

Contra el  
Estigma

# CONVIVIENDO UN AÑO CON LA COVID-19: ESTUDIO LONGITUDINAL DEL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA COVID-19 EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA (PSI-COVID-19)

RESULTADOS COMPARATIVOS 1ª, 2ª, 3ª Y 4ª OLEADA  
(DATOS DEL 21-29 DE MARZO DE 2020; 13-27 DE ABRIL;  
21 DE MAYO - 4 DE JUNIO Y 22-31 MARZO DE 2021)



UNIVERSIDAD  
COMPLUTENSE  
MADRID

GRUPO

Estudio realizado en el marco de la Cátedra extraordinaria UCM-Grupo 5 Contra el estigma (Universidad Complutense de Madrid y Grupo 5).

#### Personal de investigación Universidad Complutense de Madrid:

Berta Ausín. Profesora Contratada Doctora, Departamento Psicología Clínica, Facultad de Psicología, UCM.

Miguel Ángel Castellanos. Profesor Contratado Doctor, Departamento de Metodología, Facultad de Psicología, UCM.

Clara González-Sanguino. Contrato posdoctoral de Personal Investigador, Departamento Psicología Clínica, Facultad de Psicología UCM.

Manuel Muñoz. Catedrático, Departamento Psicología Clínica, Facultad de Psicología, UCM.

Jesús Saiz. Profesor Ayudante Doctor, Departamento Psicología Social, del Trabajo y Diferencial, Facultad de Psicología UCM.

#### Becarias UCM de formación práctica especializada:

Aída López. Becaria UCM de formación práctica especializada en la Cátedra UCM – Grupo 5 Contra el Estigma.

Carolina Ugidos. Becaria UCM de formación práctica especializada en la Cátedra UCM – Grupo 5 Contra el Estigma.

Sara Zamorano, Becaria UCM de formación práctica especializada en la Cátedra UCM – Grupo 5 Contra el Estigma.

#### Personal Externo a la UCM:

Ana Abad. Directora del Centro de Día y Equipo de Apoyo Social Comunitario de Latina. Centro perteneciente a la Red Pública de Atención Social a Personas con Trastorno Mental Severo y Duradero de la Comunidad de Madrid. Gestión técnica Grupo 5.

Sara Sáinz. Responsable de comunicación. Grupo 5.

Ana Lozano. Directora de comunicación y RSC. Grupo 5.

María Salazar. Directora del Centro de Rehabilitación Psicosocial Latina, Grupo 5. Centro perteneciente a la Red Pública de Atención Social a Personas con Trastorno Mental Severo y Duradero de la Comunidad de Madrid. Gestión técnica Grupo 5. Profesora Asociada, Departamento Psicología Social, del Trabajo y Diferencial de la UCM.

Carlos Vaquero. Director Centro de Día/Centro de Rehabilitación Laboral Aranjuez. Centro perteneciente a la Red Pública de Atención Social a Personas con Trastorno Mental Severo y Duradero de la Comunidad de Madrid. Gestión técnica Grupo 5.

Fecha: 22 de abril de 2021

La *Cátedra extraordinaria UCM – Grupo 5 Contra el Estigma* es un espacio de investigación, comunicación y difusión de los conocimientos científicos, que trabaja para mejorar la lucha contra el estigma en nuestra sociedad mediante la investigación, la formación, la transferencia de conocimiento y el uso de estrategias medioambientales y culturales.

Ante la situación creada por la Covid-19 el equipo de la cátedra ha llevado a cabo un estudio acerca del impacto psicológico de la misma y la situación de confinamiento derivada del estado de alarma decretado por el Gobierno para combatir la propagación del virus (Psi-Covid-19). De este modo, se han evaluado los efectos psicológicos que la situación de alarma y confinamiento producida por la Covid-19, han tenido sobre distintas variables psicológicas. Se han realizado tres oleadas de medida a corto y medio plazo: 21-29 de marzo (durante la suspensión total en España de toda actividad laboral no considerada como imprescindible); 13-27 de abril (en España se había levantado la restricción de las actividades no esenciales) y 21 de mayo – 4 de junio en la desescalada del confinamiento. Y una 4ª oleada a largo plazo, a los 12 meses desde la situación del primer estado de alarma, entre el 22-31 de marzo de 2021.

Los resultados de las tres primeras oleadas están recogidos con cierto detalle en tres informes en [www.contraelestigma.com](http://www.contraelestigma.com) y en los artículos científicos:

- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. Á., & Muñoz, M. (2020). Mental health consequences of the Covid-19 outbreak in Spain. A longitudinal study of the alarm situation and return to the new normality. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110219>
- Ausín, B., Castellanos, M.A., González-Sanguino, C., Vakhantseva, O.V., Almazova, O.V., Shaigerova, L.A., Dolgikh, A.G., Muñoz, M. (2020). The Psychological Impact of Six Weeks of Lockdown as a Consequence of COVID-19 and the Importance of Social Support: A Cross-Cultural Study Comparing Spanish and Russian Populations. *Psychology in Russia: State of the Art*, 13(4), 89–105. <https://doi.org/10.11621/pir.2020.0406>
- Ugidos, C., López-Gómez, A., González-Sanguino, C., Castellanos, M. Á., Saiz, J., Ausín, B., & Muñoz, M. (2020). Evolution of intersectional perceived discrimination and internalized stigma during COVID-19 lockdown among the general population in Spain. *International Journal of Social Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/0020764020975802>
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. Á., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., & Muñoz, M. (2020). Mental health consequences of the Coronavirus 2020 Pandemic (COVID-19) in Spain. A longitudinal study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1–6. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.565474>
- Ausín, B., González-Sanguino, C., Castellanos, M. Á., & Muñoz, M. (2020). Gender-related differences in the psychological impact of confinement as a consequence of

COVID-19 in Spain. *Journal of Gender Studies*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/09589236.2020.1799768>

- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M.A., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., & Muñoz, M. (2020). Mental Health Consequences during the Initial Stage of the 2020 Coronavirus Pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity*. 87, 172–176. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
- Sáiz, J., Muñoz, M., Ausín, B., González-Sanguino, C., Castellanos, M.A., Vaquero, C., Ugidos, C., López-Gómez, A. (en prensa). Effects of COVID-19 lockdown on Perceived Discrimination and Internalized Stigma in Spain. *American Journal of Orthopsychiatry*.

Según la *Web of Science*, a lo largo del año 2020 se han publicado 4.766 artículos científicos acerca del impacto del confinamiento y de las situaciones derivadas de la Covid-19, en la salud mental de la población general y de distintos profesionales. Se ha demostrado con creces el impacto psicológico negativo de esta situación en todos los continentes, encontrándose cómo este impacto en la salud mental se mantenía a lo largo de los meses inmediatos a la situación de confinamiento.

Estas consecuencias negativas en la salud mental de las personas parecen continuar 12 meses después. El Colegio Oficial de Psicología de Madrid estima que las peticiones de consulta en la Comunidad de Madrid en el último año han crecido entre un 20% y un 30% debido a las consecuencias de la Covid-19 (extraído de El País, 5 de abril de 2021). Durante este último año, la población mundial se ha tenido que adaptar a distintas situaciones estresantes de manera prolongada, lo que ha derivado en síntomas de ansiedad, depresión, somáticos, entre otros. Entre estas situaciones estresantes cabe señalarse la enfermedad propia por contagio de Covid-19, la enfermedad de seres queridos, la pérdida de empleo y problemas económicos, la incertidumbre hacia el futuro, la conciliación en situaciones de cuarentena, la pérdida de seres queridos o ingresos prolongados en la UCI sin posibilidad de acompañar a los familiares, y un largo etcétera. Un cúmulo de estas circunstancias han podido llevar a gran parte de la población a sentir indefensión, desesperanza, soledad, tensión constante, a experimentar problemas de sueño, uso excesivo de sustancias y otras conductas adictivas, incluso a situaciones de pánico y autolesiones. La población ha tenido que enfrentarse a estas complicadas situaciones, en muchas ocasiones, con menos apoyo social que nunca.

En el presente informe se recogen los principales resultados del estudio longitudinal, en el que se comparan los datos en las variables en las cuatro oleadas del estudio: los datos recogidos entre el 21-29 de marzo, el 13-27 de abril, el 21 de mayo – 4 de junio de 2020 y el 22-31 de marzo 2021.

Para conocer con datos el panorama de la salud mental de los españoles tras 12 meses desde el primer estado de alarma, en el seguimiento al año, hemos añadido preguntas acerca del uso de servicios de atención a la salud mental que han realizado los encuestados, y las

barreras para acceder a estos servicios, así como hemos tratado de recoger más información acerca del Covid-19 y situaciones que han podido afectar a las personas (aislamiento domiciliario, posible ocultamiento de síntomas, etc.) y afectación de la salud mental. Conocer las principales barreras de acceso a los servicios de salud permitirá plantear acciones para romperlas y que las personas puedan acceder con mayor facilidad a los servicios especializados, así como tener más información sobre conductas o situaciones relacionadas con la pandemia, y la afectación de la salud mental, permitirá una mejora del abordaje de esta.

## Índice de contenidos:

1. Objetivos del estudio y marco teórico
2. Metodología
  - 2.1. Diseño
  - 2.2. Participantes
  - 2.3. Instrumentos
  - 2.4. Análisis estadísticos
3. Resultados
  - 3.1. Impacto psicológico
  - 3.2. Soledad
  - 3.3. Discriminación
  - 3.4. Estigma internalizado
  - 3.5. Apoyo social
  - 3.6. Bienestar
  - 3.7. Autocompasión
  - 3.8. Sucesos vitales estresantes
  - 3.9. Ocultamiento de síntomas de Covid-19
  - 3.10. Uso de servicios de salud mental y barreras
4. Conclusiones
- Referencias

## 1. Objetivos del estudio y marco teórico

Declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020, la Covid-19 ha supuesto una crisis sin precedentes en todo el mundo. En España, el 14 de marzo de 2020 se declara el estado de alarma para afrontar la complicada situación de emergencia sanitaria (Real Decreto 463, 2020), presentando un par de semanas más tarde un total de 72.248 resultados positivos y 5.690 muertes, siendo el cuarto país con más infecciones, y el segundo con mayor número de muertes en el mundo (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, 2020).

Dentro de las medidas decretadas para hacer frente a la enfermedad y el colapso del sistema sanitario se incluyó el confinamiento forzoso de la población, con severas restricciones al movimiento de personas y la actividad económica, manteniendo únicamente aquellos servicios esenciales y evitando toda presencialidad laboral no imprescindible. Esta situación se prolongó hasta el 4 de mayo, cuando comenzó el proceso gradual de desescalada y transición hacia una nueva normalidad (Ministerio de Sanidad, 2020), durante el cual se fueron relajando progresivamente las medidas restrictivas, terminando el estado de alarma y volviendo a la "nueva normalidad" el 21 de junio de 2020. En ese momento España contaba con un total de 246.272 casos confirmados de COVID-19 y 28.323 fallecidos (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, 2020).

A lo largo de los siguientes meses, tanto en nuestro país como en el resto del mundo, la nueva normalidad ha supuesto importantes cambios en nuestras vidas, que han continuado viéndose afectadas por nuevas medidas como el uso obligatorio de mascarilla, promoción de la distancia física y otras restricciones intermitentes para hacer frente a la pandemia y las sucesivas oleadas de la misma. En España, un segundo estado de alarma volvió a decretarse el 25 de octubre de 2020 con la llegada de la segunda ola del virus, viviendo desde entonces mayores restricciones a la movilidad y actividad económica en función de la situación epidemiológica de cada territorio.

Nuestro país hace frente a la cuarta ola de la pandemia, con más de 3.347.512 casos confirmados de COVID-19 y 76.328 fallecidos a principios del mes de abril de 2021 (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, 2021). Esta cuarta ola supone de nuevo el compromiso del sistema sanitario, así como la continuidad de las medidas restrictivas en cuanto a la movilidad, contactos sociales y actividad económica. Sin embargo, la llegada de las vacunas y el inicio del proceso de vacunación en aquellos grupos de riesgo parece arrojar cierta esperanza en cuanto al control de la pandemia.

Los efectos psicológicos de la situación generada por el Covid-19 se han hecho evidentes en los numerosos estudios publicados a nivel nacional e internacional, en los que se observa, entre otros, un incremento en la población general y poblaciones específicas (p.ej. sanitarios, personas con trastorno mental) de sintomatología depresiva y ansiosa, problemas de sueño e

incluso sintomatología de tipo postraumático. Así como un aumento de la soledad no deseada y aparición de nuevas formas de discriminación y estigmatización en relación con el virus.

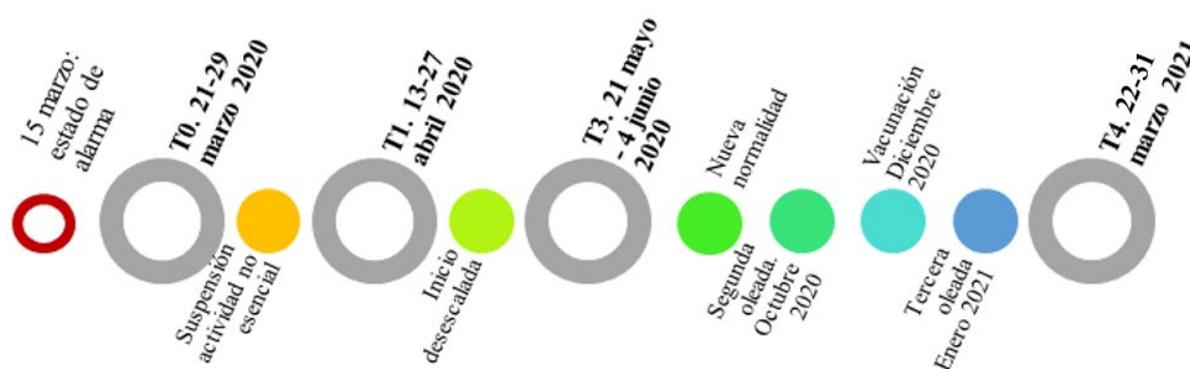
El objetivo del presente estudio es llevar a cabo una investigación longitudinal sobre los efectos que la situación de alarma y cuarenta producida por el Covid-19 tienen sobre la salud psicológica en la población española, junto con la identificación de los principales predictores y protectores, el uso de servicios de salud mental y sus barreras, desde marzo de 2020 hasta marzo de 2021.

## 2. Metodología

### 2.1. Diseño

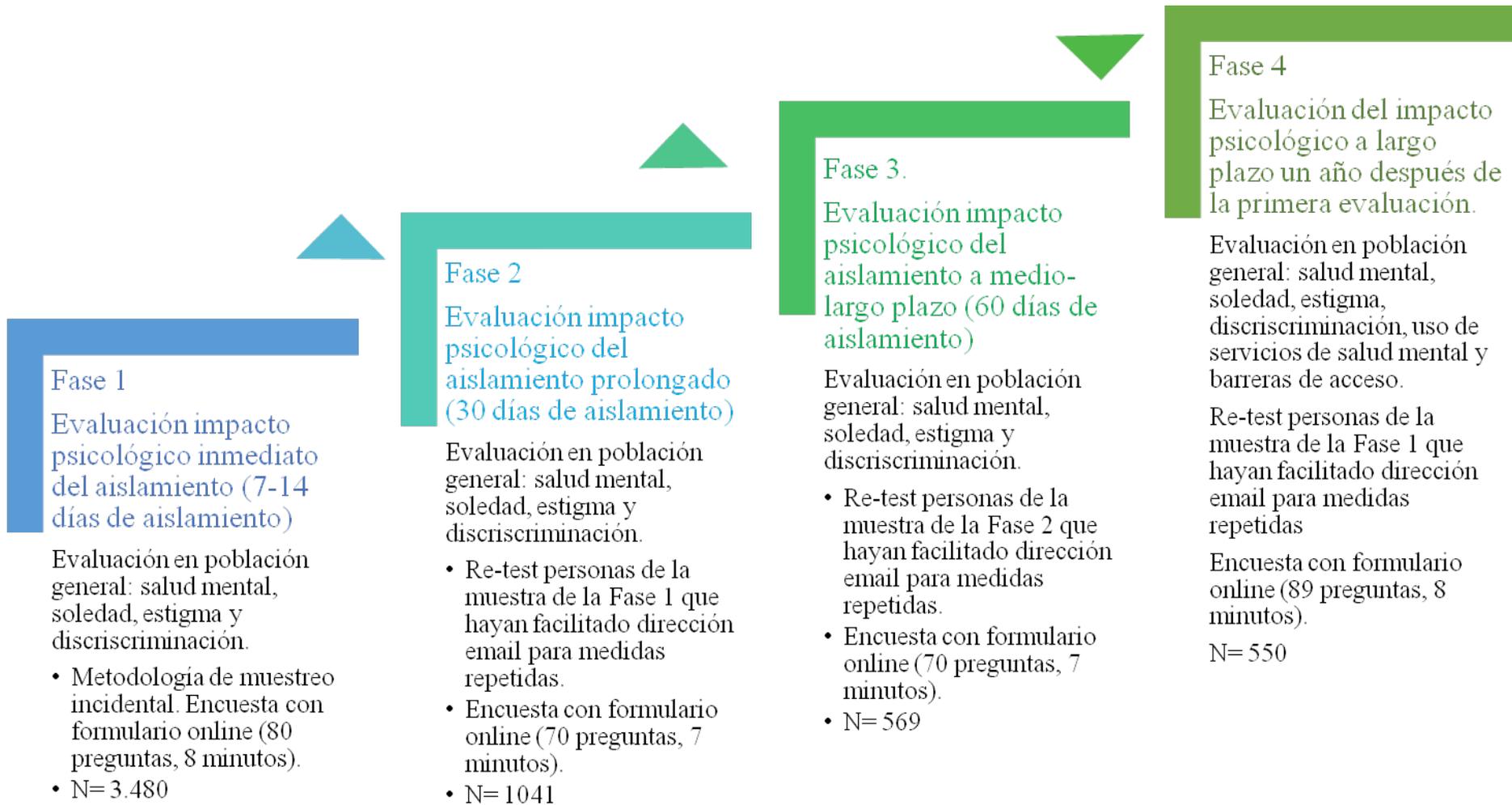
El estudio longitudinal tuvo lugar entre el 21 de marzo de 2020 y el 31 de marzo de 2021, llevando a cabo cuatro mediciones, una del 21 al 28 de marzo, otra del 13 al 27 de abril, una tercera del 21 de mayo al 4 de junio y la cuarta del 22 al 31 de marzo de 2021. La evaluación se llevó a cabo mediante una encuesta online en la plataforma Google Forms para poder llegar al máximo posible de población mediante efecto de bola de nieve. La evaluación se lanzó el 21 de marzo por diversos canales de las redes sociales (email, Twitter, distribución mediante listas de Whatsapp, Facebook...), en la página web [www.contraelestigma.com](http://www.contraelestigma.com), así como se pidió a diversos organismos oficiales que la distribuyeran. Posteriormente en la segunda, tercera y cuarta evaluación (13-27 de abril de 2020; 21 mayo – 4 junio de 2020; 22-31 marzo de 2021) se contactó vía email con los participantes que señalaron querer participar de forma longitudinal en el estudio.

Figura. Cronología de la investigación



Todos los participantes fueron informados de la investigación, así como consintieron participar en la misma mediante la aceptación de las leyes de protección de datos relativas al reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de protección de datos de carácter personal. El estudio también recibió el visto bueno de la Comisión Deontológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid con la referencia "pr\_2019\_20\_029".

Figura. Diseño de la investigación



## 2.2. Participantes

Los participantes fueron reclutados mediante el envío de solicitudes de participación a personas pertenecientes a bases de datos de diferentes instituciones: estudiantes y trabajadores de organizaciones públicas como la Universidad Complutense de Madrid y la Cátedra UCM – Grupo 5 Contra el Estigma y organizaciones privadas como la empresa Grupo 5. Estas bases de datos son lo suficientemente completas como para hacer un muestreo razonable de la población española. Para aumentar el tamaño de la muestra en la medida de lo posible se pidió a los participantes que ayudaran en la difusión de la encuesta por diversos canales de las redes sociales. El porcentaje de personas reclutadas de esta manera fue pequeño, estimado en menos del 5%. Además, el estudio se difundió en la página web de la Cátedra UCM – Grupo 5 Contra el Estigma: [www.contraelestigma.com](http://www.contraelestigma.com).

En la primera evaluación participaron un total de 3480 personas. Para las sucesivas evaluaciones se contactó por email a aquellas personas que previamente habían aceptado participar en el estudio de forma longitudinal (apartado específico de la evaluación), reclutando un total de N = 1041 en la segunda toma de datos, en la tercera evaluación N = 569 y en la cuarta evaluación N = 550.

Los criterios de inclusión fueron 1. Ser mayor de 18 años; 2. Estar viviendo en España durante la situación de alarma sanitaria derivada por el Covid-19. 3. Aceptar participar en las sucesivas evaluaciones del estudio.

Tabla 1. Características de la muestra de la 4<sup>o</sup> oleada (N=550)

Variable	N	%
Género		
Mujer	436	79.3
Hombre	113	20.5
Otro	1	0.2
Edad (edad media 40.85)		
Jóvenes (18-30 años)	138	25
Adultos (31-59 años)	352	65
Mayores (>60 años)	59	10
Estado civil		
Soltero	142	25.8
Casado	211	38.4
Divorciado/Separado	52	9.5
Viudo	5	0.9
Pareja estable no formalizado	140	25.5
Convivencia		
Vivo solo	74	13.5
Vivo en pareja/familia	451	82

Vivo con amigos/compañeros piso	25	4.5
Hijos		
Si	260	47.3
No	290	52.7
Educación		
Estudios elementales	8	1.5
Bachillerato	74	13.5
Estudios medios o FP	53	9.6
Grado o licenciatura	224	40.7
Posgrado, máster o doctorado	191	34.7
Actividad laboral		
Trabajo cuenta ajena	319	58
Trabajo como autónomo	67	12.2
Jubilado/pensionista	39	7.1
Paro	42	7.6
ERTE	6	1.1
Estudiante	71	12.9
Trabajo doméstico no remunerado	6	1.1
Situación económica		
Muy buena	44	8
Buena	303	55.1
Regular	144	26.2
Mala	43	7.8
Muy mala	9	1.6
No contesta	7	1.3
Diagnóstico de algún problema de salud:		
Psiquiatría y salud mental	47	8.5
Enfermedad cardiovascular	25	4.5
Enfermedad neurológica	9	1.6
Enfermedad pulmonar	25	4.5
Ninguno	444	80.7

### 2.3. Variables e instrumentos

Las variables e instrumentos incluidos en la evaluación fueron las siguientes:

- Variables sociodemográficas.
- Variables relacionadas con el Covid-19: padecimiento de la enfermedad; ingreso hospitalario; existencia o no de familiares o personas cercanas contagiadas; convivencia

con persona contagiada; pasar un mayor tiempo confinado en el domicilio; fallecimiento de algún familiar y posibilidad de asistir al entierro o velatorio; recepción de la vacuna; ocultamiento de síntomas de Covid-19.

- Información laboral y de salud relativa a la Covid-19: tipo de trabajo en relación con la pandemia (1ª línea u otros); afectación de la salud y de la salud mental; atención recibida desde los servicios de salud y barreras de acceso.
- Impacto psicológico: se evaluó la presencia de depresión, ansiedad y síntomas de estrés postraumático mediante PHQ-4 (Kroenke, Spitzer, Williams, & Löwe, 2009), PCL-C (Lang & Stein, 2005) y Pregunta de cribado del PHQ-PD (Spitzer, Kroenke, Williams, y Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. 1999).
- Discriminación con el InDI-D (Scheim & Bauer, 2019).
- Estigma internalizado: ISMI-10 (Boyd et al., 2014).
- Soledad con el UCLA-3 (Russell, 1996).
- Bienestar con 4 ítems de FACIT-Sp12 (Bredle, Salsman, Debb, Arnold, & Cella, 2011).
- Apoyo social con el EMAS (Zimet, Dahlem, Zimet, y Farley, 1988).
- Autocompasión con 6 ítems de SCS (García-Campayo et al., 2014).
- Sucesos vitales estresantes: Listado de experiencias amenazantes (List of Threatening Experiences—LTE, Motrico et al., 2013).

#### 2.4. Análisis estadístico

En cada una de las etapas de registro se llevó a cabo una descripción de las variables bajo estudio con gráficos y descriptivos uni y multivariantes. Además, se estudiaron las diferencias en las variables objetivo (apoyo social, discriminación, soledad, etc.) para los diferentes grupos sociodemográficos registrados (género y edad). Estas diferencias se analizaron con contrastes para medias y porcentajes, así como comparativas de valores de prevalencia de los trastornos y ANOVAS y post hoc Bonferroni. Se realizaron análisis de diferencias de medias para muestras emparejadas.

### 3. Resultados

A continuación, se muestra la información obtenida sobre datos acerca de la Covid-19, así como información laboral y de salud en relación con la pandemia. Por otro lado, se muestran los gráficos de barras con las medidas de la 1ª, 2ª, 3ª y 4ª oleada.

#### 3.1. Información laboral y de salud relativa a la Covid-19

##### 3.1.1. Información relativa a la Covid-19

Tabla 2. Información sobre la Covid-19

Positivo confirmado		
Sí	69	12.5
No	479	87.1
Familiar o persona cercana contagiada		
Sí	380	69.1
No	170	30.9
Convivencia con algún contagiado		
Sí	91	16.5
No	459	83.5
Mayor tiempo confinado ( <i>Además del periodo de confinamiento general. ¿Has estado más tiempo confinado?</i> )		
Sí	218	39.6
No	332	60.4
En aquellos casos positivos, media de días totales confinados: 16.37 días		
Presencia de familiares / personas cercanas fallecidas por Covid-19		
Sí	144	26.2
No	406	73.8
En caso positivo, posibilidad de asistencia al entierro o velatorio ( <i>¿Pudiste asistir al velatorio o entierro?</i> )		
Sí	31	5.6
No	131	23.8
Vacunado contra la Covid-19		
Sí	125	22.7
No	425	77.3

En relación con los datos sobre el virus, resulta llamativo como el 12.5 % de las personas evaluadas comentan haber pasado la enfermedad (con un positivo confirmado), mientras que casi el 70% comentó haber tenido algún familiar o persona cercana contagiada, además casi el 17% de estas personas dijeron haber tenido que convivir con esta persona contagiada. En cuanto a la necesidad de aislamiento

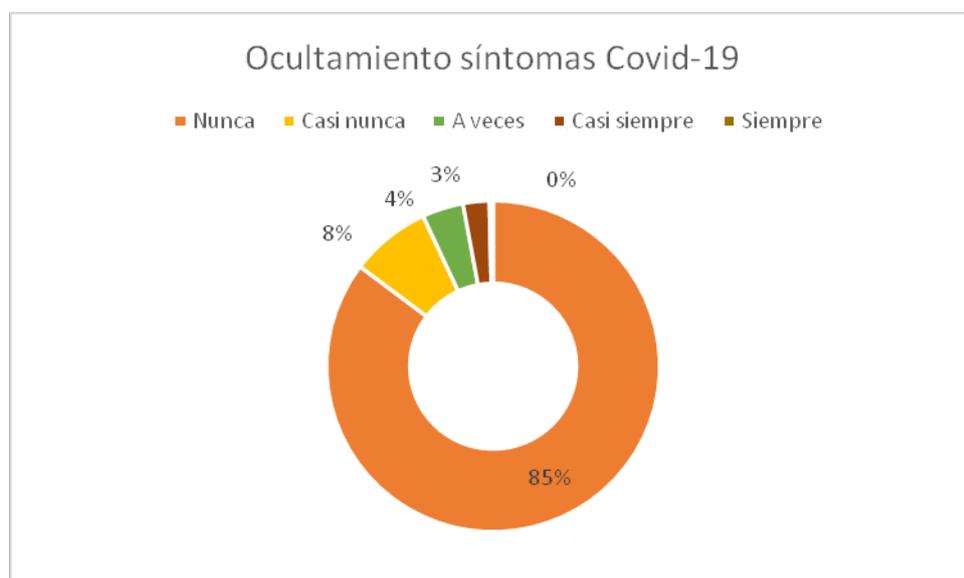
domiciliario, casi el 40% de la muestra comentó haber tenido que aislarse de nuevo en su domicilio debido a la pandemia, con una media de 16 días de aislamiento en el domicilio.

Destaca también la presencia de un 26% de la muestra que ha perdido a algún familiar o persona cercana, pudiendo acudir únicamente un 5% al entierro o velatorio. Por otro lado, en torno al 22% de la muestra evaluada ya ha sido vacunada contra la Covid-19, por encima de la población general española en la misma fecha.

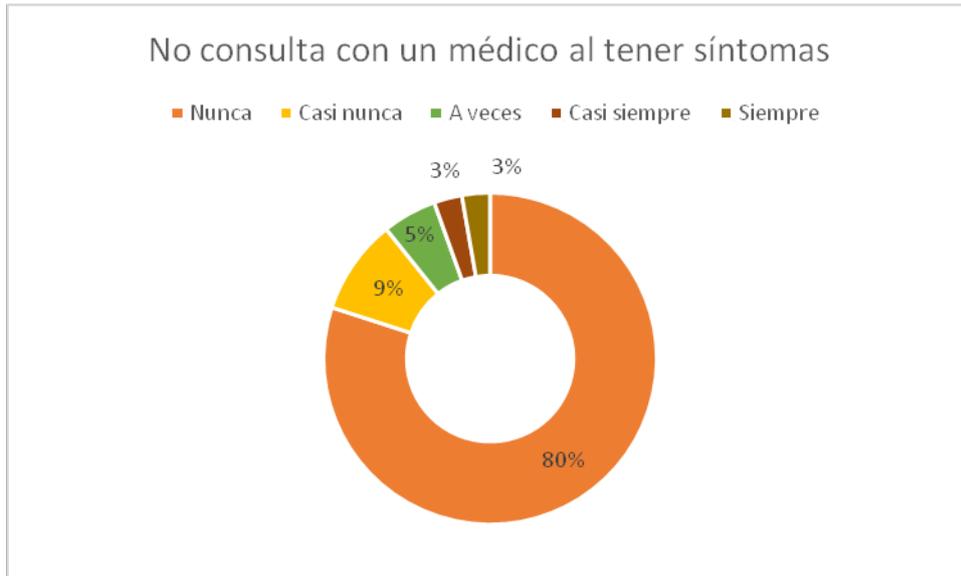
### 3.1.2. Ocultamiento de síntomas

Se incluyeron 3 preguntas de ocultamiento de síntomas de Covid-19: Durante estos 12 meses ¿con qué frecuencia has realizado alguno de los siguientes comportamientos? (la persona respondía Todas las veces, Bastantes, Algunas, Pocas, Nunca). Las 3 preguntas fueron:

- 1) He ocultado a otras personas posibles síntomas de Covid-19 (por ejemplo, en el trabajo, familiares, etc.).



- 2) No he consultado con un médico a pesar de tener posibles síntomas de Covid-19 (fiebre, tos, malestar, etc.).



3) No he pasado tests de Covid-19 (PCR, antígenos, etc.), a pesar de tener posibles síntomas (fiebre, tos, malestar, etc.).



Con relación a las preguntas realizadas sobre el ocultamiento de síntomas de Covid-19, cabe destacar que únicamente un 7% de la muestra reveló ocultar la presencia de síntomas de Covid-19 a veces o casi siempre (en caso de tenerlos). Además, casi el 90% de la muestra reveló contactar con un médico ante la presencia de estos síntomas, y la mayoría de la muestra (90%) también reveló someterse a pruebas PCR ante la presencia de síntomas.

### 3.1.3. Información laboral y relativa a la salud y uso de servicios

En la tabla 3 se incluyen los principales resultados relacionados con la vida laboral durante la pandemia.

Tabla 3. Información relativa al trabajo y afectación de la salud en relación con el Covid-19

Trabajo en primera línea Covid-19 durante este último año		
Sí (sanitario, limpieza...)	85	15.5
Sí (no 1ª línea directa: otros sanitarios, farmacias, comercio esencial...)	86	15.6
No, aunque elevado contacto con personas (educación, comercio no esencial...)	106	19.3
No (trabajo oficina, despacho propio...)	80	14.5
No, teletrabajo	79	14.4
No aplicable	114	20.7
Afectación en la atención de la salud desde el 15 de marzo ( <i>¿Te has visto afectado por cambios en la atención a tu salud desde el 15 de marzo de 2020?</i> )		
Sí, aunque he seguido recibiendo los tratamientos habituales	111	20.2
Sí, y he iniciado nuevos tratamientos	49	8.9
Sí, y mis tratamientos se han visto limitados	83	15.1
Sí, y mis tratamientos se han suspendido	18	3.3
No, mismo tratamiento	72	13.1
Aunque he solicitado, no he recibido tratamiento	12	2.2
No afectado / No he necesitado ningún tratamiento	205	37.3
Presencia de problemas de salud mental ( <i>Desde el inicio de la pandemia, ¿Consideras que has tenido algún problema de salud mental?</i> )		
Sí	199	36.2
No	328	59.6
Sí, como paciente de Covid-19 o familiar	23	4.2
Atención recibida en relación a la salud mental ( <i>Desde el 15 de marzo, ¿has recibido atención en relación a tu salud mental?</i> ) <sup>1</sup>		
Psiquiátrico/farmacológico presencial	13	10.32
Psiquiátrico/farmacológico a distancia	19	15.08
Psicoterapia presencial	44	34.92
Psicoterapia a distancia	34	26.98
Otros	16	12.70
Principales barreras para la atención de la salud mental durante la pandemia (Si tienes o has tenido problemas de salud mental durante la pandemia y no solicitaste atención, ¿por qué no lo hiciste?) <sup>2</sup>		

<sup>1</sup> Porcentaje calculado sobre aquellas personas que recibieron atención en relación a su salud mental

<sup>2</sup> Porcentaje calculado sobre aquellas personas que respondieron haber tenido algún tipo de problema para solicitar atención en relación con su salud mental

Tenía miedo de pedir ayuda por lo que otros pudieran pensar sobre mí	3	1.92
Tenía miedo a que me rechazaran	2	1.28
Tenía miedo a que me discriminasen por tener una enfermedad mental	1	0.64
Puedo manejar mis problemas o síntomas por mí mismo y puedo tener una vida plena y satisfactoria	51	32.69
El problema o síntoma mejoró por sí mismo	29	18.58
No me preocupaba	15	9.61
No conseguí una cita, los servicios estaban saturados	8	5.12
Tenía que pagar por el tratamiento y no podía costéarmelo	26	16.66
No pensé que el doctor o tratamiento pudieran ayudarme	2	1.28
Otros motivos	19	12.17

En relación a la información laboral, cabe destacar que más del 50% de la muestra trabajaba en primera línea en relación a la Covid-19 o bien tenía un elevado contacto con personas en su trabajo, mientras que únicamente un 14% tenía la posibilidad de teletrabajar, aunque casi un 21% de la muestra no se encontraba trabajando en el momento de la entrevista o bien consideraba que la pregunta no era aplicable a su situación.

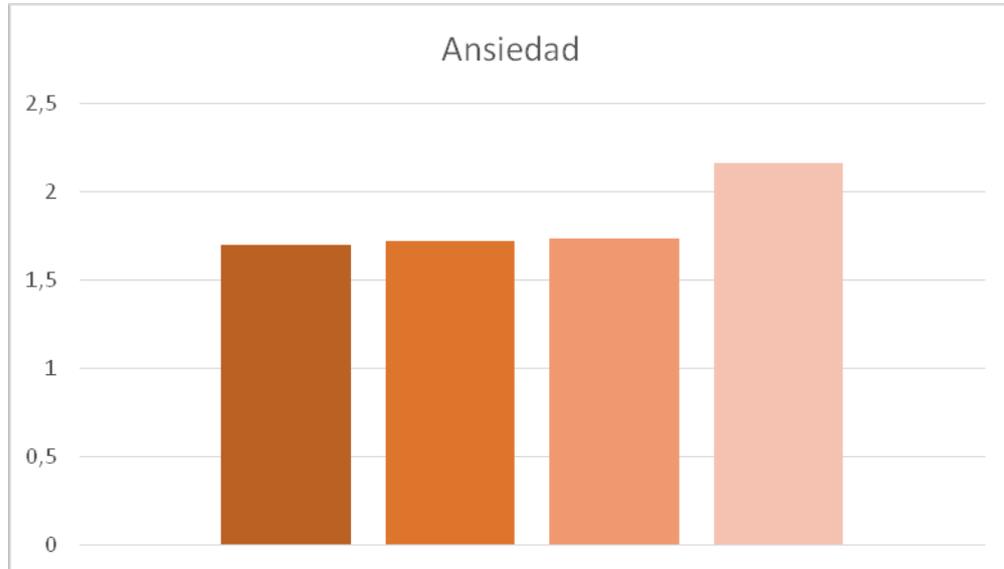
Sobre la salud evaluada, el 20% de la muestra comentó haber seguido recibiendo sus tratamientos habituales, mientras que un 18% reveló que sus tratamientos se habían visto limitados o suspendidos, con únicamente un 2% que, aunque solicitó tratamiento médico, no pudo recibirlo. Por otro lado, un 40% de la muestra reveló haber tenido algún problema de salud mental desde el inicio de la pandemia, de los cuales el 23,4% señala haber recibido algún tipo de atención para esos problemas. La atención recibida con relación a la salud mental parece ser mayoritariamente psicoterapia presencial o a distancia, en su conjunto en torno al 62% de la atención, con tratamientos psiquiátricos o farmacológicos presentes en torno al 25% de los casos.

Finalmente, en relación con las principales barreras identificadas para la petición de ayuda por un posible problema de salud mental, cabe destacar que en torno al 33% dijeron haber podido manejar los problemas por sí mismo, y casi el 20% dijo que sus problemas mejoraron solos. Además, casi un 17% señaló que no podía pagar un tratamiento, mientras que el en torno al 4% de la muestra reconoce no haber pedido ayuda por la presencia de algún tipo de estigma y otro 2% no cree que se le pueda ayudar desde los servicios de salud.

### 3.2. Impacto psicológico

Medidas 1ª, 2ª, 3ª y 4ª oleada en variables de salud mental

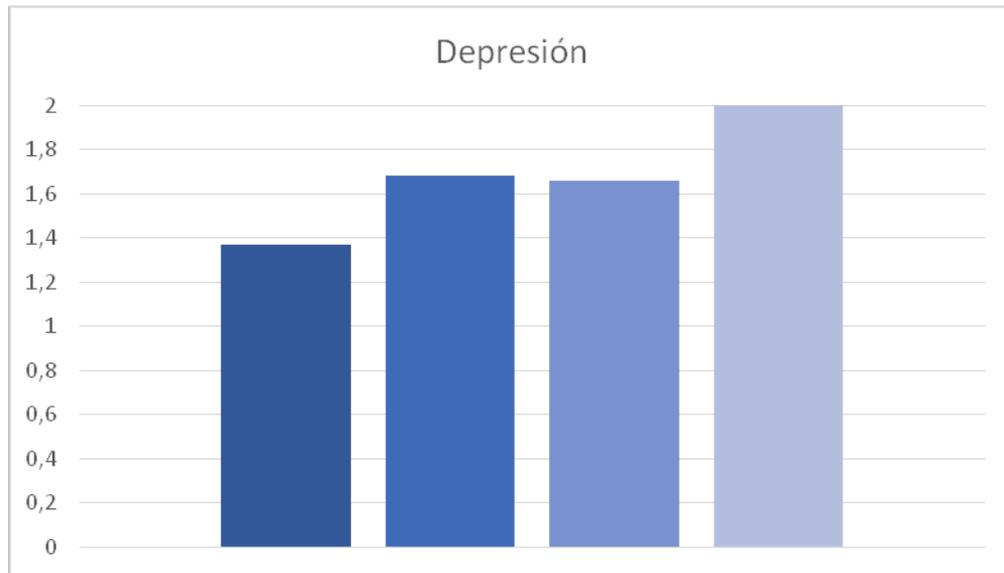
#### Ansiedad



Los síntomas de ansiedad no presentan cambios significativos entre la 1ª y la 2ª oleada (descienden ligeramente) y se mantienen en la 3ª oleada. En la 4ª oleada se observa un empeoramiento en los niveles de ansiedad de las personas de la muestra, encontrándose un cambio estadísticamente significativo entre la 1ª y la 4ª oleada.

En relación con el género se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con el género femenino con mayores puntuaciones en ansiedad ( $p = 0.05$ ). En relación con la edad se encontraron diferencias significativas, con las personas de 18-30 años mostrando mayores puntuaciones de ansiedad en comparación con el grupo de mayores, y entre el grupo de 31-59 años frente al de mayores de 60 años ( $F = 9,05$ ,  $p = 0.000$ ).

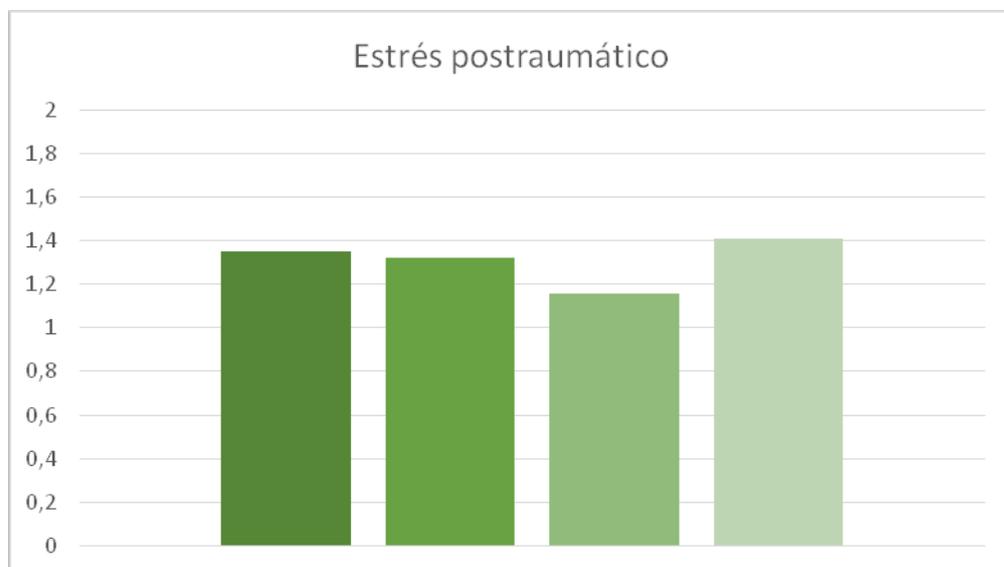
## Depresión



Aumenta la sintomatología depresiva entre la 1ª y la 2ª oleada, disminuyendo ligeramente en la 3ª oleada y aumentando en la 4ª oleada. encontrándose un cambio estadísticamente significativo entre la 1ª y la 4ª oleada.

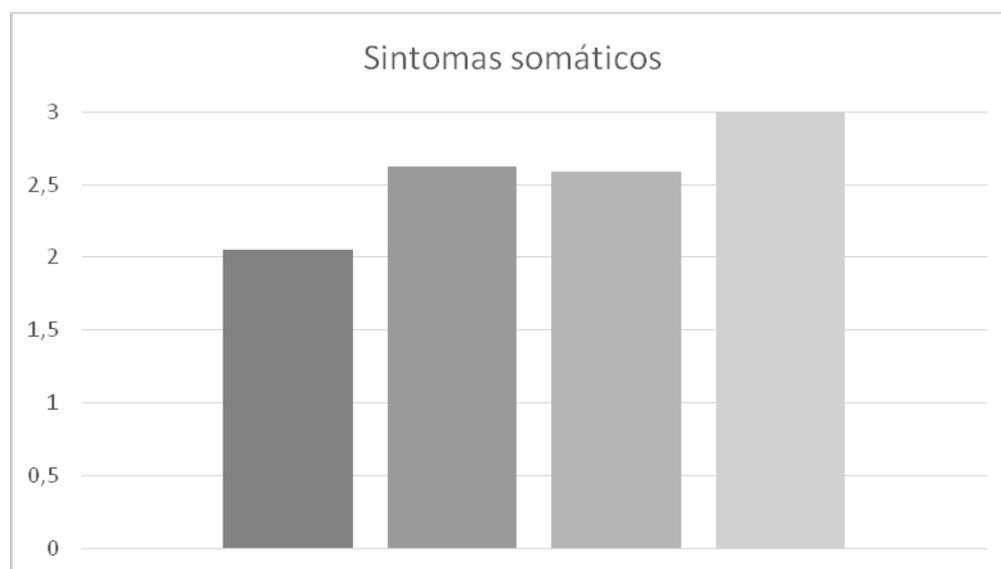
Con relación al género se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con mayores puntuaciones en el género femenino ( $p = 0.05$ ). Las personas más jóvenes mostraron mayores puntuaciones de depresión en comparación con los grupos de mayor edad ( $F = 15.04$ ,  $p = 0.000$ ).

## Estrés post-traumático



Los síntomas de estrés postraumático no presentan cambios significativos entre la 1ª y la 2ª oleada, aunque descienden ligeramente. Desciende significativamente en la 3ª evaluación y aumenta por encima de las puntuaciones iniciales en la 4ª evaluación. Con relación al género se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con mayores puntuaciones en el género femenino ( $p = 0.05$ ). No se encontraron diferencias significativas en función de la edad ( $F = 1.11$ ,  $p = 0.33$ ).

### Síntomas somáticos



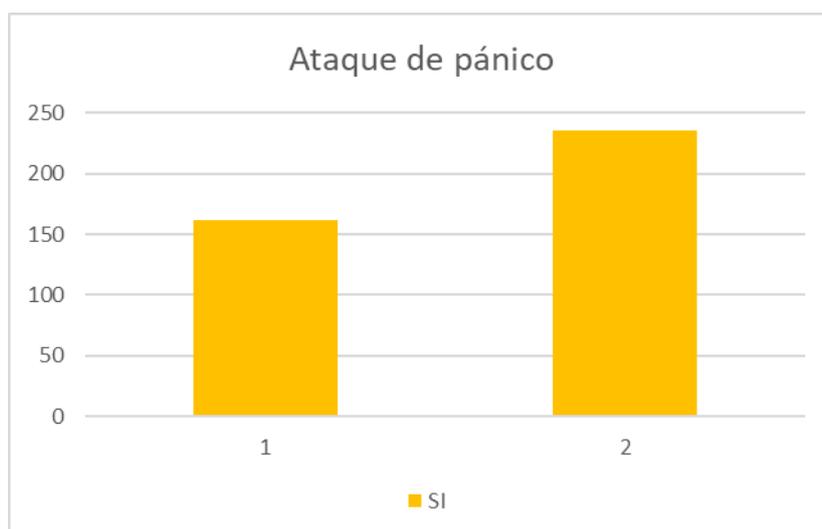
La sintomatología somática aumenta ligeramente entre la 1ª y la 2ª oleada, disminuyendo ligeramente en la 3ª y aumentando en la 4ª oleada. encontrándose un cambio estadísticamente significativo entre la 1ª y la 4ª oleada.

Con relación al género se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con mayores puntuaciones en el género femenino ( $p = 0.05$ ). No se encontraron diferencias significativas en función de la edad ( $F = 1.68$ ,  $p = 0.18$ ).

### Ataque de ansiedad/sensación repentina de miedo o pánico

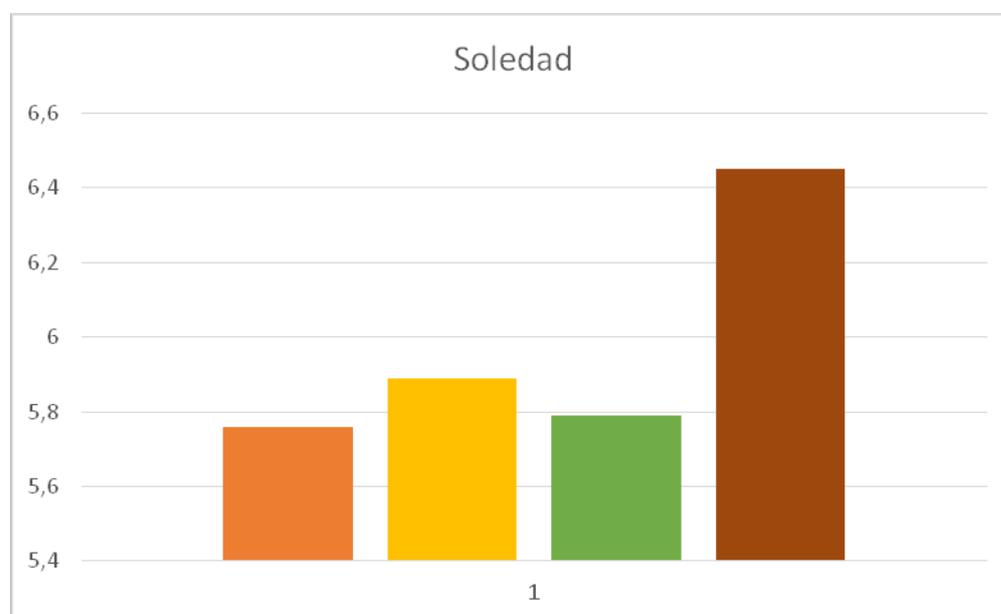
Se comparan las puntuaciones en la pregunta de cribado del PHQ-PD, entre la 1ª y la 4ª oleada, a través de la pregunta: "Desde que comenzó la epidemia de Covid-19, ¿has tenido algún ataque de ansiedad/sensación repentina de miedo o pánico?".

Respondieron afirmativamente 162 de las 550 personas (cerca de un 30%) en la 1ª oleada. A los 12 meses respondieron afirmativamente 235 de las 550 personas (cerca de un 43%).



### 3.2. Soledad:

Medidas 1ª, 2ª, 3ª y 4ª oleada en variables de soledad



Aumenta la percepción de soledad de manera sustancial entre la 1ª y la 2ª oleada. Y se produce una disminución significativa de la percepción de la soledad en la 3ª oleada respecto a la 2ª. Se observa un aumento significativo en la percepción de soledad de las personas de la muestra en la 4ª oleada. encontrándose un cambio estadísticamente significativo entre la 1ª y la 4ª oleada.

No se encontraron diferencias en función del género. Las personas entre 18 y 30 años mostraron puntuaciones significativamente mayores de soledad en comparación con los otros grupos ( $F = 6.86$ ,  $p = 0.001$ ).

### 3.3. Discriminación

Medidas 1ª, 2ª, 3ª y 4ª oleada en variables de Discriminación interseccional

Discriminación interseccional



Aumenta la percepción de discriminación de manera significativa entre la 1ª y la 2ª oleada, observándose una ligera disminución en la 3ª oleada, disminuyendo esta percepción en la 4ª oleada, sin llegar a las puntuaciones iniciales. encontrándose un cambio estadísticamente significativo entre la 1ª y la 4ª oleada.

No se encontraron diferencias significativas en función del género. Con relación a la edad se encontraron diferencias significativas entre el grupo de personas de 18-30 años en comparación con el grupo de mayores, revelando haber sido más discriminados ( $F = 4.14$ ,  $p = 0.016$ ).

### 3.4. Estigma internalizado

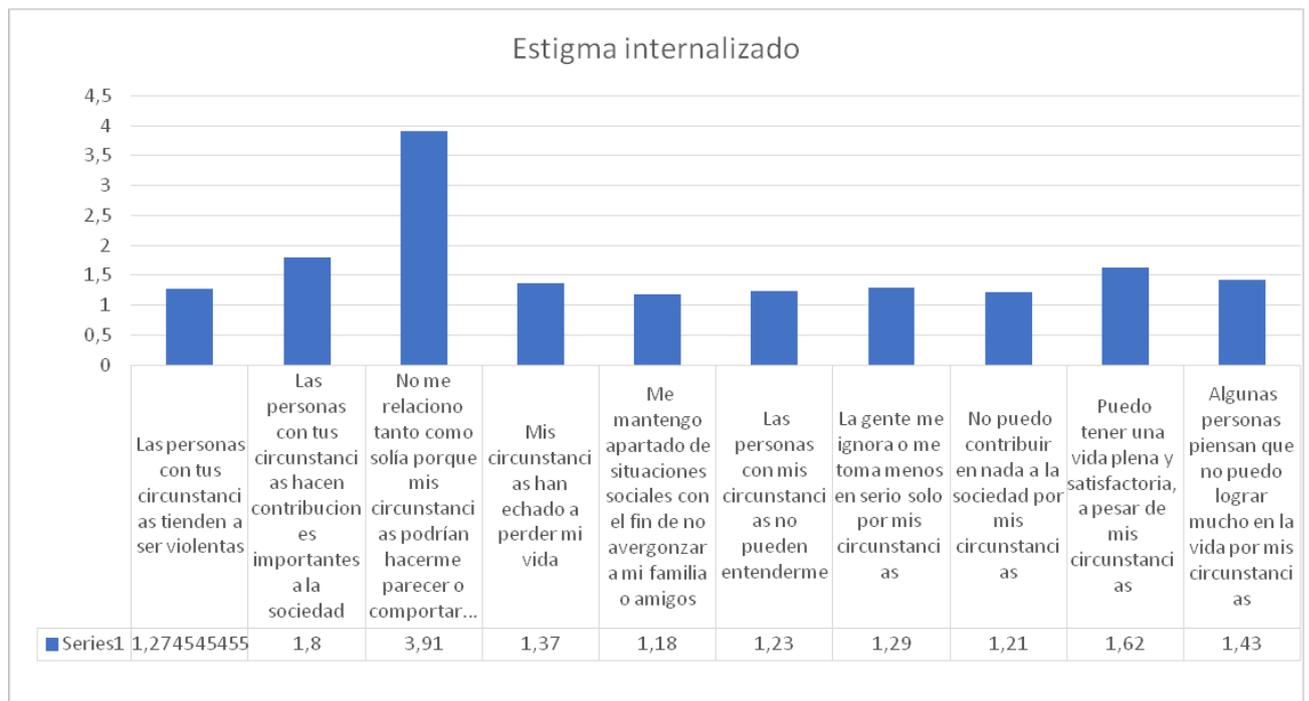
En la 4ª oleada se incluyó por primera vez la Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental (ISMI-10) (Boyd & Deforge, 2014). Esta escala, en su versión original, evalúa el estigma que las personas internalizan con relación a los problemas de salud mental que se traduce en cogniciones, sentimientos y conductas negativas hacia uno mismo.

La escala original (Ritsher et al., 2003) contempla 5 dimensiones: Alienación (emocional), Asignación de estereotipo (dimensión cognitiva), Aislamiento social, Discriminación sufrida y Resistencia al estigma. En su versión breve la escala incluye 10 ítems, dos de cada una de las dimensiones originales. En cada pregunta, la persona tenía que señalar si estaba: 1. Totalmente en desacuerdo 2. Algo en desacuerdo 3. Algo de acuerdo 4. Totalmente de acuerdo.

Para el este estudio la escala fue modificada para que además de abordar los problemas de salud mental, se contemplase la internalización del estigma por causas diversas, incluyendo entre ellas la Covid-19. El cuestionario incluyó estas cuestiones: “Las siguientes preguntas tienen que ver con experiencias relacionadas con quién eres tú. Esto incluye cómo te describes a ti mismo/a y cómo podrían describirte los demás (por ejemplo, por el color de tu piel, ascendencia, nacionalidad, religión, género, sexualidad, edad, peso, discapacidad o problema de salud mental, ingresos económicos o estar contagiado de coronavirus Covid-19). Desde que comenzó la epidemia de Covid-19...”

1. Las personas con tus circunstancias tienden a ser violentas
2. Las personas con tus circunstancias hacen contribuciones importantes a la sociedad
3. No me relaciono tanto como solía porque mis circunstancias podrían hacerme parecer o comportarme raro
4. Mis circunstancias han echado a perder mi vida
5. Me mantengo apartado de situaciones sociales con el fin de no avergonzar a mi familia o amigos
6. Las personas con mis circunstancias no pueden entenderme
7. La gente me ignora o me toma menos en serio solo por mis circunstancias
8. No puedo contribuir en nada a la sociedad por mis circunstancias
9. Puedo tener una vida plena y satisfactoria, a pesar de mis circunstancias
10. Algunas personas piensan que no puedo lograr mucho en la vida por mis circunstancias

La puntuación media obtenida en la escala fue de 1,63 (DT = .32).

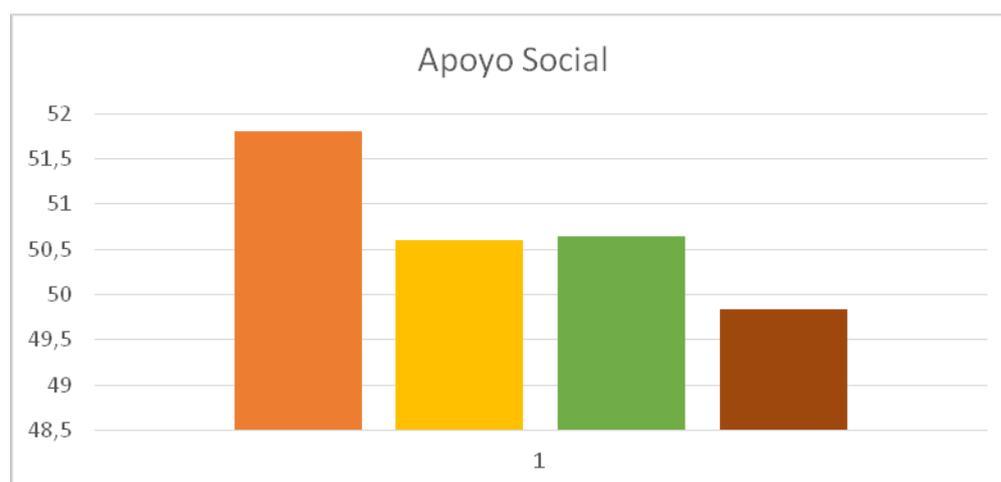


El ítem que mayores puntuaciones presenta es el 3 "No me relaciono tanto como solía porque mis circunstancias podrían hacerme parecer o comportarme raro".

En cuanto a los puntos de corte para discriminar la presencia o no de estigma internalizado (Boyd et al., 2014), los resultados muestran que el 14.4% de la muestra mostró un estigma internalizado interseccional medio debido a las diversas condiciones, con un 2.4% de la muestra mostrando estigma internalizado moderado o severo.

### 3.5. Apoyo social

Medidas 1ª, 2ª, 3ª y 4ª oleada en variables de Apoyo social

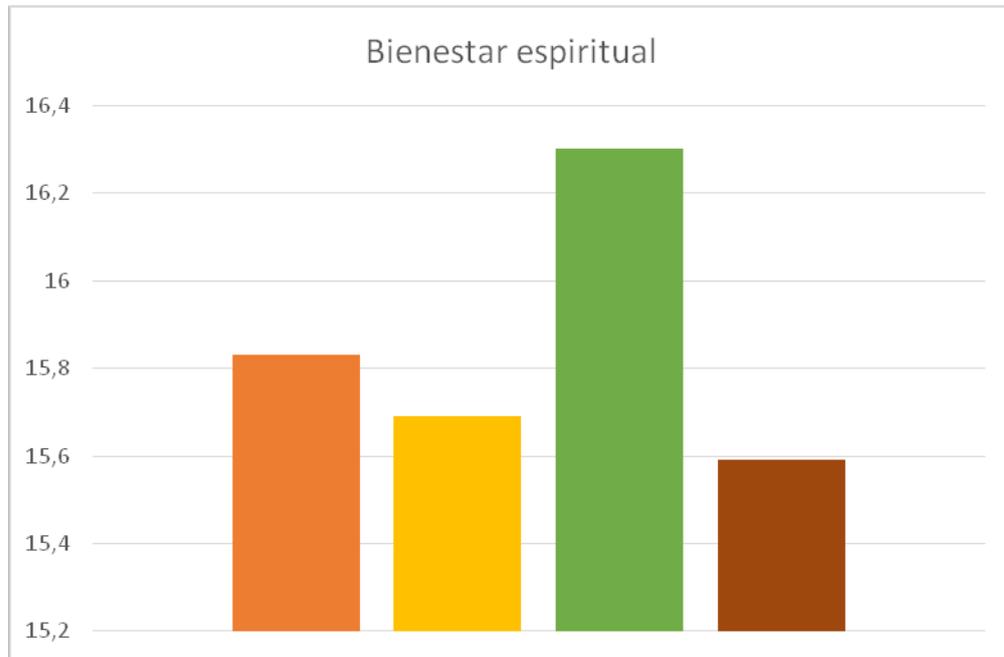


Disminuye la percepción de apoyo social de manera significativa entre la 1ª y la 2ª oleada y se mantiene el nivel de percepción de apoyo social en la 3ª oleada, aunque aumenta ligeramente. En la 4ª oleada disminuye significativamente la percepción de apoyo social. Encontrándose un cambio estadísticamente significativo entre la 1ª y la 4ª oleada.

No se encuentran diferencias en función del género. Las personas entre 18 y 30 años mostraron puntuaciones significativamente menores en apoyo social en comparación con el grupo de mayores de 60 años ( $F = 4.03$ ,  $p = 0.018$ ).

### 3.6 Bienestar

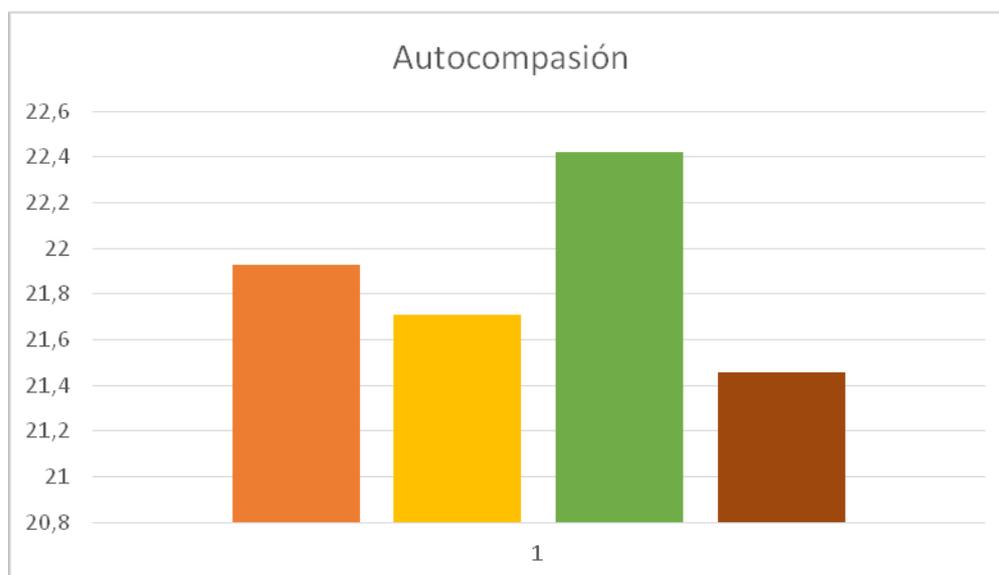
Medidas 1ª, 2ª, 3ª y 4ª oleada en variables de Bienestar



Disminuyen las puntuaciones en bienestar espiritual entre la 1ª y la 2ª oleada, observándose un aumento significativo en esta variable en la 3ª oleada. Estas puntuaciones disminuyen significativamente a los 12 meses, encontrándose muy por debajo de los niveles iniciales. Se revelaron puntuaciones significativamente más bajas en bienestar asociadas al género femenino ( $p = 0.05$ ). Se encontraron diferencias significativas en el grupo de personas de menor edad en comparación con el de mayores de 60 años ( $F = 4.58$ ,  $p = 0.011$ ).

### 3.7. Autocompasión

Medidas 1ª, 2ª, 3ª y 4ª oleada en variables de Autocompasión



Disminuye la autocompasión en las personas de la muestra de manera significativa entre la 1ª y la 2ª oleada, y aumentan de manera significativa las puntuaciones en esta variable en la 3ª oleada, para disminuir significativamente a los 12 meses, encontrándose muy por debajo de los niveles iniciales. El género femenino mostró puntuaciones significativamente menores de autocompasión ( $p = 0.05$ ). Con relación a la edad se encontraron diferencias significativas entre el grupo más joven (18-30) en comparación con el de mayor edad (>60) y entre el grupo de 31-59 años con el grupo de mayores ( $F = 5.45$ ,  $p = 0.005$ ).

### 3.8. Sucesos vitales estresantes

Medidas 3ª y 4ª oleada en variables de Sucesos vitales estresantes (SVE)

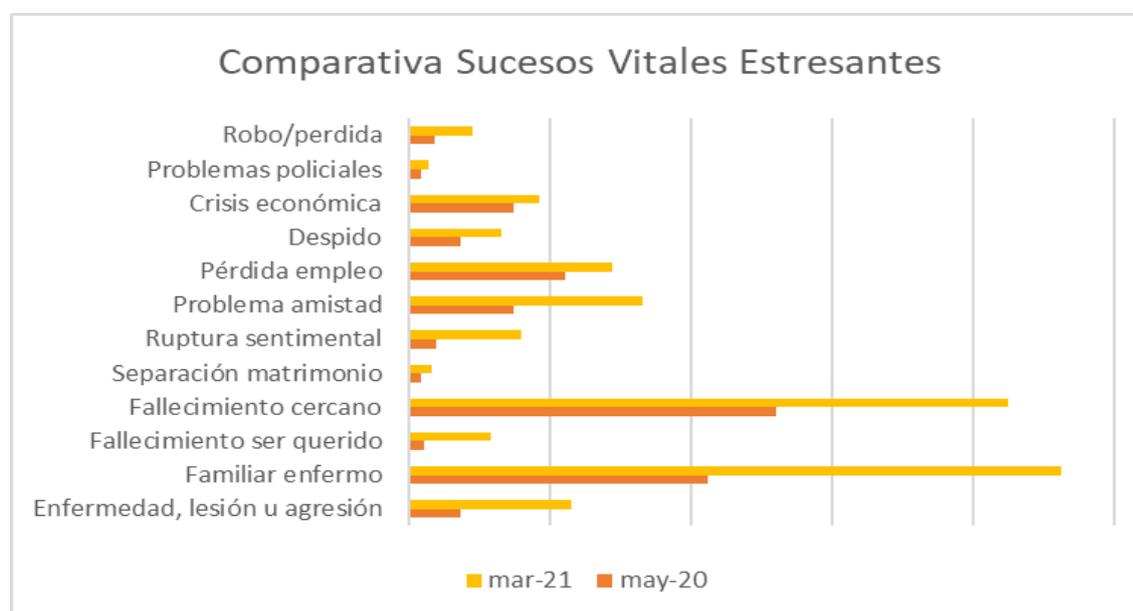
En la 3ª y 4ª oleada se incluyeron 12 preguntas acerca de posibles sucesos vitales estresantes que pudiera haber presentado la persona desde el inicio del estado de alarma y el confinamiento. Los ítems incluidos fueron:

- Ítem 1. Ha sufrido usted mismo una enfermedad, lesión o agresión grave
- Ítem 2. Algún familiar cercano ha sufrido una enfermedad, lesión o agresión grave
- Ítem 3. Ha muerto uno de sus padres, hijos o pareja/cónyuge
- Ítem 4. Ha muerto un amigo cercano a la familia o algún otro familiar (tíos, primos, abuelos)
- Ítem 5. Se ha separado a causa de problemas en su matrimonio
- Ítem 6. Ha roto una relación estable
- Ítem 7. Ha tenido un problema grave con un amigo cercano, vecino o familiar

- Ítem 8. Se ha quedado sin empleo o buscando empleo durante más de un mes sin éxito
- Ítem 9. Le han despedido de su trabajo
- Ítem 10. Ha tenido una crisis económica grave
- Ítem 11. Ha tenido problemas con la policía o ha comparecido ante un tribunal
- Ítem 12. Le han robado o ha perdido algo de valor

Tabla 4. Sucesos Vitales Estresantes en la 3ª y 4ª oleada

Sucesos vitales estresantes	Respuestas afirmativas 3º oleada (mayo 2020)	% afirmativos	Respuestas afirmativas 4º oleada (marzo 2021)	% afirmativos
Enfermedad, lesión u agresión	21	3.7	63	11.5
Familiar enfermo	120	21.2	252	46.2
Fallecimiento ser querido	6	1.1	32	5.82
Fallecimiento cercano	147	26	233	42.5
Separación matrimonio	5	0.9	9	1.63
Ruptura sentimental	11	1.9	44	8.01
Problema amistad	42	7.4	91	16.57
Pérdida empleo	63	11.1	79	14.38
Despido	21	3.7	36	6.55
Crisis económica	42	7.4	51	9.28
Problemas policiales	5	0.9	8	1.45
Robo/perdida	10	1.8	25	4.55



En general se observa como los sucesos vitales estresantes más frecuentes son tener o haber tenido un familiar enfermo (mas del 45% de la muestra), así como haber sufrido un fallecimiento cercano (42%). Después, destacan los problemas de amistad, que afectan en torno al 16% de la muestra, la pérdida de empleo, que afecta a casi el 15% de la muestra y haber sufrido enfermedades, lesiones o agresiones, con casi el 12% de la muestra afectada.

En general, se observa un aumento en la aparición de SVE entre la 3ª y 4ª oleada, especialmente en fallecimiento de familiares cercanos y familiares enfermos, así como problemas de enfermedad y fallecimiento de seres queridos.

Con relación al género se encuentra que los hombres han vivido un mayor número de SVE en el último año, mostrando diferencias estadísticamente significativas respecto a las mujeres. Con relación a la edad, las personas de 18-30 años revelaron haber sufrido menos sucesos estresantes, en comparación con el grupo entre 31-59 años y las personas de mayor edad (>60) ( $F = 5.31, p = 0.005$ ).

## 4. Conclusiones

¿Hasta qué punto la población general ha ocultado posibles síntomas de Covid-19 a lo largo de estos 12 meses?

- ✓ El 7% de los encuestados dicen haber ocultado síntomas de Covid-19 alguna vez en el último año.
- ✓ El 11% señala no haber consultado con un médico a pesar de tener posibles síntomas de Covid-19 (fiebre, tos, malestar, etc.) en el último año.
- ✓ Un 10% dice no haber pasado PCR a pesar de tener síntomas compatibles con Covid-19.
- ✓ Estos datos parecen señalar que la mayoría de población no ha ocultado sintomatología de Covid-19, sino que, cuando han sospechado de padecer síntomas, han acudido a los servicios de salud en la mayor parte de los casos. Aunque revelan una minoría significativa (aprox. 10%) de personas que tienden a ocultar datos o no acudir al médico ante la presencia de síntomas.

¿En qué medida ha utilizado la población los servicios de salud mental y qué barreras se han encontrado?

- ✓ Un 40% de la muestra reveló haber tenido algún problema de salud mental desde el inicio de la pandemia, de los cuales el 23,4% señala haber recibido algún tipo de tratamiento.
- ✓ La atención recibida en relación con la salud mental parece ser mayoritariamente psicoterapia presencial o a distancia, en su conjunto en torno al 62% de la atención, con tratamientos psiquiátricos o farmacológicos presentes en torno al 25% de los casos.
- ✓ En relación con las principales barreras identificadas para la petición de ayuda por un posible problema de salud mental, cabe destacar que casi el 40% pudo manejar los problemas por sí mismo, y más del 20% dijo que sus problemas mejoraron solos. Además, casi un 20% señaló que no podía pagar un tratamiento, otro 5% no pudo obtener la cita y el 5% de la muestra no pidió ayuda por el estigma internalizado.

¿Qué cambios se observan a los 12 meses en el impacto de esta situación en nuestra salud mental?

Sintomatología de Salud mental:

- ✓ En general, en la cuarta oleada se observa un aumento significativo en la sintomatología depresiva, de ansiedad, de estrés postraumático, de síntomas somáticos y en la aparición de un ataque de pánico. Pareciendo indicar una situación de desgaste y de indefensión de la población española, al enfrentarse a una cantidad elevada de sucesos estresantes durante un tiempo prolongado (12 meses), cuyo final es indefinido y difícil de controlar.
- ✓ El género femenino sigue mostrando una ligeramente mayor sintomatología en casi todas las áreas (ansiedad, depresión, estrés postraumático y síntomas somáticos).
- ✓ Las personas más jóvenes (18-30 años) siguen mostrando una mayor sintomatología depresiva y de ansiedad en comparación con el resto de los grupos, excepto para el estrés postraumático y los síntomas somáticos donde no se encuentran diferencias.

¿Qué cambios se observan en esta cuarta medida en el impacto de esta situación en nuestra percepción de soledad?

Soledad:

- ✓ Aumenta la percepción de soledad de manera sustancial entre la 1ª y la 2ª oleada y se produce una disminución significativa de la percepción de la soledad en la 3ª oleada respecto a la 2ª, aumentando significativamente en la 4ª oleada. A pesar de que la población se fue sintiendo menos sola como consecuencia de la salida progresiva del confinamiento, el mantenimiento de las medidas de distancia social física a lo largo de estos 12 meses, han llevado a la población a sentirse cada vez más sola. El contacto social a través de la tecnología de la información parece no servir lo suficiente para que las personas se sientan acompañadas.
- ✓ No se encontraron diferencias en función del género.
- ✓ Las personas más jóvenes revelaron sentir mayor soledad en comparación con el resto.

### ¿Se han observado cambios acerca de la discriminación

- ✓ De manera general, se observa un incremento significativo en la percepción de discriminación entre la 1ª y la 2ª oleada, que se mantiene con una ligera disminución en la 3ª oleada, disminuyendo esta percepción en la 4ª oleada, sin llegar a las puntuaciones iniciales. encontrándose un cambio estadísticamente significativo entre la 1ª y la 4ª oleada.
- ✓ No se encontraron diferencias en el género en la variable discriminación.
- ✓ Con relación a la edad se encontraron diferencias significativas entre el grupo de personas de 18-30 años en comparación con el grupo de mayores, revelando haber sido más discriminados.

### ¿Muestran las personas estigma internalizado?

Las personas encuestadas indicaron si, desde que comenzó la epidemia de Covid-19, alguna de estas circunstancias (por ejemplo, por el color de tu piel, ascendencia, nacionalidad, religión, género, sexualidad, edad, peso, discapacidad o problema de salud mental, ingresos económicos o estar contagiado de coronavirus Covid-19), habían condicionado su forma de comportarse. En general los resultados muestran que la mayoría de la muestra no presenta estigma internalizado, con un 14% de las personas que respondieron revelando estigma internalizado medio debido a distintas condiciones. El ítem que mayores puntuaciones presenta es el 3 "No me relaciono tanto como solía porque mis circunstancias podrían hacerme parecer o comportarme raro".

### ¿Se han observado cambios en cómo estamos haciendo frente al confinamiento?

A grandes rasgos, tras el paso de las semanas, la percepción de apoyo social parece disminuir. En cuanto a la autocompasión y al bienestar, disminuyen ligeramente en la 2ª oleada y aumentan de manera significativa en la 3ª oleada, disminuyendo significativamente en la 4ª oleada.

Apoyo social:

- ✓ Disminuye la percepción de apoyo social de manera significativa entre la 1ª y la 2ª oleada y se mantiene en la 3ª oleada, disminuyendo significativamente en la 4ª oleada.
- ✓ No se encuentran diferencias en función del género.
- ✓ Las personas entre 18 y 30 años mostraron puntuaciones significativamente menores en apoyo social en comparación con el grupo de mayores de 60 años.

Bienestar:

- ✓ Disminuyen las puntuaciones en bienestar psicológico entre la 1ª y la 2ª oleada, observándose un aumento significativo en esta variable en la 3ª oleada y una disminución significativa en la 4ª oleada.
- ✓ Las mujeres, y personas más jóvenes presentaron menores puntuaciones de bienestar psicológico.

Autocompasión:

- ✓ Disminuye la autocompasión en las personas de la muestra de manera significativa entre la 1ª y la 2ª oleada, y aumentan de manera significativa las puntuaciones en esta variable en la 3ª oleada, disminuyendo significativamente en la 4ª oleada.
- ✓ Las mujeres y las personas más jóvenes mostraron puntuaciones menores en la autocompasión.

¿En qué medida la muestra ha sufrido SVE durante el confinamiento y a los 12 meses y de qué tipo?

En la tercera y cuarta oleada se ha introducido una medida sobre los sucesos vitales estresantes que se han vivido durante el confinamiento (13 de marzo – 4 de junio de 2020 y 22-31 de marzo de 2021).

- ✓ En general, se observa un aumento en la aparición de SVE entre la 3ª y 4ª oleada, especialmente en fallecimiento de familiares cercanos y familiares enfermos, así como problemas de enfermedad y fallecimiento de seres queridos.
- ✓ Los hombres han vivido un mayor número de SVE en el último año, mostrando diferencias estadísticamente significativas respecto a las mujeres.
- ✓ Con relación a la edad, las personas de 18-30 años revelaron haber sufrido menos sucesos estresantes, en comparación con el grupo entre 31-59 años y las personas de mayor edad (>60). Este dato se confronta con la observación de un mayor malestar en el grupo más joven. Es decir, las personas del grupo de 31-59 y las personas mayores de 60 son las que sufren más sucesos vitales estresantes, y a pesar de este hecho, sobrellevan mejor la situación de confinamiento.

El presente estudio longitudinal ha permitido conocer los efectos que la situación de alarma de marzo de 2020, la posterior cuarentena y los 12 meses siguientes de restricciones (movilidad, contacto social físico, duelo, etc.) producida por la Covid-19 han tenido sobre la salud psicológica en la población española, desde marzo de 2020 hasta marzo de 2021.

Los resultados parecen indicar que el impacto de la situación derivada por la pandemia a los 12

meses está siendo más alto en el género femenino y las personas más jóvenes, a pesar de que las personas de mayor edad y las del grupo de 31-59 años hayan sufrido un mayor número de sucesos estresantes y hayan podido verse más afectadas a nivel médico por el virus.

A los 12 meses desde el inicio de la pandemia en España, un 40% de la muestra reveló haber tenido algún problema de salud mental en el último año, de los cuales el 23,4% señala haber recibido algún tipo de atención para esos problemas, siendo la Psicoterapia presencial y a distancia los recursos más utilizados (por el 62% de la población), seguido de la intervención Psiquiátrico/farmacológico presencial y a distancia (25%). En cuanto a las barreras en el uso de servicios de salud mental, las personas señalan no haber solicitado ayuda principalmente por estos motivos: poder manejar los problemas por sí mismo (40%), porque sus problemas mejoraron solos (20%), y por no poder pagar un tratamiento (20%).

Estos resultados pueden suponer la base para futuras intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria en relación al coronavirus y la salud mental, que deben tener en cuenta aquellos grupos más vulnerables, y las cuales podrían incluir estrategias que han demostrado eficacia en la mejoría del bienestar espiritual en situaciones de estrés, como la meditación (Bormann, Thorp, Wetherell, Golshan, & Lang, 2013); y prestar una mayor atención a la soledad de las personas, además de tener en cuenta las medidas de fortalecimiento de las redes de apoyo social en estas circunstancias, aunque sean a través de las tecnologías online. Es conveniente formar a las personas poco familiarizadas con las tecnologías de la información en el uso de recursos digitales, además de fomentar desde las administraciones públicas intervenciones que impliquen un contacto telefónico más frecuente con las personas significativas, familiares cercanos y amigos, organizaciones voluntarias o profesionales de la salud, así proyectos comunitarios que brinden apoyo durante la situación de confinamiento y traten de disminuir la brecha digital que puede afectar a ciertos grupos más vulnerables (Armitage y Nellums, 2020, Banerjee & Rai, 2020; Brooke & Jackson, 2020, Jones & Keynes, 2020, Eghtesadi, 2020).

Además, desde países como China, más avanzados en la expansión y recuperación del virus, son distintos los modelos de intervención publicados. Por ejemplo, Zhang, Wu, Zhao, & Zhang (2020), proponen un modelo que integra a los psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales en una plataforma online para manejar mejor los problemas psicológicos urgentes derivados del Coronavirus y llevar a cabo intervenciones psicológicas en pacientes, familiares y personal sanitario. Mientras que, por otro lado, Xiao (2020), propone como alternativa llevar a cabo "structured letter therapy", una intervención donde la persona y el profesional se comunican mediante documentos escritos, que ha permitido durante la cuarentena, continuar la atención y seguimiento en algunos casos de necesitaban de atención psicológica. En nuestro contexto deben destacarse las intervenciones telefónicas puestas en marcha desde distintas instituciones (Gobierno de España, Universidad Complutense de Madrid, etc.) y las intervenciones psicológicas utilizando plataformas virtuales (por ejemplo, la Clínica Universitaria de Psicología o el Máster en Psicología Clínica, ambos de la UCM). Aunque la evidencia es muy limitada y provisional, este tipo de intervenciones pueden resultar de utilidad para mantener el contacto con

las personas afectadas y proporcionarles el apoyo que pudieran precisar en cada caso, sirviendo como ejemplo de las distintas intervenciones que pueden llevarse a cabo de forma remota y haciendo el uso de las tecnologías de la información y la comunicación.

Por otro lado, son muchas las instituciones y organismos que consideran la crisis derivada de la Covid-19 como una oportunidad para transformar la atención a la salud mental, y abordar sus determinantes sociales, además de participar en la prevención, como variable clave de dicha transformación (McCartan et al., 2021). Para estos autores, una mejor recopilación, modelización e intercambio de datos mejorará el desarrollo de políticas y servicios. La crisis ofrece oportunidades para aprovechar las innovaciones positivas: la adaptabilidad y flexibilidad de la atención comunitaria; el aprovechamiento de la experiencia vivida en el diseño, el desarrollo y el seguimiento de los servicios; la colaboración entre organismos; la aceleración de la colaboración interinstitucional; la aceleración de la atención sanitaria digital y a distancia; y la conexión entre la salud física y mental.

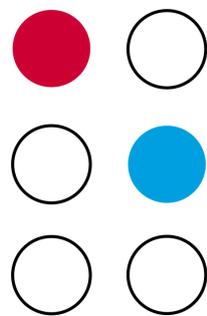
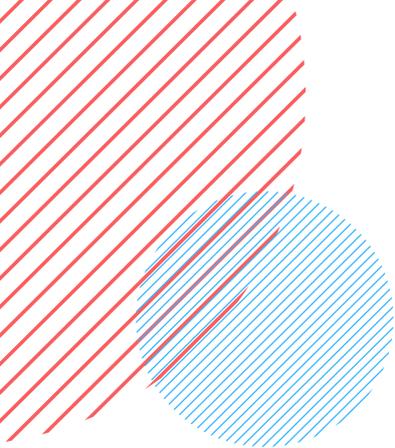
A pesar de la disminución de los efectos psicológicos con la superación de la crisis inicial y relajación de las medidas de confinamiento en junio de 2020, la población española está sufriendo un desgaste psicológico derivado de la vivencia de importantes sucesos vitales estresantes, y estamos lejos aún de una recuperación psicológica total, ya que a los 12 meses la situación ha empeorado considerablemente y es previsible que siga empeorando hasta que no se llegue a la inmunidad de rebaño y a la progresiva recuperación de la actividad económica. Estos resultados subrayan la importancia de 1) Aumentar la detección de problemas de salud mental en la población general desde atención primaria y su posterior intervención, aumentado los recursos públicos de atención a la salud mental; 2) la necesidad de tomar medidas para contrarrestar la discriminación que pueden sufrir algunos grupos vulnerables, 3) promover iniciativas que reduzcan la soledad no deseada, 4) favorecer el bienestar espiritual de la población para amortiguar el impacto de la crisis generada por la Covid-19.

Con el objetivo de cubrir en parte estas cuatro necesidades detectadas en este estudio, los miembros de la Cátedra extraordinaria UCM – Grupo 5 Contra el Estigma han elaborado un libro que recopila tres guías con indicaciones para mitigar la discriminación y la soledad y aumentar el bienestar espiritual. Cada una de estas guías recoge los resultados principales del estudio Psi-Covid-19, incluye recomendaciones a la población general para reducir la discriminación, disminuir la soledad no deseada y favorecer el bienestar espiritual, y recoge enlaces de interés y teléfonos de contacto para recibir ayuda psicológica.

## Referencias

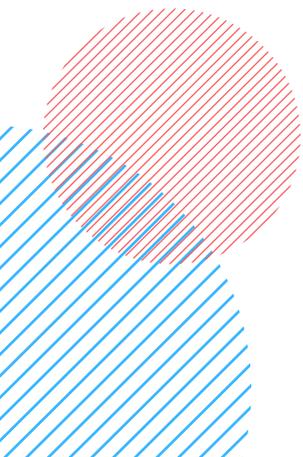
- Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public Health*, 5. doi:10.1016/S2468-2667(20)30061-X
- Banerjee, D., & Rai, M. (2020). Social isolation in Covid-19: The impact of loneliness. *International Journal of Social Psychiatry* 00(0), 1-3. doi:10.1177/0020764020922269
- Bormann, J. E., Thorp, S. R., Wetherell, J. L., Golshan, S., & Lang, A. J. (2013). Meditation-based mantram intervention for veterans with posttraumatic stress disorder: a randomized trial. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(3), 259.
- Boyd JE, Otilingam PG, Deforge BR. Brief version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: psychometric properties and relationship to depression, self esteem, recovery orientation, empowerment, and perceived devaluation and discrimination. *Psychiatr Rehabil J*. 2014 Mar;37(1):17-23. doi: 10.1037/prj0000035
- Bredle, J. M., Salsman, J. M., Debb, S. M., Arnold, B. J., & Cella, D. (2011). Spiritual Well-Being as a Component of Health-Related Quality of Life: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Religions*, 2(1), 77–94. <https://doi.org/10.3390/rel2010077>
- Brooke, J., & Jackson, D. (2020). Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *Journal of Clinical Nursing*. doi:10.1111/jocn.15274
- Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, G. de E. (n.d.-b). *Actualización nº 303. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19)*. Recuperado 10 de Abril , 2021, de [https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Documents/2021/02022021\\_Actualizacion303COVID19.pdf](https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Documents/2021/02022021_Actualizacion303COVID19.pdf)
- Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, G. de E. (2020). *Actualización nº 59. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 29.03.2020*. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3692>
- Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, G. de E. (n.d.-a). *Actualización nº 143. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 21.06.2020*. Retrieved February 4, 2021, from [https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Documents/2020/210620\\_Actualización143COVID19.pdf](https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Documents/2020/210620_Actualización143COVID19.pdf)
- Eghetesadi, M. (2020). Breaking social isolation amidst covid-19: A viewpoint on improving access to technology in long-term care facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*. doi:10.1111/jgs.16478.
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., & Demarzo, M. M. P. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>
- Jones, X. R., & Keynes, M. Covid-19: An Exposition, with a Focus on Social Isolation in the Elderly (UK). Preprint DOI: 10.6084/m9.figshare.12022632

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613–621. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>
- Lang, A. J., & Stein, M. B. (2005). An abbreviated PTSD checklist for use as a screening instrument in primary care. *Behaviour Research and Therapy*, 43(5), 585–594. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.04.005>
- McCartan, C., Adell, T., Cameron, J., Davidson, G., Knifton, L., McDaid, S., & Mulholland, C. (2021). A scoping review of international policy responses to mental health recovery during the COVID-19 pandemic. *Health research policy and systems*, 19(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00652-3>
- Motrico, E., Moreno-Küstner, B., de Dios Luna, J., Torres-González, F., King, M., Nazareth, I., ... & Vicens, C. (2013). Psychometric properties of the List of Threatening Experiences—LTE and its association with psychosocial factors and mental disorders according to different scoring methods. *Journal of affective disorders*, 150(3), 931–940.
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2)
- Schein, A. I., & Bauer, G. R. (2019). The Intersectional Discrimination Index: Development and validation of measures of self-reported enacted and anticipated discrimination for intercategory analysis. *Social Science and Medicine*, 226, 225–235. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.12.016>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Jama*, 282, 1737–1744.
- Xiao, C. (2020). A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)-related psychological and mental problems: structured letter therapy. *Psychiatry Investigation*, 17(2), 175–176. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0047>
- Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., & Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*, 3(1), 3–8. <https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30–41.



Contra el  
Estigma

[www.contraelestigma.com](http://www.contraelestigma.com)



UNIVERSIDAD  
COMPLUTENSE  
MADRID

