



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**COVID-19 y salud mental: intervención
psicológica**

Autora: Morillo Cury, Claudia
Directora: Rodríguez Rey, Rocío

Madrid
2020/2021

ÍNDICE

1. Resumen	3
2. Introducción	4
2.1 Situación COVID-19.....	4
2.2 Efectos de la crisis sobre la salud mental	5
2.3 Efectos en salud mental del COVID en poblaciones vulnerables.....	8
2.4 Implicaciones para atención a salud mental	10
3. Objetivos	11
4. Metodología	11
4.1 Estrategias de búsqueda.....	11
4.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	12
4.3 Extracción de datos	12
5. Desarrollo	13
5.1 Intervenciones específicas para ansiedad	15
5.2 Intervenciones específicas para la depresión	16
5.3 Intervención en riesgos de suicidio.....	18
5.4 Intervenciones en crisis	20
5.5 Resultados de la entrevista.....	22
5. Discusión y conclusiones	25
6. Bibliografía	29
7. Anexo 1	33

1. Resumen

El COVID-19 comenzó a extenderse desde China en 2019 por todo el mundo, alcanzando el nivel de pandemia, produciendo una crisis mundial socio-política, económica y sanitaria. Esta crisis ha derivado en problemas de salud mental en gran parte de la población: ansiedad, depresión, trastorno de estrés post traumático (TEPT), problemas del sueño, etc. Esta revisión identificará la sintomatología predominante derivada de la situación de pandemia en la población general y población vulnerable (población con problemas de salud mental previos y profesionales sanitarios). La finalidad es delimitar las técnicas más efectivas para el tratamiento de algunas de las afectaciones que se han dado con mayor frecuencia: ansiedad, depresión y suicidio a la par que entender la importancia de la intervención en crisis para la contención y prevención sintomatológica. Se incluyen dos entrevistas con psicólogas clínicas que han trabajado en primera línea del sistema sanitario público de salud mental. El fin será clarificar los efectos observados en los pacientes tratados, las técnicas que han funcionado mejor, y qué mejoras que podrían aplicarse al sistema público de salud tanto para esta propia crisis como para aquellas venideras.

1. Abstract

COVID-19 began to spread from China in 2019 throughout the world, reaching pandemic level, producing a global socio-political, economic and health crisis. This crisis has resulted in mental health problems in a large part of the population: anxiety, depression, post-traumatic stress disorder (PTSD), sleep problems, etc. This review will identify the predominant symptomatology derived from the pandemic situation in the general population and vulnerable population (population with previous mental health problems and health professionals). The purpose is to delimit the most effective techniques for the treatment of some of the most frequently occurring affectations: anxiety, depression and suicide, as well as to understand the importance of crisis intervention for symptomatological containment and prevention. Two interviews with clinical psychologists who have worked in the front line of the public mental health system are included. The aim will be to clarify the effects observed in the patients treated, the techniques that have worked best, and what improvements could be applied to the public health system for this crisis as well as for those to come.

2. Introducción

2.1 Situación COVID-19.

El COVID-19, virus que comenzó en 2019 en China, se ha expandido por todo el mundo. Es debido a esta expansión y la gravedad que conllevaba la transmisión del virus que el 11 de marzo la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el estado de pandemia mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020) Debido a esto, la mayoría de los países adoptaron medidas extraordinarias para la contención del COVID-19. Muestra de ello es que, en España, el 14 de marzo “se declara el estado de alarma con el fin de afrontar la situación de emergencia sanitaria provocada por el coronavirus COVID-19”. (Real Decreto-ley 463/2020)

El COVID-19 ha tenido un efecto catastrófico a nivel mundial. En abril de 2021, tras más de un año de haberse decretado el estado de pandemia, se contabilizan a nivel global 134.308.070 casos confirmados de los cuales 2.907.944 derivaron en muertes. En España se han decretado 3.336.637 casos confirmados y 76.328 muertes. (World Health Organization [WHO], 2021).

Alrededor de marzo de 2020, para la contención de la propagación de la pandemia, muchos de los países afectados cesaron toda la actividad no esencial, pidiendo a la población que se confinara en sus casas. Muestra de ello, es que, en España el 29 de marzo el Real Decreto-ley 10/2020, estableció el cese de toda actividad considerada como no esencial entre el 30 de marzo y el 9 de abril de 2020, ambos inclusive. Una vez terminó el confinamiento estricto, se implementaron progresivamente una serie de medidas como, el distanciamiento social, la potenciación del teletrabajo y del estudio en formato online, restricción de horarios, etc. Estas medidas nos han hecho cambiar la manera de vivir tal y como la conocíamos.

Así pues, la pandemia y el aislamiento social generado a consecuencia son una situación potencialmente traumática con afectación a nivel social y a nivel individual para toda la población. Es una crisis que afecta tanto al sistema socio económico y sanitario como al sistema personal y familiar. Como ha dicho la Organización de las Naciones Unidas (ONU), esta crisis es una “crisis sistémica del desarrollo humano” (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2020).

2.2 Efectos de la crisis sobre la salud mental.

La pandemia mundial surgida por la alta y rápida transmisión del COVID-19 junto con el aislamiento social requerido como medida de seguridad, ha tenido un alto impacto en la salud mental. Rodríguez-Rey et al. (2020) añaden que, dada la gran cantidad de personas infectadas en España, el creciente número de muertes y las severas restricciones tomadas por el gobierno español para aminorar la propagación del virus, especialmente la cuarentena, es muy probable que la salud mental de los españoles se vea disminuida. Esta situación de pandemia y aislamiento requerido ha llevado a unas repercusiones emocionales que en muchos casos se han mantenido más allá del periodo de confinamiento estricto. Estas repercusiones principalmente han sido trastorno de estrés post traumático (TEPT), trastorno depresivo (TD) y trastornos de ansiedad (Ozamiz-Etxebarria et al., 2020). Entre dichas repercusiones nos encontramos también con el aumento de casos de suicidio. En este sentido, especialistas advierten del posible incremento de esta conducta, no solo durante el desarrollo de la pandemia sino con efecto posterior a esta (Thakur et al., 2020). No solo ha dejado secuelas a ese nivel, también hay algunas que, quizás pueden parecer de menor gravedad, pero han afectado a un alto porcentaje de la población. Estas secuelas son, entre otras, trastornos del sueño, problemas de estrés, trastorno de la conducta alimentaria (TCA), somatización, etc. Secuelas a las que se le suman conductas como aumento de la ingesta de alcohol y tabaco. Respecto a los trastornos del sueño mencionados, se debe tener en cuenta que, tienen una interacción directa con la depresión, la ansiedad y el estrés que se sufre durante el día, siendo así un ciclo de regulación de las emociones complicado (Ramírez-Ortiz et al., 2020).

Reflejamos ahora algunos datos que sostienen de manera empírica estos efectos de salud mental comentados: *En una encuesta online reciente del 31 de enero al 2 de febrero de 2020, (n=1210) en 194 ciudades en China, el impacto psicológico se evaluó mediante Impact of Event Scale-Revised, y el estado de salud mental se evaluó mediante Depression, Anxiety and Stress Scale. Reportándose que el 53.8% de los evaluados calificó el impacto psicológico del brote como moderado o severo; el 16.5% síntomas depresivos moderados a severos; el 28,8% síntomas de ansiedad moderada a severa; y el 8.1% niveles de estrés moderados a severos (Ramírez-Ortiz et al., 2020, 10).*

Los procesos ansioso-depresivos descritos junto al alto nivel de estrés generado, tiene en su origen en la pérdida de control sobre el contexto, la incertidumbre que ello conlleva, la separación social, la ruptura de planes a futuro, etc. La complejidad de esta realidad nos muestra la necesidad de desarrollar tanto estrategias que fortalezcan la salud mental como crear educación en la que se de lugar a dicha salud mental (Ramírez-Ortiz et al., 2020).

Los efectos psicológicos mencionados en la población tienen diferentes orígenes. La ansiedad se genera principalmente como respuesta al miedo y la incertidumbre vital y socioeconómica. Con relación al miedo referido, añadir que se ha observado tiene la capacidad de potenciar las consecuencias psicológicas derivadas de la pandemia y el aislamiento social, tales como el estrés y ansiedad, especialmente en población con patología previa diagnosticada, en lo que a salud mental se refiere (Ramírez-Ortiz et al., 2020). La depresión en respuesta a la soledad, la pérdida de las estructuras sociales y laborales y el duelo que ello conlleva. El TEPT es resultado de la falta de atención psicológica que requiere la situación de amenaza vital por esta emergencia socio-sanitaria. Debemos saber que “si los síntomas se mantienen más allá del primer mes, puede desarrollarse un trastorno por estrés postraumático” (Echeburúa y Corral, 2007, 373). Por ello, es de gran importancia la atención en primer orden, para contener la emergencia y prevenir el desarrollo de TEPT. La atención en primer orden o intervención en crisis será la que contribuye a controlar el malestar emocional y la recuperación posterior evitando el desarrollo de duelos patológicos, ataques de pánico, cuadros disociativos, etc. El incremento en el riesgo de suicidio ha sido respuesta de varios factores, uno de ellos la crisis económica y laboral, la pérdida del trabajo lleva a una distorsión del auto concepto y autoestima, aumento del estrés y desestabilización emocional. Además, los factores de aislamiento, cambios en la rutina (hábitos alimenticios, sueño), y sensación de sobrecarga para quienes trabajaban a distancia han influido en el aumento de este riesgo de suicidio. Nombrar también que el confinamiento aumentó el riesgo de problemas interpersonales, el consumo de sustancias ilegales, el riesgo de vivir violencia intrafamiliar, el abuso sexual, etc. Todo esto ha llevado a que los estresores superen los mecanismos de defensa de las personas, llevando a esta ideación o intento de suicidio (Camacho, 2021).

En la población general habrá que tener en cuenta las situaciones de trauma y duelos vividos previamente para evaluar si han tenido una resolución fortalecedora o si han devenido en situaciones que generan un marco de vulnerabilidad. Aquellas personas sin patología previa diagnosticada, pero con traumas no elaborados y duelos no resueltos serán mas vulnerables a la situación de estrés derivada de la pandemia COVID-19 (Echeburúa et al., 2005).

Otros factores a tener en cuenta son el aburrimiento, la soledad, la rabia, etc., factores que pueden acabar convirtiéndose en problemas como ataques de pánico, síntomas psicóticos, TEPT y suicidios (Brooks et al., 2020).

Toda esta situación ha desbordado el sistema sanitario que existía previo a la pandemia (Ramírez-Ortiz et al., 2020). Este sistema, se ha visto particularmente sobrecargado a pesar de haber aumentado toda la atención sanitaria de cara a paliar el incremento en la demanda de atención surgido a raíz de la pandemia del COVID-19. En lo que a la atención de salud mental se refiere, la pandemia ha tenido un efecto muy perjudicial. Los servicios de salud mental han sufrido durante el desarrollo de esta pandemia graves alteraciones (OMS, 2020). Los departamentos de psiquiatría, al igual que los de otras especialidades, tuvieron que cerrar sus consultas externas y poner las camas a disposición de la atención a pacientes de COVID-19 (OMS, 2020). “Si analizáramos la pandemia en función de su riesgo de desastre, éste sería directamente proporcional a la amenaza que representa y a la vulnerabilidad que existe frente a ella, e inversamente proporcional a la capacidad del sistema sanitario para hacerle frente” (Lorenzo, 2020, 29).

A pesar de que las consecuencias negativas mencionadas hasta ahora de la pandemia y el aislamiento social, al igual que en el resto de las pandemias de las que estamos documentados, se debe evaluar cuales son aquellas consecuencias positivas que se han podido obtener de esta situación vivida (Ramírez-Ortiz et al., 2020). Para evaluar dichas consecuencias se realizó una encuesta a familias en Hong Kong que dejó reflejado que el 60% de la población comenzó a preocuparse mas por los sentimientos de sus familiares, 2/3 se preocupaban más por la salud mental y el 35-40% comenzaron a dedicarle mas tiempo a descansar y hacer ejercicio (Lau et al., 2006).

Otra de las consecuencias positivas que pueden darse como consecuencia de vivir acontecimientos difíciles como la pandemia del COVID-19 es la presencia de crecimiento postraumático. En 1999, Tedeschi y Calhoun definieron el crecimiento postraumático como la experiencia subjetiva de cambio psicológico positivo reportado por una persona como resultado de la lucha contra un evento traumático. Como señalan Páez et al (2012), los sucesos traumáticos pueden tener efectos positivos a nivel personal (aumentar la sabiduría y el conocimiento sobre uno mismo y los demás, valorar lo que se tiene y aprender las prioridades importantes en la vida), en las relaciones con los demás (unir a la familia y mantenerla unida, unir a la comunidad, ser más tolerante y compasivo con los demás, valorar el apoyo que ofrecen). También puede observarse el crecimiento social (reforzar las creencias positivas sobre el grupo, percibir el crecimiento de la comunidad).

El estudio de Prieto-Ursúa et al (2020) demuestra que en la población española hay crecimiento postraumático a consecuencia de la COVID-19. Concretamente, unos de los factores que facilita este crecimiento post traumático es el poder dar sentido a la existencia ya que nos demuestra lo transitable de ella y lo inevitable de sufrir. Este concepto hace alusión a algo mas cognitivo mientras que también tenemos componentes motivacionales que ayudan a dicho crecimiento, estos componentes serían el tener una dirección, unos objetivos, un propósito en la vida al que dirigir los esfuerzos.

2.3 Efectos en salud mental del COVID en poblaciones vulnerables.

Es importante saber que, dentro del factor de riesgo que es el hecho de vivir esta situación, hay ciertos parámetros que han prevalecido frente a otros en la determinación de cuales son las personas más vulnerables: sexo femenino, bajo nivel socioeconómico, problemas interpersonales, alto consumo de redes sociales, baja resiliencia y bajo apoyo social (Mowbray, 2020). Además, la existencia de enfermedades previas, es decir, comorbilidad, especialmente aquellas que son cardiocirculatorias, respiratorias o metabólicas (Lorenzo, 2020). Mencionar también el factor de riesgo que es el hecho de pertenecer en este momento a los profesionales de la atención sanitaria especialmente en urgencias, Unidades de Cuidados Intensivos COVID-19 (UCI-COVID) y neumología. Todos estos factores generan susceptibilidad a la hora de desarrollar afecciones en salud mental (Danet, 2021).

Los grupos de población vulnerable sobre los que vamos a hacer hincapié en este trabajo son aquellos con patología previa diagnosticada en lo que a salud mental se refiere y profesionales sanitarios de primera línea.

Respecto a la población con patología previa diagnosticada (DSM-5) en lo que a salud mental se refiere, los efectos podrán ser, además de la ansiedad, la depresión y el TEPT, una agudización de los síntomas correspondientes a su patología, comorbilidad y aparición de nuevos trastornos (Castro, 2020). Además, para esta población, esta situación está implicando una nueva constatación del fallo sistémico socio político económico y sanitario en el que se desarrolla la atención a la salud mental en nuestra sociedad. Este fallo sistémico lo vemos, por ejemplo, en el cierre de centros de atención media durante la pandemia, quedando solo sostenidos por la atención primaria y el sistema de urgencias. (Castro, 2020). Esta población, además, requiere de una especial atención. La interrupción de los tratamientos, la baja disponibilidad de psicofármacos y la reducción de la atención especializada pueden hacer que tengan dificultades para seguir sus actividades diarias. Además, pueden aparecer conductas de riesgo, tanto para su propia persona como derivar en el no cumplimiento de las medidas para controlar la pandemia (Ramírez-Ortiz et al., 2020).

Es evidente que dentro del grupo de personas vulnerables debe ser destacado, por la situación en que nos encontramos y el papel que han jugado en ella, la situación de especial vulnerabilidad de los profesionales sanitarios. Es este grupo el que durante todo este proceso ha estado en primera línea atendiendo a los enfermos por COVID-19, acompañándolos hasta sus últimos momentos y, como no, por todo esto convirtiéndose en personas con alto riesgo de contagio. Además, han debido estar aislados y alejados de los suyos para no contagiarles, quedando así solos ante toda esta gran carga. Danet (2021) hace referencia al impacto que tiene sobre los profesionales sanitarios la convivencia con los altos índices de mortalidad y los conflictos éticos devenidos de las situaciones extremas de atención. Como grupo vulnerable que son, sabemos que padecen los efectos de salud mental mencionados previamente, pero, en su caso debemos hablar de lo que se conoce como “burnout” o desgaste emocional. Efecto psicológico que se genera cuando las personas se enfrentan a condiciones adversas de trabajo, especialmente en trabajos que implican contacto con otros (Juárez-García, 2020). Este efecto, la OMS lo incluirá como una enfermedad a partir de enero de 2022 ya que influye en estado de salud mental

y necesita atención médica. Todo esto nos deja enmarcar a este grupo como uno de los más vulnerables y de necesidad de especial atención ante esta situación mundial.

Debemos nombrar nuevamente el riesgo de suicidio en este grupo, ya que, por ejemplo, entre el personal sanitario se ha visto un aumento de esta conducta debido a la sobrecarga laboral, el burnout mencionado y la falta de recursos para llevar a cabo su trabajo de una manera segura, para ellos y sus familiares (Camacho, 2021). No solo ha aumentado la ideación, sino que también los suicidios consumados.

2.4 Implicaciones para atención a salud mental.

Es tal la situación en la que nos encontramos que el Colegio Oficial de Psicólogos (COP) de España ha determinado que existen diez millones de españoles en riesgo de presentar problemas psicológicos derivados de la pandemia del COVID-19 (Colegio Oficial de Psicología [COP], 2020).

En relación con este posible incremento de problemas de salud mental, la OMS prevé que el apoyo a la salud mental aumente de manera considerable entre los próximos meses y años y para ello pide que se incrementen las inversiones en programas de salud mental. Hace este llamamiento por la demanda tan alta en salud mental que se espera tanto a lo largo de toda esta crisis como a futuro (OMS, 2020).

Todo esto mencionado, lo podemos ver reflejado cuando se habla de la ola invisible del coronavirus, la ola de la salud mental debido a la fatiga pandémica (concepto reconocido ya por la OMS en el que cursa toda la sintomatología y casuística descrita (OMS, 2020).

El hecho de que la pandemia de COVID-19 va a incrementar la demanda de atención en salud mental se apoya en datos de otras crisis previas a la que nos encontramos, que han demostrado el incremento que se produce en trastornos mentales como consecuencia. Los estudios relacionados con epidemias anteriores revelan que estas situaciones provocan una profunda y amplia gama de impactos psicosociales negativos. Un ejemplo sería el caso del Ebola, virus que tuvo una afectación similar a nivel de salud física y mental a la que estamos viviendo con el COVID-19. En este caso los efectos de salud mental fueron trastorno de estrés post traumático, ansiedad y depresión atribuidos en gran medida al miedo y a la estigmatización (OMS, 2016).

El COP tiene como uno de sus objetivos principales el hecho de garantizar la salud psicológica de toda la población. De este objetivo deriva la necesidad incuestionable de desarrollar planes de acción para evitar tanto la cronificación, como la anticipación de las secuelas que se pueden producir en una situación de pandemia. (COP, 2020).

3. Objetivos

El objetivo principal de este TFG es estudiar y describir las intervenciones específicas para el abordaje de la ansiedad, depresión y suicidio en el contexto de la pandemia de COVID-19 ya que han mostrado ser algunas de las consecuencias psicológicas más prevalentes en la población. Además, revisar la importancia de la intervención en crisis y como ha sido su desarrollo.

Además, se añaden dos entrevistas con las que se buscan contrastar la información obtenida de la literatura, con el trabajo diario de salud mental. Se pretende con ello ver reflejadas las intervenciones que se han hecho en los dispositivos en los que dichas profesionales desempeñan sus funciones, así como los efectos de dichas intervenciones. También escuchar sus propuestas desde la praxis para una mejora de la calidad del servicio psicológico en el ámbito público.

4. Metodología

4.1 Estrategias de búsqueda

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos y libros. Estos pertenecen a sociedades científicas y a organismos oficiales tanto nacionales (españoles) como internacionales, y han permitido la obtención de toda la información necesaria que guardase relación con los temas de interés de esta revisión. Las bases de datos más utilizadas han sido Psychinfo, SciELO, Google Académico y páginas web oficiales de organismos gubernamentales, las cuales han permitido la búsqueda de artículos que han sido publicados por profesionales en libros o revistas científicas. Estas fuentes se han consultado tanto en español como en inglés. Para la búsqueda de técnicas específicas para paliar las consecuencias psicológicas generadas por el COVID-19 el filtro temporal ha sido desde su inicio en marzo del 2020 hasta abril de

2021, mientras que para la explicación de dichas técnicas no se ha recurrido a ningún filtro temporal, aunque se ha procurado que la información fuese lo mas reciente posible.

Para la elección de las psicólogas entrevistadas delimitamos la búsqueda a que trabajaran en el sistema sanitario público de salud mental y hubieran atendido tanto a población con patología previa en lo que a salud mental se refiere como a profesionales sanitarios de primera línea en la atención del COVID-19. Finalmente fueron seleccionadas dos psicólogas que desempeñan su función en dos dispositivos diferenciados: un centro de día de salud mental para adultos y un centro de salud mental (CSM). La entrevista será estructurada y grabada en audio, previo consentimiento de las participantes. El guion de la entrevista se encuentra en el anexo 1 pagina 33.

4.2 Criterios de inclusión y exclusión

En la búsqueda bibliográfica se han incluido artículos y documentos realizados por distintos profesionales, asociaciones y órganos oficiales que guardan relación sobre los efectos en salud mental a causa de la pandemia. Con el mismo criterio se ha realizado la búsqueda de técnicas específicas para el tratamiento de los efectos en salud mental derivadas del COVID-19 y el aislamiento social. Se recurrió a las principales palabras clave: psychological techniques, mental health, COVID-19, psychological effects on COVID-19, anxiety, depression, suicide risk y crisis intervention (así como sus correspondientes términos en español). El criterio de exclusión se aplicó principalmente a las fuentes que resultasen poco fiables y aquellas que no proporcionaban información válida para la revisión bibliográfica.

4.3 Extracción de datos

Para saber si el contenido de los artículos y documentos eran de interés, se llevó a cabo una lectura de los resúmenes para después proceder a una lectura completa de la fuente en caso de que fueran seleccionados. En el caso del libro, se recurrió al índice de este para conocer en qué paginas se podía encontrar la información más relevante y éstas fueron las leídas.

5. Desarrollo

En este punto revisaremos cuales son los marcos de atención mas adecuados tanto para las crisis de salud mental derivadas de esta pandemia como para futuras crisis a las que nos tengamos que enfrentar.

Ante la pandemia, instituciones de todo el mundo han activado servicios online para promover soporte psicológico para aquellos que lo necesitan. Asociaciones como el Colegio Oficial de Psicología (COP) de Madrid, han creado y compartido guías para saber como tratar con las emergencias emocionales que surgen de esta situación (Orrù et al., 2020). En concreto, en España, el COP (COP, 2020) de Madrid, nos ofrece una guía sobre como intervenir ante cada grupo posiblemente afectado. Esta guía es específica para la modalidad online ya que es la que nos permite llegar a mas población en esta situación de pandemia además de para prevenir contagios. Además, la guía destaca una serie de habilidades básicas necesarias para la intervención de cualquier caso, y son: escucha activa, actitud cercana y empática, capacidad de guiar la entrevista, respetar los tiempos de la persona, etc. Jesse et al (2020) afirman también que la atención telefónica es especialmente adecuada para el tratamiento psiquiátrico durante la pandemia. Una vez evaluados los costes y la eficacia pueden decir que a la vez que se reducen los costes, mejora el acceso a este tipo de atención. Por supuesto, recomienda tener de manera accesible y clara protocolos de emergencia para situaciones de mayor riesgo como suicidio o agresión a terceros.

En primer lugar, los planes de actuación necesarios en esta crisis son aquellos que actúan sobre las consecuencias críticas que ya existen, es decir, un sistema de primeros auxilios psicológicos (Humerovic, 2019) que permitan el desarrollo de efectos como el duelo o el estrés de una manera esperable y sana. Es por esto que, entre otros, el Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid ha desarrollado un modelo de intervención en crisis para prevenir especialmente el duelo patológico y el TEPT (Cuellar et al., 2020). Humerovic (2019) explica que, una vez conseguida esta atención primaria de primeros auxilios, el foco debería ser en los efectos a largo plazo que pueden derivar de esta crisis que estamos viviendo. Pone como ejemplo la necesidad de dar acceso a la población a terapias centradas en el trauma ya que, el TEPT es una de las consecuencias mas recogidas. Además, incluye la importancia de educar a las generaciones venideras en el efecto positivo de cuidar la salud mental de manera preventiva.

La intervención que propone Humerovic (2019) para paliar esta crisis de salud mental es la psicoterapéutica, terapia que se centra más en una recuperación del sentido de la autonomía y aceptación de la pérdida. Concretamente habla de la orientación cognitivo conductual, terapia que se centra en desmontar pensamientos automáticos negativos/catastróficos. Además, acompañar estos procesos terapéuticos con tratamiento psicofarmacológico (Ramírez-Ortiz et al., 2020).

Estas intervenciones mencionadas como la intervención en crisis y las terapias centradas en el trauma se podrán realizar si la salud pública pone en manos de los ciudadanos estos recursos, tanto para paliar aquello que ya ha sucedido como para prevenir en un futuro (Humerovic, 2019).

En relación con lo anteriormente mencionado sobre la importancia de educar en salud mental y crear estrategias de salud mental Ramírez-Ortiz et al (2020) proponen que se deben considerar tres factores principalmente: 1) equipos multidisciplinares, 2) comunicación clara entre ciencia, políticos y población y 3) establecer servicios de asesoramiento psicológico por televisión. Además, proponen tres ejes sobre los que deben basarse las intervenciones anteriormente propuestas: 1) comprender los diferentes estados a los que puede haber derivado la crisis del COVID-19, 2) identificar principalmente a personas con un alto riesgo de suicidio y agresión y 3) proporcionar adecuadas intervenciones psicológicas. Ramírez-Ortiz et al (2020) proponen además establecer un orden de prioridad de las intervenciones, las cuales se dividen en 4 niveles. El primer nivel será para aquellos usuarios más vulnerables a problemas de salud mental y profesionales de salud de primera línea. En el segundo nivel incluyen a pacientes aislados con COVID-19 o aislados con contactos cercanos de COVID-19. En el tercer nivel se encuentran aquellos que tienen contacto con la población enmarcada en los niveles uno y dos y, por último, en el cuarto nivel se encuentran las personas afectadas por las medidas de prevención y control de epidemias, susceptibles y el público.

A continuación, presentamos las intervenciones específicas para el abordaje de la ansiedad, la depresión, el riesgo de suicidio y la intervención en crisis.

5.1 Intervenciones específicas para ansiedad.

De acuerdo con la Asociación de Trastornos de Ansiedad de América (ADAA) (Asociación de Trastornos de Ansiedad de América [ADAA], 2020) y la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS) (Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés [SEAS], 2020) hay diferentes métodos para reducir la ansiedad. Los métodos no farmacológicos más eficaces para combatir la ansiedad son: la relajación, técnicas de resolución de problemas y la psicoterapia (Ozamiz-Etxebarria, 2020).

El estudio comenzado en abril del 2020, realizado por Ozamiz-Etxebarria et al (2020) demostró que, tras la aplicación de las técnicas que serán desarrolladas a continuación, se redujeron los niveles de ansiedad y estrés en alumnos universitarios en España (el 72,7% no sintió ansiedad frente al 27,3% que indicó seguir con ansiedad). Por lo tanto, tras la intervención, se produjo una mejora en los niveles medios de ansiedad de los participantes. Usaron la medida de escala GAD-7 como medida de ansiedad, demostrando la reducción de ansiedad post aplicación de las técnicas, incluso en los participantes que no tenían niveles clínicos. Es decir, se produjo una mejora en los niveles medios de ansiedad de todos los participantes. En este estudio se decantaron por las técnicas de relajación puesto que una de las características principales de la ansiedad es la activación fisiológica del organismo. Además, esta reducción de ansiedad, a su vez permite una un mayor afrontamiento de los estímulos.

La relajación, concepto común a todas las técnicas elegidas para el estudio realizado por Ozamiz-Etxebarria et al (2020), tiene efectos positivos en tres niveles: en primer lugar, a nivel fisiológico: reduciendo la tensión muscular, la frecuencia respiratoria y el ritmo cardíaco. En segundo lugar, a nivel conductual: consiguiendo unos movimientos controlados y tranquilos. En tercer lugar, a nivel cognitivo: produciéndose un mayor bienestar con pensamientos de tranquilidad e imágenes de situaciones de calma y percepción de sensaciones agradables. En concreto, las técnicas usadas por Ozamiz-Etxebarria et al (2020), consideradas las mas eficaces para reducir los niveles de activación, son: la relajación progresiva de Jacobson, las técnicas de respiración y la visualización.

La relajación muscular progresiva de Jacobson es una técnica mediante la cual se tensan los músculos y luego se relajan, esto se realiza a través de todas las partes del cuerpo para que se pueda llegar a un estado de relajación generalizada. El objetivo principal es que la persona pueda reconocer la diferencia entre un estado de tensión y un estado de relajación muscular. La relajación muscular progresiva se vuelve a demostrar como efectiva en esta situación de crisis, en tanto que tras su aplicación, pacientes con COVID-19, conseguían una reducción de su ansiedad, estrés y una mejora de la calidad del sueño (Liu et al., 2020)

La técnica de respiración diafragmática consiste en aprender a utilizar el espacio vacío que deja el abdomen al expandirse hacia delante para ensanchar los pulmones. Al igual que la técnica de Jacobson, pretende conseguir una disminución en la activación fisiológica. Consigue disminuir la presión arterial y la frecuencia cardíaca. Además, proporciona más energía, mejora la digestión y la piel, ayuda a controlar las emociones y reducir la fatiga, y por su puesto, mejora los síntomas de la ansiedad (Chen et al., 2017). Liu et al (2020) vuelven a demostrar la efectividad de la respiración diafragmática en un estudio en relación a los problemas del sueño derivados de la ansiedad. Utilizaron escalas como el SAS para evaluar el antes y el después en enfermeras en primera línea implicadas en la pandemia del COVID-19.

La técnica de visualización consiste en conseguir la relajación profunda del paciente en cuerpo y mente. La técnica consiste en relacionar una serie de imágenes con emociones positivas, de esta manera los pensamientos negativos se transformarán para alcanzar un estado de bienestar. Además, la guía del COP de Cantabria propone esta técnica como efectiva para los pacientes que tengan, por ejemplo, miedo a salir por contagio (COP, 2020).

5.2 Intervenciones específicas para la depresión.

Una de las técnicas más utilizadas actualmente para intervenir en casos de depresión es la activación conductual (AC). Esta técnica da importancia al contexto ya que argumenta que es aquello que mejor explica la depresión. Además, afirma que las conductas que se detectan en la depresión no son solo síntomas, sino que tienen un papel importante en el estado de depresión. Trabaja con el contexto (condiciones que dan lugar a la conducta) y con la función (consecuencias de dicha conducta), es decir, da

importancia tanto al hecho en si como a la consecuencia que tiene en la persona. Considera también que las conductas que llevan a cabo las personas con depresión funcionan como evitación conductual de rutinas que constituyen la vida de la persona. Esta evitación conductual se puede presentar de diferentes maneras, una de ellas es la permanencia en casa o los pensamientos rumiativos. Como esta evitación no es algo intencionado por parte del paciente, no siempre es obvio que su conducta es de evitación, es por ello que, como define esta técnica, hasta que no se analizan las consecuencias, no se puede detectar la evitación. Una vez definido aquello que la AC considera como el estado de depresión, procedemos a definir en qué consiste la activación. Su objetivo principal es conseguir que la persona recupere el contacto de nuevo con aquello que desconectó como consecuencia del trastorno, es decir, incrementar las conductas que le resulten reforzantes y le hagan cambiar los pensamientos. Es una terapia de corta duración (en torno a 15 sesiones) y no es una terapia estructurada, sino que se va adaptando al paciente. Es una terapia de conducta de tercera generación (Pérez, 2006).

Debido a la situación que nos encontramos de restricciones es mas difícil poner al paciente en contacto con actividades reforzantes, tal y como la AC propone, por tanto, Pellas et al (2021) se propusieron investigar la viabilidad y la eficacia de la AC para síntomas depresivos en modalidad telefónica. Su estudio se contextualiza durante el COVID-19 para ver su efectividad en esa situación tan diferente a lo vivido previamente. El estudio fue dirigido a adultos mayores aislados durante la pandemia con síntomas clínicamente significativos de depresión. Se propusieron realizar la intervención de manera telefónica a través imágenes mentales, es decir, a través de la representación y la experiencia previa de la información, sin entrada de nueva información sensorial. Al recurrir al conocimiento y las experiencias anteriores, las imágenes mentales pueden ampliar la anticipación de las emociones relacionadas con la recompensa. La anticipación de las consecuencias agradables ayuda tanto a la obtención de motivación por la recompensa como a evocar el comportamiento motivado por la recompensa. El estudio demostró ser eficaz para el tratamiento de los síntomas depresivos de estas personas y los psicólogos no revelaron que existieran efectos adversos graves durante las intervenciones. Además, demostró su efectividad siendo de manera telefónica, lo cual hace de esta técnica algo muy potente, pudiendo llegar a mas personas.

No podemos no nombrar la terapia cognitivo conductual (TCC) como terapia efectiva para trabajar con los síntomas de depresión. Es un modelo de terapia que consiste en ayudar al paciente a cambiar sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas. Se ayuda al paciente a modificar ciertas creencias que son el centro de sus pensamientos automáticos negativos. Es un tipo de terapia estructurada y centrada en el problema, y, generalmente, tiene una duración de entre 10 y 20 sesiones. Los objetivos de la TCC son disminuir los pensamientos disfuncionales, incrementar las habilidades de autocontrol, optimizar la capacidad de resolución de problemas, cuestionar las creencias negativas y reemplazarlas con alternativas y aumentar las habilidades interpersonales. Esta corriente ha sido utilizada durante esta crisis del COVID-19 para pacientes con depresión, una de sus variantes es a través del método online. Wright et al (2020) han encontrado pruebas de la eficacia de la terapia cognitivo conductual asistida a través del ordenador, han investigado las diferencias entre la terapia presencial y online y no hay ninguna reflejada en los resultados. Ciertamente es, que recomiendan que, a lo largo del proceso online, se apliquen de 1 a 4 horas de apoyo clínico durante todo el proceso de la terapia, lo que lo haría más eficaz. Weiner et al (2020), en su estudio sobre la eficacia de la terapia cognitivo conductual de manera online para los sanitarios durante esta pandemia, demuestran nuevamente la eficacia de las intervenciones a través de internet. Refleja las facilidades que aporta y los beneficios tanto para el tratamiento como para la prevención de trastornos, incluida la depresión. Tras la aplicación de la TCC en pacientes de COVID-19 tuvieron una gran mejoría en su salud psicológica, concretamente en la depresión vivida como consecuencia de la pandemia (Li et al., 2020)

5.3 Intervención en riesgos de suicidio.

Como hemos mencionado a lo largo de este trabajo, el riesgo de suicidio se ha incrementado con la situación de crisis vivida. Varias de las consecuencias psicológicas derivadas de la pandemia y el aislamiento social están relacionadas con este incremento y el de ideación suicida (Shel, 2020).

Shel (2020) afirma que para reducir los suicidios durante esta crisis es imprescindible reducir los niveles de estrés, ansiedad y la soledad en la población. Para ello propone que se promueva la salud mental a través de medios divulgativos, especialmente para quienes tienen más riesgo de llevar a cabo las conductas suicidas

(personas con trastornos psiquiátricos previos, supervivientes del COVID-19 y adultos mayores). Añade también la importancia de mantener a la población conectada, aunque sea a través de la vía online, de hacer deporte y de comer de manera saludable. Hace una llamada especial a crear apoyo comunitario, a que las líneas telefónicas de apoyo estén disponibles, y a la integración de servicios de salud mental en la atención primaria ambulatoria para prevenir los suicidios.

Respecto a las líneas de apoyo mencionar la importancia que tienen en la capacidad de prevención de suicidios, es por ello que me gustaría dejar reflejado tanto qué se debe explorar para saber si estamos ante un riesgo real o no como posibles protocolos de actuación. Las áreas por explorar para tener certeza de que hay ideación autolítica serán principalmente si hay sentimientos de indefensión o duelo/perdida reciente, además, observar si hay algún familiar que haya realizado esta conducta previamente, perspectiva pesimista sobre el futuro, asilamiento social percibido, plan específico, alcoholismo o drogadicción, falta de recursos para aliviar crisis, etc. Además, debemos conocer cuáles son las señales verbales que nos pueden indicar alerta ante el riesgo autolítico, algunas de estas señales serían comentarios negativos sobre sí mismo o su vida “no valgo para nada”, “mi vida no tiene sentido”, además de comentarios negativos sobre el futuro “las cosas nunca van a mejorar” y por supuesto comentarios que estén claramente relacionados con el acto suicida “me gustaría desaparecer”, “no merece la pena seguir viviendo”. (COP, 2020)

Procedemos a desarrollar protocolos de actuación creados en el contexto de la pandemia para una mejor atención de manera online. En relación con los protocolos deberemos diferenciar si la persona tiene o no planificación del proceso autolítico y si el riesgo es bajo, alto o inminente. Si no hay planificación y el riesgo es bajo deberemos realizar los siguiente pasos: empezaremos por escuchar y validar, seguido de un intento por promover que retrase la decisión ayudándole a valorar otras opciones, reforzaremos positivamente el intento de gestionar el problema y le será recordado como logró superar otros problemas previamente, además, buscaremos puntos de apoyo, es decir, motivaciones para que siga teniendo ganas de vivir y finalmente elaboraremos un plan de seguridad para que sepa gestionar situaciones similares futuras. El plan de seguridad mencionado consistirá en primer lugar en identificar señales que sirvan de alerta para detectar que hay un regreso a los pensamientos suicidas, en segundo lugar establecer los

contactos a los que la persona podría recurrir en caso de volver a la ideación suicida, en tercer lugar elaborar un listado con los contactos establecidos a los que se les deberá avisar de que están en esa lista, en cuarto lugar establecer pautas de cuando contactar con esa red de apoyo para evitar que la angustia llegue a niveles elevados, en quinto y último lugar ofrecerle un listado de teléfonos de atención 24 horas a los que puede recurrir en caso de que su red de apoyo personal no este disponible o si el riesgo de suicidio es inminente. (COP, 2020).

Si por el contrario la persona presenta una planificación suicida y el riesgo es alto o inminente deberemos actuar de la siguiente manera: evaluaremos donde está, qué está haciendo y si está o no acompañado. Si no esta acompañado reforzaremos que la búsqueda de compañía de una persona física para limitar la acción lesiva. En caso de estar acompañado buscaremos que llamen a emergencias, en caso contrario intentaremos averiguar donde se encuentra, le informaremos de que se van a activar los protocolos de servicios de emergencias, nunca colgaremos la llamada y trataremos de mantenerle al teléfono con nosotros hasta que dicho personal de emergencia llegue (COP, 2020).

Autores como Shel (2020) afirman que hay una alta probabilidad de que las consecuencias de salud mental de esta crisis, como la ideación suicida, estén presentes durante mucho tiempo y alcancen su punto máximo mas tarde que la pandemia real.

5.4 Intervenciones en crisis

Debido a la situación en la que nos encontramos, la intervención en crisis ha sido una de las intervenciones principales en esta situación de pandemia. Cohen (1986) define que el fin de la intervención en crisis ante una emergencia como la que estamos viviendo es poder restaurar la capacidad de afrontamiento las personas, así como poder proporcionar asistencia a la población para reorganizar e integrar sus nuevos mundos.

Es tal la importancia y eficacia de este tipo de intervención que el Hospital Universitario Gregorio Marañón, ha organizado un sistema desde este modelo de intervención en crisis para paliar las dificultades psicológicas mas frecuentemente observadas en esta pandemia. Cuellar (2020) describe como en este sistema se han realizado las siguientes intervenciones: grupos reducidos para profesionales, intervenciones presenciales y telefónicas con pacientes, familiares y profesionales. El

objetivo de este nuevo sistema en el Hospital Universitario Gregorio Marañón se basó en dos líneas principales: por un lado el apoyo, el sostenimiento y la contención y por otro lado, la prevención. Para la primera línea de trabajo mencionada, se trabajó desde el acompañamiento y la contención haciendo reflexionar a los pacientes sobre lo sucedido desde la estrategia de validación emocional, ofreciendo indicaciones de autocuidado y proponiendo recursos de afrontamiento para intentar recuperar la sensación de control. Para la segunda línea, la de prevención, se trabajó en la detección de personas que pudieran necesitar una atención especializada por su vulnerabilidad a eventos traumáticos, reacciones complicadas de estrés, etc.

Respecto a la línea de contención mencionada previamente, reflejaremos como se ha trabajado usando como ejemplo la intervención para los propios compañeros del hospital que se encontraban en un desbordamiento emocional. Las intervenciones propuestas desde el equipo de psicólogos han sido intervenciones psicológicas grupales donde en espacios breves (30 minutos) pudieran conseguir a varios objetivos: la ventilación emocional, la normalización de las reacciones y la búsqueda de recursos de afrontamiento psicológicos a la par que detectar quienes requerían una atención individualizada. Los psicólogos que llevaban a cabo estos grupos debían utilizar herramientas como la escucha activa, la empatía, el respeto y técnicas de regulación emocional.

En relación con la línea de prevención mencionada se crearon ciertas directrices a la hora, por ejemplo, de dar malas noticias. Estas indicaciones fueron entre otras, favorecer el desahogo emocional (ayudando a identificar las emociones, ponerles nombre y normalizarlas), ayudar a las personas a poner en marcha habilidades de afrontamiento para gestionar los problemas inmediatos, respetar los tiempos y establecer un nexo de comunicación futura para poder facilitar el acceso a otros recursos si fueran necesarios. Todo esto facilitará la disminución de aparición de patologías psicológicas.

Esquivel-Acevedo et al (2020) a raíz de esta pandemia, han aportado información sobre cuáles son los componentes básicos de la intervención en crisis, también conocida como intervención en primer orden. Estos componentes son, “el contacto emocional, la focalización del problema, la evaluación de las soluciones posibles, el análisis de toma de decisiones y el seguimiento a corto plazo” (Esquivel-Acevedo, 2020, 133). Han definido también que debe caracterizar cada uno de estos componentes, respecto al contacto

emocional refieren la importancia de hacer sentir al paciente que es escuchado, comprendido, apoyado y aceptado, esto se conseguirá comunicando interés, resumiendo y reflejando hechos y sentimientos que nos transmiten. Respecto a focalización del problema hablan de la importancia de centrarse en el presente y futuro inmediato a la crisis. Sobre la evaluación de posibles soluciones marcan un objetivo: identificar una o varias soluciones/necesidades inmediatas y posteriores, ayudándoles a redefinir el problema. Para el análisis de toma de decisiones se fijan el objetivo de implementar soluciones inmediatas a través de una actitud facilitadora o directiva. Por último, el componente de seguimiento el cual debe concluir cuando el profesional esté seguro de que el paciente tiene contacto con sus necesidades.

5.5 Resultados de la entrevista

La estructura de la presentación de los resultados de las entrevistas se desarrollará en dos áreas diferenciadas: el grupo de patología previa diagnosticada en relación a salud mental y los profesionales sanitarios.

Para la pregunta ¿Cuáles son los efectos mas identificados en la población vulnerable? ambas psicólogas coinciden. En relación con los pacientes que ya tenían trastorno mental, el efecto ha sido el aumento en la intensidad. La psicóloga del CSM refiere que durante el inicio del confinamiento no presentaron grandes dificultades, pero cuando se determinó que era una situación de largo plazo, empezaron a complicarse los cuadros clínicos. Los pacientes con cuadros psicóticos a partir del 4º mes se descompensaban a pesar de los intentos de contención, concretamente los que además tienen trastorno de personalidad fueron aquellos que tuvieron más intentos autolíticos; aquellos que presentaban cuadros ansiosos tuvieron grandes dificultades para dormir, fobias, se aislaron, etc.; aquellos con cuadros ansiosos-depresivos se aislaron más, abandonando las tareas (laborales, de higiene, etc.). Nos menciona también a aquellos pacientes con hipocóndria, pacientes que se aislaron mucho por el temor hacia ellos mismos; por último menciona a aquellos pacientes con trastorno de personalidad (TP) puesto que presentaron ansiedad, miedo a salir, rasgos hipocondríacos e irritabilidad sumado a los problemas de convivencia que implica tener este trastorno. En relación a los profesionales sanitarios de primera línea que atendieron, la psicóloga del centro de día refleja como la resiliencia fue el primer impulso, hasta que tiempo más tarde se observó

como el estrés aumentaba junto con los cuadros ansioso-depresivos, el TEPT, el embotamiento emocional y desrealización.

Ambas a pesar de ser preguntadas por población específicamente vulnerable, han querido dejar reflejados algunos datos llamativos surgidos de la población catalogada como general. Por un lado, el aumento de conflictos intrafamiliares (violencia machista, abusos a parejas y niños, aumento de separaciones/divorcios), además, un importante aumento de casos con TCA y por último el aumento de intentos autolíticos en población adolescente, bajando la media (anteriormente con inicio en los 14/15 años de edad) a los 11/12 años de edad.

Para las preguntas sobre efectos específicos dentro de ansiedad y depresión ambas han tenido respuestas similares, haciendo alusión nuevamente al incremento en la intensidad de aquellos que ya padecían cuadros de ansiedad y depresión. Hacen referencia al incremento de las respuestas agorafóbicas e hipocondríacas. Relatan también el proceso por el cual gran parte de los sanitarios han llegado a depresión, el cual casi siempre ha sido partiendo de un cuadro ansioso que deriva en un cuadro ansioso-depresivo. En relación a los sanitarios y sus cuadros de ansiedad explican que la causa no era principalmente su propia situación, sino el miedo a contagiar a sus familiares. Sobre las consecuencias de esta ansiedad eran principalmente la dificultad para dormir, el aumento o pérdida de apetito y el asilamiento relacional “voluntario” al que algunos se sometieron llegando a no regresar a sus casas durante 2/3 meses.

Para las preguntas sobre tratamientos específicos para ansiedad y depresión hacen hincapié en la intervención adaptada a las necesidades de los pacientes. Por un lado, en términos generales hablan del medio de acceso tan útil que fue la atención telefónica como primer recurso tras ser decretado el estado de alarma, este tipo de acceso sirvió para un primer momento de contención y mantener el contacto con los pacientes de los centros de salud mental. En concreto, la psicóloga del centro de día relata la suerte que fue tener dispositivos (tablets) para poder retomar las terapias, aunque de manera online, recurso que la profesional del CSM no tuvo puesto que en su centro no contaba con dicho material. La psicóloga del centro de día explica que el primer tratamiento fue la terapia grupal, ya que era lo que los pacientes más necesitaban, volver a recuperar relaciones sanas con los compañeros y los profesionales más que tratamientos específicos. Respecto

al tratamiento con los profesionales sanitarios explican que fue atención plena en mindfulness y programas de atención individualizados. Además, estaban disponibles para atenciones puntuales (momentos de crisis) e intervenciones grupales de relajación. Respecto a las intervenciones en crisis explican el proceso: primero aplicaban técnicas de relajación y luego profundizaban a las situaciones vitales para ayudarles a organizar, recuperar el control y enseñarles a asumir el riesgo.

Para la pregunta ¿Cuál es el efecto de las intervenciones online? tienen una respuesta común: muy útiles, han servido para la contención y para que los pacientes pudieran auto gestionar la ansiedad sabiendo que esa llamada les iba a llegar. La psicóloga del centro de día nos explica que durante este proceso se ha formado e informado en atención online, puesto que hay lugares como Estados Unidos, Canadá, Canarias, etc. que tienen mucha experiencia en este formato de atención psicológica. La psicóloga del CSM refleja que, a pesar de todo, a los pacientes muy graves se les mantuvo la terapia presencial.

Para la pregunta ¿Qué propuestas podrías realizar para la mejorar de la sanidad? las dos psicólogas vuelven a coincidir: hacen falta mas psicólogos. Se ha disparado la población con afectación y la cantidad de profesionales no aumenta. Explican además que debido a que sus compañeros sanitarios estaban desbordados tuvieron que desatender a sus pacientes para atender a sus compañeros. Explican también que el ratio psiquiatras/psicólogos está muy descompensando y más aún si lo comparamos con cifras del resto del mundo. Además, mencionan que pocos son los psiquiatras que tienen formación psicoterapéutica, pero son ellos los que hacen la recepción de los pacientes en los CSM, por tanto, para cuando llega el paciente al psicólogo a lo mejor han pasado 4 meses, tiempo en el que puede haber empeorado mucho la situación del paciente complicado por tanto el proceso de terapia, o haber mejorado como para no necesitarles. Ambas reclaman que, si no se hace una inversión importante en plazas para los psicólogos, de poco sirve que se aumenten las plazas en las universidades para formarles.

Para la pregunta ¿Qué dificultades ha encontrado a la hora de intervenir en esta nueva situación? refieren la escasez de medios a la par que las dificultades propias de ir adaptándose. Hablan también de la pérdida de información en las llamadas telefónicas, pero también de las complicaciones en las intervenciones a través de video llamada,

puesto que se debía mantener un protocolo al igual que en la presencialidad (no estar fumando, no estar comiendo, no desconectar la cámara, etc.). La psicóloga del centro de día hace especial mención a la dificultad de la modalidad online con los pacientes con TP, puesto que se resienten más con la baja afectividad. Como hemos mencionado, la mayoría de las intervenciones eran grupales y por video llamada, lo cual también ha llevado a ciertas complicaciones para el propio paciente: sentirse vulnerable a que el resto de compañeros viera el espacio donde se encontraba, no poder recibir la mirada de atención de los compañeros (es algo imperceptible en las videoconferencias si te están o no mirando directamente), y quizás lo más importante, al estar trabajando desde sus casas, no están trabajando desde un lugar seguro como si lo es el centro de día o el CSM.

5 Discusión y conclusiones

En esta revisión bibliográfica hemos analizado cual ha sido el contexto en el que la población se ha encontrado a lo largo de la pandemia generada por el virus del COVID-19, su repercusión en la salud mental de la población general y en especial en aquella población más vulnerable, por último las intervenciones eficaces para el abordaje tanto preventivo como paliativo. En primer lugar, hemos contextualizado a nivel estadístico el efecto del virus a nivel mundial. La dimensión del impacto nos ha servido para evaluar las repercusiones en salud mental de la población. Hecha esta revisión sobre las repercusiones psicológicas hemos seleccionado tres de las más prevalentes en la población: ansiedad, depresión y suicidio y por último hemos revisado y citado las técnicas consideradas más eficaces para la prevención y el tratamiento paliativo de las patologías citadas cumpliendo así el objetivo de esta revisión. Para ampliar y contrastar esta revisión bibliográfica hemos realizado dos entrevistas con psicólogas clínicas que han desarrollado su trabajo en primera línea con población general y población especialmente vulnerable.

La revisión nos ha mostrado que las intervenciones más eficaces para reducir la ansiedad y depresión, dada la complejidad de la situación en la que se enmarcan, son aquellas que se hacen en un primer momento de crisis tal y como relata Humerovic (2019). A través de este tipo de intervención se puede contener a tiempo la respuesta emocional de alto impacto derivada de la situación de emergencia vivida. Este modelo de intervención se ha desarrollado en grandes hospitales como el Gregorio Marañón

facilitando también la delimitación de la atención especializada a quienes la han necesitado.

En relación con las técnicas utilizadas tanto para la intervención en crisis como para la intervención específica la relajación es aquella más utilizada por los terapeutas, tal y como define el estudio de Ozamiz-Etxebarria et al (2020) y la revisión de Cuellar (2020). Además, a través de las entrevistas realizadas para contrastar y validar la revisión bibliográfica comprobamos que también la relajación es una técnica necesaria que ha permitido a estas profesionales entrevistadas profundizar en los acontecimientos vitales que rodean a la población.

Debe ser reflejada también la relevancia del cambio de modalidad de la atención psicológica, pasando de ser presencial a la modalidad telefónica u online. Para ayudar a los profesionales de la atención de salud mental, organizaciones como el Colegio Oficial de Psicología y la Organización Mundial de la Salud entre otras, han creado guías sobre como hacer una intervención para que siga siendo de calidad. A pesar de que en este primer momento de crisis hemos conseguido sobrellevar la atención de salud mental de manera online, no deberíamos dejar de preguntarnos ¿Cómo de sostenible es en el tiempo la atención a la salud mental de manera online? ¿Aumenta el desgaste emocional por parte del terapeuta? ¿Es igual de eficaz que la intervención en modalidad presencial? ¿Qué efectos tiene a largo plazo no poder tener el contacto directo con tu terapeuta?, estas son algunas preguntas que considero quedan abiertas y son de gran interés para próximas investigaciones.

Algo que debe quedar reflejado con es la constatación de la necesidad de desarrollar estrategias que puedan fortalecer la salud mental, reducir el impacto psicológico y prevenir próximas emergencias de salud internacionales, necesidad que además ya ha sido petición en situaciones de crisis anteriores.

Se debe tener en cuenta las limitaciones de la bibliografía consultada como, nuestra revisión sobre ella debido a que ha realizada a la par que se iba desarrollando la situación de crisis del COVID-19. Por ello ha sido necesaria una actualización constante acorde al desarrollo de la pandemia. El impacto de sucesivas olas, las innovaciones en las medidas de aislamiento y la profundización de la crisis económica fueron generando

nueva sintomatología y una mayor agudización de esta. Un ejemplo de esta variabilidad podemos verlo en el desarrollo del concepto de la llamada ola invisible, referente al impacto en salud mental que en un primero momento se determinó como la 4ª ola, nombre que tuvo que ser modificado en la evolución de la pandemia que alcanzó la 4ª ola en término de casos de COVID-19. Otra de las limitaciones con las que nos hemos encontrado a la hora de realizar esta revisión es que no se han hecho aún suficientes estudios sobre técnicas específicas eficaces para cada tipo de sintomatología como esperábamos encontrar mientras que, algo mas frecuente entre la bibliografía han sido guías de intervención para atender emergentes y sobre como actuar con la nueva modalidad vía telefónica u online para atender los problemas de salud mental.

Gracias a que los efectos en salud mental son sintomatología conocida previamente los instrumentos utilizados para los estudios y las técnicas aplicadas tienen una solidez probada.

Podemos afirmar la posibilidad de generalizar esta información a toda la población enmarcada en profesionales sanitarios y población con patología previa en relación a la salud mental, puesto que la investigación se ha hecho sin limitar país, edad y haciendo una revisión desde nuestro idioma y la primera lengua mas utilizada para las investigaciones, el inglés. Además, las técnicas mencionadas se pueden aplicar a la práctica clínica, puesto que son herramientas que todo psicólogo puede conocer y manejar (activación conductual, relajación progresiva de Jacobson, visualización, etc.)

Es necesario poner de manifiesto la insuficiencia de profesionales de la psicología clínica en el ámbito de salud mental dentro del marco sanitario. Esta carencia deriva en la dificultad de abordar de forma temprana una crisis de estas características generando que los pacientes lleguen de forma tardía y con situaciones de mayor cronificación. Se ha puesto de relieve el impacto en la salud mental de la fatiga pandémica y como hemos podido observar con frecuencia en la bibliografía actual, podemos anticipar una 4ª ola de sufrimiento psíquico en la población sin que el sistema sanitario de salud mental este preparado para su atención.

Estamos viviendo una época de gran complejidad, lo que hace que necesitemos todos los recursos para poder ayudar a los pacientes y a nuestros compañeros para

gestionar esta crisis. Hacen falta psicólogos y recursos, debemos implementar sistemas que aborden tanto los programas preventivos como la atención psicológica para todo aquel que la necesite, acabar con el estigma social entorno a la salud mental. Ahora más que nunca, debemos unirnos y esforzarnos para ofrecer la mejor atención a la salud mental posible.

Consideramos importante la reevaluación de los efectos psicológicos derivados de la pandemia una vez haya concluido esta fase crítica y poder observar la sintomatología residual de la crisis. Así mismo, hacer un análisis de posibles procesos de cronificación como el TEPT.

Me gustaría cerrar este trabajo con una frase que recoge un clamor social y una ilusión personal para mi futuro profesional que es: *en defensa de la sanidad pública, gratuita y de calidad.*

6 Bibliografía

- Brooks, S.K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 395(10227), 912-920.
- Camacho, É. B. (2021). Suicidio: el impacto del Covid-19 en la salud mental. *Revista de Medicina y Ética*, 32(1), 15-39.
- Chen, Y. F., Huang, X. Y., Chien, C. H., & Cheng, J. F. (2017). The effectiveness of diaphragmatic breathing relaxation training for reducing anxiety. *Perspectives in psychiatric care*, 53(4), 329-336.
- Cohen, R. (1986). Crisis counseling. Principles and services. En B. Sowder y M. Lystad (Eds.), *Disaster and mental health*. American Psychiatric Press.
- Colegio Oficial de Psicología (2020). Intervención psicológica ante la situación derivada del brote del coronavirus COVID-19. <https://copcantabria.es/wp-content/uploads/2020/07/guia-de-casos-intervencion-psicologica-ante-la-situacion-derivada-del-brote-de-coronavirus-covid-19-5f0efb857249e.pdf>
- Consejo General de la Psicología (2020). Diez millones de españoles en riesgo de presentar problemas psicológicos derivados de la pandemia de COVID-19. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8747
- Consejo General de la Psicología en España (2020). Recursos de ayuda psicológica para afrontar el Covid-19. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8670&cat=44
- Cuellar, M. G. O., Rufrancos, B. A., Caño, M. M., Aragón, M. M., Ramírez, M. G., Hermosilla, M., ... & Colino, F. D. (2020). Intervención en la crisis COVID-19 del equipo de Psicología Clínica de la Interconsulta del IPS Gregorio Marañón. *Psychology*, Artículo-e22.
- Danet, A. D. (2021). Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. *Medicina Clínica (English Edition)*.

- Echeburúa, E., De Corral, P., y Amor, P. J. (2005). La resistencia humana ante los traumas y el duelo. *Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad*, 337-359.
- Echeburúa, E., y Corral, P. D. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué? *Psicología conductual*, 15(3), 373-387.
- Esquivel-Acevedo, J. A., Sánchez-Guerrero, O., Ochoa-Palacios, R., Molina-Valdespino, D., & Muñoz-Fernández, S. I. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediátrica de México*, 41(S1), 127-136.
- García, A. J. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Revista Salud UIS*, 52(4), 432-439
- Huremovic D. (Ed.). (2019). *Psychiatry of pandemics: a mental health response to infection outbreak*. Springer.
- Larroy, C., Estupiña, F., Fernández-Arias, I., Hervás, G., Valiente, C., Gómez, M., ... & Pardo, R. (2020). Guía para el abordaje no presencial de las consecuencias psicológicas del brote epidémico de COVID-19 en la población general. *Colegio Oficial de la psicología de Madrid*, 1-73
- Lau, J. T., Yang, X., Tsui, H. Y., Pang, E., & Wing, Y. K. (2006). Positive mental health-related impacts of the SARS epidemic on the general public in Hong Kong and their associations with other negative impacts. *Journal of Infection*, 53(2), 114-124.
- Li, J., Li, X., Jiang, J., Xu, X., Wu, J., Xu, Y., ... & Xu, X. (2020). The Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Depression, Anxiety, and Stress in Patients With COVID-19: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 11.
- Liu, K., Chen, Y., Wu, D., Lin, R., Wang, Z., & Pan, L. (2020). Effects of progressive muscle relaxation on anxiety and sleep quality in patients with COVID-19. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39, 101132

- Liu, Y., Jiang, T. T., Shi, T. Y., Liu, Y. N., Liu, X. M., Xu, G. J., ... & Wu, X. Y. (2020). The effectiveness of diaphragmatic breathing relaxation training for improving sleep quality among nursing staff during the COVID-19 outbreak: a before and after study. *Sleep Medicine: X*, 2, 100026.
- Lorenzo, S. M. (2020). La pandemia COVID-19: lo que hemos aprendido hasta ahora desde España. *APS em Revista*, 2(1), 28-32.
- Mowbray, H. (2020) In Beijing, coronavirus 2019-nCoV has created a siege mentality. *Bmj*, 368.
- OMS, O. (2020). Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS.
- Organización de las naciones unidas (ONU). (2020). Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Orrù, G., Rebecca, C., Gemignani, A., & Conversano, C. (2020). Psychological intervention measures during the COVID-19 pandemic.
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., y Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cadernos de Saúde Pública*, 36.
- Ozamiz-Etxebarria, N., Santa María, M. D., Munitis, A. E., & Gorrotxategi, M. P. (2020). Reduction of COVID-19 anxiety levels through relaxation techniques: a study carried out in northern Spain on a sample of young university students. *Frontiers in Psychology*, 11.
- Páez, D., Reyes, C., & Villagrán, L. (2012). Evaluación del Crecimiento Postraumático Colectivo en víctimas de catástrofes humanitarias. *Manuscrito. Facultad de Psicología: Universidad del País Vasco*.
- Pellas, J., Renner, F., Ji, J. L., & Damberg, M. (2021). Telephone-based Behavioral Activation with Mental Imagery for depression: a pilot randomized clinical trial in isolated older adults during the Covid-19 pandemic.

- Pérez, M. (2006). La activación conductual (AC): Un nuevo acercamiento al tratamiento de la depresión. *Universidad de Oviedo*.
- Prieto-Ursúa, M., & Jódar, R. (2020) Finding Meaning in Hell. The Role of Meaning, religiosity and spirituality in posttraumatic growth during the coronavirus crisis in Spain. *Frontier in psychology, 11*.
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia Covid 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social.
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., & Collado, S. (2020). Psychological impact and associated factors during the initial stage of the coronavirus (COVID-19) pandemic among the general population in Spain. *Frontiers in psychology, 11*, 1540.
- Sher, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine, 113*(10), 707-712.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Thakur, V., & Jain, A. (2020). COVID 2019-suicides: A global psychological pandemic. *Brain Behav Immunity*.
- Weiner, L., Berna, F., Nourry, N., Severac, F., Vidailhet, P., & Mengin, A. C. (2020). Efficacy of an online cognitive behavioral therapy program developed for healthcare workers during the COVID-19 pandemic: the REduction of STress (REST) study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 21*(1), 1-10.
- WHO. Coronavirus (COVID-19) Dashboard – April 2021. 2021
- WHO. Ebola situation report - 30 March 2016. 2016.
- Wright, J. H., Owen, J. J., Eells, T. D., Richards, D., Richardson, T., Brown, G.K., et al. (2019) Computerassisted Cognitive-Behavior Therapy for Depression: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*.

7 Anexo 1.

En este apartado definiremos las preguntas realizadas en las entrevistas:

- ¿Cuáles son los efectos mas identificados en la población vulnerable?
- ¿Efectos específicos de ansiedad?
- ¿Efectos específicos de depresión?
- ¿Tratamientos mas utilizados para la ansiedad?
- ¿Tratamientos mas utilizados para la depresión?
- ¿Efecto de las intervenciones online?
- ¿Qué propuestas podrías realizar para la mejorar de la sanidad?
- ¿Qué dificultades ha encontrado a la hora de intervenir en esta nueva situación?