 2020 <sup>(40)</sup>	8/10	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☹	☹	☺
He et al, 2020 <sup>(41)</sup>	7/10	☺	☺	☺	☺	☹	☺	☺	☹	☹	☺

Sí: ☺; No: ☹; No queda claro o No es Aplicable: ☹.

**Tabla 6.** Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática.

Estudios	Contexto	Objetivo del estudio	Tipo de estudio	Participantes	Métodos	Principales hallazgos	Calidad de los estudios
Mo et al, 2020 <sup>(29)</sup>	Guangxi (China)	Investigar el estrés laboral en las enfermeras chinas que soportan en Wuhan la lucha contra la COVID-19 y explorar los factores que influyen de manera relevante en la infección.	Estudio cuantitativo transversal	Enfermeras que luchan contra el brote (n=180)	- SOS - SAS	En este grupo de enfermeras las puntuaciones SOS (39,9)±12,92) y SAS (32,19±7,56) obtuvieron una correlación positiva (r=0,676, P<0,05). De igual forma, la puntuación de la carga de estrés en enfermeras que son hijas únicas en sus familias en este estudio fue de 50,87±10,47 puntos (P=0,000), si a ello se suma el hecho de trabajar largo tiempo por semana, aumenta más el estrés (P=0,048); siendo la ansiedad el factor más influyente sobre el estrés laboral de las enfermeras de la muestra.	7/8
Zhang et al, 2020 <sup>(30)</sup>	China	Investigar la tasa de prevalencia de insomnio y confirmar los factores psicosociales que afectan a los profesionales sanitarios de los hospitales durante el brote de COVID-19.	Estudio cuantitativo transversal	- Enfermeras (n=395) - Médicos (n=124) - Otros profesionales del staff médico (n=45)	- Datos sociodemográficos - ISI-7 - PHQ-9 - GAD-7 - IES-R22	La tasa de prevalencia de síntomas depresivos, de ansiedad y de estrés fue de 50,7% (PHQ-9 ≥5), 44,7% (GAD-7 ≥5) y 73,4% (IES-R ≥9), respectivamente entre los profesionales sanitarios.  Los factores que más afectaron sobre el insomnio de estos profesionales fueron el nivel educativo (educación secundaria o inferior) (OR=2,685, P=0,042), ocupación (médicos) (OR=0,437, P=0,007), servicio en el que trabaja actualmente (unidad de aislamiento) (OR=1,708, P=0,038), preocupación por ser infectado (OR=2,299, P<0,001), apoyo psicológico percibido de noticias o redes sociales en relación con la COVID-19 (no útil) (OR=2,095, P=0,001) e incertidumbre con respecto al control efectivo de la enfermedad (muy fuerte) (OR=3,297, P=0,013).	7/8
Lai et al, 2020 <sup>(31)</sup>	China	Evaluar la magnitud de los resultados de salud mental y los factores asociados entre los trabajadores de la salud que tratan a pacientes expuestos a COVID-19 en China.	Estudio cuantitativo transversal	- Enfermeras (n=764) - Médicos (n=493) 34 hospitales	- PHQ-9 - GAD-7 - ISI-7 - IES-R22	Se encontraron síntomas de depresión en 634 profesionales (50,4%), de ansiedad en 560 (44,6%), de estrés en 899 (71,5%) e insomnio en 427 (34,0%).  Valores comparativos: • PHQ-9. Médicos vs enfermeras: 4,0 [1,0-7,0] vs 5,0 [2,0-8,0] (P=0,007). • GAD-7. Hombres vs mujeres: 2,0 [0-6,0] vs 4,0 [1,0-7,0] (P=0,001). • ISI-7. Trabajadores de primera línea vs Trabajadores de segunda línea: 6,0 [2,0-11,0] vs 4,0 [1,0-8,0] (P<0,001) • IES-R22. Trabajan en Wuhan 21,0 [8,5-34,5] vs trabajan en Hubei pero fuera de Wuhan 18,0 [6,0-28,0] vs trabajan fuera de Hubei 15,0 [4,0-26,0] (P<0,001).  Los trabajadores de primera línea tienen mayor riesgo de presentar sintomatología de depresión (OR, 1,52; IC 95% [1,11-2,09]; P=0,01), ansiedad (OR, 1,57; IC 95% [1,22-2,02]; P<0,001), insomnio (OR, 2,97; IC 95% [1,92-4,60]; P<0,001) y estrés (OR, 1,60; IC 95% [1,25-2,04]; P<0,001).	8/8

**Tabla 6 (continuación).  
Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática.**

Estudios	Contexto	Objetivo del estudio	Tipo de estudio	Participantes	Métodos	Principales hallazgos	Calidad de los estudios
Chew et al, 2020 <sup>(32)</sup>	Singapur India	Investigar la asociación entre los resultados psicológicos y los síntomas físicos entre los trabajadores sanitarios.	Estudio cuantitativo transversal	5 Hospitalarios generales - Enfermeras (n=355) - Médicos (n=268) - Auxiliares de enfermería (n=96) - Otros (n=187)	- Datos socio-demográficos - DASS-21 - IES-R22	Un 33,4% de los participantes manifestó tener más de cuatro síntomas donde el más reportado fue el dolor de cabeza (32,3%).  Los valores obtenidos de la escala DASS-21 fueron para depresión (OR 2,79, IC 95% [1,54-5,07]; P=0,001), para ansiedad (OR 2,18, IC 95% [1,36-3,48]; P=0,001), para estrés (OR 3,06, IC 95% [1,27-7,41]; P=0,13) y trastorno de estrés posttraumático (OR 2,20, IC 95% [1,12-4,35]; P=0,023).  La regresión lineal reveló que la presencia de síntomas físicos se asoció con puntuaciones medias más altas en las escalas IES-R y DASS.	6/8
Huang et al, 2020 <sup>(33)</sup>	China	Evaluar la carga de salud mental de la población china durante el brote y explorar los posibles factores de influencia.	Estudio cuantitativo transversal	Profesionales sanitarios (n=2.250)	- Datos socio-demográficos - 6 preguntas sobre la Covid-19 - GAD-7 - CES-D - PSQI-7	802 profesionales (35,6%) presentaron sintomatología de trastorno de ansiedad generalizada GAD-7: 1,30 [0,82-2,08], 446 (19,8%) síntomas depresivos CES-D: 1,02 [0,58-1,81] y 531 (23,6%) mala calidad del sueño PSQI-7: 1,32 [1,18-1,88] (IC 95%).  En comparación con otros participantes, los profesionales sanitarios tenían más probabilidades de informar sobre una mala calidad del sueño (AOR=1,32, IC 95% [1,18-1,88]; (P<0,001) y un mayor riesgo de ofrecer problemas psicológicos.	6/8
Kang et al, 2020 <sup>(34)</sup>	Wuhan (China)	Explorar el estado de salud mental de los médicos y enfermeras, y la eficacia, o no, del tratamiento de las necesidades psicológicas tras recibir atención psicológica.	Estudio cuantitativo transversal	31,1% en zonas de alto riesgo - Médicos (n=183) - Enfermeras (n=811)	- Datos socio-demográficos - PHQ-9 - GAD-7 - ISI-7 - IES-R22 - Cuestionario <i>Ad hoc</i>	Un 22,4% del personal médico presentaba alteraciones moderadas en el estado de su salud mental (media PHQ-9: 9,0, GAD-7: 8,2, ISI: 10,4, IES-R: 39,9) y el 6,2% presentaba alteraciones graves (media PHQ-9: 15,1, GAD-7: 15,1, ISI: 15,6, IES-R: 60,0).  Los médicos y enfermeras con altos niveles de problemas de salud mental estaban más interesados en las habilidades para el rescate personal y mostraron deseos más urgentes de buscar ayuda de psicoterapeutas y psiquiatras.	6/8

**Tabla 6 (continuación).  
Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática.**

Estudios	Contexto	Objetivo del estudio	Tipo de estudio	Participantes	Métodos	Principales hallazgos	Calidad de los estudios
Li et al, 2020 <sup>(35)</sup>	China	Evaluar la traumatización indirecta en la población general, miembros y no miembros de los equipos médicos que ayudan en el control de COVID-19.	Estudio cuantitativo transversal	- Enfermeras de primera línea (n=234) - No enfermeras de primera línea (n=292)	- Datos sociodemográficos - <i>Vicarious traumatization questionnaire</i> de 38 ítems (escala 0-5)	Los resultados mostraron que las puntuaciones de traumatización indirecta para las enfermeras de primera línea, incluidas las puntuaciones para las respuestas fisiológicas y psicológicas, fueron significativamente más bajas que las de las enfermeras que no estaban en primera línea (P<0,001). Las puntuaciones en la población general fue significativamente más altas que las de las enfermeras de primera línea (P<0,001).	6/8
Wu et al, 2020 <sup>(36)</sup>	Wuhan (China)	Comparar la frecuencia de agotamiento entre médicos y enfermeras en las salas de primera línea y aquellos que trabajan en salas convencionales.	Estudio cuantitativo transversal	Primera línea - Enfermeras (n=55) - Médicos (n=41) Sala convencional - Enfermeras (n=61) - Médicos (n=33)	- Datos sociodemográficos - MBI	El grupo que trabajaba en primer línea tenía una menor frecuencia de agotamiento (13% frente a 39%; P<0,0001) y estaba menos preocupado por la infección en comparación con el otro grupo. El 76% de los profesionales de primera línea están totalmente en desacuerdo o en desacuerdo con el hecho de que ahora se sienten más cansados en comparación con antes de la crisis de COVID-19. En comparación con el personal médico que trabaja en servicios convencionales para pacientes no infectados, el personal médico que trabaja en el en primera línea tuvo una menor frecuencia de agotamiento.	8/8
Tan et al, 2020 <sup>(37)</sup>	Singapur	Examinar la angustia psicológica, la depresión, la ansiedad y el estrés experimentados por los trabajadores sanitarios en Singapur inmersos en el brote, y compararlos entre el personal hospitalario médico y no médico.	Estudio cuantitativo transversal	2 instituciones nivel 3 Profesionales sanitarios (n=296) - Médicos (n=135) - Enfermeras (n=161) Personal no sanitario (n=174)	- Datos sociodemográficos - DASS-21 - IES-R22	La prevalencia de ansiedad fue mayor entre los profesionales no sanitarios que entre el personal sanitario (20,7% vs 10,8%; OR ajustado, 1,85, IC 95% [1,15-2,99] (P=0,011). Del mismo modo, se observaron puntuaciones medias de las subescalas de ansiedad y estrés y de la IES-R más altas en trabajadores sanitarios no médicos.	6/8

**Tabla 6 (continuación). Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática.**

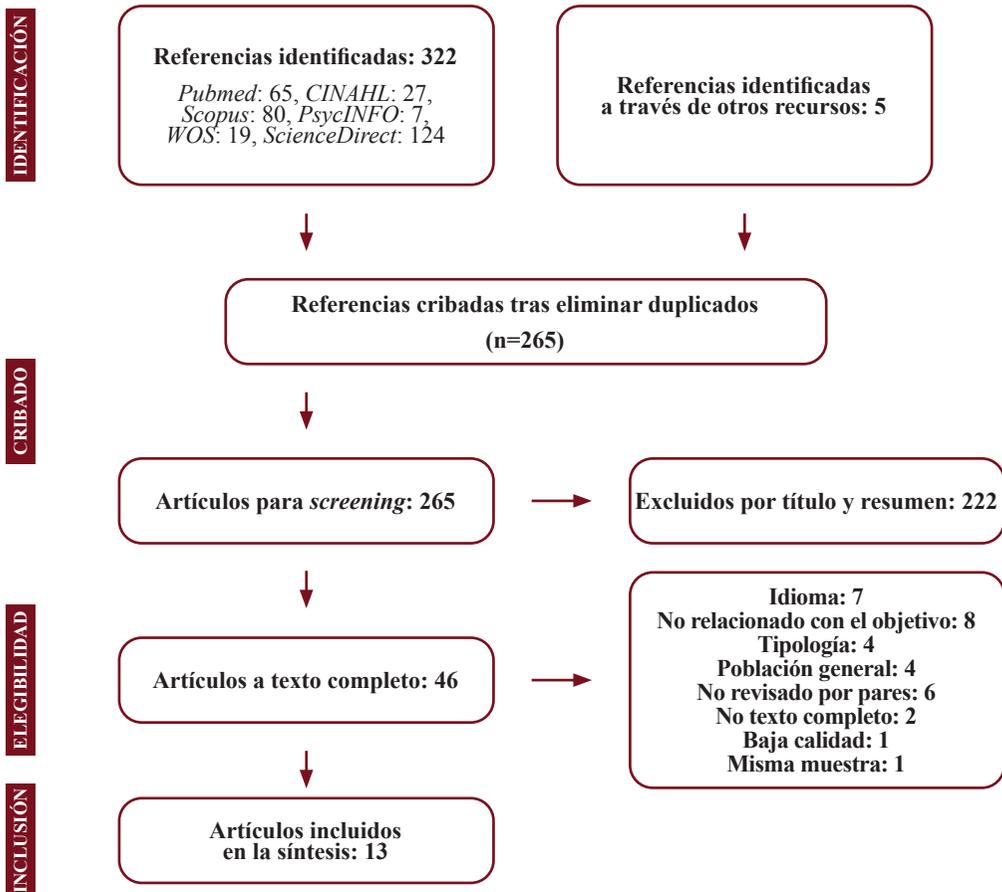
Estudios	Contexto	Objetivo del estudio	Tipo de estudio	Participantes	Métodos	Principales hallazgos	Calidad de los estudios
Lu et al, 2020 <sup>(38)</sup>	Fujian (China)	Evaluar el estado psicológico de los profesionales sanitarios.	Estudio cuantitativo transversal	Medical staff (n=2.042)	- NRS - HAMA-14 - HAMID-17	Un 70,6% de la muestra presentó miedo moderado o severo pero ansiedad leve o moderada solo un 25,5%.  • NRS: 4,89±2,389. Servicio: Alto riesgo de contacto 4,96±2,424 vs Bajo riesgo de contacto 4,81 ± 2,391 vs No clínico 4,40±2,356 (P=0,027) • HAMA: 4,73±6,291. Servicio: Alto riesgo de contacto 5,64±7,330 vs Bajo riesgo de contacto 4,44 ± 5,896 vs No clínico 3,65 ± 7,071 (P=0,003) • HAMID: 2,41±3,979. Servicio: Alto riesgo de contacto 2,97±4,989 vs Bajo riesgo de contacto 2,24±3,615 vs No clínico 1,76±3,107 (P=0,007)  Factores: trabajar en servicio de aislamiento (P=0,001), preocupación por estar infectado (P=0,001), escasez de equipos de protección (P=0,001), preocupación por el control de la pandemia (P=0,002), frustración por los resultados insatisfactorios en el trabajo (P=0,001) y sentirse solo por encontrarse un ser querido en aislamiento (P=0,005).	6/8
Wang et al, 2020 <sup>(39)</sup>	Wuhan (China)	Evaluar el efecto del brote de COVID-19 en la calidad del sueño de los trabajadores sanitarios en un centro sanitario para niños en Wuhan	Estudio cuantitativo transversal	Centro sanitario para niños (n=75) - Enfermeras - Médicos (n=48)	- Datos sociodemográficos - Factores asociados con la COVID-19 - PSQI-7 - SAS - SDS	Tener problemas de sueño se asoció a altos niveles de ansiedad y depresión (P<0,05)  • PSQI-7: 7,22±2,62; 47 de los 123 participantes (38%) tuvieron problemas de sueño (puntuaciones >7). • SAS: 34,44±7,21; 9 de 123 (7%) tuvieron puntuaciones SAS ≥50. • SDS: 45,67±8,67, 31 de 123 (25%) presentaron puntuaciones SDS ≥50.  Factores: ser hijo único (OR ajustado con 95% IC; 3,40 (1,21–9,57) (P < 0,05), contacto con pacientes COVID-19 (OR ajustado con 95% IC; 2,97 (1,08–8,18) (P < 0,05), siendo la depresión independientemente asociada a alteraciones en el sueño entre los profesionales sanitarios (OR ajustado con 95% IC; 2,83 (1,10–7,27) (P<0,05).	7/8

**Tabla 6 (continuación).  
Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática.**

Estudios	Contexto	Objetivo del estudio	Tipo de estudio	Participantes	Métodos	Principales hallazgos	Calidad de los estudios
Yin et al, 2020 <sup>(40)</sup>	Wuhan (China)	Explorar las necesidades psicológicas de las enfermeras que cuidan a pacientes con la enfermedad por coronavirus 2.019 (COVID-19) y proponer las correspondientes intervenciones.	Estudio cualitativo	Enfermeras (n=10)	Entrevista en profundidad semiestructurada (30 min) en los últimos días. - Grandes necesidades (ahora) - Consecuencias en vida personal - Experiencias de vida y cómo va a cambiar el trabajo	Durante situaciones epidémicas extraordinarias, las necesidades existenciales, de relación y de crecimiento personal coexistieron entre las enfermeras clínicas. Las necesidades existenciales se reflejaron principalmente en las necesidades de salud y seguridad, mientras que las necesidades de relación consistieron principalmente en necesidades interpersonales, necesidades de preocupación humanística y necesidades familiares. Para el caso de las necesidades de crecimiento personal se sustentaron en la necesidad de conocimiento.  Por necesidades, la necesidad de salud se refiere a la atención de la enfermera a su propia salud física y mental; en el caso de la necesidad de seguridad se enfoca hacia la esperanza de poder contar con un equipo de protección individual (EPI) adecuado y poder preservar la estabilidad emocional de los familiares de los pacientes y; la necesidad de relación se manifestó principalmente como una necesidad de relaciones interpersonales, una necesidad de preocupación de la comunidad y una necesidad de afecto. Por último, se manifestó que se debe prestar más atención a las necesidades de las enfermeras clínicas para proteger su salud.	8/10
He et al, 2020 <sup>(41)</sup>	Boston (Estados Unidos)	Determinar las preocupaciones de los residentes de Cirugía General en formación para estar en la primera línea de la respuesta contra la enfermedad por coronavirus 2.019.	Estudio cualitativo	Residentes de Cirugía General (n=30)	Grupo focal de discusión (entrevista)	La preocupación personal más comúnmente relacionada con el brote de COVID-19 fue la salud de la familia de los participantes (30 de 30 [100%]), seguida del riesgo de transmitir la infección por COVID-19 a los miembros de su familia (24 de 30 [80%]); riesgo de transmitir la infección a sus pacientes (19 de 30 [63%]), exceso de trabajo previsto para atender a un gran número de pacientes (15 de 30 [50%]) y el riesgo de contraer la infección de sus pacientes (8 de 30 [27%]).	7/10

IC: Intervalo de confianza; OR: Odds ratio; SOS: Stress Overload Scale (rango 22-110; escala 1-5); SAS: Self-Rating Anxiety Scale (escala 1-4); GAD-7: Generalized Anxiety Disorder (rango 0-21; escala 0-3; Ansiedad mínima 0-4 / Ansiedad leve 5-9 / Ansiedad moderada 10-14 / Ansiedad severa ≥ 15); CES-D: Center for Epidemiology Scale for Depression (rango 0-60; escala 0-3); PSQI-7: Pittsburgh Sleep Quality Index (rango 0-3; escala 0-21); PHQ-9: Patient Health Questionnaire depression module (escala 0-3; rango 0-27; Ninguna-Mínima 0-4 / Leve 5-9 / Moderada 10-14 / Algo severa 15-19 / Severa 20-27); ISI-7: Insomnia Severity Index (rango: 0-28); IES-R22: Impact of Event Scale-Revised (rango, 0-88); DASS-21: Depression Anxiety Stress Scales (Depression: Normal 0-9/ Leve 10-13 / Moderada 14-20 / Severa 21-27 / Muy severa ≥ 28 // Ansiedad: Normal 0-7 / Leve 8-9 / Moderada 10-14 / Severa 15-19 / Muy severa ≥ 20 // Estrés: Normal 0-14/ Leve 15-18 / Moderado 19-25 / Severo 26-33 / Muy severa ≥ 34; NRS: Numeric Rating Scale (0-10 puntos; Sin miedos 0 / Miedo leve 1-3 / Miedo moderado 4-6 / Miedo severo 7-9 / Miedo extremo y ansiedad psicológica 10); HAMA-14: Hamilton Anxiety Scale (escala 0-4; Sin ansiedad 0-6 / Ansiedad moderada 7-13 / Ansiedad severa ≥ 14); HAM-D-17: Hamilton Depression Scale (escala 0-4; Normal 0-6 / Moderada 7-23 / Severa ≥ 24); MBI: Maslach Burnout Inventory; SDS: Self-rating Depression Scale.

**Figura 1.**  
**Resultados de la búsqueda (Diagrama de flujo - PRISMA)<sup>(25)</sup>.**



**Nivel de estrés.** El nivel de estrés en profesionales sanitarios fue evaluado mediante la *Stress Overload Scale* (SOS) y las *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS-21: Estrés). Mo et al<sup>(29)</sup> muestran mediante la SOS (rango 22-110) que las enfermeras que luchan contra el brote ofrecen puntuaciones de  $39,91 \pm 12,92$ , unos 10 puntos más que la media nacional en etapas anteriores a la Covid-19. Estos mismos autores<sup>(29)</sup> determinan que hay dos factores especialmente susceptibles de aumentar los niveles de estrés en

estas enfermeras: a medida que aumenta el número de horas de trabajo (>35 horas), más aumentan los niveles de estrés ( $50,89 \pm 17,58$ ), y si la enfermera es hija única estos valores también se incrementan ( $50,87 \pm 10,47$ ). Si bien es cierto que la muestra estaba compuesta por estudiantes universitarios en sus últimos años de carrera.

El nivel de estrés también es estudiado por Chew et al<sup>(32)</sup> y Tan et al<sup>(37)</sup> mediante la herramienta DASS-21: *Stress subscale*.

La variabilidad de las muestras permite ofrecer una visión más amplia de los valores según el lugar de procedencia de ésta. Chew et al<sup>(32)</sup> determinan que el 6,5% de los trabajadores sanitarios de Singapur y el 3,8% de los trabajadores sanitarios de India pertenecientes a 5 hospitales generales presentan algún nivel de estrés ( $\geq 15$ ). En el caso de Tan et al<sup>(37)</sup>, la muestra se obtuvo de dos instituciones sanitarias de nivel tres, compuesta por profesionales sanitarios médicos (médicos y enfermeras) y profesionales sanitarios no médicos. Las puntuaciones de los individuos que presentan cierto nivel de estrés es de 6,4% para el personal médico y 6,9% para el personal no médico. En relación a las puntuaciones de la herramienta DASS-21: *Stress subscale*, se observa una cierta variabilidad en los resultados. Las puntuaciones en el estudio de Chew et al<sup>(32)</sup> son de  $4,62 \pm 5,54$  y en el de Tan et al<sup>(37)</sup> oscilan según el colectivo:  $3,82 \pm 5,74$  y  $6,10 \pm 5,95$  para profesionales sanitarios médicos y para profesionales sanitarios no médicos, respectivamente. En este sentido, el porcentaje de enfermeras que presentan altos niveles de estrés ocupacional antes de la pandemia oscilan entre un 41,1% y un 68,3%<sup>(43,44)</sup>, cifras muy por encima de las planteadas por Chew et al<sup>(32)</sup> y Tan et al<sup>(37)</sup>.

**Nivel de ansiedad.** Para valorar el nivel de ansiedad los autores usaron las escalas: *Generalized Anxiety Disorder* (GAD-7), *Self-Rating Anxiety Scale* (SAS), *Depression Anxiety Stress Subscale* (DASS-21: *Anxiety subscale*) y *Hamilton Anxiety Scale* (HAMA-14). Para una muestra de 2.250 trabajadores del sector sanitario (médicos, enfermeras y personal administrativo del sector sanitario), 802 (35,6%) obtienen puntuaciones por encima de 9 puntos en la escala GAD-7, destacando aquellos profesionales con menos de 35 años de edad y que gastan más de 3 horas al día buscando información sobre la Covid-19<sup>(33)</sup>. Datos similares aportan los estudios de Zhang et al<sup>(30)</sup> (con puntuaciones por encima de 5 en el 44,7% de la muestra) y

el estudio realizado en 34 hospitales chinos de Lai et al<sup>(31)</sup> (con un 44,6%). Cabe señalar en este último estudio que las enfermeras que trabajan en primera línea de un hospital de segundo nivel de Wuhan (China) reportan peores puntuaciones para las mediciones realizadas sobre la salud mental de los trabajadores<sup>(31)</sup>. En otros estudios<sup>(34)</sup> realizados en enfermeras y médicos donde el 31% de la muestra trabaja en zonas de alto riesgo de contagio, presentan una sintomatología de ansiedad media, moderada y severa el 34,4% (media GAD-7: 4,6), el 22,4% (media GAD-7: 8,2) y el 6,2% (media GAD-7: 15,1) de la población, respectivamente.

El nivel de ansiedad es también evaluado por Mo et al<sup>(29)</sup> mediante la escala SAS, obteniendo una puntuación de  $32,19 \pm 7,56$  y presentando una correlación positiva con la escala SOS. La puntuación obtenida por Mo et al<sup>(29)</sup> se corresponde con la de Wang et al<sup>(39)</sup>, ofreciendo una puntuación de  $34,44 \pm 7,21$ , donde 9 de 123 del total (7%) tienen puntuaciones  $\geq 50$ . De igual forma, en cuanto a porcentajes, los estudios de Chew et al<sup>(32)</sup> y Tan et al<sup>(37)</sup> ofrecen cifras similares usando la DASS-21: *Anxiety subscale*, con puntuaciones de 15,7% y 10,8%, respectivamente, y algo superior, con un 25,5% de sintomatología de ansiedad moderada o severa, usando HAMA (especialmente en zonas de alto riesgo)<sup>(38)</sup>. En comparación, las puntuaciones actuales están algo por debajo de los 37,3% y 38% de las cifras pre-Covid-19<sup>(43,45)</sup>.

**Nivel de depresión.** La depresión es considerada un desorden mental habitual, con una prevalencia<sup>(46)</sup> entre el 14,6% y el 11,1% en la población general. Para poder evaluar la presencia de síntomas depresivos se pueden usar las escalas *Center for Epidemiology Scale for Depression* (CES-D), *Patient Health Questionnaire depression module* (PHQ-9), *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS-21: *Depression subscale*), *Hamilton Depression Scale* (HAMD-17) y *Self-rating Depression Scale* (SDS). Usando

el PHQ-9 en muestras similares, se observa que algo más de la mitad de los profesionales sanitarios que luchan contra la Covid-19 presenta sintomatología depresiva<sup>(30,31)</sup>, con valores especialmente severos (media PHQ-9: 15,1) en un 6,2% de los trabajadores que prestan asistencia en departamentos de alto riesgo en China<sup>(34)</sup>. En tres estudios incluidos en esta revisión, los valores porcentuales se encuentran por debajo de los anteriormente descritos. Por un lado, en una muestra de 2.250 trabajadores sanitarios, 446 de ellos (19,8%) manifiestan sintomatología concordante con depresión en el estudio de Huang et al<sup>(33)</sup>, algo menor a las encontradas por Lu et al<sup>(38)</sup> y Wang et al<sup>(39)</sup>, que cuantifican la prevalencia de síntomas depresivos en un 12,1% entre los profesionales sanitarios, especialmente aquellos que desarrollan sus funciones en departamentos de alto riesgo de contagio en el estudio de Lu et al<sup>(38)</sup>, y donde un 25% (31 de 123) presenta puntuaciones SDS  $\geq 50$ <sup>(39)</sup>. Antes de la Covid-19 se observaba entre la población de enfermeras que desarrollaban su labor asistencial en hospitales de China una prevalencia<sup>(47,48,49,50)</sup> alrededor del 32%-45,3%. Según los datos arrojados en tiempos de Covid19, se muestran por encima y por debajo del rango pre-Covid-19.

Si se establece una comparación entre países, se puede observar en el estudio de Chew et al<sup>(32)</sup> que la presencia de este tipo de síntomas depresivos asciende a un 12,4% del total de sanitarios que desempeñan sus funciones en India y un 9% en Singapur. En este último país, otros autores<sup>(32,37)</sup> también muestran resultados muy similares (8,1% de los profesionales sanitarios médicos frente al 10,3% de los profesionales sanitarios no médicos). Estos valores de India y Singapur pueden asemejarse a otros valores encontrados en muestras similares en Canadá, Francia y Estados Unidos<sup>(51)</sup>.

**Otros factores.** Como se ha comentado a lo largo del texto, los profesionales que prestan

asistencia a pacientes positivos por Covid trabajando en primera línea contra el virus ofrecen peores niveles de salud mental (estrés, ansiedad, depresión, *burnout*, miedo e insomnio) que los profesionales que trabajan en otros servicios<sup>(31,36,38,41)</sup>, pero paradójicamente existen puntuaciones de traumatización vicaria o indirecta significativamente mayores en la población general, comparadas con una muestra de enfermeras que trabajan en primera línea<sup>(35)</sup>.

En este sentido, algunos autores estudian cómo impactó el evento en los profesionales sanitarios, obteniéndose elevadas puntuaciones en la *Impact of Event Scale - Revised* (IES-R), por encima de 9 puntos en tres de cada cuatro profesionales<sup>(30)</sup>. En el caso de Tan et al<sup>(37)</sup>, obtienen puntuaciones medias de  $9,40 \pm 10,08$  y  $5,85 \pm 9,24$  entre los profesionales sanitarios no médicos y los profesionales sanitarios médicos, respectivamente, con resultados de estrés post-traumático (PTSD) de entre el 5,7% y el 7,4% entre los últimos<sup>(32,37)</sup>.

Es indudable que los profesionales sanitarios tienen una serie de necesidades a nivel familiar, de salud, de conocimientos y de seguridad que se ven acrecentadas en situaciones de pandemia, pudiendo afectar a su desempeño profesional<sup>(40)</sup>. La preocupación personal más comúnmente relacionada con el brote de Covid-19 es la relacionada con la salud de la familia (30 de 30 [100%]) y el riesgo de transmitir la enfermedad a la misma (24 de 30 [80%]) y a sus pacientes (19 de 30 [63%]). En menor medida, la mitad de los participantes del estudio de He et al<sup>(41)</sup> muestra preocupación por tener que prestar asistencia a un número excesivo de pacientes, y un 27% manifiesta preocupación por el riesgo de ser contagiado.

En algunos casos, estas preocupaciones son manifestadas a través del insomnio que, sumado a veces a un aumento del número de horas de trabajo por las necesidades del servicio, hace

que tanto la calidad como la cantidad del sueño se vean reducidas entre los profesionales sanitarios. Huang et al<sup>(33)</sup> estiman que el 23,6% de los sanitarios presentan una pobre calidad del sueño en tiempos de Covid-19 (PSQI-7: 1,32 [1,18-1,88]), cifras por debajo (23,6% frente a 38%) de las aportadas por Wang et al<sup>(39)</sup> (PSQI-7: 2,24 [0,96-5,23]). Los factores que pueden afectar al sueño de los profesionales, además de los expuestos con anterioridad, pueden estar relacionados con un nivel de estudios bajo, el tipo de ocupación (médico), el hecho de trabajar en unidades de aislamiento, no disponer de suficiente material de protección, estar preocupados por la posibilidad de ser contagiados y por el control de la epidemia, así como por no recibir apoyo por parte de la sociedad<sup>(30,38)</sup>. En este sentido, se observa que una pobre calidad y cantidad del sueño se puede asociar a niveles altos de depresión y ansiedad<sup>(39)</sup>.

## DISCUSIÓN

El objetivo de esta revisión fue analizar el impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios que prestaban asistencia a pacientes durante el brote de SARS-CoV-2. Para ello, se analizaron los niveles de estrés, depresión y ansiedad en los trece estudios seleccionados, aportando un último punto de otros factores influyentes en la salud mental de los profesionales sanitarios.

El presente estudio ofrece una serie de limitaciones. En primer lugar, se debe comentar que se rechazaron estudios escritos en alemán y chino, pudiéndose dar el caso de dejar fuera artículos que cumplieran el resto de requisitos de inclusión. Además, se rechazaron seis estudios que estaban en formato *Pre-Print* por no haber pasado en el momento de la búsqueda la revisión por pares. En segundo lugar, diez de los trece

estudios se realizaron en China, por lo que la representatividad de los resultados encontrados no puede ser extrapolada al resto de profesionales sanitarios que desarrollan su labor asistencial en el resto de países del mundo. En tercer lugar, se debe señalar que en algunos estudios no se pudieron establecer diferencias entre los tipos de profesionales, por lo que se decidió tratar los datos como un solo conjunto. Por último, se debe hacer constar que la fecha en la que se realizaron los estudios pudo afectar a los resultados por la propia progresión de la pandemia.

A modo de conclusiones, la salud mental de los profesionales sanitarios en el ejercicio de sus funciones se ve comprometida por la pandemia de SARS-CoV-2, viéndose especialmente afectados los profesionales que se encuentran en la primera línea de batalla contra el virus, pero con valores por debajo de los de la población general.

Aunque existe una amplia variabilidad de resultados, se observan niveles medio-altos de ansiedad, depresión, preocupación e insomnio y, paradójicamente, niveles de estrés por debajo de lo esperado. Este hecho podría ser explicado por la fecha de realización del trabajo y la fase en la que se encontraba la pandemia en el momento de estudio.

El tiempo de trabajo, el miedo de poder contagiarse y contagiar a seres queridos y/o a pacientes, la preocupación en el control de la epidemia, entre otros, pueden ser factores precipitantes para una alteración de la salud mental de los profesionales sanitarios en tiempos de la Covid-19. Dicha alteración puede suponer un problema importante a nivel personal y un menoscabo en las funciones prestadas a nivel profesional, pudiendo aumentar el riesgo de contagio y de una mala praxis profesional.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [consultado el 24/05/2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>.
2. Organización Mundial de la Salud. The world health report 2003-shaping the future. Chapter 5. SARS: lessons from a new disease. 2003. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [consultado el 24/05/2020]. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2003/en/>.
3. de Wit E, van Doremalen N, Falzarano D, Munster VJ. SARS and MERS: recent insights into emerging coronaviruses. *Nat Rev Microbiol*. 2016;14(8):523-34.
4. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395:497-506.
5. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet*. 2020;395:565-74.
6. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382(8):727-33. doi: 10.1056/NEJMoa2001017.
7. Del Rio C, Malani PN. 2019 Novel Coronavirus-Important Information for Clinicians. *JAMA*. 2020;323:1039-40. doi: 10.1001/jama.2020.1490.
8. Organización Mundial de la Salud. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [consultado el 24/05/2020]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
9. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, Khan M, Kerwan A, Al-Jabir A et al. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Int J Surg*. 2020;76:71-6. doi: 10.1016/j.ijssu.2020.02.034.
10. Wilder-Smith A, Freedman, DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Journal of Travel Medicine*. 2020;27(2):1-4. doi: 10.1093/jtm/taaa020.
11. Bruinen de Bruin Y, Lequarre AS, McCourt J, Clevestig P, Pigazzani F, Jeddi MZ et al. Initial impacts of global risk mitigation measures taken during the combatting of the COVID-19 pandemic. *Saf Sci*. 2020;128:104773. doi: 10.1016/j.ssci.2020.104773.
12. Dong L, Bouey J. Public Mental Health Crisis during COVID-19 Pandemic, China. *Emerg Infect Dis*. 2020;26(7). doi: 10.3201/eid2607.200407.
13. Ho CS, Chee CY, Ho RC. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. *Ann Acad Med Singapore*. 2020;49(3):155-60.
14. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A et al. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;20764020915212. doi: 10.1177/0020764020915212.
15. Zhao G. Tomar medidas preventivas inmediatamente: evidencia de China sobre el COVID-19. *Gac sanit*. 2020;34(3):217-9. doi: 10.1016/j.gaceta.2020.03.002.
16. Assari S, Habibzadeh P. The COVID-19 Emergency Response Should Include a Mental Health Component. *Arch Iran Med*. 2020;23(4):281-2. doi: 10.34172/aim.2020.12.

17. Ferrán MB, Trigo SB. Caring for the caregiver: the emotional impact of the coronavirus epidemic on nurses and other health professionals. *Enferm Clin*. 2020;10. doi: 10.1016/j.enfcli.2020.05.006.
18. Dichter MN, Sander M, Seismann-Petersen S, Köpke S et al. COVID-19: It is time to balance infection management and person-centered care to maintain mental health of people living in German nursing homes. *Int Psychogeriatr*. 2020;1-11. doi: 10.1017/S1041610220000897.
19. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Xiang-Yang B et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):e14. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30047-X.
20. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020; 74(4):281-2. doi: 10.1111/pcn.12988.
21. Zumla A, Hui DS, Azhar EI, Memish ZA, Maeurer M et al. Reducing mortality from 2019-nCoV: host-directed therapies should be an option. *Lancet*. 2020;395(10224):e35–6. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30305-6.
22. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):228–9. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8.
23. Rubin GJ, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ*. 2020;368:m313. doi: 10.1136/bmj.m313.
24. Junquera LM, Baladron J, Albertos JM, Olay S. Medicina basada en la evidencia (MBE): Ventajas. *Rev Esp Cirug Oral Maxilofac*. 2003;25(5):265-72.
25. Urrutia G, BonFill X. Declaración PRISMA: propuesta para mejorarla publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(11):507-11. doi: 10.1016/j.medcli.2010.01.015.
26. Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, Aromataris E. The updated JBI model for evidence-based healthcare. *Int J Evid Based Healthc*. 2019;17(1):58-71. doi: 10.1097/XEB.000000000000155.
27. Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Sears K, Sfetcu R, Currie M et al. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2017.
28. Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):179-87. doi: 10.1097/XEB.0000000000000062.
29. Mo Y, Deng L, Zhang L, Lang Q, Liao C, Wang N et al. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *J Nurs Manag*. 2020. doi: 10.1111/jonm.13014.
30. Zhang C, Yang L, Liu S, Ma S, Wang Y, Cai Z et al. Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak. *Front Psychiatry*. 2020;11:306. doi: 10.3389/fpsy.2020.00306.
31. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
32. Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, Jing M, Goh Y, Ngiam NJH et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain Behav Immun*. 2020;S0889-1591(20):30523-7. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.049.
33. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey.

- Psychiatry Res. 2020;288:112954. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112954.
34. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun.* 2020. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.028.
35. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun.* 2020; S0889-1591(20)30309-3. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.007.
36. Wu Y, Wang J, Luo C, Hu S, Anderson AE, Bruera E et al. A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the frontline and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *J Pain Symptom Manage.* 2020; S0885-3924(20)30205-0. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008.
37. Tan BYQ, Chew NWS, Lee GKH, Jing M, Goh Y, Yeo LLL et al. Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *Ann Intern Med.* 2020;M20-1083. doi: 10.7326/M20-1083.
38. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Res.* 2020;288:112936. doi: 10.1016/j.psychres.2020.11293.
39. Wang S, Xie L, Xu Y, Yu S, Yao B, Xiang D. Sleep disturbances among medical workers during the outbreak of COVID-2019. *Occup Med (Lond).* 2020;kqaa074. doi: 10.1093/occmed/kqaa074.
40. Yin X, Zeng L. A study on the psychological needs of nurses caring for patients with coronavirus disease 2019 from the perspective of the existence, relatedness, and growth theory. *Int J Nurs Sci.* 2020;7(2):157-60. doi: 10.1016/j.ijnss.2020.04.002.
41. He K, Stolarski A, Whang E, Kristo G. Addressing General Surgery Residents' Concerns in the Early Phase of the COVID-19 Pandemic. *J Surg Educ.* 2020;1-4. doi: 10.1016/j.jsurg.2020.04.003.
42. Centro Cochrane Iberoamericano, traductores. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0 [actualizada en marzo de 2011] [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2012 [consultado el 24/05/2020]. Disponible en <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>.
43. Cheung T, Yip PS. Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Hong Kong Nurses: A Cross-sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(9):11072-100. doi: 10.3390/ijerph120911072.
44. Gu B, Tan Q, Zhao S. The association between occupational stress and psychosomatic wellbeing among Chinese nurses: A cross-sectional survey. *Medicine (Baltimore).* 2019;98(22):e15836. doi: 10.1097/MD.00000000000015836.
45. Ding Y, Qu J, Yu X, Wang S. The mediating effects of burnout on the relationship between anxiety symptoms and occupational stress among community healthcare workers in China: a cross-sectional study. *PLoS ONE.* 2014;9(9):e107130.
46. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med.* 2011;9:90. doi: 10.1186/1741-7015-9-90.
47. Yang X, Hu S. The association between social support as well as coping style and anxiety and depressive symptoms among nurses. *Chin. J. Health Psychol.* 2011;19:300-1.
48. Wei Y, Fu Shen X. Research concentrated on the depressive symptoms status among nurses. *Health Occupational Education.* 2007;25:95-6.
49. Peng K. The prevalence of anxiety and depressive symptoms among nurses in oncology department. *Chinese Community Doctors.* 2012;14:370-1.

50. Gong Y, Han T, Yin X, Yang G, Zhuang R, Chen Y et al. Prevalence of depressive symptoms and work-related risk factors among nurses in public hospitals in southern China: A cross-sectional study. *Sci Rep.* 2015;4:7109. doi: 10.1038/srep07109.

51. Letvak S, Ruhm CJ, McCoy T. Depression in hospital-employed nurses. *Clin Nurse Spec.* 2012;26(3):177-82. doi: 10.1097/NUR.0b013e3182503ef0.

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Recibido: 4 de agosto de 2020  
Aceptado: 18 de agosto de 2020  
Publicado: 9 de octubre de 2020

## LA FATIGA Y LA CARGA MENTAL EN LOS TELETRABAJADORES: A PROPÓSITO DEL DISTANCIAMIENTO SOCIAL

Carlos Eduardo Venegas Tresierra (1) y Astrid Carolina Leyva Pozo (1)

(1) Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Medicina Humana. Facultad de Medicina Humana. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo. Perú.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

### RESUMEN

**Fundamentos:** La Covid-19 es una amenaza latente. Un sector de la población con obligaciones laborales realiza su trabajo de forma no presencial en un contexto no planificado debido al distanciamiento social extraordinario expresado en el trabajo remoto, sin experiencia previa en muchos casos, exponiendo su salud debido a factores de riesgo psicosocial condicionantes de estrés. Nuestro objetivo fue describir, por medio de una revisión bibliográfica, la fatiga y carga mental del teletrabajador, resultando de interés para la salud ocupacional, la salud pública, la investigación clínica, la psicología y otras áreas del conocimiento. Pretendimos también informar a la comunidad sobre estos temas para favorecer un teletrabajo seguro y procurar una calidad de vida equilibrada.

**Métodos:** Presentamos información estructurada en los temas de fatiga y carga mental, que se basó en el análisis de la literatura internacional, principalmente de los últimos años, obtenida de la revisión en motores de búsqueda de las publicaciones científicas *Ebsco*, *PubMed* y complementada con *Google Scholar*, de acuerdo a tesauros reconocidos, en inglés y español. Dicha información fue analizada y seleccionada según criterios de selección, obteniéndose 43 referencias.

**Resultados:** Observamos que en el teletrabajo también hay riesgos psicosociales. El estrés relacionado al trabajo puede vincularse con la fatiga, que también debe abordarse como un riesgo psicosocial. La fatiga, aunque multicausal, al tener origen laboral puede verse condicionada por diversos aspectos laborales, así como la carga mental de trabajo, que en extremo es pernicioso.

**Conclusiones:** Tanto la fatiga como la carga mental de los teletrabajadores necesitan ser vigiladas, y en extremo amenazan la calidad de vida laboral.

**Palabras Clave:** Fatiga, Carga de trabajo, Distancia social, Coronavirus.

### ABSTRACT

#### Fatigue and mental workload among workers: about social distancing

**Background:** Covid-19 is a latent threat; a sector of the population with a labor obligation carries out its work not in person in an unplanned context due to the extraordinary social distancing expressed in remote work, without previous experience in many cases and with health exposure due to psychosocial risk factors conditioning stress. Our objective was to describe the fatigue and mental burden in teleworkers through a bibliographic review, of interest for occupational health, public health, clinical research, psychology and other areas of knowledge. We also intend to inform the community about these issues to promote safe telework and ensure a balanced quality of life.

**Methods:** Structured information on the topics of fatigue and mental load was presented, based on the analysis of international literature, mainly from recent years, obtained from the search engine reviews of scientific publications *Ebsco*, *PubMed*, and supplemented with *Google Scholar*, according to recognized thesauri, in English and Spanish.

**Results:** There are also psychosocial risks in teleworking; work-related stress can be linked to fatigue, which should also be addressed as a psychosocial risk. Fatigue, although multi-causal, can be occupational in origin and may be conditioned by various aspects of labour, such as the mental workload, which is pernicious at its extremes.

**Conclusions:** We conclude that both fatigue and mental workload must be watched, their extremes threaten the quality of work life.

**Key Words:** Fatigue, Mental workload, Social distancing, Covid-19.

## INTRODUCCIÓN

La evidencia previa refiere que, desde las décadas anteriores, los procesos y el diseño del trabajo originaron cambios que trajeron consigo nuevos riesgos psicosociales, afectando a la salud y calidad de vida laboral al incrementar los niveles de estrés de los trabajadores. Se identificó entonces un cambio en el perfil de las enfermedades laborales y accidentes de trabajo y, precisamente, los riesgos psicosociales y sus consecuencias cobraron mayor importancia. Estos riesgos de origen laboral pueden verse condicionados por un deterioro o disfunción de cuatro aspectos:

- i) Características de la tarea, con ejemplos como la cantidad, monotonía, automatización y ritmo del trabajo.
- ii) Características de la organización, estructura jerárquica, relaciones con los demás, determinación de competencias, canales de comunicación, entre otros.
- iii) Organización del tiempo de trabajo, pausas, turnos, tipo de trabajo.
- iv) Características del empleo, salario, condiciones físicas y diseño del espacio de trabajo, entre otros.

Además, la percepción de riesgo no sólo se refiere a alguno de tipo físico sino también psicológico, y puede constituir un problema de salud pública<sup>(1)</sup>.

La situación comentada sobre cambios puede presentarse en cualquier actividad laboral y añade un nuevo factor experimentado recientemente en todo el mundo, al cual no escapa Perú, y se refiere a la pandemia de enfermedad por *Coronavirus*, iniciada en 2019 (Covid-19) y originada por el virus *Coronavirus 2* del síndrome respiratorio agudo grave

(SARS-CoV-2)<sup>(2)</sup>. Debido a esta situación inesperada, donde el riesgo de adquirir la infección por Covid-19 e incluso de fallecer está presente, la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>(3)</sup> recomendó diversas medidas para combatir la pandemia, donde el distanciamiento social y el teletrabajo extraordinario han sido hoy en día aspectos comunes en el mundo. Así, el teletrabajo cobró mayor interés, al menos hasta el momento de redactar este manuscrito.

La evolución de la pandemia de SARS-CoV-2 amplifica también el riesgo de enfermar en el trabajo debido a la posibilidad de contacto con el virus circulante por contagio directo e indirecto, aparte de suponer la intensificación o modificación de los riesgos psicosociales<sup>(4)</sup>. Si bien es cierto que el riesgo de enfermar puede ser evidente en el trabajo presencial, no evita que la persona que realiza teletrabajo pueda estar también expuesta, además de que en diversos casos fue impuesto e improvisado, como se observa en la realidad. Esto queda aclarado al plantearse tres niveles de riesgo laboral por exposición al SARS-CoV-2: bajo, para la mayoría de trabajadores; medio, donde están aquellos que atienden directamente al público con posible contacto personal y los que se hacen cargo de residuos o fómites contaminados; alto, para trabajadores en contacto directo con personas con patología respiratoria<sup>(4)</sup>.

Por otro lado, De la Torre<sup>(5)</sup> señala que la situación generada por la Covid-19 hace pensar en escenarios macroeconómicos de contracción del producto interior bruto, suponiendo una pérdida mundial significativa de empleos y afectando a la economía real de la persona. Reconoce que modalidades como el trabajo a distancia son idóneas y eficaces ante la pandemia, aunque no como medida clásica voluntaria, sino, más bien, como medida cuasi obligatoria, como ahora se observa, por ejemplo, en los colegios y universidades.

Enlazando ideas, las personas que realizan teletrabajo forzoso pertenecerían al grupo de riesgo laboral bajo de exposición al SARS-CoV-2, aunque no las exime de riesgos psicosociales e indirectamente físicos. Por tanto, este sector también es vulnerable, como es el caso de los administrativos y profesionales diversos, más aún cuando deben realizar su actividad laboral dentro de su hogar en condiciones inesperadas generadas por el distanciamiento social, además de la preocupación que supone el escenario económico de un país y el riesgo de perder el trabajo. Dentro de esta población tenemos como ejemplos los funcionarios, administrativos universitarios y de diferentes áreas productivas, así como docentes de todo nivel. La situación observada es parte de nuevos riesgos psicosociales, al comprometerse la salud mental.

Al respecto, Giorgi<sup>(6)</sup> indicaba que en la medicina ocupacional, la psicología y las ciencias sociales, la salud mental es un tema principal, y ahora se presta precisamente más atención al bienestar mental de los trabajadores debido a este elevado tipo de exigencias y al menor esfuerzo físico. Incluso se ha reportado recientemente una relación entre el estrés relacionado con el trabajo y el deterioro cognitivo, mientras Ippoliti<sup>(7)</sup> señalaba que el estrés relacionado con el trabajo puede ejercer un impacto negativo en una variedad de atributos físicos y psicológicos vinculados a la salud de los empleados -donde podemos incluir al teletrabajador- y de las organizaciones laborales.

Hacer mención al estrés relacionado con el trabajo permite vincularlo con la fatiga y la carga mental, por lo que nos planteamos el interrogante respecto a sus características en teletrabajadores en el contexto del distanciamiento social extraordinario. En Perú, el teletrabajo no es una práctica ampliamente practicada, como puede ocurrir en países industrializados y algún otro latinoamericano, a pesar de estar reconocido por ley. Al no ser de conocimiento general,

las personas que nunca antes lo llevaron a cabo -como diversos trabajadores de educación básica y universitaria, además de administrativos de múltiples áreas- han experimentado la improvisación en su implementación y realización. Aunque están lógicamente preocupadas por cumplir con su obligación laboral, pueden obviar aspectos relacionados con la salud. Por ello, en este trabajo se pretendió como objetivo describir ambos tópicos, pensando en el bienestar del trabajador en primer lugar y en el beneficio adicional de la propia organización laboral o empleador posteriormente. Nuestra revisión tiene valor teórico e intenta generar reflexión, así como plantear acciones de prevención para favorecer el teletrabajo seguro y procurar una calidad de vida equilibrada para quien lo realiza.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La información estructurada presentada en este trabajo se basó en la revisión bibliográfica, por parte de los investigadores, en motores de búsqueda en línea como fueron el caso de *Ebsco* y *PubMed*, esencialmente. Se revisaron recursos informativos científicos actualizados, en inglés o castellano, originales y en formato *HyperText Markup Language* (HTML) y *Portable Document Format* (PDF), de acuerdo a tesauros reconocidos en Ciencias de la Salud, complementados con *Google Scholar* para la búsqueda de información adicional, del 19 de junio al 16 de agosto de 2020. En el caso de los dos primeros buscadores se utilizaron las palabras clave en inglés propuestas en el resumen de este trabajo. Seguidamente, se emplearon las palabras en castellano para *Ebsco*. En ambas situaciones, se manejaron filtros de búsqueda, basados en texto completo gratuito y de los últimos 5 años como antigüedad. Se utilizaron operadores booleanos como *AND* y *OR*. La información que conjuntaba todos los aspectos propuestos a la vez fue escasa, por lo que se tuvo que hacer una búsqueda por temas separados.

Se verificó que todas las fuentes obtenidas fueron oficialmente publicadas. Para *Google Scholar* se utilizaron las palabras clave en castellano y, en casos muy concretos, se buscaron títulos completos en inglés de fuentes que obtuvimos de la revisión de la sección de bibliografía en artículos recientes obtenidos en los dos primeros buscadores, para servirnos de guía. Aun así, fue necesario considerar fuentes mayores a los 5 años de antigüedad para complementar los temas en estudio. En todos los casos se excluyeron resúmenes y artículos de opinión, pues consideramos que no era prudente citar estos últimos debido a su propia naturaleza.

## RESULTADOS

Sumando las estrategias de búsqueda se obtuvieron inicialmente 67 recursos de información descargados, que fueron sometidos a depuración, descartando 27. Se cumplió con una conducta ética responsable durante el proceso investigativo, expresada en la selección rigurosa y la atribución de la autoría correspondiente a los recursos de información consultados.

A continuación, se analizan los resultados obtenidos de los términos seleccionados en la estrategia de búsqueda, correspondientes a la **tabla 1**:

**Teletrabajo.** El término teletrabajo o telework o teleworking proviene de los Estados Unidos de Norteamérica. Propuesto por Nilles alrededor de medio siglo atrás, se percibe una falta de consenso respecto a una definición universal. Organizaciones internacionales plantearon en años anteriores que se trata de una forma de organización, realización o modalidad de trabajo en la cual se identifica tanto una relación contractual entre el teletrabajador y empleado como el desempeño laboral en otro lugar distinto a la oficina central, así como el uso obligado de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)<sup>(8)</sup>. Se han planteado

diversas modalidades de teletrabajo. Una de las más habituales, por el lugar en que se presta el servicio, es el teletrabajo a domicilio o en el hogar o *telehomeworking*<sup>(8,9)</sup>.

Una publicación reciente del Foro Económico Mundial<sup>(10)</sup> señala que una proporción importante de la población de España tuvo la necesidad de teletrabajar desde casa debido al riesgo sanitario por la pandemia de Covid-19, al igual de lo que ocurrió en diversos países del mundo, incluyendo Perú, reportándose que alrededor del 34% de teletrabajadores ocuparon un espacio circunstancial en su hogar.

Santillán<sup>(11)</sup> identifica ventajas del teletrabajo, tanto para el propio teletrabajador, como para el empresario o empleador, aspectos que no son parte de este artículo por el interés básicamente preventivo. Incluso, aunque dentro de sus beneficios, aparentemente habría una disminución de las enfermedades laborales, este aspecto es relativo ya que, si no se presentan las condiciones adecuadas para desarrollarlo -como ha ocurrido en realidad por la pandemia-, el teletrabajo puede ocasionar un efecto contrario, en línea con Lampert et al<sup>(12)</sup> que señala que, independientemente de los beneficios que puede generar, la persona que lo realiza se expone a riesgos para su salud.

Pires<sup>(13)</sup> en su revisión sobre teletrabajo también identificaba en la década anterior aspectos como el aislamiento del teletrabajador, que puede conducir a alguna enfermedad psiquiátrica, nula participación en la vida laboral colectiva, riesgo a volverse adicto al trabajo olvidando cuantificar el tiempo que se le dedica, falta de oportunidades profesionales debido a que la ausencia física no permite recordar a la persona, así como problemas familiares. Estos aspectos, que podrían considerarse como inherentes al teletrabajo desde el punto de vista de ocasionar algún riesgo psicosocial, se suman al distanciamiento por la Covid-19,

**Tabla 1**  
**Principales trabajos seleccionados para la revisión de fatiga y carga mental.**

Autores y año	Tipo de estudio	Intervención	Población	Principales hallazgos/resultados
Gareca M, Verdugo R, Briones J, Vera A. 2007.	Revisión	Análisis documental	26 recursos de información científica	Los alcances del asentamiento del teletrabajo son cada vez más relevantes por su vertiginosa incorporación a nivel mundial y afecta sus modos de abordarlo desde el ámbito social; hay diferencias respecto a las modalidades antiguas de trabajo.
Vicente-Herrero M, Torres J, Torres A, Ramírez M, Capdevila L. 2018.	Revisión(*)	Análisis documental	20 recursos de información científica	Los principales riesgos laborales son los ergonómicos, psicosociales y la separación de la vida familiar y laboral.
World Economic Forum. 2020	Observacional(*)	Encuesta en la web	Hogares españoles	67% de hogares tuvo al menos una persona teletrabajando o teleestudiando, 34,45% ocupa un espacio circunstancialmente.
Santillán W. 2020	Revisión(*)	Análisis documental	08 recursos de información científica	El aislamiento social origina en algunos casos crisis, en otros, dosis de optimismo.
Lampert M, Poblete M. 2018	Revisión bibliográfica	Análisis documental	08 recursos de información científica	El teletrabajo muestra efectos negativos o positivos, es necesario explorar aún dicha temática.
Pires D. Teletrabajo en Brasil. 2014	Revisión de tema	Análisis documental	13 recursos de información científica	El foco de atención está en las consecuencias del teletrabajo en la salud del trabajador. Sus desventajas son el aislamiento laboral, nula vida laboral colectiva; ser <i>workaholics</i> ; problemas familiares y ausencia de oportunidades profesionales.
Gil-Monte P. Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. 2012	Revisión(*)	Análisis documental	12 recursos de información científica	Existen riesgos psicosociales laborales emergentes. Se debe fomentar la salud psicosocial.
Baert S, Lippens L, Moens E, Sterkens P, Weytjens J. 2020	Observacional	Encuesta en la web	2.673 teletrabajadores flamencos	65,7% consideró atributos positivos al teletrabajo; 27% teme disminuir la oportunidad de ascenso y 57,5% las relaciones con colegas y empleador.
Cárdenas D, Conde-González J, Perales J. 2017	Revisión narrativa	Análisis documental	125 recursos de información	La fatiga es multicausal.
Murga I, Lafuente J. 2019.	Revisión bibliográfica	Análisis documental	40 recursos de información	Prevalencia de fatiga en Atención Primaria de 6% a 32%, 5-15% fatiga crónica. Su definición requiere criterios clínicos específicos cambiantes en el tiempo.

**Tabla 1 (continuación)**  
**Principales trabajos seleccionados para la revisión de fatiga y carga mental.**

Autores y año	Tipo de estudio	Intervención	Población	Principales hallazgos/resultados
Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (ES). [1998?]	Nota técnica	Análisis documental	12 recursos de información	Se distinguen diferentes tipos de fatiga.
Smartt C, Medhin G, Alem A, Patel V, Dewey M, Prince M et al. 2016	Analítico de panel poblacional	Análisis longitudinal	1.065 gestantes del tercer trimestre.	Prevalencia mundial de 10 a 33% y de fatiga materna de 8,3% a los 2 años y medio a 5,5% a los tres años y medio.
Habibi E, Najafi F, Yadegarfar G, Dehghan H. 2018	Analítico de cohortes.	Encuesta	80 trabajadores iraníes de laboratorios de hospitales	El error de comisión podría afectar el tiempo de reacción. La calidad de sueño de relacionó con el tiempo de reacción.
Chaudhuri A, Behan P. 2000	Revisión	Análisis documental	57 recursos de información	Se debe distinguir síntomas de la fatiga neuromuscular periférica de los propios de la fatiga física y mental.
Díaz C. 2010.	Revisión	Análisis documental	43 recursos de información	Las características y objetivos de la situación de trabajo así como las de la persona para su realización sufren variaciones en el tiempo. Es importante diferenciar entre efectos mentales y físicos, así como entre efectos individuales y sociales.
Durán-Coronado A,	Transversal	Análisis jerárquico de tareas por evaluación de videos	10 estudiantes universitarios	Hubo errores humanos durante la etapa de configuración de los audífonos con el teléfono móvil.
Díaz C. 2013.	Revisión	Análisis documental	21 recursos de información	La definición y alcance del concepto de carga mental siguen siendo problemáticos. Tomando en cuenta la ergonomía, surge la preocupación sobre la incidencia de factores contextuales sobre la carga mental.
Bustamante M, Maldonado A, García J, Hernández J, Trillo V, Loreto N. 2015.	Transversal(*)	Encuesta conteniendo la Escala Subjetiva de Carga Mental	16 profesionales de enfermería	Hubo sobrecarga mental de trabajo y requirió esfuerzo mental considerable así como exigencias en la toma de decisiones y memorización sin llegar a ser nocivas; el agotamiento al final del trabajo fue la principal consecuencia
Huarcaya-Victoria J. 2020.	Revisión narrativa	Análisis documental	53 recursos de información	Presencia de ansiedad, depresión y reacción al estrés en la población general al iniciar la pandemia por Covid-19, incluyendo personal de salud.

**Tabla 1 (continuación)**  
**Principales trabajos seleccionados para la revisión de fatiga y carga mental.**

Autores y año	Tipo de estudio	Intervención	Población	Principales hallazgos/resultados
Ceballos-Vásquez P, Rolo-González G, Díaz-Cabrera D, Paravic-Klijn T, Burgos-Moreno M, Barriga O. 2016	Transversal(*)	Entrevista a base de la Escala Subjetiva de Carga Mental de Trabajo (ESCAM) y el Cuestionario SUSESO-ISTAS 21	379 trabajadores de hospitales	La ESCAM es un instrumento con alta fiabilidad y adecuada validez en una muestra chilena para la evaluación de la carga mental
Alarcón F, Castillo-Díaz A, Madinabeitia I, Castillo-Rodríguez A, Cárdenas D. 2018.	Estudio intrasujeto contrabalanceado	Encuesta en base al Cuestionario <i>Task Load Index</i> (NASA-TLX), Escala <i>Self-assessment manikin</i> (SAM) versión española y Escala <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> (STAI) versión española.	28 futbolistas semiprofesionales	La carga física simultánea a la carga mental tuvo efecto negativo en la precisión.
Díaz E, Rubio S, García J, Luceño L. 2010.	Transversal(*)	Instrumento NASA-TLX.	398 trabajadores	Se mostró consistencia interna aceptable.
Delliaux S, Delaforge A, Deharo J, Chaumet G. 2019.	Ensayo clínico	Escala visual análoga para fatiga (VAS) y NASA-TLX	24 voluntarios	Se identificó la afectación de un marcador del sistema cardiovascular por la tarea mental y la carga de trabajo y se correlacionó negativamente con la frustración y el consumo de oxígeno cardiaco.
Ceballos-Vásquez P, Rolo-González G, Hernández-Fernaud E, Díaz-Cabrera D, Paravic-Klijn T, Burgos-Moreno T. 2015.	Descriptivo, transversal comparativo	Cuestionario SUCESO-ISTAS 21 y ESCAM.	111 enfermeras/os	64 y 57% de los/as participantes percibieron alto nivel de exposición a riesgos psicosociales, demandas psicológicas y doble presencia. Hubo dimensiones del cuestionario de riesgos psicosociales relacionadas al 38% de la carga mental global.
Ormaza-Murillo M, Zambrano-Rivera A, Zamora-Napa S, Parra-Ferrié C, Félix-López M. 2019	Descriptivo, inductivo	Valoración de carga mental de Jo de Carvalho, prueba del juego por computadora y test de Sentimiento Subjetivo de Fatiga.	6 profesores.	Hay elevado nivel de carga mental, aparece la frustración, fatiga física y mental, irritabilidad, afectación en las relaciones interpersonales, migraña y bajo nivel de atención en las últimas horas de clase.
(*) Fue inferido al no ser explícito. Fuente: Revisión bibliográfica de recursos de información científica sobre fatiga y carga mental, 2020.				

un hecho sorpresivo e inesperado que, por sí solo, favorece también el estrés.

Santillan<sup>(11)</sup> también señala que, mientras dure la pandemia por Covid-19 y se focalice más en esta modalidad laboral, la superficialidad será una característica de las relaciones interpersonales. Además, identifica el potencial problema de las limitaciones en el acceso a las TIC con el consecuente atraso en el trabajo, mientras en el hogar disminuye la comunicación familiar y, a su vez, existe riesgo de conflictos. No sería incongruente señalar que estas situaciones pueden condicionar algún riesgo psicosocial y generar una afectación mental del teletrabajador. Habría que considerar que Gil-Monte<sup>(1)</sup> también señala que un riesgo psicosocial, que condiciona estrés laboral, tiene el potencial de causar una afectación psicológica, física o social en la persona.

Baert et al<sup>(14)</sup> plantean que, como un considerable número de empleados en todo el mundo fueron forzados a trabajar desde casa debido a la Covid-19, es una incógnita lo que experimentan por el aumento actual del teletrabajo. Las percepciones de 2.673 teletrabajadores que lo evaluaron, si bien refirieron características positivas, no fueron habituales en aquellos con niños en el hogar, los cuales se mostraron insatisfechos con el aumento del teletrabajo. Uno de cada cinco experimentó un incremento en el tiempo dedicado a dicha labor y manifestó conflictos con su pareja. Otra característica en los efectos negativos fue el no tener un antecedente migratorio, a diferencia de los migrantes que refirieron aspectos positivos. La dedicación extendida del teletrabajo y los problemas dentro del hogar pueden ser parte de componentes físicos y mentales que se mencionan a continuación, en el capítulo de la fatiga.

**Fatiga.** En la revisión de Cárdenas et al<sup>(15)</sup> publicada hace tres años se señala que no hay consenso sobre los factores determinantes para la

fatiga, aunque se han identificado componentes físicos, mentales y también de los resultados que generan la tarea o trabajo. Lo cierto es que la fatiga tiene naturaleza multicausal y no permite aportar una definición que se ajuste a todas las situaciones por las que se origina. En un lenguaje familiar, la fatiga se refiere a sentir cansancio después de hacer un esfuerzo, es de múltiples causas y genera desmotivación para continuar con dicho esfuerzo, sea deportivo, intelectual o laboral.

Por su parte, Murga<sup>(16)</sup> señala que la fatiga es un síntoma que puede ser expresado tanto de una manera aguda o bien como un mecanismo de protección homeostática y crónica, aunque esta definición es poco rigurosa, ya que va desde “*sentimiento de agotamiento de mente y cuerpo que sigue a un esfuerzo, asociado a un deseo de descanso y a un rechazo o incapacidad para realizar cualquier otro esfuerzo*” hasta “*sensación subjetiva de falta de energía o agotamiento físico o mental, debilidad, durante o después de las tareas habituales, no necesariamente asociada a actividad física...*”.

Por otro lado, la fatiga o astenia está considerada en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)<sup>(17)</sup> en el grupo de “*Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte*”.

Una publicación española<sup>(18)</sup> que data de hace dos décadas identificaba diferentes tipos de fatiga. Respecto a la parte afectada del organismo, podría ser muscular, nerviosa, psicológica, emocional, intelectual y sensorial. Por ejemplo, para este último tipo, que incluye la fatiga visual y auditiva, se presentaría en trabajos con demandas elevadas de control sensorial, ya sea de la vista o el oído -hay que considerar que el teletrabajo demanda un considerable esfuerzo visual-; la nerviosa se observaría en actividades laborales repetitivas y con un ritmo rápido

de producción; la psicológica, por la presión de una alta responsabilidad, sería aplicable también en los riesgos psicosociales para el teletrabajo.

Respecto a los tipos de fatiga por su causa más probable, puede ser informativa, de fatiga informática y otros tipos. Por ejemplo, en relación a la fatiga informativa se teorizaba que se iniciaba con una ansiedad que afectaba la capacidad de análisis y a la toma de decisiones, luego aparecían dolencias diversas, afectando también a las relaciones interpersonales y la capacidad de rendimiento. Estas situaciones también pueden estar presentes en el teletrabajo. En general, todas pueden suscitarse en el trabajo presencial, pero el teletrabajo también genera riesgos que podrían expresarse en fatiga.

La fatiga es una queja común en todo el mundo y se asocia con una discapacidad que afecta a la calidad de vida y a altos costes en la atención a la salud. Smartt<sup>(19)</sup> cita una prevalencia de entre el 10% y el 33% en muestras poblacionales, y en un estudio publicado en 2016 en gestantes encontró cifras hasta de poco más del 8%. Murga<sup>(16)</sup> reportó de 6% al 32% en atención primaria.

Hay otra evidencia anterior que reconoce características comunes a toda fatiga, como es la disminución de la capacidad de respuesta o acción de una persona, el hecho de ser multicausal -ya comentado-, aunque haya un factor específico que genere el mayor peso de su aparición y, finalmente, la afectación física y psíquica total del organismo y en diferente grado<sup>(18)</sup>.

Cárdenas et al<sup>(15)</sup>, por su lado, describen publicaciones de fisiólogos que plantean una fatiga subjetiva que la persona percibe según la información sensorial del sistema nervioso central, al combinarse una serie de factores tanto neurofisiológicos (como las características de un ejercicio, temperatura corporal, esfuerzo

cardiorrespiratorio, entre otros) como factores neuropsicológicos (como la expectativa de rendimiento, el estado anímico, entre otros).

La evidencia también señala que puede haber fatiga periférica por cuestión muscular y fatiga central, esta última de origen neural. La fatiga neural, aunque no se relaciona directamente con la realización de actividad física, es empeorada por esta última y no basta con el reposo para afrontarla y, al final, cursa tanto con debilidad física como cognitiva<sup>(16)</sup>.

El tema de la fatiga es complejo y, en sí, no hay que perder de vista lo que revisa Cárdenas<sup>(15)</sup>, donde sintéticamente señala que la fatiga puede causarse ya sea por un esfuerzo físico o uno mental. Murga et al<sup>(16)</sup> también incluyen al esfuerzo mental en el descenso del rendimiento en el trabajo o en las tareas cotidianas. El esfuerzo mental está estrechamente relacionado con la carga de trabajo cognitiva, y ésta con la cantidad de información y el nivel de procesamiento que esa información demanda<sup>(20)</sup>. Habibi et al<sup>(21)</sup> resumen que cuando una persona realiza actividad mental por un largo periodo de tiempo a menudo observará fatiga cognitiva, reflejada en una función deteriorada de la tarea y una disminución de la motivación. Da importancia a la calidad del sueño, encontrando diferencias estadísticamente significativas entre el error de comisión, el tiempo de respuesta, la reacción y la fatiga mental al inicio y final del turno laboral.

Lo anteriormente expuesto da pie a introducir el término de fatiga “mental”, es decir, la incapacidad para completar tareas mentales que necesiten automotivación en ausencia de déficit cognitivo y debilidad motriz comprobadas. Sin embargo, también se debe reconocer que la fatiga mental puede caracterizar a enfermedades como la de Parkinson o esclerosis múltiple, que no son parte del abordaje de este manuscrito<sup>(22)</sup>.

Por otro lado, un punto también relevante se refiere a distinguir entre la fatiga normal y la patológica: es normal si se recupera tras el descanso habitual, si no motivaría la atención médica especializada. Cuando las condiciones laborales y las demandas mentales del trabajo no se adaptan a las personas, puede entonces aparecer, siendo una especie de llamada de atención que el organismo emite para que la situación causante se modifique. Si no se modifica, la sensación puede originarse desde el inicio de la actividad laboral o posterior a actividades que habitualmente no la producirían<sup>(18)</sup>. Entonces, consideramos que las desatenciones y errores podrían ocurrir y desencadenar riesgos laborales, generando ansiedad y estrés.

Como el estrés y la fatiga pueden aparecer en el desempeño del trabajo, en la salud ocupacional los términos “ergonomía” y “riesgos psicosociales” cobran atención. Para la ergonomía, un ritmo de trabajo inadecuado facilitaría una incidencia de fatiga preocupante. Los riesgos psicosociales, es decir, aquellos que son consecuencia directa de la exposición a factores psicosociales incluyen al estrés laboral y la violencia, aunque también se ha puesto en consideración a la propia fatiga, ya que este factor de riesgo está incluido en algunos instrumentos de evaluación y ha sido introducido igualmente en guías españolas sobre riesgos psicosociales en el trabajo<sup>(23)</sup>.

Al respecto, Boada-Grau et al<sup>(24)</sup> también precisan que la fatiga laboral debe abordarse como un riesgo psicosocial, ya que puede perjudicar en el futuro a la calidad de vida, además de generar consecuencias para la empresa o el empleador, debido a la afectación de la productividad. En su texto presenta dos definiciones para fatiga -con enfoque laboral según se aprecie- indicando que, al citar a Cameron, podría entenderse como “una respuesta generalizada al estrés”, mientras que, al analizar a Bills, ésta muestra

tres dimensiones: en la fisiológica aparece disminución de la capacidad física de la persona, en la fatiga objetiva existe empobrecimiento del rendimiento laboral, y en la subjetiva se expresan sentimientos de cansancio.

La fatiga generada por el trabajo es una manifestación local o general de la tensión que dicha actividad produce y repercute personal, económica y materialmente en diferentes grados. Así, puede afectar a la capacidad de análisis de datos, la toma de decisiones y la concentración mental, expresada probablemente en que el trabajador realizaría su actividad como si fuera inexperto, cometiendo errores. También puede considerarse como el paso previo inmediato a algún accidente laboral. Igualmente, se está expuesto a lapsus o bloqueos, como una forma de regulación que el organismo genera automáticamente frente a la fatiga e incrementados a medida que se prolonga el tiempo de exigencia y procesamiento de información por el trabajo. Por lo anterior, la observación de un descenso del rendimiento laboral, hasta los fallos graves, podría observarse habitualmente<sup>(18)</sup>.

Boada-Grau<sup>(24)</sup> señala también que la fatiga laboral obedece directamente a las características del entorno laboral, específicamente a las demandas que impongan las tareas del trabajo, y cita a Ashberg quien, a su vez, describió cinco factores de la actividad para su probable aparición. Éstos eran la carga física, el ambiente físico, el momento del día, el nivel de privación del sueño y la carga mental, ésta última motivo de interés específico en nuestra investigación.

**Carga mental.** El concepto de carga mental ha sido estudiado años atrás. Sin embargo, una definición definitiva de la misma ha permanecido en controversia. Por un lado, encontramos la definición en un temario catalán de salud, de hace poco más de una década, que la denomina también como cognitiva y responde a “un estado de movilización general del operador humano

como resultado del cumplimiento de una tarea que exige el tratamiento de información”. Señala también que se trata de un reflejo del costo humano generado al realizar dicho tipo de actividad. Aclara también que se refiere al grado de procesamiento de información que el trabajador hace al desarrollar una tarea, y que la imposición de las nuevas tecnologías provoca en él una elevada exigencia de sus capacidades de procesamiento de información, no escapando a ello el teletrabajo. Esta situación puede volverse contraproducente si se toma en cuenta que el ser humano tiene capacidades finitas de procesamiento y su respuesta podría verse sobrepasada. En el mejor de los casos, el trabajador podría adaptarse; si no, al exigir continuamente un esfuerzo elevado, puede aparecer la fatiga, alterando el equilibrio de salud<sup>(25)</sup>.

Díaz<sup>(26)</sup> señalaba, en su revisión publicada también hace una década, que la difusión del concepto de carga mental había ido de la mano con el curso notable de las formas de producción de bienes y servicios entre 1960 y 1970, vinculado a la evolución tecnológica que transformó el mundo laboral y condicionando el traslado de las exigencias físicas a mayores demandas cognitivas, situación observada generalmente en los países industrializados y que, gradualmente, cobra importancia en países emergentes. Al revisar la historia, Díaz cita a Miller, quien proporcionó los antecedentes empíricos en los que se basa el concepto de carga mental, demostrando que la capacidad memorística a corto plazo de una persona se limitaba a procesar 7 más menos 2 dígitos simultáneos cada segundo. Exigencias por arriba de este límite ocasionarían una pérdida de información a no ser que se crearan categorías comprensivas de abstracción superiores, denominadas *chunk*, principalmente en personas con más experiencia, de acuerdo a lo que revisó de Chase y Simon. Díaz también señaló que, hasta ese momento, el tiempo hizo que el concepto sobre

capacidad limitada de procesamiento de información se flexibilizara.

Haciendo un paréntesis a los conceptos de carga mental y en referencia a la evolución tecnológica del párrafo anterior, es conveniente mencionar las herramientas o productos actuales utilizados como parte de la actividad laboral. Así, Durán-Coronado et al<sup>(27)</sup> resumen que una persona puede sentirse abrumada cuando intenta interactuar con la tecnología moderna, tal como lo observó en estudiantes que intentaron configurar audífonos inalámbricos con el teléfono móvil. Esto es especialmente sensible en personas de mayor edad. Si bien esta problemática podríamos observarla en diferentes modalidades de trabajo, un ejemplo podrían ser los docentes universitarios que imparten cátedra a través del teletrabajo, peor aún sin poseer experiencia previa en esta modalidad laboral. Se entiende que algunos elementos o productos a los que se les da un uso habitual carecen de un diseño eficiente, y la insatisfacción y frustración pueden presentarse, lo que a su vez conduciría a una carga mental que induzca al error, afectando la productividad.

Retomando el punto de los conceptos sobre carga mental, un texto español sobre seguridad y salud en el trabajo define la carga mental como el “conjunto de requerimientos mentales, cognitivos o intelectuales a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de su jornada laboral, es decir, el nivel de actividad mental o de esfuerzo intelectual necesario para desarrollar el trabajo”<sup>(28)</sup>. Y en la guía de Díaz et al<sup>(29)</sup> la carga mental de trabajo es la “cantidad de esfuerzo mental” que la persona realiza para desempeñar una tarea en un periodo de tiempo determinado; este nivel de esfuerzo involucra características de la persona, de la tarea y del entorno, todas vinculadas al trabajo. También señala que puede tener consecuencias positivas o negativas en la salud, el bienestar y

el desempeño en el trabajo. Esto iría de la mano con la intensidad de la carga.

Otras fuentes, como la que documentó Díaz<sup>(30)</sup>, definen la carga mental como la presión cognitiva y emocional que resulta de la confrontación con los requerimientos asociados al ejercicio del trabajo. Este concepto surge en base a un conjunto de teorías con modelos matemáticos generados a raíz de la Segunda Guerra Mundial que, en cierta medida, buscaban simular las funciones cognitivas humanas en sistemas técnicos, como la Teoría de la Información de Shannon y la Teoría Cibernética de Norbert Wiener. Sin embargo, desde una perspectiva de la ergonomía, se debe diferenciar la existencia de perturbadoras desviaciones producidas bajo condiciones de laboratorio con la de comportamientos en condiciones reales al momento de realizar los análisis e intervenciones dentro del terreno laboral. Si no, puede incurrirse en ambigüedad.

Precisamente, frente a la posibilidad de ambigüedad, Díaz comentó que se refería a la diferencia entre carga de trabajo mental y carga mental de trabajo. La primera hace mención a la carga de trabajo generada por la realización de actividades cuyos componentes principales cuestionan la ejecución de procesos mentales y emocionales resultantes, tales como la actividad de interpretar y codificar señales, relacionar elementos, diagnosticar y tomar decisiones, lo que llevaría a concentrar una evaluación en las tareas intelectuales y de control de procesos. Por otro lado, la carga mental de trabajo apuntaría, de un modo más amplio, a la presión mental resultante de la confrontación con los requisitos asociados al ejercicio laboral específico, tenga un enfoque físico o mental<sup>(30)</sup>.

Por otra parte, más recientemente en España, la norma UNE-EN ISO 10075-1:2017<sup>(31)</sup> indica que la carga mental es un término general que

abarca los conceptos de presión (*stress*) mental y tensión (*strain*) mental.

Gómez et al<sup>(32)</sup> señalan en su texto que el ser humano lleva a cabo a diario multitud de tareas demandantes de un elevado grado de carga mental; gracias a ella puede enfrentar tanto tareas cotidianas como novedosas. Si bien es cierto que muchas de estas actividades terminan siendo automatizadas debido a la repetición, siguen requiriendo de carga mental, aunque en menor grado. Desde que se despierta hasta que se acuesta, la persona realiza diversas conductas no del todo conscientes y que cuentan con carga mental, como por ejemplo hablar por teléfono o cocinar. A estas acciones debe añadirse el ritmo de vida, que cada vez es más acelerado, y provoca un solapamiento de unas tareas con otras, lo que se traduce en la multitarea, la cual perjudica la acción individual de cada tarea programada, originándose así un exceso de carga mental.

Incluso, más allá de lo revisado en los párrafos anteriores, hay una situación particular y opuesta que necesita tomarse en consideración. Bustamante<sup>(33)</sup> revisa algunas fuentes científicas e identifica que la carga mental de trabajo puede presentarse en dos formas: la primera, como sobrecarga, donde ya se vio que las capacidades del trabajador son superadas por las exigencias de su actividad laboral y genera fatiga y estrés -fue confirmado en su estudio en enfermeros-; la segunda, precisamente contraria, es la subcarga, es decir, cuando el trabajo requiere poco procesamiento mental, generando monotonía y una reducción de la atención, por lo que la persona debe realizar un esfuerzo para mantener el estado de vigilia.

**Factores de la carga mental.** Gómez<sup>(32)</sup> señala que la carga mental se determina por la cantidad y tipo de información a manejar en el puesto de trabajo. Y cita a Mulder para señalar que

hay factores que inciden en ella, es decir, la cantidad y calidad de la información que, de acuerdo a su complejidad, podría permitir más adelante la automatización de las respuestas y, por otro lado, el tiempo. En cuanto a este último factor, si se necesita que el estímulo-respuesta sea continuo, la persona puede verse afectada, porque su capacidad para responder se saturaría y la carga mental sería igualmente excesiva. Sin embargo, hay otros factores físicos, psicosociales y extralaborales como el ruido, las relaciones con los jefes y los problemas familiares como ejemplos de cada uno de ellos, respectivamente.

Al respecto, si tomamos en consideración los factores psicosociales, debemos referirnos al distanciamiento social impuesto, que condiciona el trabajo remoto y, a su vez, rememora la situación de pandemia, por lo que no llamaría la atención que también constituya un motivo adicional de preocupación en el teletrabajador, más aún si los riesgos de salud y económicos son una preocupación diaria. Precisamente, Huarcaya-Victoria<sup>(34)</sup> señalaba que por la gran peligrosidad de la Covid-19 y el riesgo de muerte, la persona tiene pensamientos y emociones negativas que a su vez amenazan la salud mental. Esta afirmación compromete prácticamente a toda la población, independientemente del tipo de modalidad laboral que realice. Adicionalmente, Gómez<sup>(32)</sup> cita a Nogareda para considerar, también como factores, a las características propias del trabajador que condicionan el límite de la capacidad de respuesta, como son la edad, el nivel de aprendizaje, la personalidad, las actitudes hacia la tarea y el estado de fatiga, este último considerado en el epígrafe anterior.

**Medición de la carga mental.** Se identifica la pluralidad metodológica para evaluar la carga mental de trabajo debido a que tiene naturaleza multidimensional. Ceballos et al indican que existen diversos procedimientos para medirla.

Así, tenemos las medidas fisiológicas como la tasa cardiaca o el rendimiento, las medidas de tarea múltiple y, por último, las medidas subjetivas. Estas últimas permiten valorar el nivel de carga mental cuando se realiza una tarea, planteando que hay una relación con las exigencias objetivas de ésta. Entre sus ventajas está su fácil uso, la aceptación de la persona y los pocos requisitos para implementarlas, como es la Escala Subjetiva de Carga Mental de Trabajo (ESCAM) de Rolo et al<sup>(35)</sup>.

Para medir la carga mental percibida o subjetiva de la persona que participa en una tarea se cuenta también con el cuestionario NASA-TLX (*Task Load Invenx*) que tiene seis dimensiones y muestra validez comprobada y fácil uso. Este instrumento está validado en español y calcula una puntuación global de la carga, considerando dimensiones como el esfuerzo, la demanda mental, física y temporal, el rendimiento y la frustración<sup>(36,37)</sup>.

Otros procedimientos subjetivos multidimensionales muy utilizados para evaluar la carga mental son el SWAT (*Subjective Workload Assessment Technique*) y el WP (*Workload Profile*)<sup>(27,32)</sup>.

**Efectos de la carga mental.** Delliaux et al<sup>(38)</sup> resumen que es conocido que la carga mental de trabajo altera la función cardiovascular, lo que lleva a un incremento del riesgo cardiovascular. Así, al citar trabajos previos, señala que, aunque no puede determinarse como causa absoluta, la tensión laboral que se genera incrementa el riesgo de enfermedad coronaria e hipertensión. La carga mental de trabajo elevada incrementa el pulso y la tensión arterial.

La carga de trabajo mental tiene correlación emocional, como vimos en un párrafo anterior. En general, el esfuerzo que se asocia a la carga mental es hedónicamente negativo e incrementa la excitación general. Indirectamente,

la carga hace a las tareas subjetivamente más difíciles y provoca más errores, lo que puede implicar más frustración y un menor sentido de autoeficiencia, según señala García Mas et al<sup>(20)</sup> al revisar investigaciones anteriores.

Por otro lado, Ceballos et al<sup>(35)</sup> encuentran literatura que corrobora afectación de la calidad de vida cuando se presenta carga mental extrema. Así, en la sobrecarga mental se sobrepasa la capacidad y experiencia de la persona; en la subcarga, las tareas a realizar son escasas y tienen un bajo nivel de exigencia mental. Ambas situaciones extremas tienen consecuencias e incluyen riesgos psicosociales como el estrés y el síndrome de *burnout*.

Investigaciones sobre carga mental arrojan diferentes resultados que motivan el interés de generar más estudios para abordar esta situación a detalle. Así por ejemplo, Bustamante et al<sup>(34)</sup>, en su evaluación sobre carga mental laboral en 16 enfermeros de un hospital mexicano, hallaron a través de una escala que eran susceptibles de realizar tareas múltiples con exigencias mentales considerables, aunque sin significar un riesgo para la salud. Sin embargo, la principal consecuencia negativa fue el agotamiento, mientras que Ceballos-Vásquez et al<sup>(39)</sup>, en Chile, encontraron en 111 enfermeras/os de unidades críticas la percepción de factores psicosociales inadecuados y sobrecarga mental de trabajo en varias de sus dimensiones.

Alarcón et al<sup>(36)</sup> publicaron hace dos años una investigación sobre carga mental en 28 deportistas semiprofesionales, encontrando que la presencia de carga física simultánea a la carga mental tuvo un efecto negativo en la precisión de las jugadas. En su revisión de información informa sobre el uso de la doble tarea para distraer la atención, un paradigma utilizado anteriormente. Además, la literatura que revisó nos hace ver que constituye un problema no verificar el grado de carga mental. Por otro lado,

la incertidumbre generada podría suponer un mayor consumo de recursos adicionales relacionados al desempeño. Otro aspecto que infiere se vincula con que la carga mental generada por tareas motoras y cognitivas en una doble tarea o distracción generarían, al producirse un error, un estado de incomodidad.

En el plano de la docencia, Ormaza-Murillo et al<sup>(40)</sup> publicaron en 2019 una investigación en Ecuador sobre carga mental en seis profesores a tiempo completo de una escuela superior politécnica, encontrando un nivel elevado, atribuido probablemente a aspectos como la fusión de actividades y al tiempo y exigencia de las tareas cotidianas, representadas por la planificación de clases y actividades complementarias, además del propio ejercicio de la docencia y la participación en comisiones. A su vez, identificaron sentimientos de frustración, cansancio físico y mental, irritabilidad, afectación de relaciones personales y cefaleas, entre otros aspectos. Al aplicar un test de sentimiento subjetivo de fatiga al terminar su horario de trabajo, el 85% sentía cansancio en cuerpo y extremidades inferiores y más de la mitad deseo de acostarse, seguido del cansancio al hablar. Dentro de los factores que causaron mayor fatiga, se identificaron el tipo de organización y los conflictos internos. Por otro lado, el 67% creyó que era difícil abandonar el trabajo por unos minutos. Este último aspecto fue señalado en nuestra revisión como fatiga psicológica por estar vinculada a la responsabilidad del trabajador.

## DISCUSIÓN

Los riesgos psicosociales son inherentes a esta época de cambios en el trabajo, a lo que se suma la pandemia por Covid-19, siendo el distanciamiento social una respuesta a la amenaza sanitaria. Se ha incrementado de forma inesperada el teletrabajo que, para muchas personas, ha sido una experiencia nueva que, aunque puede generar beneficios, muestra también una

serie de desventajas que pueden comprometer la salud mental. Estas desventajas no necesariamente se presentarán en todos los teletrabajadores, pero diversas características personales, de la tarea y del ambiente del hogar pueden jugar un papel negativo para el entorno laboral.

La fatiga tiene naturaleza multicausal y su definición debe adecuarse según el enfoque que determine su abordaje. La fatiga laboral debe enfrentarse como un riesgo psicosocial y obedece directamente a las características de afectación del entorno laboral, donde también podría incluirse la pandemia. Adicionalmente, la carga mental se relaciona directamente con su probable aparición.

Los trabajadores deben hacer frente hoy en día a exigencias mentales mayores para el desarrollo de su actividad, a las que no escapa el teletrabajador, además de experimentar factores adicionales que inciden en la carga mental, como son los psicosociales, originándose la multitarea como reflejo del exceso de carga mental. La carga mental de trabajo puede presentarse en sus extremos como sobrecarga o subcarga, y ambas afectan la calidad de vida del trabajador. La fatiga y la carga laboral deben considerarse, entonces, como aspectos preocupantes para los teletrabajadores que necesitan ser vigilados, con el propósito de cuidar la calidad de vida laboral.

Como limitaciones de este trabajo, señalar que la escasez de información científica actualizada que conjugara la fatiga y la carga mental de trabajo simultáneamente, y específicamente en época de distanciamiento social, fue considerable, probablemente por el tiempo reciente de su vigencia, lo que nos condicionó a buscar literatura en forma separada. Sin embargo, se logró la fusión adecuada de las partes de interés, logrando un trabajo equilibrado que cumplió con nuestro objetivo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gil-Monte P. Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2012; 29(2):237-41.
2. Ministerio de Salud. Guía técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19. Lima (PER): MINSA; 2020. 32 p.
3. Organización Mundial de la Salud. Declaración conjunta de la ICC y la OMS: Un llamamiento a la acción sin precedentes dirigido al sector privado para hacer frente a la COVID-19. [Internet]. OMS; Mar 2020 [citado 29 Jun 2020]. 1 p. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/16-03-2020-icc-who-joint-statement-an-unprecedented-private-sector-call-to-action-to-tackle-covid-19>.
4. Associació Catalana de Salut Laboral. Criterios para la gestión de personas especialmente vulnerables y trabajadores/as especialmente sensibles frente al SARS-CoV-2 en las empresas de Cataluña en el contexto de pandemia. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2020; 23(2):234-252.
5. De la Torre C. ¿Un Derecho Laboral de emergencia?: análisis del impacto laboral del COVID 19. El impacto macroeconómico del COVID 19 y su incidencia en el empleo a nivel global. *CH* 2020; 353: 171-179.
6. Giorgi G, Lecca L, León-Perez J, Pignata S, Topa G, Mucci N. Emerging Issues in Occupational Disease: Mental Health in the Aging Working Population and Cognitive Impairment—A Narrative Review. *BioMed Research International* [Internet]. 2020, [citado 29 Jun 2020]; Doc No. 1742123 [aprox 6 pantallas]. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=da147fb7-722e-4482-a0da-2ef941fdea0a%40sdc-v-sessmgr02>.
7. Ippoliti F, Corbosiero P, Canitano N, Massoni F, Ricciardi M, Ricci L et al. Work-related stress, over nutrition and cognitive disability. *Clin Ter* 2017; 168(1): 42-47.
8. Gareca M, Verdugo R, Briones J, Vera A. Salud Ocupacional y Teletrabajo. *Cienc Trab*. 2007; 9(25):85-88.

9. Vicente-Herrero M, Torres J; Torres A, Ramírez M, Capdevila L. El teletrabajo en salud laboral. *Revista CES Derecho* 2018; 9(2):287-297.
10. World Economic Forum. Teletrabajar en tiempos de COVID-19: ¿están nuestros hogares preparados?. [Internet]. *Foro Económico Mundial*; Jun 2020 [citado 16 Jul 2020]. 1 p. Disponible en: <https://es.weforum.org/agenda/2020/06/teletrabajar-en-tiempos-de-covid-19-estananuestros-hogares-preparados/>.
11. Santillán W. El teletrabajo en el COVID-19. *CienciAmérica* 2020; 9(2): 65-76.
12. Lampert M, Poblete M. Efectos positivos y negativos del teletrabajo sobre la salud. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile/BCN* 2018; 117515: 1-9.
13. Pires D. Teletrabajo en Brasil. Reflexiones sobre la protección de la salud del trabajador frente a la isonomía del trabajo presencial. *Revista de Derecho, Comunicaciones y Nuevas Tecnologías* 2014; 12: 1-20.
14. Baert S, Lippens L, Moens E, Sterkens P, Weytjens J. The COVID-19 Crisis and Telework: A Research Survey on Experiences, Expectations and Hopes [Internet]. Bonn: IZA – Institute of Labor Economics; 2020 [citado 16 Ago 2020]. (Discussion paper series; No. 13229). Disponible en: <http://ftp.iza.org/dp13229.pdf>.
15. Cárdenas D, Conde-González J, Perales J. La fatiga como estado motivacional subjetivo. *Rev Andal Med Deporte*. 2017; 10(1):31-41.
16. Murga I, Lafuente J. De la neurastenia a la enfermedad postesfuerzo: evolución de los criterios diagnósticos del síndrome de fatiga crónica/encefalomielitis miálgica. *Aten Primaria*. Forthcoming 2019.
17. Pan American Health Organization, World Health Organization. Capítulo XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00–R99) [Internet]. Washington (D.C.): PAHO; [2020] - [citado 17 Jun 2020]. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/chapters/CAP18.html>.
18. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (ES). NTP 445: Carga mental de trabajo: fatiga [Internet]. [Madrid]: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (ES); [1998?] [citado 28 Jun 2020]. [aprox. 5 p.]. Disponible en: [https://www.insst.es/documents/94886/326962/ntp\\_445.pdf/a0a57c8d-2ae3-445b-b525-b57d0ad54592](https://www.insst.es/documents/94886/326962/ntp_445.pdf/a0a57c8d-2ae3-445b-b525-b57d0ad54592).
19. Smartt C, Medhin G, Alem A, Patel V, Dewey M, Prince M et al. Fatigue as a manifestation of psychosocial distress in a low-income country: a population-based panel study. *Tropical Medicine and International Health* 2016; 21(3): 365–372.
20. García-Mas A, Ortega E, Ponsetic J, de Teresa C, Cárdenas D. Workload and cortisol levels in helicopter combat pilots during simulated flights. *Rev Andal Med Deporte*. 2016; 9(1):7-11.
21. Habibi E, Najafi F, Yadegarfar G, Dehghan H. The effect of mental work load on personals' sleep quality and reaction time, on the hospitals' laboratories of Isfahan. *Revista Latinoamericana de Hipertensión* 2018; 13(3):259-264.
22. Chaudhuri A, Behan P. Fatigue and basal ganglia. *J Neurol Sci*. 2000; 179 (1-2): 34-42.
23. Alastruey J, Barreira R, Benito-Butrón J, Collantes P, Díaz J, Escartín J et al. La salud mental de las y los trabajadores. 1ª. ed. Madrid (ES): LA LEY; c2012. 493 p.
24. Boada-Grau J, Ficapal-Cusí P. Salud y Trabajo. Los nuevos y emergentes riesgos psicosociales. Barcelona: Editorial UOC; 2012. 202 p.
25. MAD. Temario. Técnico especialista en radiodiagnóstico de atención primaria del Instituto Catalán de la Salud. Sevilla (ES): Editorial MAD; 2006. 592 p.
26. Díaz C. Actividad Laboral y Carga Mental de Trabajo. *Ciencia & Trabajo* 2010; 12(36):281-292.

27. Durán-Coronado A, Maldonado-Macías A, Barajas-Bustillos M, Hernández-Arellano J. Análisis cognitivos de carga mental e identificación del error humano para mejorar la experiencia de usuario. *CienciaUAT* 2019; 14(1): 71-84.
28. García O, del Hoyo A. La carga mental de trabajo. Madrid (ES): Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; [fecha desconocida]. 53 p.
29. Díaz D, Hernández E, Rolo G. Guías de intervención. Carga mental de trabajo. Madrid [ES]: Editorial Síntesis S.A.; [2012]. 194 p.
30. Díaz C. Carga Mental. *Laboreal* 2013; 9(1):109-112.
31. Gobierno de España, Ministerio de Trabajo y Economía Social, Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Qué es [Internet]. Madrid: IN SST; [actualizado 2020; citado 19 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.insst.es/-/que--2>.
32. Gómez E, Salazar E, Domínguez E, Iborra O, de la Fuente J, Córdoba M. Neurotermografía y termografía psicosomática. Granada [ES]: Ediciones Fundación Internacional Artecittà; [2015]. 243 p.
33. Bustamante M, Maldonado A, García J, Hernández J, Trillo V, Loreto N. Evaluación de carga mental de trabajo en profesionales de enfermería del turno vespertino de un hospital público de Ciudad Juárez, Chihuahua. *CULCyT* 2015; 12(56): 208-215.
34. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020; 37(2):327-34.
35. Ceballos-Vásquez P, Rolo-González G, Díaz-Cabrera D, Paravic-Klijn T, Burgos-Moreno M, Barriga O. Validación de la Escala Subjetiva de Carga mental de trabajo (ESCAM) en profesionales de la salud de Chile\*. *Univ. Psychol*. 2016; 15(1): 261-270.
36. Alarcón F, Castillo-Díaz A, Madinabeitia I, Castillo-Rodríguez A, Cárdenas D. La carga mental deteriora la precisión del pase en jugadores de fútbol. *Revista de Psicología del Deporte* 2018; 27(2): 155-164.
37. Díaz E, Rubio S, García J, Luceño L. Estudio Psicométrico del Índice de Carga Mental NASA-TLX con una Muestra de Trabajadores Españoles. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2010; 26, (3):191-199.
38. Delliaux S, Delaforge A, Deharo J, Chaumet G. Mental Workload Alters Heart Rate Variability, Lowering Non-linear Dynamics. *Frontiers in Physiology* 2019; 10(565): 1-14.
39. Ceballos-Vásquez P, Rolo-González G, Hernández-Fernaud E, Díaz-Cabrera D, Paravic-Klijn T, Burgos-Moreno T. Factores psicosociales y Carga mental de trabajo: una realidad percibida por enfermeras/os en Unidades Críticas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2015; 23(2):315-22.
40. Ormaza-Murillo M, Zambrano-Rivera A, Zamora-Napa S, Parra-Feré C, Félix-López M. Carga mental de profesores de la Escuela Superior Politécnica Agropecuaria de Manabí. *Ingeniería Industrial* 2019; 40(1):3-13.



## COLABORACIÓN ESPECIAL

Recibido: 14 de mayo de 2020

Aceptado: 5 de junio de 2020

Publicado: 12 de junio de 2020

## INFLUENCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA DURANTE EL CONFINAMIENTO EN LA PANDEMIA DEL COVID-19 SOBRE EL ESTADO PSICOLÓGICO DE ADULTOS: UN PROTOCOLO DE ESTUDIO

Alba Camacho-Cardenosa (1), Marta Camacho-Cardenosa (1), Eugenio Merellano-Navarro (2), Átila A. Trapé (3) y Javier Brazo-Sayavera (4)

(1) Facultad de Ciencias del Deporte. Universidad de Extremadura. Cáceres. España.

(2) Facultad de Educación. Universidad Autónoma de Chile. Talca. Chile.

(3) School of Physical Education and Sport of Ribeirão Preto. University of Sao Paulo. Ribeirão Preto. Brasil.

(4) Centro Universitario Regional Noreste. Universidad de la República. Rivera. Uruguay.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

### RESUMEN

La pandemia del coronavirus ha dado lugar a unas restricciones sin precedentes en las rutinas y la actividad física de la población. Prolongadas estancias en casa podrían generar miedo, pánico, ansiedad y estados de depresión, los cuales pueden a su vez generar estilos de vida sedentarios. Por ello, ante esta situación excepcional de cuarentena generada por la enfermedad del Covid-19, puede ser relevante determinar cuál es el estado psicológico de la población, así como la influencia que el nivel de ejercicio físico desarrollado en casa puede tener sobre estos parámetros. Para ello, se está elaborando un estudio multicéntrico, transversal y observacional, desarrollado en 12 países iberoamericanos e involucrando a 3.096 personas, a través de una técnica de muestreo de bola de nieve. Los datos serán recogidos entre marzo y agosto de 2020 por medio de cuestionarios electrónicos que incluirán: datos demográficos, estado de salud, impacto psicológico del brote de Covid-19, estado mental, y nivel de actividad física. El estudio será desarrollado siguiendo los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y siguiendo las consideraciones éticas de la investigación clínica. Los datos recogidos serán divididos en diferentes publicaciones científicas, las cuales serán sometidas a procesos de revisión por pares de revistas de alto impacto, así como a congresos internacionales de relevancia científica. Número de registro de ensayos clínicos: NCT04352517.

**Palabras clave:** Coronavirus, Pandemia, Ejercicio, Salud mental, Metodología.

### ABSTRACT

#### Influence of physical activity during outbreak on psychological states in adults in the Covid-19 pandemic: a study protocol

This coronavirus pandemic has placed unprecedented restrictions on people's physical activity and routines. Prolonged home stays may lead to fear, panic, anxiety, and depression states, which in turn, can drive to a reduction of active lifestyles. Hence, determining the psychological response in the general population, and the influence level of home-based physical activity development could be relevant during this exceptional Covid-19 disease quarantine period. A multicenter, cross-sectional, and observational study design will be conducted in 12 Iberoamerican countries expecting to enroll 3,096 participants, through a snowball sampling technique. The study started on March 15th, 2020, and it is expected to be completed in August 2020 through online survey that will include demographic data, health status, psychological impact of the Covid-19 outbreak, mental health status, and level of physical activity. This study will be conducted following the principles established by the protocol, the Declaration of Helsinki, and the Ethical Guidelines for Clinical Research. Data from the study will be disseminated in manuscripts for submission to peer-reviewed journals as well as in abstracts for submission to relevant conferences. Trial registration number: NCT04352517, pre-results.

**Key words:** Coronavirus infection, Pandemics, Exercise, Mental Health, Methodology.

## INTRODUCCIÓN

El actual brote de coronavirus (Covid-19) se ha convertido en el principal titular de salud en el mundo moderno, causando gran pánico y preocupaciones en las administraciones públicas. El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la Covid-19 como una “*Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional*”, y el 11 de marzo de 2020 se declaró como una pandemia. El 13 de marzo de 2020, Europa se convirtió en el epicentro, y todos los países sudamericanos tuvieron al menos un caso. Cuatro meses más tarde, la Covid-19 se convirtió en una pandemia con más de 1.840.000 casos confirmados a fecha de 14 de abril de 2020, y 117.000 muertes en todo el mundo.

Las autoridades sanitarias, incluida la OMS<sup>(1)</sup>, emitieron como recomendaciones de seguridad simples precauciones para reducir la exposición y la transmisión del virus, siendo la permanencia en el hogar una actuación fundamental para evitar la amplia propagación del virus. Lamentablemente, las directivas obligatorias contra los viajes y la participación en actividades al aire libre interrumpirían inevitablemente las actividades rutinarias diarias de decenas de millones de personas<sup>(2)</sup>. En consecuencia, las estancias prolongadas en el hogar pueden provocar miedo, pánico, ansiedad y depresión generalizados<sup>(3,4)</sup>, lo que podría llevar finalmente a un estilo de vida sedentario. La actividad física se ha relacionado con mejoras en la salud mental, y se considera una de las formas más naturales y accesibles de lograrlas<sup>(5)</sup>. Además, otras áreas relacionadas con la salud pueden beneficiarse del ejercicio. Por ejemplo, podría reducir el riesgo de contraer la infección vírica, mantener los niveles de peso, y apoyar la prevención y el tratamiento continuo de enfermedades crónicas<sup>(6)</sup>.

La literatura científica aporta pruebas sobre diferentes facilitadores<sup>(2)</sup> que indican que las

personas tienen que estar físicamente activas y mantener el bienestar social, físico y mental para lograr una buena calidad de vida, y cómo la falta de éste repercute en estilos de vida inactivos<sup>(7)</sup>. Por lo tanto, se formula la hipótesis de que las personas con un nivel de actividad física reducido tendrán más dificultades para modificar el comportamiento inactivo. Dadas estas circunstancias, se recomendaría entonces estar físicamente activo durante la cuarentena para prevenir este tipo de desafíos después del período de aislamiento. Por lo tanto, aunque la cuarentena es una medida segura y prioritaria, puede tener consecuencias adversas no deseadas para la salud<sup>(4,8)</sup>.

Estos esfuerzos por evitar la transmisión del virus de persona a persona pueden conllevar un excesivo tiempo sentado, reclinado o tumbado para realizar actividades mediante una pantalla (videojuegos, televisión, dispositivos móviles), así como a que se reduzca el gasto de energía, lo que en consecuencia daría lugar a una gama cada vez más amplia de afecciones crónicas de salud<sup>(9)</sup>. Por ejemplo, la conocida compañía Fitbit®, que fabrica productos de fitness, informó recientemente de una importante disminución en el número de pasos dados por sus usuarios en todo el mundo (a mediados de marzo de 2020), principalmente en los países con mayor número de casos infectados<sup>(10)</sup>. Por lo tanto, hay una sólida justificación para continuar la actividad física en el hogar, a fin de mantenerse saludable y prevenir una amplia gama de problemas psicológicos y corporales durante los brotes de infección, así como los efectos postraumáticos posteriores a la cuarentena<sup>(2,3)</sup>.

Aunque existe información sobre el impacto psicológico y la salud mental del público en general durante el pico epidémico de Covid-19<sup>(11,12)</sup>, se necesita urgentemente una comprensión oportuna del estado de la salud mental de los países iberoamericanos<sup>(13)</sup>, ya que existe una falta de información sobre

estas regiones. Hasta donde sabemos, ninguna investigación ha examinado el impacto psicológico y social que la Covid-19 tiene en la población iberoamericana general, basado en el nivel de actividad física durante la cuarentena. A la luz de los argumentos anteriores, este estudio pretendió determinar las respuestas psicológicas de la población iberoamericana y comprender su nivel de ansiedad, depresión y estrés durante el período de cuarentena de Covid-19, así como la forma en que el nivel de actividad física durante este período excepcional podría influir en ellas.

## MÉTODOS Y ANÁLISIS

**Diseño y herramientas.** Este estudio transversal, multicéntrico y observacional involucrará a 3.096 participantes en 12 países (figura 1). La recopilación de datos se llevará a cabo durante el período de confinamiento, después de que la OMS declarara el Covid-19 como una emergencia de salud pública de interés internacional. El estudio comenzó el 15 de marzo de 2020, y se espera que esté terminado en agosto de 2020. El estado actual de registro de cada uno de los países incluidos en el estudio aparece actualizado en el registro de ensayos clínicos (NCT04352517, versión 2, 21 de abril de 2020).

**Participantes.** Dado que los gobiernos recomiendan reducir al mínimo el contacto personal y poner en práctica el aislamiento en el hogar, los posibles encuestados están siendo invitados a participar electrónicamente en el estudio. Se está utilizando una técnica de muestreo de bola de nieve, centrada en el reclutamiento del público en general que vive en los países iberoamericanos durante la pandemia de Covid-19. Los participantes pueden participar en el estudio si tienen más de 18 años de edad y viven en países iberoamericanos durante la situación de cuarentena debida a Covid-19.

### Proceso:

**Objetivos del estudio y recopilación de datos.** La tabla 1 resume los objetivos primarios y secundarios de este estudio. La recopilación de datos se lleva a cabo desde el inicio del confinamiento hasta el cese del mismo. Para la elección de las encuestas que integran este estudio fueron revisadas investigaciones anteriores sobre las repercusiones psicológicas del SARS y brotes de gripe<sup>(8)</sup>. El cuestionario estructurado consiste en preguntas que abarcan varias esferas:

- i) Datos demográficos.
- ii) Estado de salud físico.
- iii) Repercusiones psicológicas del brote de Covid-19.
- iv) Estado de salud mental.
- v) Nivel de actividad física.

En la tabla 2 se resumen los datos que conforman el presente estudio.

### Evaluación:

**Demografía e historia médica.** Esta variable se mide para recopilar datos sociodemográficos sobre el género, la edad, la situación parental, el estado civil, la ubicación residencial, el tamaño del hogar, la educación y la situación laboral. El estado de salud incluye variables de síntomas físicos, variables de utilización de servicios de salud e historial de contacto con la pandemia en los últimos 14 días. Las variables de los síntomas físicos incluyen fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, mialgia, tos, dificultad para respirar, mareos, rinitis y dolor de garganta, así como fiebre persistente, tos o dificultad para respirar. Las variables de utilización de los servicios de salud incluyen la consulta de un médico en

**Figura 1**  
**Participantes y países que intervienen en el estudio.**



**Tabla 1**  
**Objetivos primarios y secundarios.**

<p><b>Objetivos primarios</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar la influencia del nivel de AF sobre el impacto psicológico del confinamiento por el COVID-19.</li> <li>- Determinar la influencia del nivel de AF sobre la salud mental durante el confinamiento por el COVID-19.</li> </ul>
<p><b>Objetivos secundarios</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer la posible influencia de las características demográficas sobre el impacto psicológico del confinamiento por el COVID-19 en base al nivel de AF.</li> <li>- Conocer la posible influencia de las características demográficas sobre la salud mental durante el confinamiento por el COVID-19 en base al nivel de AF.</li> <li>- Determinar los efectos del historial médico desarrollado durante 14 días sobre el impacto psicológico del confinamiento por COVID-19 en base al nivel de AF.</li> <li>- Determinar los efectos del historial médico desarrollado durante 14 días sobre la salud mental durante el confinamiento por COVID-19 en base al nivel de AF.</li> </ul>

AF: actividad física.

**Tabla 2**  
**Datos recogidos en el estudio.**

<b>Datos demográficos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Género</li> <li>- Edad</li> <li>- Estado parental</li> <li>- Estado civil</li> <li>- Localización</li> <li>- Tamaño del hogar</li> <li>- Nivel educativo</li> <li>- Estado laboral</li> </ul>
<b>Historial médico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntomas físicos</li> <li>- Consulta médica</li> <li>- Ingreso hospitalario</li> <li>- Sometido a prueba de COVID-19</li> <li>- Contacto con una persona contagiada</li> <li>- Días de cuarentena</li> <li>- Horas de estancia en casa por día</li> </ul>
<b>Impacto psicológico (IES-R)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evasión</li> <li>- Intrusión</li> <li>- Hiperactivación</li> </ul>
<b>Estado Salud Mental (DASS-21)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depresión</li> <li>- Ansiedad</li> <li>- Estrés</li> </ul>
<b>Nivel de Actividad Física (IPAQ)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de AF</li> </ul>

IES-R: escala revisada de impacto del estresor; DASS-21: escala de depresión, ansiedad y estrés; IPAQ: cuestionario internacional de AF; AF: actividad física.

una clínica, el ingreso en un hospital y la realización de pruebas de Covid-19. Las variables de la historia de contacto incluyen el contacto cercano e indirecto con un caso confirmado de Covid-19 y el contacto con un caso sospechoso de Covid-19 o con materiales infectados. Finalmente, se recogen los días y horas de cuarentena en casa por día.

**Impacto psicológico del Covid-19.** Esta variable se mide usando la Escala Revisada del Impacto del Estresor (IES-R). Se trata de un cuestionario autoadministrado y bien validado para la población latinoamericana para determinar

el alcance del impacto psicológico después de la exposición a una crisis de salud pública, a una semana de la misma<sup>(14)</sup>. Este cuestionario de 22 ítems comprende tres subescalas y tiene como objetivo medir la evitación media, la intrusión y la hiperactivación<sup>(15)</sup>. El puntaje total del IES-R se divide en 0-23 (normal), 24-32 (impacto psicológico leve), 33-36 (impacto psicológico moderado) y >37 (impacto psicológico severo)<sup>(16,17,18)</sup>.

**Estado de salud mental.** Esta variable se mide utilizando la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), y los cálculos de las

puntuaciones se basan en estudios anteriores<sup>(8)</sup>. Las preguntas 3, 5, 10, 13, 16, 17, y 21 se refieren a la subescala de depresión. La puntuación de la subescala de depresión total se divide en normal (0-9), depresión leve (10-12), depresión moderada (13-20), depresión severa (21-27) y depresión extremadamente severa (28-42). Las preguntas 2, 4, 7, 9, 15, 19, y 20 son sobre la subescala de ansiedad. La puntuación de la subescala de ansiedad total se divide en normal (0-6), ansiedad leve (7-9), ansiedad moderada (10-14), ansiedad grave (15-19), y ansiedad extremadamente grave (20-42). Las preguntas 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18 versan sobre la subescala de estrés. El puntaje total de la subescala de estrés se divide en normal (0-10), estrés leve (11-18), estrés moderado (19-26), estrés severo (27-34) y estrés extremadamente severo (35-42). El DASS ha demostrado ser una medida fiable y válida para evaluar la salud mental de la población iberoamericana<sup>(19,20,21)</sup>. Esta herramienta fue utilizada anteriormente en la investigación del SARS<sup>(8)</sup>.

**Nivel de actividad física.** Esta variable se mide usando la versión corta del Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ). El equivalente metabólico de la actividad física total de los minutos de tarea (MET) por semana se calcula a través de la siguiente fórmula: la suma de las puntuaciones de la caminata + moderada + vigorosa MET-minutos/semana<sup>(22)</sup>. Utilizando las directrices para el procesamiento y análisis de datos del IPAQ, los participantes se dividen en aquellos que son activos ( $\geq 600$  MET-minutos/semana) y aquellos que no lo son ( $< 600$  MET-minutos/semana) suficientemente activos. El IPAQ fue validado en poblaciones adultas de diferentes países con una validez (según Spearman,  $p=0,30$ ; 95% CI:0,23-0,36) y confiabilidad (según Spearman,  $p=0,81$ ; 95% CI:0,79-0,82)<sup>(23)</sup> aceptables.

### **Análisis estadísticos:**

**Tamaño muestral.** La técnica de muestreo de la bola de nieve se emplea para seleccionar los

sujetos y, de esta forma, testar la hipótesis de que el nivel de actividad física tiene un impacto positivo sobre las respuestas psicológicas, así como sobre sus niveles de ansiedad, depresión y estrés durante el período de cuarentena de Covid-19 en la población iberoamericana. Se trata de un método especial no probabilístico utilizado a menudo por los investigadores en poblaciones de difícil acceso. Al igual que otros métodos de muestreo no probabilísticos, el principal inconveniente del muestreo de bola de nieve es el sesgo de muestreo, lo que genera una limitación de la capacidad de generalizar los resultados del estudio<sup>(24)</sup>. Para compensar estas deficiencias, diversas estrategias son llevadas a cabo para conseguir una buena selección inicial de individuos que garantice que cualquier subgrupo existente sea accesible en la red de contactos de los individuos iniciales:

- i) Estrategia de difusión por correo electrónico, redes sociales, aplicaciones para teléfonos móviles, infografía y vídeos.
- ii) Comunicación con comunidades socioculturales, universidades, grupos de redes sociales y medios de comunicación digital de diversas zonas geográficas.
- iii) Contacto con conocidos personales para alentarlos a compartir el estudio con otros en toda la comunidad.
- iv) Búsqueda de voluntarios mediante contactos iniciales.
- v) Recoger una muestra dos veces mayor que el tamaño de la muestra para un muestreo aleatorio simple<sup>(25)</sup>.

Por lo tanto, se necesitan 258 participantes de cada país, aceptando riesgos alfa y beta de 0,05 y 0,2, respectivamente, con un tamaño de efecto  $>0,50$  (grande), una tasa de pérdida de no respuesta estimada del 20% y un efecto del diseño de 2,0.

**Análisis.** Las características sociodemográficas, los síntomas físicos, las variables de utilización de los servicios de salud y las variables adicionales de información sobre la salud son calculadas a través de estadísticos descriptivos. Los porcentajes de respuesta se calculan en función del número de encuestados por respuesta, en relación con el número de respuestas totales a una pregunta. Las puntuaciones de las subescalas IES-R y DASS-21 se expresan como media y desviación estándar. Se utilizan regresiones logísticas para calcular las asociaciones univariantes entre las características sociodemográficas, los síntomas físicos y las variables de utilización de los servicios de salud, el historial de contactos, la información sanitaria adicional, la puntuación IES-S, así como las subescalas del DASS-21 (en base al nivel de actividad física). Todas las pruebas son de dos colas, con un nivel de significación de  $p < 0,05$ . El análisis estadístico se realiza utilizando el programa estadístico SPSS Statistic, 21.0.

## ÉTICA Y DIVULGACIÓN

Este estudio es llevado a cabo siguiendo los principios establecidos por el protocolo, la Declaración de Helsinki, las Directrices Éticas para la Investigación Clínica<sup>(26)</sup>, así como las leyes y reglamentos pertinentes. Los investigadores se aseguran de que todas las presentaciones reglamentarias necesarias se realicen de acuerdo a las reglamentaciones locales, incluidas las directrices locales de protección de datos. Se obtuvieron las aprobaciones éticas de todos los países que participan en el estudio.

El equipo de investigación será responsable de la presentación de informes y la interpretación del estudio, incluidos los análisis de datos provisionales y los análisis de subgrupos. Los datos del estudio se difundirán en manuscritos para su presentación a revistas de revisión por pares, así como a través de resúmenes para su presentación a las conferencias pertinentes.

## DISCUSIÓN

Este estudio tiene como objetivo determinar las respuestas psicológicas en la población iberoamericana general para comprender el nivel de ansiedad, depresión y estrés durante el período de cuarentena de Covid-19, y cómo el nivel de actividad física durante este período excepcional puede influir en ellas.

La actividad física y el ejercicio demuestran ser una verdadera “polipíldora” debido a los beneficios preventivos y terapéuticos que tienen, tanto en la salud mental como en la física<sup>(27)</sup>. El ejercicio podría ser especialmente importante durante este período de cuarentena para mantener la función fisiológica y preservar los diferentes sistemas del organismo. También podría ser beneficioso para reducir las consecuencias mentales y físicas sobre la Covid-19<sup>(28)</sup>. Por lo tanto, la idea no es ni interrumpir ni cambiar el estilo de vida de las personas durante la cuarentena, sino mantener una rutina activa en el hogar mediante ejercicios seguros, sencillos y fáciles de aplicar, así como bien adaptados a la lucha contra las consecuencias negativas de esta pandemia para la salud de la mayoría de la población<sup>(2,28)</sup>.

Sin embargo, hasta la fecha no hay ninguna investigación que estudie el impacto psicológico y social real que la Covid-19 tiene en la población iberoamericana general, teniendo en cuenta el nivel de actividad física durante la cuarentena. Por lo tanto, los resultados obtenidos de este estudio serán esenciales para determinar el efecto real de la cuarentena en la salud mental de las personas que viven en estas regiones, y para llevar a cabo las intervenciones pertinentes para revertir los malos resultados cuando se comparen los datos entre países. También representaría un punto de partida para diseñar o ajustar los programas de promoción y prevención de la salud durante este período excepcional. El resultado

de este estudio supondrá una oportunidad para que las organizaciones públicas y privadas obtengan datos de referencia útiles para diseñar estrategias novedosas que satisfagan las necesidades detectadas, así como para prevenir y reducir las consecuencias derivadas de la pandemia mediante programas de ejercicio.

Las limitaciones del estudio incluyen la naturaleza de observación abierta. Por lo tanto, los datos recogidos pueden no ser tan resistentes como los estudios controlados a ciegas. Sin embargo, son bien conocidos los problemas que plantea la realización de estudios controlados a largo plazo. Los estudios observacionales realizados hasta la fecha se vieron limitados por diversos factores, entre ellos el número de participantes, los países participantes y el alcance y duración de la recogida de datos. Una muestra de 250 sujetos por país podría ser insuficiente y no ser representativa de la población confinada durante la pandemia de Covid-19 para realizar estimaciones precisas de la actividad física o el estado psicológico, por sexo y edad, en cada país durante el periodo de confinamiento pandémico. Además, otra limitación del estudio es que quedan excluidas las personas que no tienen acceso a la tecnología, debido a la situación actual de emergencia sanitaria. Por consiguiente, se prevé que los datos de este estudio serán muy valiosos.

Entre los retos se incluye el reclutamiento de pacientes en múltiples países y lugares, lo cual es particularmente difícil en esta situación de aislamiento excepcional que experimentan las personas.

En resumen, este estudio mejorará la comprensión de las consecuencias reales y la gravedad de la Covid-19 en la salud mental, según el nivel de actividad física del conjunto de las personas que viven en los países iberoamericanos. Los resultados de este estudio podrían ser útiles para gestionar y diseñar intervenciones

y estrategias para prevenir y reducir las consecuencias negativas de los periodos de cuarentena. Además, se propondrán orientaciones a partir de los resultados al sector privado y al público y, de ese modo, evaluar o modificar las políticas y estrategias actuales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Novel coronavirus (2019-nCoV) advice for the public.
2. Chen P, Mao L, Nassis GP, Harmer P, Ainsworth BE, Li F. Wuhan coronavirus (2019-nCoV): The need to maintain regular physical activity while taking precautions. *Journal of Sport and Health Science*. 2020.
3. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020.
4. Zhang J, Wu W, Zhao X, Zhang W. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precis Clin Med*. 2020.
5. Poirel E. Bienfaits psychologiques de l'activité physique pour la santé mentale optimale. *Sante Ment Que*. 2017.
6. Fallon K. Exercise in the time of COVID 19. *Aust J Gen Pract* [Internet]. 2020 Apr 22; 0:0. Disponible en: <https://www1.racgp.org.au/ajgp/coronavirus/exercise-in-the-time-of-covid-19>.
7. Mikkelsen K, Stojanovska L, Polenakovic M, Bosevski M, Apostolopoulos V. Exercise and mental health. *Maturitas*. 2017.
8. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020.

9. Owen N, Sparling PB, Healy GN, Dunstan DW, Matthews CE. Sedentary behavior: Emerging evidence for a new health risk. *Mayo Clinic Proceedings*. 2010.
10. Fitbit Staff. The Impact Of Coronavirus On Global Activity [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 17]. Disponible en: <https://blog.fitbit.com/covid-19-global-activity/>.
11. Liang L, Ren H, Cao R, Hu Y, Qin Z, Li C et al. The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health. *Psychiatr Q* [Internet]. 2020; Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09744-3>.
12. Moccia L, Janiri D, Pepe M, Dattoli L, Molinaro M, De Martin V et al. Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the COVID-19 outbreak: an early report on the Italian general population. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2020; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120305869>.
13. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*. 2020.
14. Villafañe A, Milanesio MS, Marcellino CM, Amodei C. La Evaluación Del Trastorno Por Estrés Postraumático: Aproximación A Las Propiedades Psicométricas De La Escala De Trauma De Davidson. *Educar*. 2003;3.
15. Zhang MWB, Ho CSH, Fang P, Lu Y, Ho RCM. Methodology of developing a smartphone application for crisis research and its clinical application. *Technol Heal Care*. 2014.
16. Caamaño LW, Fuentes DM, González LB, Melipillán RA, Sepúlveda MC, Valenzuela EG. Adaptación y validación de la versión chilena de la escala de impacto de evento-revisada (EIE-R). *Rev Med Chil*. 2011.
17. Creamer M, Bell R, Failla S. Psychometric properties of the Impact of Event Scale - Revised. *Behav Res Ther*. 2003.
18. Echevarria-Guanilo ME, Dantas RAS, Farina JA, Alonso J, Rajmil L, Rossi LA. Reliability and validity of the Impact of Event Scale (IES): Version for Brazilian burn victims. *J Clin Nurs*. 2011.
19. Antúnez Z, Vinet EV. Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS - 21): Validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. *Ter Psicol*. 2012.
20. Bados A, Solanas A, Andrés R. Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*. 2005.
21. Daza P, Novy DM, Stanley MA, Averill P. The depression anxiety stress scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *J Psychopathol Behav Assess*. 2002.
22. Ipaq. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms. Ipaq. 2005.
23. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE et al. International physical activity questionnaire: 12-Country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003.
24. Magnani R, Sabin K, Saidel T, Heckathorn D. Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. *AIDS, Supplement*. 2005.
25. Johnston LG, Chen YH, Silva-Santesteban A, Raymond HF. An empirical examination of respondent driven sampling design effects among HIV risk groups from studies conducted around the world. *AIDS Behav*. 2013.
26. World Medical Association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2013.
27. Lavie CJ, Ozemek C, Carbone S, Katzmarzyk PT, Blair SN. Sedentary Behavior, Exercise, and Cardiovascular Health. *Circulation Research*. 2019.
28. Jiménez-Pavón D, Carbonell-Baeza A, Lavie CJ. Physical exercise as therapy to fight against the mental and physical consequences of COVID-19 quarantine: Special focus in older people. *Prog Cardiovasc Dis*. 2020.



## SALUD MENTAL EN EL PERÍODO PERINATAL Y ESTRÉS MATERNO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: INFLUENCIA SOBRE EL DESARROLLO FETAL

Rafael A. Caparros-Gonzalez (1) y Miguel Ángel Luque-Fernández (2,3)

(1) Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería. Universidad de Granada. Granada. España.

(2) Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada. Universidad de Granada. Granada. España.

(3) Department of Noncommunicable Disease Epidemiology. London School of Hygiene and Tropical Medicine. Londres. Reino Unido.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Señora Directora:

Hemos leído con interés el artículo publicado recientemente en la Revista Española de Salud Pública titulado “Covid-19 y Salud Mental”<sup>(1)</sup>. En este artículo sus autoras exponen muy acertadamente el hecho de que las consecuencias en salud mental por el SARS-CoV-2 pueden ser debidas a sus efectos directos y también a los indirectos derivados de la pandemia en la que aún estamos inmersos. En el citado artículo de Fernández Bretón y García San Miguel<sup>(1)</sup>, entre los grupos de personas vulnerables de padecer problemas de salud mental durante la pandemia se incluyen a las personas con alguna enfermedad mental previa, hospitalizados, personas en aislamiento, afectados por crisis económica y los trabajadores sanitarios. Sin embargo, no se incluye a la población de embarazadas.

El embarazo supone una etapa de alegrías y bienestar, pero también es un período de vulnerabilidad en el que pueden incidir factores ambientales y psicosociales adversos, incluida la exposición a virus<sup>(2)</sup>. Por ejemplo, se puede citar el virus que causó la pandemia de gripe de 1918, conocida como la gripe española, que provocó el fallecimiento de 50 millones de personas a nivel mundial y produjo consecuencias negativas en el ámbito

de la salud materno-filial<sup>(3)</sup>. En este sentido, aquellos recién nacidos que estuvieron expuestos al virus de la gripe de 1918 durante su desarrollo fetal presentaron una incidencia mayor de enfermedades a lo largo de su vida, como esquizofrenia, infarto agudo de miocardio, diabetes o cáncer<sup>(3)</sup>. Esta relación entre el entorno del embarazo y la salud materna en el período perinatal e infantil va en concordancia con la teoría de Barker del origen del estado de salud y la enfermedad durante el período de desarrollo embrionario y fetal (*Developmental Origin of Health and Disease theory* -DOHaD-)<sup>(4)</sup>.

Durante la pandemia de Covid-19, diversos factores pueden estar afectando a la salud mental en el período perinatal en relación con los altos niveles de estrés a los que están expuestas las embarazadas durante esta crisis de Salud Pública mundial. De este modo, la restricción de movimientos durante la pandemia de Covid-19, el distanciamiento físico y social, un menor apoyo social de familiares y amigos y el miedo a contagiarse podrían ser fuentes de estrés que durante el embarazo tengan consecuencias negativas tanto en la embarazada como en el feto en desarrollo<sup>(5)</sup>. Además, se requiere de una evidencia científica sólida sobre el impacto en la salud de las mujeres embarazadas y sus hijos del virus

Correspondencia:  
Rafael A. Caparros-Gonzalez  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Departamento de Enfermería  
Universidad de Granada  
Parque Tecnológico de la Salud  
Av. Ilustración, 60  
18016 Granada, España  
rcg477@ugr.es

Cita sugerida: Caparros-Gonzalez RA, Luque-Fernandez MA. Salud mental en el periodo perinatal y estrés materno durante la pandemia Covid-19: influencia sobre el desarrollo fetal. Rev Esp Salud Pública. 2020;94: 10 de septiembre e202009104

SARS-CoV-2. En concreto, no se dispone de información con respecto a factores de riesgo y la prognosis durante el embarazo en caso de infección por SARS-CoV-2. Tampoco se dispone de suficiente evidencia con respecto a la presencia y características de la transmisión vertical o durante el período de lactancia. Por lo tanto, son necesarios estudios epidemiológicos caracterizando la enfermedad de Covid-19 durante el embarazo. A estos factores cabe añadir otras potenciales fuentes de estrés para las mujeres embarazadas durante la actual pandemia, como el tener que trabajar desde casa, en muchos casos teniendo que compaginar la actividad laboral con el cuidado y la escolarización desde casa de otros hijos y/o hijas, problemas económicos y un aumento del riesgo de violencia de género. Estas fuentes potenciales de estrés materno pueden actuar como factores de riesgo y afectar al ámbito de la salud psicosocial de las mujeres embarazadas. A todas las embarazadas, además de la evaluación serológica de su estado de inmunidad con respecto a la Covid-19 y su seguimiento activo durante el embarazo, se les debería realizar una evaluación de su estado psicosocial y de salud mental durante todo el embarazo y posparto<sup>(6)</sup>. El objetivo sería la prevención primaria de posibles alteraciones en su estado psicosocial y, por lo tanto, desde una perspectiva de Salud Pública potenciar el estado positivo de la salud física, psicosocial y mental, durante el periodo materno prenatal, perinatal y posnatal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Bretón E, García San Miguel L. COVID-19 y salud mental. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; 94:Mayo e202005.
2. Caparros-Gonzalez RA. Consecuencias maternas y neonatales de la infección por coronavirus COVID-19 durante el embarazo: una scoping review. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; 94: 17 de abril e202004033.
3. Helgertz J, Bengtsson T. The Long-Lasting Influenza: The Impact of Fetal Stress During the 1918 Influenza Pandemic on Socioeconomic Attainment and Health in Sweden, 1968–2012. *Demography*. 2019; 56:1389-1425.
4. Barker DJ. Fetal origins of coronary heart disease. *BMJ*. 1995;311(6998):171-174.
5. Caparros-Gonzalez RA, Alderdice F. The COVID-19 pandemic and perinatal mental health. *J Reprod Infant Psychol*. 2020; 26;38(3):223-5.
6. Royal College of Obstetrics and Gynaecologists, RCOG. (2020). Coronavirus infection and pregnancy [internet]. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/coronavirus-pregnancy/covid-19-virus-infection-and-pregnancy/#advice>.

## COVID-19 Y SALUD MENTAL

**Eva Fernández Bretón**

Médica Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario La Paz (Madrid). Formación MIR Psiquiatría (2014-2016)

**Lucía García San Miguel**

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Ministerio de Sanidad

*Los efectos en la salud mental de la pandemia por COVID-19 son directos por la propia enfermedad y también derivados de la situación que la propia pandemia ha generado. Los grupos especialmente vulnerables son los hospitalizados, las personas con enfermedad mental previa, con situaciones difíciles provocadas por el aislamiento y la crisis económica y los trabajadores sanitarios, aunque los efectos psicológicos afectan a toda la población.*

En personas hospitalizadas por COVID-19, un estudio evaluó las comorbilidades psicológicas de 41 pacientes: 43,9% referían algún síntoma psiquiátrico, 12,2% tenían trastorno por estrés post-traumático (TEPT) y 26,8% tenían ansiedad o depresión. Estos síntomas eran más frecuentes en pacientes con dificultades de afrontamiento y que referían estar estigmatizados. El apoyo social percibido fue el factor protector más importante<sup>(1)</sup>.

Las personas con enfermedad mental previa son especialmente susceptibles. En un estudio de 76 pacientes psiquiátricos y 109 controles en China, las puntuaciones en las escalas de ansiedad y depresión fueron significativamente mayores en pacientes psiquiátricos. Las preocupaciones sobre su salud, impulsividad e ideación suicida fueron también mayores. Un tercio cumplían criterios de TEPT, y un cuarto de insomnio<sup>(2)</sup>. Además, las personas con enfermedades mentales pre-existentes pueden tener un mayor riesgo de recaída debido al estrés

asociado con la pandemia de COVID-19<sup>(3)</sup>. Por otra parte, las personas con trastorno mental pueden ser un colectivo de riesgo para enfermedad por COVID-19. Un estudio encontró un mayor riesgo de neumonía en pacientes psiquiátricos<sup>(4)</sup>. Algunos de los factores que se sugieren que pueden aumentar el riesgo son la presencia de más comorbilidades que la población general, la vida dentro de las instituciones cerradas o las barreras de acceso a la atención sanitaria. Así, en Wuhan se detectó un agrupamiento de 50 infectados por coronavirus en una institución psiquiátrica<sup>(5)</sup>.

Tanto la mayor prevalencia de la sintomatología citada anteriormente como muchas de las situaciones provocadas por la epidemia (aislamiento, dificultades económicas, miedo, consumo de alcohol) pueden influir en el riesgo de suicidio<sup>(6)</sup>. Un modelo analizó cómo influiría el desempleo asociado a la COVID-19 con el suicidio usando datos de 63 países tomando una estimación de empleos perdidos por la crisis facilitado por la Organización Internacional del Trabajo (entre 5,3 millones a 24,7 millones). Estimaron que el número de suicidios causados por el desempleo estaría entre 2.135 y 9.570 por año<sup>(7)</sup>. Por otra parte, se ha observado que los suicidios consumados disminuyen en tiempos de guerra en población general, probablemente por la sensación de “deber” social. Uno de los modelos explicativos de suicidio más aceptados, la teoría interpersonal, expone que los factores psicológicos fundamentales

para realizar un suicidio son el sentimiento de falta de pertenencia y de carga para otras personas. En situaciones donde se necesita la colaboración de todos, se refuerza el sentimiento de comunidad y esto puede ejercer un cierto papel protector<sup>(8,9)</sup>. Aunque este último factor pueda influir, el efecto conjunto del resto de consecuencias psicológicas de una epidemia probablemente tiene un peso mayor. Inmediatamente después de la epidemia del SARS se encontró que entre la población mayor (la que tiene más riesgo de suicidio consumado de base) se produjo un exceso de mortalidad por suicidio<sup>(10,11)</sup>.

Los trabajadores sanitarios son un grupo especialmente expuesto a padecer problemas de salud mental debido al estrés y la sobrecarga a la que están sometidos. En una encuesta realizada a 1.257 trabajadores sanitarios en China durante la epidemia de SARS-CoV-2, el 50,4% refería síntomas de depresión, el 44,6% de ansiedad y el 34% de insomnio. En el análisis multivariante, se encontró que ser mujer, personal de enfermería, residente de Wuhan, o trabajador de primera línea aumentaba el riesgo de la aparición de dichos síntomas<sup>(12)</sup>. En otra encuesta realizada también en China se encontró que los trabajadores sanitarios tenían una prevalencia significativamente mayor respecto a la población general de insomnio (38,4 vs 30,5), ansiedad (13 vs 8,5), depresión (12,2 vs 9,5), somatización (1,6 vs 0,4) y síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo (5,3 vs 2,2)<sup>(13)</sup>. En un tercer estudio, la incidencia de ansiedad entre el personal sanitario fue del 23,04%, siendo mayor en mujeres (25,67% vs. 11,63 en hombres) y en el personal de enfermería (26,88% vs. 14,29% en médicos)<sup>(14)</sup>.

En una encuesta realizada en población general en China en la que participaron

1.210 personas, el 53,8% clasificó el impacto psicológico de la pandemia como moderado o grave, 16,5% refirieron sintomatología depresiva moderada a grave y 28,8% ansiedad moderada a grave. Las mujeres, los estudiantes y el peor estado de salud percibido se relacionaron con mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión<sup>(15)</sup>. En Italia se objetivaron niveles elevados de estrés en comparación con los niveles basales recogidos en estadísticas europeas. También se encontraron mayores niveles de ansiedad en las mujeres y en las personas jóvenes, así como en las personas que tenían algún familiar o conocido diagnosticado<sup>(16)</sup>.

## INTERVENCIONES DE SALUD PÚBLICA EN SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA

En respuesta a la epidemia de COVID-19 se implementaron en China varias medidas y planes que enfatizan la necesidad de lidiar con los problemas concurrentes de salud mental que surgen en una circunstancia así. El 26 de enero de 2020, la Comisión Nacional de Salud de China publicó unos principios de intervención psicológica de emergencia para la crisis de la COVID-19. Se establecieron rápidamente líneas telefónicas de atención a la salud mental, proporcionando a la población consejos y servicios de apoyo psicológico. El teléfono e internet se han usado ampliamente para proporcionar servicios de salud mental, y las redes sociales (WeChat, Weibo) se han usado para compartir estrategias, guías, y programas educativos. Además, la Asociación China de Salud Mental publicó varios manuales de autoayuda para la atención a la salud mental. Además, muchos de los hospitales de China iniciaron programas de telemedicina. El 26 de enero de 2020 el Hospital Oeste de Sichuan, uno de los más importantes de China lanzó

un programa de atención online gratuito con más de 100 profesionales de diferentes especialidades<sup>(15)</sup>.

En Corea del Sur se siguió una estrategia similar. El K-CDC distribuyó folletos para el público. La Asociación de Neuropsiquiatría de Corea además de redactor varias guías sobre la atención a la salud mental en cinco grupos: población general, padres de niños pequeños, personas en cuarentena, profesionales sanitarios en contacto directo con pacientes COVID-19 y otros profesionales sanitarios. El Centro Nacional para la Salud Mental ofreció atención psicológica para la población cuarentenada en Daegu y para aquellos que habían regresado de Wuhan. También se establecieron líneas telefónicas de atención psicológica<sup>(17)</sup>.

Para las personas que refieran síntomas de estrés, ansiedad, depresión, insomnio o TEPT se recomienda seguir un enfoque gradual<sup>(18)</sup>. Para población general con sintomatología leve pueden ser útiles materiales de autoayuda que cubran sus síntomas y preocupaciones, y podrán ser atendidos por un profesional de salud mental si la sintomatología se agrava o perdura. Otras recomendaciones útiles para personas con síntomas leves son limitar la exposición a noticias sobre la pandemia y mantener rutinas y actividades estructuradas.

Los profesionales sanitarios se pueden beneficiar del acceso a una atención psicológica específica individualizada a demanda<sup>(19)</sup>. El Instituto Nacional de Salud y Excelencia en el Cuidado de Reino Unido (NICE) recomienda una vigilancia activa del personal sanitario una vez haya pasado la crisis, asegurando que aquellos trabajadores que lo precisen puedan recibir una atención precoz<sup>(20)</sup>.

Las personas con niveles importantes de estrés, ansiedad o depresión deben ser preguntadas por la existencia de ideación suicida cuando son atendidas. A las personas diagnosticadas con COVID-19 y las personas con enfermedad mental previa se les recomienda mantener contacto social a través del teléfono/ordenador<sup>(21)</sup>, así como encuentros cara a cara si esto es posible y siempre manteniendo la distancia de seguridad<sup>(22)</sup>. Además, es útil promover los servicios de telemedicina en salud mental para intentar disminuir la barrera a la atención. Los servicios online de salud mental, cuando se implementaron, facilitaron el desarrollo y alcance de estrategias de salud mental en países en una fase más avanzada de la epidemia, como China o Corea del Sur<sup>(23)</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. *Psychological morbidities and fatigue in patients with confirmed COVID-19 during disease outbreak: prevalence and associated biopsychosocial risk factors* | medRxiv [Internet]. [citado 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.08.20031666v1>.
2. Hao F, Tan W, Jiang L, Zhang L, Zhao X, Zou Y et al. *Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry*. Brain Behav Immun. 27 de abril de 2020.
3. Yao H, Chen J-H, Xu Y-F. *Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic*. Lancet Psychiatry. 2020;7(4):e21.
4. Seminog OO, Goldacre MJ. *Risk of pneumonia and pneumococcal disease in people with severe mental illness: English record linkage studies*. Thorax. febrero de 2013;68(2):171-6.

5. *Collective infections of coronavirus among 50 patients and 30 health workers in one psychiatric hospital in Wuhan* (título original en chino: 武汉精神卫生中心院内感染，约80名医患确诊新冠肺炎--上观) [Internet]. [citado 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.jfdaily.com/news/detail?id=208584>.
6. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. *The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis*. Lancet Lond Engl. 25 de julio de 2009;374(9686):315-23.
7. Nordt C, Warnke I, Seifritz E, Kawohl W. *Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-11*. Lancet Psychiatry. Marzo de 2015;2(3):239-45.
8. Wasserman IM. *The impact of epidemic, war, prohibition and media on suicide: United States, 1910-1920*. Suicide Life Threat Behav. 1992;22(2):240-54.
9. Chu C, Buchman-Schmitt JM, Stanley IH, Hom MA, Tucker RP, Hagan CR et al. *The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research*. Psychol Bull. Diciembre de 2017;143(12):1313-45.
10. Chan SMS, Chiu FKH, Lam CWL, Leung PYV, Conwell Y. *Elderly suicide and the 2003 SARS epidemic in Hong Kong*. Int J Geriatr Psychiatry. Febrero de 2006;21(2):113-8.
11. Cheung YT, Chau PH, Yip PSF. *A revisit on older adults suicides and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong*. Int J Geriatr Psychiatry. Diciembre de 2008;23(12):1231-8.
12. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N et al. *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*. JAMA Netw Open. 02 de 2020;3(3):e203976.
13. Zhang W-R, Wang K, Yin L, Zhao W-F, Xue Q, Peng M et al. *Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China*. Psychother Psychosom. 9 de abril de 2020;1-9.
14. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. *[Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19]*. Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi Zhonghua Laodong Weisheng Zhiyebing Zazhi Chin J Ind Hyg Occup Dis. 4 de marzo de 2020;38(0):E001.
15. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS et al. *Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China*. Int J Environ Res Public Health. 06 de 2020;17(5).
16. Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C et al. *A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors*. Int J Environ Res Public Health. 02 de 2020;17(9).
17. Jung SJ, Jun JY. *Mental Health and Psychological Intervention Amid COVID-19 Outbreak: Perspectives from South Korea*. Yonsei Med J. 2020;61(4):271-2.
18. Cohen GH, Tamrakar S, Lowe S, Sampson L, Ettman C, Linas B et al. *Comparison of Simulated Treatment and Cost-effectiveness of a Stepped Care Case-Finding Intervention vs Usual Care for Posttraumatic Stress Disorder After a Natural Disaster*. JAMA Psychiatry. 01 de 2017;74(12):1251-8.
19. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. *Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic*. BMJ. 26 de 2020;368:m1211.

20. Overview | *Post-traumatic stress disorder* | Guidance | NICE [Internet]. [citado 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>.
21. Merchant RM, Lurie N. *Social Media and Emergency Preparedness in Response to Novel Coronavirus*. JAMA. 23 de marzo de 2020.
22. Galea S, Merchant RM, Lurie N. *The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention*. JAMA Intern Med. 10 de abril de 2020.
23. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y-T, Liu Z, Hu S et al. *Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak*. Lancet Psychiatry. 2020;7(4):e17-8.









# Revista Española de Salud Pública



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD