



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

CIHS

Trabajo Fin de Máster

Estudio del impacto de la COVID-19 en los profesionales de la psicología en España

Autor: David Preciado Rodríguez

Tutora: Rocío Rodríguez Rey

Máster de Psicología General Sanitario 2021-2022

Agradecimientos:

Quiero agradecer la confianza que mi tutora, Rocío Rodríguez Rey, ha puesto en mí para realizar este estudio. Y quiero dar las gracias a Elisa y a Ken por su apoyo incondicional durante la creación de este trabajo, y dedicarles el resultado de mi esfuerzo.

Resumen

Introducción. Tras la pandemia de la COVID-19, se ha registrado un aumento de los problemas de salud mental y de la demanda de atención psicológica en toda la población. Esto, a su vez, ha aumentado la carga de trabajo de los psicólogos. Sin embargo, hay pocas investigaciones que muestren los efectos psicológicos de la pandemia en los profesionales de la salud mental. **Método.** 193 psicólogos clínicos que trabajan en España respondieron un cuestionario online desde diciembre de 2021 hasta febrero de 2022. Se midieron diversas variables laborales, el contacto con la COVID-19, los síntomas de estrés postraumático (TEPT), la depresión, la ansiedad, el estrés, el crecimiento postraumático (CPT), la resiliencia, la regulación de las emociones (ER) y la inseguridad profesional (IP). Se realizaron análisis descriptivos, correlaciones, regresiones y comparaciones de medias. **Resultados.** El 25,4% de la muestra puntuó por encima de los puntos de corte para el TEPT, el 18% para la depresión, el 12,4% para la ansiedad y el 18,6% para el estrés. Además, el 44,6% mostró CPT. Todas estas variables correlacionaron significativa y negativamente con la resiliencia y positivamente con IP. Las mujeres mostraron mayor CPT y ansiedad que los hombres. La edad y la experiencia correlacionaron negativamente con el malestar psicológico y el CPT. La carga de trabajo, el contacto con COVID-19, la ER, la IP y la resiliencia predicen el impacto psicológico y el CPT. **Discusión.** La pandemia ha afectado a la salud mental de los psicólogos, que mostraron un mayor malestar psicológico. Sin embargo, la ansiedad, la depresión y el estrés no parecen ser tan elevados como en otros profesionales de la salud. La pandemia también ha generado resultados positivos, ya que casi la mitad de la muestra mostró CPT. Nuestros resultados sugieren que los factores de protección son clave a la hora de ayudar a mejorar el bienestar de los psicólogos.

Palabras clave: COVID-19, psicólogos, impacto psicológico, pandemia, salud mental.

Abstract

Introduction. In the aftermath of the COVID-19 pandemic, an increase in mental health problems and in the demand for psychological care has been reported across the population. This, in turn, has raised the workload of psychologists. However, there is little research showing the psychological effects of the pandemic on mental health professionals. **Method.** 193 clinical psychologists working in Spain completed an online questionnaire from December 2021 to February 2022. We measured several occupational variables, contact with COVID-19, posttraumatic stress symptoms (PTSS), depression, anxiety, stress, posttraumatic growth (PTG), resilience, emotion regulation (ER), and professional self-doubt (PSD). Descriptive analyses, correlations, regressions and means comparisons were performed. **Findings.** 25.4% of the sample scored above the cut-off points for PTSS, 18% for depression, 12,4% for anxiety, and 18,6% for stress. Additionally, 44,6% showed PTG. All these variables correlated significantly and negatively with resilience and positively with PSD. Women showed higher PTG and anxiety than men. Age and experience negatively correlated with psychological distress and CPT. Workload, contact with COVID-19, ER, IP and resilience predicts psychological impact and CPT. **Discussion.** The pandemic has affected the mental health of psychologists, who showed increased psychological distress. Nevertheless, anxiety, depression, and stress do not seem to be as high as in other health professionals. The pandemic has also generated positive results, as almost half of the sample showed PTG. Our results suggest that protective factors are key to helping improve psychologists' well-being.

Keywords: COVID-19, psychologists, psychological impact, pandemic, mental health.

Índice

Introducción	1
Impacto psicológico de la COVID-19 a nivel internacional y nacional	1
Efectos sobre el personal sanitario y los profesionales de la psicología	2
Factores de riesgo y protección ante el impacto psicológico	7
Objetivos e hipótesis	10
Método	11
Procedimiento	11
Participantes	12
Instrumentos	12
Análisis de datos	17
Resultados	18
Descriptivos de los niveles de impacto psicológico y del CPT	18
Relación entre los niveles de impacto psicológico y CPT, con las variables sociodemográficas	18
Relación los niveles de afectación psicológica y el CPT, y las variables laborales	23
Relación entre las variables de impacto psicológico y el CPT, y las variables psicológicas (Resiliencia, RE, SE e IP)	29
Predicción del impacto psicológico y el CPT a través de las variables psicológicas, laborales y personales	30
Discusión	33
Impacto psicológico y CPT	33
Limitaciones	39
Conclusión	41
Bibliografía	43
Anexo I	56
Anexo II	57

Introducción

Impacto psicológico de la COVID-19 a nivel internacional y nacional

Más de dos años después de la aparición de la enfermedad del coronavirus (COVID-19), el mundo entero sigue en estado de pandemia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se han confirmado 490.853.129 casos y 6.155.344 muertes a causa de la COVID-19 (OMS, 2022).

Pero aparte de generar problemas de salud físicos, la pandemia de COVID-19 también ha provocado un gran impacto psicológico en toda la población a nivel global. En general, casi la mitad de la población ha manifestado haber sufrido algún tipo de impacto psicológico debido a la pandemia, entre los que destacan problemas para dormir, con una prevalencia del 40%, y estrés y angustia, ambas con un 34% de prevalencia. Este grado de afectación psicológica es mayor para el personal sanitario y para quienes han pasado la enfermedad (Krishnamoorthy et al., 2020). Además, distintos metaanálisis realizados durante la pandemia han mostrado una prevalencia aproximada de entre el 25% y el 33% para la ansiedad y del 28% para la depresión, cifras muy superiores a la observadas en tiempo anterior a la pandemia (Bueno-Notivol et al., 2021; da Silva et al., 2020; Luo et al., 2020; Pappa et al., 2020; Salari et al., 2020; Santabárbara, Bueno Notivol et al., 2021; Santabárbara, Lasheras et al., 2021; Sun et al., 2021; Wang et al., 2020). Finalmente, se han encontrado niveles elevados de síntomas de estrés postraumático (TEPT), con hasta un 30% de prevalencia, entre la población general, el personal sanitario y los afectados directamente por la COVID-19, siendo estos efectos mayores para este último grupo (Bueno-Notivol et al., 2021; da Silva et al., 2020; Luo et al., 2020; Pappa et al., 2020; Salari et al., 2020; Santabárbara, Bueno Notivol et al., 2021; Santabárbara, Lasheras et al., 2021; Sun et al., 2021; Wang et al., 2020). Los datos sobre el impacto psicológico se asemejan a los obtenidos en los estudios de los efectos de

epidemias previas como la del SARS, el MERS y el Ébola, característicos de la experiencia de una emergencia epidémica (Ashour et al., 2020; Chew et al., 2020).

Al igual que ha ocurrido a escala internacional, en España también se han observado resultados similares en la prevalencia de la ansiedad y la depresión para los grupos de población general, personal sanitario y personas afectadas por la COVID-19 (Luo et al., 2020; Rodríguez-Rey, Garrido-Hernansaiz y Bueno-Guerra, 2020; Rodríguez-Rey, Garrido-Hernansaiz y Collado, 2020; Valiente et al., 2021), así como síntomas de TEPT y dificultades para dormir (González-Sanguino et al., 2021). De igual forma, las personas jóvenes y las mujeres mostraban un mayor malestar psicológico (Becerra-García et al., 2020; González-Sanguino et al., 2020). Se ha observado que durante la pandemia el consumo de psicofármacos aumentó en la población general, incluyendo al personal sanitario (Salas-Nicás et al., 2020). Como se observa en el estudio de González-Sanguino et al. (2021), con el paso del tiempo y la mejora de la situación epidemiológica la sintomatología se ha reducido, aunque no ha vuelto a los niveles previos a la pandemia. La mayor reducción se ha observado en la sintomatología postraumática. Aunque el período de confinamiento por el que pasó el país supuso el mayor momento de malestar en toda la población, aún no se puede hablar de un estado de recuperación. La población sigue afrontando las pérdidas materiales y humanas que han vivido (González-Sanguino et al., 2021).

Efectos sobre el personal sanitario y los profesionales de la psicología

Ante estallidos epidémicos, se ha comprobado que el personal sanitario está en riesgo de experimentar problemas en su salud mental (Mauder et al., 2006). Ante este mismo riesgo se encuentran actualmente los trabajadores de la salud mental (Vanhaecht et al., 2020), quienes se han enfrentado a multitud de situaciones difíciles relacionadas directamente con la pandemia, así

como con sus consecuencias colaterales a nivel individual, interpersonal e institucional (Chemali et al, 2022).

Entre los estresores que han experimentado los sanitarios encontramos el riesgo de contagiarse a sí mismos o a familiares, la limitación del contacto con seres queridos a consecuencia de los períodos de aislamiento y la alta presión y carga asistencial que han tenido que soportar de manera prolongada (Branson et al., 2020; Spoorthy et al., 2020). Además, la alta presión por tener que desempeñar su trabajo en lugares mal adaptados o faltos de recursos, la inestabilidad política, la falta de reconocimiento y de apoyo institucional y las expectativas puestas por la comunidad, han provocado en los profesionales experiencias disruptivas en relación con su bienestar físico y mental (Chemali et al, 2022). La suma de toda esta carga, junto a las expectativas sociales, puede observarse en los sentimientos ambivalentes que les produce ser calificados con un estatus de “héroes” en la pandemia (Chemali et al., 2022). Como consecuencia de lo anterior, encontramos que los profesionales sanitarios son el grupo de población con mayor malestar después de los pacientes con la COVID-19, destacando aquellos que han trabajado en primera línea (Krishnamoorthy et al., 2020; Sun et al., 2021).

Centrándonos en cifras concretas, durante la pandemia de la COVID-19 se ha observado un aumento en la sintomatología de diversos problemas en la salud mental del personal sanitario, principalmente relacionada con la ansiedad, la depresión y el TEPT, con una prevalencia del 36%, 37% y 36,8% respectivamente (Sun et al., 2021). La prevalencia de todos ellos aumentaba en el que caso en el que el personal sanitario se encontrara en primera línea durante la pandemia (Santabárbara, Bueno Notivol et al., 2021), siendo así superior a la encontrada en la población general, destacando la vivencia de síntomas de TEPT, debido probablemente a las experiencias traumáticas y estresantes ocurridas en los centros sanitarios (Bryant-Genevier et al., 2021; Luo et

al., 2020). También se ha observado la presencia de angustia, insomnio, sintomatología obsesivo-compulsiva y somatización. Junto con la ansiedad y la depresión, los problemas de sueños y la sintomatología comórbida se agravaban para los trabajadores que no son médicos, cómo enfermeras y personal paramédico, que trabajaban directamente con pacientes infectados por la COVID-19 (da Silva et al., 2020; Krishnamoorthy et al., 2020).

Sin embargo, la exposición a eventos difíciles y potencialmente traumáticos no se asocia únicamente con consecuencias negativas para la salud mental como las señaladas. Multitud de estudios evidencian que muchas personas, además, experimentan crecimiento postraumático (CPT) definido como “los cambios psicológicos positivos experimentados como resultado de lidiar con circunstancias de la vida traumáticas o altamente desafiantes” (Tedeschi et al., 2018, p. 4). En la población general, la prevalencia del CPT a consecuencia de la COVID-19 se sitúa alrededor del 52,58% (Wu et al., 2019). En el caso de los profesionales sanitarios esta cifra es superior, situándose en hasta un 76,8% (Feingold et al., 2022). Se ha encontrado como frente a la crisis del COVID-19 la exposición a eventos traumáticos, como ha sido el caso de los profesionales sanitarios, correlaciona positivamente con un mayor CPT, aumentando el bienestar espiritual, la confianza en uno mismo, las relaciones interpersonales y la valoración de la vida (Chen et al., 2021; Feingold et al., 2022; González-Sanguino et al., 2021). Además, quiénes han estado expuestos al trabajo con pacientes graves han obtenido niveles mayores de CPT, teniendo una mayor sensación de control y de autorregulación emocional y una mayor experiencia de emociones positivas (Pan Cui et al., 2021).

Centrándonos en los profesionales de la salud mental, es importante señalar que la OMS destaca la importancia del cuidado de la salud mental para afrontar la pandemia (OMS, 2020), y, tanto la American Psychological Association (Clay, 2020), como el Colegio Oficial de Psicólogos

(Consejo General de la Psicología de España, 2021), reconocen el papel fundamental que la psicología puede desempeñar ante un problema de esta magnitud. Pese a que se dedica mucho trabajo de investigación a conocer el estado de salud mental de la población y qué actuaciones pueden serles de ayuda, no existe apenas conocimiento sobre cómo se encuentra el grupo poblacional de los profesionales de la psicología.

La pandemia y los cambios que ha traído con ella han tenido en general un impacto adverso sobre este colectivo concreto, ya que se ha generado una mayor confusión respecto al rol que debían tomar, mayores retos y cargas de trabajo y un menor bienestar (Chemali et al., 2022; Langdon et al., 2021). Desde el inicio de la pandemia los propios psicólogos han reportado un aumento de la demanda de sus servicios, viéndose superados por la necesidad de realizar un trabajo cada vez más demandado, que incluso a veces se realizaba de manera voluntaria, a la vez que cuidaban su bienestar psicológico y su vida personal (Murphy., 2020). El aumento de la carga y de la problemática de los pacientes de tipo depresivo y traumático, a raíz de la pandemia, han hecho que experimenten los efectos de esta a través de su trabajo, provocando en casi la mitad de ellos una sensación de agotamiento y de no haber podido satisfacer las demandas de los pacientes (APA,2020). Se ha encontrado que los profesionales sanitarios más jóvenes y quienes estaban solteros han sido los que más han sufrido el impacto de la pandemia. Además, las mujeres mostraban mayor prevalencia en la sintomatología depresiva y menor afecto positivo y percepción de autoeficacia respecto a los hombres (Pappa et al., 2021; Sun et al., 2021).

Al analizar el testimonio personal de los profesionales de la psicología se encontró la aparición de sintomatología postraumática y angustia en dichos profesionales al haber estado expuestos a la pandemia como víctimas y como recurso de apoyo. Además, relataban sentirse

insatisfechos, con fatiga, con miedo ante el contagio e incapaces de ayudar al estar al mismo nivel que las víctimas (Rossi et al., 2021).

A pesar de esto, se ha observado que, entre el personal sanitario, los participantes con la profesión de psicólogo mostraban menos niveles de TEPT, junto con los de farmacia, que el resto de los profesionales del ámbito sanitario (Luceño-Moreno et al., 2020). A parte de las experiencias traumáticas relacionadas con la pandemia típicas de la población general, los psicólogos también han experimentado trauma vicario por medio de las experiencias de sus pacientes, aumentando los niveles de TEPT (Aafjes-van et al., 2021; Ventouris et al., 2020), y produciendo síntomas como insomnio, cansancio, irritabilidad y miedo (da Silva et al., 2020).

Las propias instituciones representativas de la psicología se han hecho eco de este impacto, señalando también como la pandemia ha provocado en los psicólogos gran temor por su vida y la de sus familiares, dificultades cognitivas como problemas de memoria y para concentrarse, duelos traumáticos, y la alta prevalencia de sintomatología ansiosa, depresiva y postraumática. Además, destacan la preocupación por cómo la pandemia puede afectar al desempeño de su trabajo y el de sus compañeros, la falta de bienestar y la incertidumbre en el trabajo puede generar problemas en el desempeño de este (APA, 2020; Murphy., 2020).

A pesar de que existen algunos datos sobre el potencial impacto psicológico de la pandemia en los profesionales de la psicología, la evidencia científica sobre el impacto psicológico de trabajar durante la pandemia de COVID-19 en el grupo poblacional de los psicólogos es reducida. Dado que es necesaria más investigación para poder conocer mejor la situación, en el presente trabajo nos centraremos en explorar cómo ha afectado la pandemia psicológicamente a los psicólogos/as y con qué variables se relaciona dicha afectación. A continuación, presentamos

algunos de los factores de protección y riesgo más relevantes que se han encontrado en estudios previos.

Factores de riesgo y protección ante el impacto psicológico

La evidencia obtenida a través de distintos metaanálisis muestra que, entre los factores de riesgo de sufrir un mayor malestar a causa de la pandemia, tanto para la población general como para el personal sanitario, se encuentran ser mujer, ser joven, tener un estatus socioeconómico bajo, tener familiares infectados por la COVID-19 y el aislamiento social. Las mujeres destacan en la sintomatología ansiosa y postraumática y los jóvenes en la depresiva (González-Sanguino et al., 2021; Luo et al., 2020; Santabárbara, Bueno Notivol et al., 2021; Sun et al., 2021; Wang et al., 2020). No existe acuerdo sobre si el nivel educativo es un factor de protección o de riesgo frente al malestar (Salari et al., 2020; Santabárbara, Bueno Notivol et al., 2021; Sun, et al., 2020).

Entre los factores que se ha observado que promueven el estrés y la angustia se encuentran la duración de la cuarentena y el aislamiento en los hogares, la sensación de falta de libertad, tener historial de problemas de salud previos, el alejamiento de familiares y amigos, la falta de vínculos sociales fuertes, el aburrimiento, la incertidumbre, los problemas económicos y de empleo, el miedo, la desinformación, así como pasar demasiado tiempo informándose y el estigma atribuido a la enfermedad (Krishnamoorthy et al., 2020; Rodríguez-Rey, Garrido-Hernansaiz y Collado, 2020; Salari et al., 2020; Santabárbara, Bueno Notivol et al., 2021; Santabárbara, Lasheras et al., 2021).

En relación con el ámbito laboral, algunas variables que se han encontrado relacionadas con mayor sintomatología ansiosa y depresiva y estrés psicológico en profesionales sanitarios son estar en contacto directo con pacientes con COVID-19, la dificultad para conseguir aislarse y protegerse

frente al virus, la falta de material sanitario y medidas de protección, los cambios significativos en el ambiente de trabajo, la falta de apoyo social y reconocimiento, malas condiciones laborales y una excesiva carga de trabajo (Chen et al., 2021; da Silva et al., 2020; Santabárbara, Lasheras et al., 2021). Para la sintomatología postraumática, se han observado como factores de riesgo la incertidumbre ante la situación y el avance de la pandemia, la vivencia directa de experiencias traumáticas y también el aumento de la carga de trabajo (Batra et al., 2020; Bryant-Geneviev et al., 2021). Además, la mayoría de los psicólogos clínicos o sanitarios han tenido que interrumpir su práctica clínica presencial en algún momento de la pandemia, y como consecuencia muchos han recurrido a la práctica online. Aunque el aumento del uso de este formato de terapia online ha permitido mantener la estabilidad laboral de muchos profesionales (Jesser et al., 2022), también ha generado en los psicólogos un descenso de la percepción de eficacia de su terapia y de su desempeño, junto a sensaciones de ansiedad y de duda de uno mismo respecto a su labor como profesionales y a su manejo en el nuevo entorno laboral (Aafjes-van et al., 2021; APA, 2020; Jesser et al., 2022; Messina et al., 2021; Minghelli et al., 2020).

Respecto a las variables de protección para la salud mental, se destaca en la literatura el estar informado, pero sin dedicar excesivo tiempo diario a informarse, la existencia de medidas sanitarias protectoras y las medidas por parte del gobierno (Lee et al., 2021; Rodríguez-Rey, Garrido-Hernansaiz y Collado, 2020; Salari et al., 2020; Santabárbara, Bueno Notivol et al., 2021). Un entorno de trabajo seguro y un apoyo institucional adecuado pueden reducir la sintomatología ansiosa y depresiva en los profesionales (Sun, Wang, et al., 2021).

La experiencia profesional también ha demostrado ser un factor protector. Mayor experiencia laboral y en situaciones de crisis puede dar lugar a mayores niveles de CPT, menores

niveles de estrés y de trauma vicario (Aafjes-van Doorn et al., 2020; Pan Cui et al., 2021; Ventouris et al., 2020).

Siguiendo con los factores protectores, se destaca la resiliencia, definida en su significado más simple como “recuperarse del estrés” (Agnes, M., 2005, como se citó en Smith et al., 2008, p.199). Los estudios previos han mostrado que la resiliencia correlaciona negativamente con la depresión y la angustia ante la COVID-19 (Barzilay et al., 2020) y puede verse favorecida en función del apoyo social, un bajo aislamiento, las relaciones interpersonales y el optimismo (Chen y Bonanno, 2020; Rutter, 2013). En el personal sanitario se ha encontrado relacionada con un menor riesgo de desarrollar ansiedad, depresión y TEPT (Luceño-Moreno et al., 2020).

La regulación emocional, explicada como la “gestión personal de los antecedentes emocionales o de uno o más componentes de la respuesta emocional – conductual, subjetivo o fisiológico”, según como se realice, puede facilitar la mejora de la experiencia de la persona en su trabajo, sus relaciones sociales y su mundo interior (Gross y Muñoz, 1995). Las estrategias de regulación emocional más comunes son dos; por un lado, la reevaluación emocional (RE), que pone el foco en regular el significado personal que genera un evento en el individuo, y, por otro lado, la supresión emocional (SE), que pone el foco en regular la respuesta de comportamiento ante un evento. Aunque la SE puede ser útil en ocasiones puntuales, la RE suele ser la estrategia que favorece mejores resultados en el bienestar de la persona (Gross y John, 2003). Se observa como ante las vivencias traumáticas de la pandemia, personas en riesgo de padecer trastornos mentales mostraban la RE como un factor de protección contra el TEPT, frente a la SE que representaba un factor de riesgo (Tyra et al., 2021). A su vez se ha observado que la RE reduce los niveles de depresión y ansiedad en personal sanitario durante la pandemia (Wang et al., 2021), al

contrario que la SE (Zhu et al., 2021), y que la RE y la expresión de la emoción favorece el CPT y sirve como factor protector ante las adversidades (Chen et al., 2021; Wang, 2021).

Por último, la inseguridad profesional (IP), entendida como el nivel de incertidumbre respecto a su capacidad para ser útiles para sus pacientes (Nissen-Lie et al., 2017), ha mostrado que puede aumentar ante situaciones de estrés laboral e incertidumbre como la pandemia (Aafjes-van et al., 2021). Niveles normales de IP pueden favorecer un buen desempeño laboral (Nissen-Lie, et al., 2015), aunque niveles muy elevados pueden provocar malestar emocional en los profesionales (Aafjes-van et al., 2021; Lloyd, et al., 2005). Este factor puede influir en la gestión del impacto de la pandemia, ya que para los psicólogos poder concentrarse en los pacientes y tener una buena disposición ayuda a regular las preocupaciones que están viviendo (Murphy, 2020).

Objetivos e hipótesis

La situación de pandemia ha hecho más presente que nunca la necesidad de contar con un equipo de profesionales de la psicología, capaz de dar servicio a la población afectada por la pandemia y al personal sanitario que trabaja en primera línea (Forner-Puntonet et al., 2021; Karekla et al. 2021). Pero para ofrecer ese servicio es vital que los profesionales puedan mantener un estado psicológico óptimo.

Debido a la escasez de investigación sobre el estado psicológico de los profesionales de la psicología a raíz de la pandemia, el presente estudio tiene como objetivo conocer el impacto psicológico que la pandemia ha tenido sobre los psicólogos dedicados al ámbito sanitario, en términos de ansiedad, depresión, estrés, síntomas de TEPT y CPT. Así mismo, se definen otros objetivos tales como explorar el grado en que distintas variables sociodemográficas y laborales (como el género, los años de experiencia y la carga de trabajo) se relacionan con dicho impacto; y

se estudiará el efecto protector y de riesgo que ejercen la resiliencia, las estrategias de regulación emocional y la IP.

En base al conocimiento disponible sobre previas pandemias y la actual, se hipotetiza que la pandemia de la COVID-19 no ha dejado indiferente al grupo de profesionales de la psicología, provocándoles cambios psicológicos significativos. Se espera encontrar, sin embargo, una prevalencia en el malestar y en el CPT del grupo estudiado menor que la encontrada en la población general y en el personal sanitario, teniendo en cuenta la tendencia descendente a medida que el impacto de la pandemia se reduce y la adaptación poblacional a esta aumenta (González-Sanguino *et al.*, 2021), un contacto menos directo con la enfermedad (Aafjes-van *et al.*, 2021; Feingold *et al.*, 2022; Santabárbara, Lasheras *et al.*, 2021, Ventouris *et al.*, 2020; Wu *et al.*, 2019), y los recursos propios del colectivo de psicólogos que mejoran sus reacciones ante una situación de crisis (Murphy, 2020; Ventouris *et al.*, 2020).

Método

Procedimiento

El estudio recibió el visto bueno del comité de ética de la Universidad Pontificia Comillas (ver Anexo I, página 53).

La evaluación de los participantes se ha realizado mediante una encuesta online a través de la plataforma de LimeSurvey. Diversos canales de las redes sociales (Whatsapp, Instagram, email y Twitter) se han utilizado para difundir la encuesta, aprovechando el efecto “bola de nieve” para poder obtener el máximo número de respuestas. Todos los participantes dieron su consentimiento tras ser informados del objetivo del estudio, el tratamiento de sus datos de acuerdo con el Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a

la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos y los requisitos personales (ver consentimiento informado y cuestionario completo en Anexo II, página 54).

Participantes

Un total de 193 personas completaron el estudio. La muestra estaba formada por profesionales del ámbito de la psicología clínica de cualquier parte de España. La mayor parte de los participantes fueron mujeres (75,6%) y trabajadores del sector privado (84,97%). Las características demográficas y laborales se exponen detalladamente en las Tablas 2 y 3.

Los criterios de inclusión en el estudio eran el de ser adultos, residir en España y estar trabajando en el momento de completarla como psicólogos clínicos o sanitarios, de manera presencial u online. Los participantes fueron informados de estos requisitos en el consentimiento previo a la realización de la encuesta.

Instrumentos

La Figura 1 muestra un resumen de los grupos de variables medidos en la población de psicólogos, así como los instrumentos de evaluación utilizados. A continuación, se describe cada uno de ellos.

VARIABLES MEDIDAS
<ul style="list-style-type: none">• Sociodemográficas• Laborales• Contacto COVID-19• Vivencia laboral de la pandemia• TEPT: Impact of Event Scale-Revised (IES-R)• Depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)• Crecimiento postraumático (PTGI)• Resiliencia (BRS)• Regulación emocional (ERQ)• Inseguridad Profesional (PSD)

Figura 1. Variables e instrumentos empleados en la evaluación. *Nota.* IES-R (*Impact of Event Scale-Revised*), DASS-21 (*Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 Items*), PTGI-SF (*Short Form of the Posttraumatic Growth Inventory*), BRS (*Brief Resilience Scale*), ERQ (*Emotion Regulation Questionnaire*), PSD (*Professional Self Doubt scale*).

Datos sociodemográficos. Los psicólogos participantes informaron sobre su género, edad, estado civil y número de hijos.

Datos laborales. Se preguntó a los profesionales información acerca de si trabajaron durante la primera ola de la pandemia (y su motivo en caso negativo), su sector de trabajo (público, privado, ambos), sus años de experiencia, las horas semanales dedicadas al trabajo con pacientes, si trabajaban vía *online*, las horas dedicadas al trabajo con pacientes vía *online*, el momento en el que incorporó la vía *online* a su trabajo (antes de la pandemia , durante o después de la pandemia) y el colectivo con el que trabaja (niños, adolescentes, adultos y mayores de 65 años).

Contacto con la COVID-19 en el entorno laboral. Los participantes han indicado el nivel de contacto con pacientes, que por la COVID-19, han tenido dificultades socioeconómicas, han pasado la enfermedad y han tenido allegados graves por la enfermedad o que han fallecido a causa de esta. Las respuestas oscilan entre el 1 (No he tenido contacto o he tenido algún contacto aislado) y el 5 (He tenido contacto diariamente). También respondieron acerca de si ellos mismos habían pasado la COVID-19 (asintomático, síntomas leves, síntomas importantes sin hospitalización, hospitalizados, no la pasaron, creen que sí pero no lo han confirmado).

Vivencia de la pandemia en el entorno laboral. Los participantes informaron sobre si habían sufrido cambios en la dificultad, el estrés, la carga y la economía del trabajo (1=igual que antes, 5=mucho más que antes). Por otro lado, informaron sobre si habían recibido atención psicológica desde el inicio de la pandemia (no, sí y estaba en tratamiento antes de la crisis, sí, recibió atención tras el inicio de la crisis) y si había estado motivada por la pandemia.

Estrés postraumático. Para esta medida los psicólogos respondieron al cuestionario Impact of Event Scale-Revised (IES-R; Weiss, 2007; Weiss y Marmar, 1996). El IES-R — revisión de la versión original de IES (Horowitz et al., 1979) — se realiza por medio de autoinforme de 22 ítems y mide la intensidad de la respuesta sintomatológica característica del TEPT en los últimos 7 días ante la experimentación de un evento traumático. Para el estudio se ha adaptado la escala de forma que haga referencia a la crisis de la COVID-19. El formato de respuesta consiste en una escala Likert que oscila entre 0 (nunca, o casi nunca) y 4 (mucho). El IES-R cuenta con 3 subescalas que evalúan 3 síntomas característicos del TEPT: Evitación (ítems 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17 y 22), intrusión (ítems 1, 2, 3, 6, 9, 16 y 20) e hiperactivación (ítems 4, 10, 14, 15, 18, 19 y 21). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de cada subescala. Esta escala ha sido validada para población española por Báguena et al. (2001) encontrándose propiedades psicométricas adecuadas. Se ha observado el valor 33 como punto de corte a partir del cual se puede considerar que existe impacto moderado-severo (Wang et al., 2020). En el presente estudio se obtiene una consistencia interna adecuada ($\alpha = .93$).

Depresión, ansiedad y estrés. Para medir el estado de la salud mental de los participantes se ha utilizado la escala Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 Items (DASS-21) para evaluar dichas variables. El DASS-21 es un instrumento de autoinforme formado por 21 ítems que evalúan la salud mental a través de tres subescalas, cada una formada por 7 ítems: depresión (ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17, y 21), ansiedad (ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19, y 20) y estrés (1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). En una escala de Likert, los participantes responden en un rango de 4 puntos, que va de 0 (Nada aplicable a mí) a 3 (Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo) en función de la prevalencia del síntoma en la última semana. Para obtener los resultados de las tres subescalas se ha realizado la suma de la puntuación de los ítems y luego se ha multiplicado por dos (Lovibond

y Lovibond, 1995; Le et al., 2019), permitiendo poder hacer una comparación con investigaciones anteriores (Wang et al., 2020). En función de su prevalencia, los resultados de las subescalas pueden separarse en cinco categorías: para la de depresión, normal (0–9), leve (10–12), moderada (13–20), severa (21–27) y extremadamente severa (28–42); para la ansiedad, normal (0–6), leve (7–9), moderada (10–14), severa (15–19), y extremadamente severa (20–42); y para el estrés, normal (0–10), leve (11–18), moderada (19–26), severa (27–34), y extremadamente severa (35–42)(Wang et al., 2020). La escala DASS-21 ha sido validada en población española (Bados et al., 2005) y utilizada en previas situaciones de epidemia (McAlonan, 2007; Wang et al., 2020). La consistencia interna ha sido adecuada tanto para la escala total ($\alpha = .93$), como para las subescalas de depresión ($\alpha = .88$), ansiedad ($\alpha = .83$) y estrés ($\alpha = .88$).

Crecimiento postraumático. Posttraumatic Growth Inventory-Short Form (PTGI-SF; Cann et al., 2010; Tedeschi y Calhoun 1996). El PTGI-SF es un autoinforme de 10 ítems derivado de la versión original de Tedeschi y Calhoun de 21 ítems (1996). Originalmente cuenta con 5 subescalas: relación con los demás (ítems 5 y 10); nuevas oportunidades (ítems 3 y 6); fuerza personal (ítems 7 y 9); cambio espiritual (ítems 4 y 8); apreciación por la vida (ítems 1 y 2). Ha sido añadido un ítem extra de la escala original PTGI (Tedeschi y Calhoun, 1996) para conocer si ha habido un cambio en la percepción del sentido de la vida. El punto de corte marca el porcentaje de participantes que puntuaron 3 o más de media en esta escala, de manera coherente con otros estudios (Rodríguez-Rey y Alonso-Tapia, 2017; Tedeschi y Calhoun 1996). En el presente estudio se obtienen valores óptimos de consistencia interna ($\alpha = .93$).

Resiliencia. La escala Brief Resilience Scale (BRS; Smith et al., 2008) ha sido el instrumento utilizado para medir la resiliencia. La BRS es un cuestionario que se completa mediante autoinforme. Cuenta con 6 ítems que miden la resiliencia como capacidad de recuperación ante

una adversidad eventual. La respuesta se da en una graduación de valores que oscilan entre 1 (muy en desacuerdo) y 5 (muy de acuerdo). Se trata de una escala de un solo factor, mayor puntuación es indicadora de una mayor resiliencia. Para el cálculo final se deben transformar los ítems formulados de forma inversa (ítems 2, 4 y 6). Para el actual estudio se ha utilizado la versión española validada por Rodríguez-Rey et al. (2016), obteniendo una consistencia interna ($\alpha = .53$).

Regulación emocional. La medida de esta variable se ha llevado a cabo mediante el Emotion Regulation Questionnaire (ERQ; Gross y John, 2003). El ERQ evalúa dos estrategias de regulación emocional: la RE (6 ítems), entendida como generadora de un cambio cognitivo previo a la aparición de la emoción, que altera el significado del impacto de un evento en la persona, y la SE (4 ítems), entendida como la inhibición de la expresión de la emoción, que altera la expresión conductual de la persona ante un evento. De esta forma, 10 ítems en total conforman el cuestionario que se responde por medio de una escala Likert de 7 puntos (1 = Totalmente en desacuerdo, 7 = Totalmente de acuerdo). El cuestionario está formado por dos factores independientes, la estrategia de regulación de la RE correlaciona positivamente con un mayor bienestar y una regulación adecuada, al contrario que la SE que correlaciona negativamente. Ha sido usada para el presente estudio la versión española validada por Cabello et al. (2013). El estudio presenta valores de consistencia interna adecuados ($\alpha = .77$).

Inseguridad profesional. A través de la Professional Self-Doubt scale (PSD; Nissen-Lie et al., 2017) se ha medido en los participantes su IP, entendida como el nivel de incertidumbre respecto a su capacidad para ser útiles para sus pacientes. Extraído del Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (DPCCQ; Orlinsky et al., 2004) consiste en un solo factor compuesto por 9 ítems que se responden en una escala de Likert de 6 puntos (0 = Nunca, 5 = Muy a menudo) a través de un cuestionario de autoinforme. Mayor puntuación implica niveles

más altos de IP. La encuesta ha sido adaptada al español para nuestra muestra de participantes. La consistencia interna para este estudio muestra un valor de $\alpha = .91$.

Análisis de datos

En primer lugar, se han calculado los estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas y laborales, para mostrar la frecuencia y los porcentajes en las variables categóricas (ej. género). También se han calculado la media y la desviación típica en las variables ordinales (ej. edad).

Se han calculado, además, los estadísticos descriptivos (medias y porcentajes teniendo en cuenta los distintos puntos de corte de cada instrumento) para conocer la prevalencia de las variables de TEPT, ansiedad, depresión y estrés y CPT.

A continuación, se realizaron análisis para conocer la relación entre las variables sociodemográficas, laborales y psicológicas evaluadas con el grado de afectación psicológica. Dado que la muestra cuenta con más de 30 participantes, se han podido realizar pruebas paramétricas. En primer lugar, para conocer la relación entre las variables relativas al impacto psicológico y al CPT y las variables ordinales, se calcularon correlaciones bivariadas empleando el estadístico r de Pearson. En segundo lugar, para conocer la relación entre las variables categóricas y las variables asociadas al impacto psicológico, se utilizaron pruebas de comparaciones de medias empleando el estadístico t de Student para muestras independientes cuando se trataba de variables dicotómicas, y ANOVAs de un factor cuando se trataba de variables con tres o más categorías.

Finalmente, se han realizado análisis de regresión lineal con la intención de conocer el peso predictivo relativo y conjunto que las variables psicológicas, laborales y personales tenían sobre

las variables de impacto psicológico. Para ello se introdujeron para cada una de las variables de impacto psicológico, las variables psicológicas, laborales y personales que habían mostrado tener una relación significativa las y se utilizó el método de selección por pasos. Todos los análisis estadísticos se han llevado a cabo con el programa de análisis estadístico SPSS 25.0.

Resultados

Descriptivos de los niveles de impacto psicológico y del CPT

En la Tabla 1 pueden observarse los niveles de impacto psicológico de los participantes. Se observa que 25,4% de los profesionales han manifestado síntomas del TEPT por encima de los normales, con un 8,3% llegando a manifestar niveles severos. A su vez respecto a los niveles de depresión, ansiedad y estrés, un 18%, un 12,4% y un 18,6% han mostrado niveles moderados o superiores de sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés respectivamente. Respecto al CPT, la Tabla 1 muestra que un 44,6% de los participantes han manifestado crecimiento al menos en grado medio, respecto al 55,4% que no lo ha hecho.

Relación entre los niveles de impacto psicológico y CPT, con las variables sociodemográficas

Sobre la relación entre el género y los niveles de afectación psicológica, se observa en la Tabla 2 que las mujeres han mostrado significativamente mayor CPT que los hombres. De la misma forma también se ha observado una diferencia significativa en la sintomatología ansiosa, siendo mayor para las mujeres y una tendencia no significativa para las mujeres en el estrés, con una *g* de 0,3. Por el contrario, no se han encontrado diferencias significativas para los síntomas de TEPT y la depresión.

Respecto a la relación con la edad, se puede apreciar en la Tabla 2, como correlaciona de manera negativa y significativa con el TEPT, el CPT, la ansiedad y el estrés, siendo estos niveles menores a mayor edad de los participantes.

Tabla 1. Descriptivos de las variables de impacto psicológico: estrés postraumático, CPT, depresión, ansiedad y estrés

	N	M (DT)	%
IES			
Normal	144	9,48 (7,12)	74,6
Leve	23	27,3(2,75)	11,9
Moderado	10	34,2(1,13)	5,2
Severo	16	49,43(7,39)	8,3
PTGI			
No crecimiento	107	1,79(0,68)	55,4
Crecimiento	86	4,02(0,68)	44,6
Depresión			
Normal	143	2,63(2,6)	74,1
Leve	15	11,6(0,8)	7,8
Moderado	23	16,95(2,32)	11,9
Severo	7	24,28(1,79)	3,6
Extremadamente severo	5	6,6(7,66)	2,6
Ansiedad			
Normal	159	1,45(1,97)	82,4
Leve	10	8(0,0)	5,2
Moderado	11	11,09(1,37)	5,7
Severo	7	16,85(1,06)	3,6
Extremadamente severo	6	27(3,5)	3,1
Estrés			
Normal	110	4,14(3,76)	57,0
Leve	47	14,63(2,17)	24,4
Moderado	22	22,63(1,89)	11,4
Severo	12	30,5(2,84)	6,2
Extremadamente severo	2	36(0,0)	1

Tabla 2. Asociación entre las variables sociodemográficas y las variables de impacto psicológico y de CPT (N= 193)

Variables	N (%)	IES				PTGI				Depresión				Ansiedad				Estrés			
		M (DT)	t/F*	p	g/η2*	M (DT)	t/F*	p	g/η2*	M (DT)	t/F*	p	g/η2*	M (DT)	t/F*	p	g/η2*	M (DT)	t/F*	p	g/η2*
Género**																					
Hombres	45 (23,3)	13,68 (12,35)	-1,41	0,16	0,30	2,36 (1,22)	-2,51	<0,01	0,43	6,88 (8,28)	0,24	0,80	0,04	2,17 (4,13)	-1,96	0,05	0,33	8,57 (8,63)	-1,82	0,07	0,31
Mujeres	146 (75,6)	17,09 (14,64)				2,91 (1,31)				6,56 (7,53)				4,15 (6,33)				11,46 (9,44)			
Otro	2 (1) (10,61)	7,50 (10,61)				3,45 (0,00)				3,00 (1,31)				4,00 (7,07)				10,00 (0,00)			
Estado Civil**																					
Soltero	50 (26,18)	19,36 (16,64)	1,54	0,22	0,02	2,96 (1,23)	0,55	0,58	0,01	7,56 (8,10)	2,08	0,13	0,02	5,04 (7,10)	5,11	<0,01	0,05	12,16 (9,98)	0,79	0,46	0,01
Casado/Conviviendo con mi pareja	122 (63,87)	15,22 (13,30)				2,73 (1,32)				5,89 (7,03)				2,77 (4,70) ^a				10,23 (8,78)			
Separado / Divorciado	19 (9,95)	15,89 (11,50)				2,81 (1,43)				9,26 (9,94)				6,53 (8,27) ^a				11,26 (10,61)			
Viudo	2 (1) (0,00)	0,00 (0,00)				2,23 (1,73)				1,00 (1,41)				0,00 (0,00)				5,00 (7,07)			

Tabla 2. Continuación

Variables	N (%)	IES				PTGI				Depresión				Ansiedad				Estrés			
		M (DT)	t/F*	p	g/η2*	M (DT)	t/F*	p	g/η2*	M (DT)	t/F*	p	g/η2*	M (DT)	t/F*	p	g/η2*	M (DT)	t/F*	p	g/η2*
Hijos																					
Sí tiene hijos	93	13,44 (11,81)	-2,68 ¹	<0,0	0,38	2,64 (1,37)	-1,61	0,11	0,24	4,98 (6,69)	-2,89 ¹	<0,0	0,43	2,25 (4,11)	-3,40 ¹	<0,001	0,48	8,45 (7,91)	-3,48 ¹	<0,001	0,50
No tiene hijos	100	18,77 (15,66)				2,95 (1,23)				8,20(8, 23)				5,04 (6,98)				12,94 (9,93)			
		<i>M (DT)</i>	<i>r Pearson</i>	<i>p</i>		<i>r Pearson</i>	<i>p</i>			<i>r Pearson</i>	<i>p</i>			<i>r Pearson</i>	<i>p</i>			<i>r Pearson</i>	<i>p</i>		
Edad		43,56 (12,91)	-,292	<0,0		-,251	<0,0			-0,141	0,05			-,263	<0,01			-,323	<0,01		

*Las diferencias en el nivel medio entre las categorías de las variables dicotómicas se evaluaron mediante la prueba t y se obtuvo la estadística del tamaño del efecto g de Hedges (interpretación: insignificante < 0,20 < pequeño < 0,50 < medio < 0,80 < grande). Para las variables de categorías múltiples, se utilizaron ANOVAs de una vía, y las categorías con una letra de superíndice diferente muestran una diferencia significativa entre ellas en la media de la variable de impacto psicológico. En estos casos, el tamaño del efecto se evaluó mediante η² (interpretación: insignificante < 0,01 < pequeño < 0,06 < medio < 0,14 < grande). **Para la comparación por género y estado civil, dado el escaso número de personas que respondieron “otros” (N = 2) y “viudo” sólo se han incluido hombres y mujeres, y soltero, casado/conviviendo con mi pareja, y separado/divorciado respectivamente. Se incluyen las medias de todas las categorías, pero las diferencias de medias sólo se comprobaron entre mujeres y hombres, y entre solteros, casados/conviviendo con mi pareja y separados/divorciados mediante la prueba t y la prueba ANOVA. 1No se pudo asumir la homocedasticidad para estas variables, por lo que se utilizaron los resultados de la prueba t ajustados por varianzas no homogéneas y, en el caso de los ANOVAS, se utilizaron las pruebas post hoc de Games-Howell.

En función de si los participantes tenían hijos o no, se han encontrado diferencias significativas respecto a los niveles de impacto psicológico, teniendo un mayor impacto aquellos que no tenían hijos. Ninguna diferencia se ha encontrado respecto al CPT. Tampoco se han observado diferencias significativas entre las variables de impacto psicológico y el CPT, y la cantidad de hijos, cuyas categorías eran, “1”, “2”, “3”, “4” y “5 o más”.

Sobre el estado civil solo se ha encontrado una diferencia significativa en la sintomatología ansiosa entre quien estaba divorciado o separado y quien estaba casado o conviviendo con su pareja, teniendo mayores niveles los del primer grupo.

Relación los niveles de afectación psicológica y el CPT, y las variables laborales

Se observa en la Tabla 3 que solo existen diferencias significativas en los niveles de depresión en función de si los participantes trabajaron o no durante la pandemia, siendo mayores para quienes sí trabajaron. Dado que el 85% trabaja en el sector privado, y solo un 6,7% en el público y un 8,3% en ambos, no se han podido realizar las comparaciones de medias estimadas en función del sector en el que desempeñan su trabajo.

No se observan diferencias significativas en función de si realizan o no terapia online, tan solo una tendencia no significativa en el TEPT, con $g = 0,29$. Tampoco aparecen diferencias en función de si comenzó a realizar terapia online previamente o a raíz de la pandemia.

Respecto al número de horas que trabajan directamente con pacientes, no se han encontrado correlaciones significativas con las variables de impacto psicológico. En cambio, en función del número de horas que trabajan de manera online sí se ha observado una correlación significativa y positiva con los niveles de depresión y estrés.

Por otro lado, si se encuentran relaciones significativas entre impacto psicológico y los años de experiencia laboral de los trabajadores. Como aparece al final de la Tabla 3, a mayor número de años de experiencia laboral menores son los niveles de CPT, TEPT, ansiedad y estrés.

En relación con los colectivos con los que trabajan los psicólogos que han participado en el estudio (incluyendo niños, adolescentes, adultos menores de 65 años y adultos mayores de 65 años), solo se han encontrado diferencias significativas en los niveles de TEPT entre quienes trabajan con adultos menores de 65 años (N=179), y quienes no lo hacen (N = 14), mostrando una mayor media el grupo de participantes que no trabaja con adultos, con un tamaño del efecto de $g = 0,69$.

En relación con el contacto que los participantes han tenido con pacientes afectados socioeconómicamente por la pandemia, observando la Tabla 3, destacan las correlaciones positivas y significativas con el TEPT, la depresión, el estrés y el CPT. Respecto al contacto con pacientes con la COVID-19 no se encuentran correlaciones significativas con las variables de impacto psicológico ni el CPT. En cambio, sí que aparecen correlaciones positivas significativas entre el grado de contacto con pacientes que han tenido allegados graves por la COVID-19 y los niveles de TEPT y CPT experimentados por los profesionales. También se observan correlaciones positivas en función del contacto con pacientes con allegados fallecidos por la COVID-19, respecto al TEPT, al CPT, a la ansiedad y al estrés y con una tendencia no significativa para la depresión.

Tabla 3. Asociación entre las variables laborales y las variables de impacto psicológico y de CPT (N= 193)

Variables	N (%)	IES				PTGI				Depresión				Ansiedad				Estrés			
		M (DT)	t/F*	p	g/η2*	M (DT)	t/F*	p	g/η2*	M (DT)	t/F*	p	g/η2*	M (DT)	t/F*	p	g/η2*	M (DT)	t/F*	p	g/η2*
Trabajó durante la pandemia																					
Sí trabajó	166 (87,36)	15,89 (13,75)	-0,74	0,46	0,15	2,76 (1,28)	-0,83	0,41	0,17	6,97 (7,96)	2,34 ¹	0,02	0,35	3,73 (6,12)	0,21	0,84	0,04	10,83 (9,44)	0,20	0,84	0,04
No trabajó	27 (22,64)	18,07 (16,59)				2,99 (1,40)				4,30 (5,01)				3,48 (4,69)				10,44 (8,32)			
Terapia online																					
Sí realiza	141 (86,01)	15,12 (13,38)	-1,75	0,08	0,29	2,84 (1,30)	0,80	0,42	0,13	6,78 (7,82)	0,53	0,59	0,08	3,52 (5,50)	-0,70	0,48	0,12	10,89 (9,51)	0,29	0,77	0,04
No realiza	52 (13,99)	19,12 (15,86)				2,67 (1,33)				6,12 (7,29)				4,19 (7,01)				10,46 (8,66)			
Realiza terapia online																					
Desde antes de la pandemia	59 (30,56)	14,46 (12,17)	-0,50	0,62	0,08	2,68 (1,21)	-1,25	0,22	0,21	7,18 (8,21)	0,52	0,60	0,08	3,15 (4,53)	-0,67	0,50	0,11	10,84 (9,37)	-0,49	0,96	0,01
Durante/después de la pandemia	82 (42,48)	15,61 (14,24)				2,95 (1,35)				6,49 (7,57)				3,78 (6,11)				10,93 (9,66)			
Ha modificado las tarifas**																					
No	145 (75,1)	15,69 (13,94)	0,62	0,21	0,23	2,73 (1,26)	0,01	0,50	0,12	6,25 (7,16)	5,86	0,19	0,30	3,50 (5,60)	1,82	0,32	0,18	10,62 (8,90)	6,23	0,47	0,16
Sí, las ha bajado	36 (18,7)	19,08 (16,14)				2,89 (1,34)				8,50 (9,55)				4,61 (7,36)				12,11 (11,46)			
Sí, las ha subido	12 (6,2)	13,75 (19,29)				3,21 (1,72)				5,17 (7,36)				3,33 (5,21)				8,67 (5,87)			

Tabla 3. Continuación

Variables	<i>M (DT)</i>	IES		PTGI		Depresión		Ansiedad		Estrés	
		<i>r</i> <i>Pearson</i>	<i>p</i>	<i>r</i> <i>Pearson</i>	<i>p</i>	<i>r</i> <i>Pearson</i>	<i>p</i>	<i>r</i> <i>Pearson</i>	<i>p</i>	<i>r</i> <i>Pearson</i>	<i>p</i>
Horas de trabajo directo con pacientes***	4,58 (2,07)	,036	0,62	,018	0,80	,047	0,51	-,042	0,56	,090	0,21
Horas de trabajo online con pacientes***	1,49 (1,45)	,038	0,60	,074	0,31	,195	<0,01	,012	0,86	,146	<0,05
Contacto con afectados socio-económicamente	3,13 (1,24)	,258	<0,001	,247	<0,001	,227	<0,01	,130	0,07	,200	<0,01
Contacto pacientes con COVID-19	2,91 (1,22)	,049	0,50	,088	0,22	,084	0,27	,087	0,23	,008	0,91
Contacto pacientes con allegados graves por la COVID-19	2,34 (1,78)	,178	0,01	,179	0,01	,088	0,23	,114	0,11	,100	0,16
Contacto pacientes con allegados fallecidos por la COVID-19	1,97 (1,06)	,194	<0,01	,234	<0,01	,133	0,06	,204	<0,01	,165	<0,05
Grado aumento dificultad del trabajo	3,55 (1,85)	,274	<0,001	,216	0,03	,169	<0,05	,148	<0,05	,305	<0,001
Grado aumento estrés del trabajo	3,55 (1,25)	,395	<0,001	,272	<0,001	,236	<0,001	,164	<0,05	,365	<0,001
Grado aumento carga del trabajo	3,78 (1,32)	,145	0,04	,247	<0,001	,025	0,73	,038	0,60	,120	0,09
Años de experiencia	43,56 (12,91)	-,214	<0,01	-,171	0,02	-,116	0,11	-,201	<0,01	-,237	<0,001

*Las diferencias en el nivel medio entre las categorías de las variables dicotómicas se evaluaron mediante la prueba t y se obtuvo la estadística del tamaño del efecto g de Hedges (interpretación: insignificante < 0,20 < pequeño < 0,50 < medio < 0,80 < grande). Para las variables de categorías múltiples, se utilizaron ANOVAs de una vía, y las categorías con una letra de superíndice diferente muestran una diferencia significativa entre ellas en la media de la variable de impacto psicológico. En estos casos, el tamaño del efecto se evaluó mediante η^2 (interpretación: insignificante < 0,01 < pequeño < 0,06 <

medio < 0,14 < grande). **La categoría “Sí, las ha subido” ha sido excluida de la comparación de medias debido al escaso número de muestra. ***El número de horas quedó recogido en 8 categorías que iban desde “Menos de 5 horas” hasta “Más de 35 horas”, en intervalos de 5 horas. 1. No se pudo asumir la homocedasticidad para estas variables, por lo que se utilizaron los resultados de la prueba t ajustados por varianzas no homogéneas y, en el caso de los ANOVAS, se utilizaron las pruebas post hoc de Games-Howell.

Tabla 4. Asociación entre variables personales y las variables de impacto psicológico y de CPT (N= 193)

Variables	N (%)	IES				PTGI				Depresión				Ansiedad				Estrés			
		M (DT)	t/F*	p	g/η2*	M (DT)	t/F*	p	g/η2*	M (DT)	t/F*	p	g/η2*	M (DT)	t/F*	p	g/η2*	M (DT)	t/F*	p	g/η2*
Ha pasado la COVID-19**																					
Sí	60 (31,09)	20,32 (15,33)	2,75	<0,01	0,43	3,17 (1,22)	0,37	<0,01	0,43	7,40 (7,95)	0,59	0,33	0,15	5,07 (7,43)	1,88 ¹	0,06	0,33	12,70 (9,06)	0,42	0,05	0,30
No	133 (68,91)	14,35 (13,24)				2,62 (1,31)				6,24 (7,53)				3,09 (5,02)				9,91 (9,27)			
Ha realizado un voluntariado como psicólogo																					
Sí	87 (45,1)	15,96 (13,87)	0,19	0,83	0,03	2,81 (1,32)	0,06	0,80	0,03	6,73 (8,18)	0,29	0,82	0,03	3,58 (6,17)	0,41	0,81	0,03	10,71 (9,95)	1,18	0,93	0,01
No	106 (54,9)	16,40 (14,45)				2,77 (1,29)				6,49 (7,25)				3,79 (5,75)				10,83 (8,71)			
Ha recibido atención psicológica																					
No	135 (59,9)	14,77 (13,72)	2,50	0,08	0,03	2,58 (1,31) ^{ab}	6,13	<0,01	0,06	5,38 (6,85) ^a	6,14	<0,01	0,06	2,81 (4,85) ^a	5,42	<0,01	0,05	9,17 (8,61) ^a	8,33	<0,001	0,08
Sí, previo a la pandemia	26 (13,5)	18,34 (16,23)				3,25 (1,20) ^a				8,92 (9,16)				5,23 (7,09)				12,61 (9,74)			
Sí, a raíz de la pandemia	32 (16,6)	20,50 (13,53)				3,30 (1,16) ^b				9,87 (8,47) ^a				6,19 (7,99) ^a				16,06 (9,60) ^a			

*Las diferencias en el nivel medio entre las categorías de las variables dicotómicas se evaluaron mediante la prueba t y se obtuvo la estadística del tamaño del efecto g de Hedges (interpretación: insignificante < 0,20 < pequeño < 0,50 < medio < 0,80 < grande). Para las variables de categorías múltiples, se utilizaron ANOVAs de una vía, y las categorías con una letra de superíndice diferente muestran una diferencia significativa entre ellas en la media de la variable de impacto psicológico. En estos casos, el tamaño del efecto se evaluó mediante η² (interpretación: insignificante < 0,01 < pequeño < 0,06 < medio < 0,14 < grande). Para la comparación en función de si ha pasado la COVID-19, debido al escaso número de participantes que respondieron las categorías específicas de “Sí” (“asintomático”, “con síntomas leves”, “estuve hospitalizado” y “creo que sí, aunque no lo he comprobado”), se agruparon todas en una sola categoría para poder compararlo con quien marcó “No”. 1. No se pudo asumir la homocedasticidad para estas variables, por lo que se utilizaron los resultados de la prueba t ajustados por varianzas no homogéneas y, en el caso de los ANOVAS, se utilizaron las pruebas post hoc de Games-Howell.

El aumento percibido del grado de dificultad y del estrés en el trabajo muestra correlaciones significativas con todas las variables de impacto psicológico y con el CPT. Una percepción del aumento de la carga de trabajo por la pandemia correlaciona positivamente con los niveles de TEPT y el CPT.

Un 18,7% ha subido su tarifa a raíz de la pandemia. No se obtienen diferencias significativas entre este grupo y quienes las mantuvieron iguales en los niveles de impacto psicológico y CPT. El 45,1% de los participantes han prestado sus servicios a través de algún tipo de voluntariado. Tampoco hay diferencias significativas respecto al impacto psicológico y el CPT entre dicho grupo y aquellos que no han prestado sus servicios en un voluntariado.

El 13,5% de los participantes recibía atención psicológica desde antes de la pandemia, y el 16,6% la ha recibido a raíz de la pandemia. Ambos grupos muestran mayores niveles de CPT respecto a aquellos profesionales que no reciben atención psicológica (ver Tabla 4). Se observa también diferencia en los niveles de depresión, ansiedad y estrés, entre quienes no reciben atención psicológica y quienes la han recibido a raíz de la pandemia, siendo mayores para estos últimos.

Relación entre las variables de impacto psicológico y el CPT, y las variables psicológicas (Resiliencia, RE, SE e IP)

La Tabla 5 muestra las correlaciones entre el impacto psicológico y el CPT, y las variables psicológicas resiliencia, IP, RE y SE. Observamos que tanto la resiliencia como la IP correlacionan significativamente con todas las variables, de manera negativa para la resiliencia y positiva para la IP. Esta correlación con la resiliencia y la IP es más fuerte con el impacto psicológico que con el CPT.

Por otra parte, observamos que la RE solo correlaciona significativamente de manera positiva con el CPT. En cambio, la SE correlaciona significativamente de manera positiva con la depresión, el estrés y la ansiedad.

Predicción del impacto psicológico y el CPT a través de las variables psicológicas, laborales y personales

La Tabla 6 muestra los resultados de los análisis de regresión empleados para conocer el peso de las variables psicológicas, laborales y personales a la hora de predecir los niveles de impacto psicológico y CPT. Para ello se han incluido aquellas variables psicológicas, laborales y personales que correlacionan significativamente con cada una del impacto psicológico y el CPT, y por medio del método por pasos se ha realizado la regresión.

En la Tabla 6 se observa que el estrés en el trabajo, la IP y el contacto con afectados socioeconómicamente explican casi un 30% de los niveles de TEPT.

También el estrés del trabajo, recibir atención psicológica, el contacto con pacientes con allegados fallecidos, la RE y haber pasado la COVID-19 explican un 21% de los niveles de CPT de la muestra.

La IP, el contacto con afectados socioeconómicamente, el número de horas de trabajo online, la SE, la resiliencia y haber recibido atención psicológica explican el 43% de los niveles de depresión. Con respecto a la ansiedad, la IP, la SE, el estrés en el trabajo y la atención psicológica recibida explican un 37% de su varianza. Y para el estrés, un 45% viene explicado por la IP, el aumento del estrés laboral, el número de horas de trabajo online, la atención psicológica, la SE y la dificultad del trabajo.

Tabla 5. Asociación entre impacto psicológico y CPT y variables psicológicas

Variable	IES		PTGI		Depresión		Ansiedad		Estrés	
	<i>r Pearson</i>	<i>p</i>	<i>r Pearson</i>	<i>p</i>	<i>r Pearson</i>	<i>p</i>	<i>r Pearson</i>	<i>p</i>	<i>r Pearson</i>	<i>p</i>
Resiliencia	-,244	<0,001	-,182	0,01	-,380	<0,001	-,310	<0,001	-,383	<0,001
IP	,386	<0,001	,143	<0,05	,511	<0,001	,451	<0,001	,530	<0,001
RE*	,118	0,10	,154	0,03	-,077	0,29	,065	0,37	-,029	0,69
SE*	,118	0,10	,059	0,42	,231	<0,01	,192	<0,01	,155	0,03

* Reevaluación Emocional (R.E.); Supresión emocional (S.E.).

Tabla 6. Variables explicativas del impacto psicológico y la CPT

Variable	r-cuadrado	D-W	Variables explicativas	Beta	t	p
TEPT	,293	1,91	Constante	-8,71	-2,73	<0,01
			Grado aumento estrés del trabajo	3,34	4,61	<0,001
			IP	5,70	5,38	<0,001
			Contacto con afectados socio-económicamente	2,10	2,91	<0,01
CPT	,214	1,79	Constante	0,77	1,39	0,16
			Grado aumento estrés del trabajo	0,19	2,78	<0,01
			Ha recibido atención psicológica	0,35	3,04	<0,01
			Contacto con pacientes con allegados fallecidos por la COVID-19	0,27	3,31	<0,01
			RE	0,03	2,80	<0,01
			Ha pasado la COVID-19	-0,12	-2,43	<0,05
Depresión	,439	2,02	Constante	-2,68	-0,70	0,48
			IP	3,66	6,29	<0,001
			Contacto con afectados socio-económicamente	1,01	2,82	<0,01

			Horas de trabajo online con pacientes	1,15	3,87	<0,001
			SE	0,33	3,41	<0,001
			Resiliencia	-0,34	-2,64	<0,01
			Ha recibido atención psicológica	1,23	2,15	<0,05
			Grado aumento dificultad del trabajo	0,76	2,04	<0,05
Ansiedad	,346	2,04	Constante	-6,74	-3,67	<0,001
			IP	4,12	7,29	<0,001
			SE	0,37	3,59	<0,001
			Grado aumento estrés del trabajo	0,89	2,43	<0,05
			Ha recibido atención psicológica	1,44	2,38	<0,05
Estrés	,455	1,99	Constante	-12,15	-5,24	<0,001
			IP	5,08	8,11	<0,001
			Grado aumento estrés del trabajo	1,06	1,90	<0,05
			Horas de trabajo online con pacientes	1,24	3,54	<0,01
			Ha recibido atención psicológica	2,10	3,09	<0,01
			SE	0,32	2,78	<0,01
			Grado aumento dificultad del trabajo	1,57	2,69	<0,01

* Reevaluación Emocional (R.E.); Supresión emocional (S.E.); Inseguridad profesional (I.P.).

Discusión

Impacto psicológico y CPT

El presente estudio tenía como objetivo principal conocer los efectos a nivel psicológico que la pandemia ha generado en los profesionales de la psicología en España y estudiar con qué variables se relaciona dicho impacto psicológico, incluyendo tanto variables sociodemográficas, como laborales y psicológicas.

En base a los niveles de afectación psicológica encontrados, este estudio sugiere que el grupo de profesionales de la psicología ha sufrido el impacto de la pandemia mostrando una sintomatología moderada-severa para TEPT, depresión, ansiedad y estrés, un 13,5%, un 18%, un 12,4% y un 18,6% de los profesionales respectivamente. Aun así, estos datos son menores que los encontrados en la población general, con una prevalencia aproximada de 15% para el TEPT, y para depresión, ansiedad y estrés, un 27%, 32% y 29% respectivamente (Bueno-Notivol et al., 2021; da Silva et al., 2020; Krishnamoorthy et al., 2020; Luo et al., 2020; Pappa et al., 2020; Salari et al., 2020; Santabárbara, Bueno Notivol et al., 2021; Santabárbara, Lasheras et al., 2021; Wang et al., 2020). Podemos observar una diferencia en relación con la prevalencia del malestar en la población general, lo que podría ser indicativo de que, como se esperaba, el colectivo de los profesionales de la psicología contase con una serie de recursos específicos que les hayan facilitado la gestión de la crisis.

Comparando los resultados de nuestro estudio realizado con una muestra de psicólogos con los de estudios previos realizados con otros profesionales sanitarios (ej. personal médico o de enfermería), encontramos que los niveles de TEPT, depresión, ansiedad y estrés, son inferiores en nuestra muestra a los que mostraban los profesionales que estaban en primera línea durante la pandemia, con una prevalencia que podía llegar aproximadamente al 41%, 43%, 50% y 40%

respectivamente (Bryant-Genevier et al., 2021; Luo et al., 2019; Santabárbara, Bueno Notivol et al., 2021). Sin embargo, encontramos porcentajes más similares al compararlo con profesionales sanitarios que no se encontraban en primera línea. Mostrando un 13,7% para el TEPT, 13% para la ansiedad, 16,5% para la depresión y 24,1% para el estrés (da Silva et al., 2020; Feingold et al., 2022; Sun et al., 2020; Sun et al., 2021; Wang et al., 2020). Resultados similares a los encontrados en un estudio previo en profesionales de la salud mental con una muestra de psicólogos sobrerrepresentada (Rapisarda et al., 2020). El conjunto de resultados revela que, si bien el impacto de la pandemia en los psicólogos ha sido menor que el de la población general y los sanitarios más afectados según se esperaba, no se ha visto una diferencia sustancial con respecto a otros profesionales sanitarios. A partir de esto, podemos intuir que, a pesar de que el no estar en primera línea y el ser especialista en situaciones de crisis y problemas psicológicos protege frente al malestar psicológico (Chemali et al., 2022; Clay, 2020; Krishnamoorthy et al., 2020), aún existen factores externos que han afectado significativamente el bienestar de los psicólogos, que como señalamos más adelante, incluyen aspectos psicológicos, laborales y personales.

Respecto al CPT, encontramos una prevalencia significativa del 44,6%, similar a la encontrada en población general (Wu et al., 2019) pero inferior al 76,8% que presentaba el conjunto del personal sanitario y de la salud mental (Feingold et al., 2022; Pappa et al., 2021). Los menores niveles de CPT podrían estar relacionados, a su vez, con los bajos niveles de impacto psicológico que han mostrado los participantes del estudio, siguiendo lo observado en investigaciones previas (Rodríguez-Rey y Alonso-Tapia, 2017); y probando de nuevo que la ausencia de vivencia de situaciones traumáticas o de crisis puede reducir el nivel de CPT (Pan Cui et al., 2021). Aun así, la aparición de CPT parece algo frecuente en esta población, y podría explicarse tanto por las experiencias traumáticas de los psicólogos por su vivencia personal de la

pandemia, como por los traumas vicarios experimentados a través de sus pacientes (Ventouris et al., 2020).

En relación con las variables sociodemográficas, encontramos que las participantes femeninas mostraban mayores niveles de ansiedad y estrés que los participantes varones. Sin embargo, no mostraban valores significativamente superiores de TEPT y depresión. Este último resultado es contrario a los hallazgos de estudios previos realizados tanto en personal sanitario, como en la población general a nivel internacional y nacional (Haro et al., 2006; González-Sanguino et al., 2021; Luo et al., 2020; Santabárbara, Bueno Notivol et al., 2021; Sun et al., 2021; Wang et al., 2020). También son contrarios a los de un estudio realizado en Italia con una muestra de profesionales de la psicología que constituía el 30,3% (Rapisarda et al., 2020). Este estudio, al igual que la literatura previa y de manera contraria a nuestros datos, también encontró niveles más elevados de depresión en las mujeres que en los varones. El tamaño de la muestra puede haber influido en los resultados, ya que, aunque las diferencias entre género puedan haber sido significativas, pueden no ser extrapolables al conjunto de la población, o bien que, debido al escaso número de estudios sobre el personal de la psicología, aún se requiera mayor investigación para poder encontrar resultados concluyentes.

Siguiendo con la relación entre los niveles de impacto psicológico y las variables sociodemográficas, la edad ha mostrado correlacionar negativamente con el TEPT, el CPT, la ansiedad y el estrés. Estos datos coinciden con los resultados de metaanálisis previos y datos de la población española (González Sanguinos et al., 2020; Santabárbara, Lasheras et al., 2021; Sun et al., 2021). En cambio, la falta de correlación con la sintomatología depresiva difiere de estudios previos en los que sí aparecía (Becerra-García et al., 2020; González Sanguinos et al., 2020). En general, estos resultados concuerdan con el hecho de que la experiencia profesional protege frente

al malestar emocional (Aafjes-van Doorn et al., 2020; Murphy, 2020; Pan Cui et al., 2021; Ventouris et al., 2020), ya que menor edad implica menor probabilidad de tener una gran experiencia laboral.

Otro aspecto demográfico, como es el número de hijos, muestra que las personas que no tenían hijos desarrollaban mayores niveles de impacto psicológico que aquellas que sí tenían. Esto puede deberse al aislamiento social, la falta de vínculos sociales fuertes y el alejamiento de familiares como factores de riesgo para el malestar psicológico (da Silva et al., 2020; Krishnamoorthy et al., 2020; Salari et al., 2020; Santabárbara, Bueno Notivol et al., 2021).

Siguiendo con el impacto sobre la salud mental de la vivencia personal de la pandemia por parte de los psicólogos, hemos encontrado que aquellos profesionales que han pasado la COVID-19 han expresado niveles superiores de TEPT estrés y CPT. El contagio de la COVID-19 ha mostrado ser un estresor por el riesgo hacia uno mismo y hacia los familiares que implica (Chemali et al., 2022). Las personas que han pasado la enfermedad han mostrado los mayores niveles de malestar psicológico, este aumento del malestar aparecía incluso al notar la sintomatología de la enfermedad, sin confirmar que fuera COVID-19 (Luo et al., 2020; Rodríguez-Rey, Garrido-Hernansaiz y Collado, 2020). Teniendo en cuenta la alta tasa de contagio, los participantes pueden haberse vistos en un estado de estrés continuo, tratando de cuidar su salud y la de pacientes y familiares con los que han tenido contacto directo, asumiendo así una gran responsabilidad.

Refiriéndonos ahora al cuidado de la salud mental, aquellos psicólogos que han recibido atención psicológica a raíz de la pandemia mostraban mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés que quienes no la habían recibido, pero a su vez también mostraban mayores niveles de CPT. Estos resultados sugieren que, frente a situaciones de estrés y malestar psicológico, factores de protección que pueden promoverse en un entorno terapéutico, como la resiliencia y la

regulación emocional, pueden favorecer no solo el alivio del malestar de la persona, sino también su crecimiento personal (Rutter, 2013; Ventouris et al., 2020; Wang et al., 2021). A pesar de los beneficios de recibir atención psicológica, una gran cantidad de psicólogos, el 60%, no ha recibido ningún tipo de ayuda psicológica. Sería oportuno seguir investigando en este aspecto para conocer qué factores se interponen entre el profesional y que este llegue a recibir atención psicológica.

Centrándonos en las variables laborales que tienen que ver con el trabajo realizado por los profesionales de la psicología durante la pandemia de COVID-19, encontramos niveles superiores de depresión en aquellos profesionales que trabajaron durante la pandemia, algo común sabiendo que la exposición directa a la enfermedad correlaciona con el aumento de la sintomatología depresiva (Krishnamoorthy et al., 2020; Sun et al., 2021). Sin embargo, no aparecen diferencias en otros aspectos como la ansiedad, el estrés y el TEPT, como tampoco se encontraron diferencias en función si realizan o no terapia online. A la luz de estos resultados, sería relevante estudiar con más detalle los períodos de tiempo en los que no trabajaron (momentos más agudos de pandemia) y a qué se debió el no estar trabajando (problemas personales, laborales o socioeconómicos), siendo estos elementos también reguladores del malestar psicológico (Maunder et al., 2006; Santabárbara, Bueno Notivol et al., 2021). A su vez, el poder contar con una muestra mayor podría mostrar más claramente las diferencias si las hubiera.

Por el contrario, de manera coherente con lo mostrado en investigaciones previas (Aafjesvan et al., 2021; Chen et al., 2021; da Silva et al., 2020; Feingold et al., 2022; González-Sanguino et al., 2021; Santabárbara, Lasheras et al., 2021, Ventouris et al., 2020; Wu et al., 2019), se observa que, el contacto con pacientes que han tenido la COVID-19, con pacientes afectados o fallecidos por esta, o con dificultades socioeconómicas, ha afectado al malestar del terapeuta a través del trauma vicario, aumentando su niveles de impacto psicológico, pero a la vez también ha aumentado

su CPT. Esto revela como los psicólogos a pesar de ser especialistas en el manejo del malestar emocional, siguen siendo personas que también sufren y se ven afectadas, algo que se debe tener en cuenta en futuras aplicaciones clínicas. A su vez, también demuestra que la capacidad de acompañar a pacientes afectados gravemente por la pandemia ofrece la posibilidad de fortalecer las relaciones interpersonales llevándolas a un plano más cercano, así como el manejo profesional y la regulación emocional en el ámbito profesional, aspectos que favorecen el bienestar del psicólogo (Chen et al., 2021; Feingold et al., 2022; González-Sanguino et al., 2021; Pan Cui et al., 2021).

De igual forma, otras dificultades relacionadas con el trabajo, como son las relacionadas con la carga asistencial, el incremento de la dificultad, y el estrés, parecen haber provocado efectos directos en los profesionales de la psicología, aumentando también su malestar y su CPT, lo cual es concordante con lo observado en los efectos de las circunstancias laborales en el personal sanitario (Branson et al., 2020; Chemali et al., 2022; Spoorthy et al., 2020; Feingold et al., 2022).

Por otro lado, disponer de mayor experiencia profesional ha mostrado ser un factor protector ante el impacto psicológico. Estos resultados apoyan los encontrados en investigaciones previas (Aafjes-van et al., 2021; Pan Cui, et al., 2021; Ventouris et al., 2020), lo que refuerza la idea de que la experiencia profesional y la preparación de los profesionales de la psicología favorece la protección ante situaciones de crisis.

Sumado a lo anterior, y acorde con la literatura previa, encontramos que la resiliencia ha favorecido también la capacidad de los profesionales de la psicología para enfrentar situaciones difíciles durante la pandemia, y promueve el CPT (Barzilay et al., 2020, Chen y Bonanno, 2020; Luceño-Moreno et al., 2020; Rutter, 2013). Este crecimiento también lo favorece la estrategia de regulación emocional RE (Chen et al., 2021; Wang et al., 2021). Por el contrario, la SE aumenta

la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés (Zhu et al., 2021). La IP también favorece el aumento de esta sintomatología y del TEPT, aunque es importante destacar que también puede favorecer al CPT. Así como señalábamos, niveles superiores de IP pueden generar malestar emocional (Aafjes-van et al., 2021; Lloyd, et al., 2005) pero a su vez también facilita el crecimiento profesional y una mejor experiencia en su práctica, ya que cierta sensación de IP motiva al terapeuta a cuidar su desempeño profesional y la relación con sus pacientes, favoreciendo los resultados y su bienestar laboral (Murphy., 2020; Nissen-Lie, et al., 2015)

En conjunto, el impacto psicológico en los profesionales de la psicología se explica principalmente por el aumento de las dificultades laborales (contacto con personas afectadas por la COVID-19 y mayor carga de trabajo), la SE, la IP y la resiliencia. Esto demuestra que el impacto resultante en este grupo de profesionales varía en función de las circunstancias generadas por la pandemia (Batra et al., 2020; Bryant-Genevier et al., 2021; Chen et al., 2021; da Silva et al., 2020; Santabárbara, Lasheras et al., 2021) y de la forma en la que las afrontan (Aafjes-van et al., 2021; Luceño-Moreno et al., 2020; Zhu et al., 2021). Con respecto al CPT, vemos que también se puede explicar por las dificultades laborales, pero también por la RE, mostrando que, ante las mismas circunstancias, solo un uso adecuado de las estrategias de regulación emocional permite crecimiento tras un evento difícil (Pan Cui et al., 2021; Wang et al., 2021).

Limitaciones

A pesar de la relevancia de los hallazgos, y de la novedad que supone el estudio de la salud mental en los profesionales de la psicología, el presente estudio tiene una serie de limitaciones que debemos tener en cuenta. En primer lugar, es posible que la muestra no represente adecuadamente la distribución y los aspectos de la población general de psicólogos en España. Esto puede deberse a una baja participación, de la que destaca una proporción muy pequeña de respuestas en relación

con la cantidad de profesionales contactados. Se suma a esto la reducida capacidad de las instituciones de hacerse eco de dichos estudios, viéndose limitados por su propia normativa a difundirlos. Y también al método de contacto de “bola de nieve” a través de redes sociales, que reduce el control de la distribución por parte de los investigadores y limita el acceso a la investigación a población de mayor edad.

Teniendo en cuenta la existencia de factores aleatorios incontrolables, futuros estudios podrían considerar estas dificultades para obtener una mayor participación. Lograr contactar con personas con una alta capacidad de difusión con profesionales del mismo ámbito (profesores, personas activas en redes sociales, coordinadores de consultar y asociaciones) puede facilitar la obtención de la muestra sin que esta se alargue en exceso en el tiempo.

Siguiendo con la falta de representatividad de la muestra, es importante señalar que la mayor parte de los participantes trabajan exclusivamente en el ámbito privado (85%). Esto implica que los resultados no reflejan el impacto psicológico directo de la COVID-19 que ocurrió principalmente en zonas de riesgo como hospitales públicos (da Silva, et al., 2020).

El hecho de que la información se recabe dos años después del inicio de la pandemia, cuando la situación nacional de la pandemia ha mejorado y la población ha aumentado su adaptación, puede haber influido en los resultados, ya que este ha evolucionado en el tiempo. La falta de estudios realizados durante el inicio de la pandemia dificulta la posibilidad de comparar los resultados obtenidos. Investigaciones longitudinales lograrían detallar con mayor precisión el efecto y la evolución de la pandemia en los profesionales de la psicología.

Finalmente, la escasa investigación sobre el bienestar psicológico de los propios psicólogos, y menor aún sobre la influencia de la COVID-19 en este grupo profesional concreto, hacen difícil

la comparación de los resultados con estudios previos en esta misma población y la estimación de su validez. Por ello sería pertinente continuar la investigación sobre el personal de la psicología a fin de poder conocer mejor su situación.

Conclusión

El estudio realizado ofrece importantes resultados que pueden ser de utilidad, tanto para el cuidado de la salud mental de los profesionales de la psicología, como para la mejora de la capacidad de respuesta de los servicios de salud mental ante situaciones de crisis. Conociendo el gran impacto de la salud mental en la población a causa de la pandemia, serán necesarias en un futuro tomar medidas para la prevención y la actuación frente a posibles situaciones similares.

La mera existencia de un grupo profesional capaz de ofrecer servicios terapéuticos y de cuidado, aunque necesaria, no es suficiente, ya que si los profesionales no disponen de las condiciones adecuadas no podrán ofrecer servicios útiles a la población general. Tal y como se aprecia en los resultados de este estudio, la pandemia impacta en el bienestar psicológico de toda la población, incluyendo a los psicólogos, que se ven afectados tanto a nivel personal como a nivel profesional. Cuidar de estos profesionales es garantía de ofrecer a su vez un servicio óptimo y de calidad al resto de la población. La mejora de los servicios, el adecuado equipamiento de las instalaciones laborales, el apoyo institucional, el cuidado de la salud física y mental de los profesionales y su formación en el ámbito clínico y en el de crisis y emergencias, son aspectos clave que han demostrado ser importantes para el funcionamiento y el bienestar del grupo de los profesionales de la psicología.

Aún siendo esencial cuidar la salud mental de los psicólogos, tanto en beneficio de su bienestar como en el de la sociedad a la que contribuyen, la investigación en este campo delata dos

aspectos que se interponen a la hora de alcanzar dicho objetivo. Primero, se da por hecho el bienestar mental de los psicólogos, suponiendo que el ser experto en el abordaje de problemas de salud mental evita de algún modo su padecimiento. Y segundo, que no es un aspecto directamente observable como sí lo es la práctica clínica. Así, el malestar psicológico pasa desapercibido, pues ni está ni se le espera.

Es entonces muy importante tener en cuenta que la salud mental es un factor determinante en el desempeño profesional de la psicología, a fin de evitar que caiga en el olvido, quede descuidada y se transforme en un obstáculo a la hora de responder a otra crisis como la vivida con la pandemia de la COVID-19.

Bibliografía

- Aafjes-van Doorn, K., Békés, V., Prout, T. A. y Hoffman, L. (2020). Psychotherapists' vicarious traumatization during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), 148–S150. <https://doi.org/10.1037/tra0000868>.
- Aafjes-Van Doorn, K., Békés, V. y Prout, T. A. (2021). Grappling with our therapeutic relationship and professional self-doubt during COVID-19: will we use video therapy again? *Counselling Psychology Quarterly*, 34 (3-4), 473-484. DOI: <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1773404>.
- American Psychological Association. (2020). *Patients with Depression and Anxiety Surge as Psychologists Respond to the Coronavirus Pandemic*.
<https://www.apa.org/workforce/publications/depression-anxiety-coronavirus.pdf>
- Agnes, M. (Ed.). (2005). *Webster's new college dictionary*. Cleveland, OH: Wiley.
- Ashour, H. M, Elkhatib, W. F., Rahman, M. M. y Elshabrawy, H.A. (2020). Insights into the Recent 2019 Novel Coronavirus (SARS-CoV-2) in Light of Past Human Coronavirus Outbreaks. *Pathogens*, 9 (3), 186. DOI: 10.3390/pathogens9030186.
- Báguena, M., Villarroya, E., Beleña, M., Díaz Martínez, A., Roldán, C., y Reig, R. (2001). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala revisada de Impacto del Estresor (EIE-R). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(114), 581-604. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11162/25035>.
- Barzilay, R., Moore, T. M., Greenberg, D.M., DiDomenico, G.E., Brown, L.A., White, L.K., Gur, R.C, y Gur, R.E. (2020). Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Translational Psychiatry*, 10 (291), 1-8. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00982-4>.

- Batra, K., Singh, T.P., Sharma, M., Batra, R. y Schvaneveldt, N. (2020). Investigating the Psychological Impact of COVID-19 among Healthcare Workers: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 17(23), 9096. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17239096>.
- Becerra-García, J.A., Ballesta, G.G., Sánchez-Gutiérrez, T., Resa, S.B., Calvo, A.C. (2020). Psychopathological symptoms during Covid-19 quarantine in Spanish general population: a preliminary analysis based on sociodemographic and occupational-contextual factors. *Rev. Esp. Salud Publica*. 94, e202006059.
- Branson B. (2020). Cards from the community: Engagement of the local community to enhance patient and staff experience during the COVID-19 pandemic. *Patient Experience Journal*, 7(2), 156-159. doi: <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1467>.
- Bryant-Genevier, J., Rao, C.Y., Lopes-Cardozo, B., et al. (2021). Symptoms of Depression, Anxiety, Post-Traumatic Stress Disorder, and Suicidal Ideation Among State, Tribal, Local, and Territorial Public Health Workers During the COVID-19 Pandemic — United States, March–April 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 70 (26), 947–952. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7026e1>.
- Bueno Notivol, J., Gracia García, P., Olaya, B., Lasheras, I., López Antón, R., Santabárbara, J. (2021). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21 (1). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.007>.
- Cabello, R., Salguero, J.M., Fernández Berrocal, P., Gross, James, J. (2013). A Spanish Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29 (4), 234–240. DOI: <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000150>.

- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R.G., Taku, K., Vishnevsky, T., Triplett, K.N. y Danhauer, S. C. (2010). A short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Anxiety, Stress & Coping*, 23 (2), 127-137. DOI: <https://doi.org/10.1080/10615800903094273>.
- Chemali, S., Mari-Sáez, A., El Bcheraoui, C., y Weishaar, H. (2022). Health care workers' experiences during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Human resources for health*, 20(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00724-1>.
- Chen, S. y Bonanno, G.A. (2020). Psychological Adjustment During the Global Outbreak of COVID-19: A Resilience Perspective. *American Psychological Association*, 12 (1), 51- 54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000685>.
- Chen, R., Sun, C., Chen, J.J., Jen, H.J., Kang, X.L., Kao, C.C. y Chou, K.R. (2021). A Large-Scale Survey on Trauma, Burnout and Posttraumatic Growth among Nurses during the 50 COVID-19 Pandemic. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30 (1), 102-116. DOI: <https://doi.org/10.1111/inm.12796>.
- Chew, Q.H., Wei, K.C., Vasoo, S., Chua, H.C. y Sim, K. (2020). Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: practical considerations for the COVID-19 pandemic. *Singapore Medical Journal*, 61 (7), 350-356. DOI: <https://doi.org/10.11622/smedj.2020046>.
- Clay, R. A. (13 de julio, 2020). How the world's psychologists are tackling COVID-19. *American Psychological Association*. <https://www.apa.org/topics/covid-19/world-psychologists>.
- Consejo General de la Psicología de España (8 de octubre, 2021). *Una oportunidad para priorizar la salud mental en España*, comunicado del COP con motivo del Día Mundial de la Salud Mental [Comunicado]. https://www.infocop.es/view_article.asp?id=18473&cat=9.

Da Silva, F.C.T. y Neto, M.L.R. (2021). Psychiatric symptomatology associated with depression, anxiety, distress, and insomnia in health professionals working in patients affected by COVID-19: A systematic review with meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 104. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110057>.

Feingold, J. H., Hurtado, A., Feder, A., Peccoralo, L., Southwick, S. M., Ripp, J., y Pietrzak, R. H. (2022). Posttraumatic growth among health care workers on the frontlines of the COVID-19 pandemic. *Journal of affective disorders*, 296, 35–40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.032>.

Fornier-Puntonet, M., Fidel-Kinori, S. G., Beneria, A., Delgado-Arroyo, M., Perea-Ortueta, M., Closa-Castells, M. H., ..., Ramos-Quiroga, J. A. (2021). La Atención a las Necesidades en Salud Mental de los Profesionales Sanitarios durante la COVID-19. *Clínica y Salud*, 32(3), 119 - 128. DOI: <https://doi.org/10.5093/clysa2021a13>.

Garrido Hernansaiz, H., Rodríguez Rey, R., Collazo Castiñeira, P. y Collado, S. (2021). The posttraumatic Growth Inventory Short-Form: A Psychometric Study on the Spanish Population during the COVID-19 Pandemic [Manuscrito no publicado]. Universidad Pontificia Comillas.

González Sanguino, C., Ausín, C. B., Castellanos, M. A., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C. y Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behaviour, and Immunity*, 87, 172-176. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110219.411383>.

González Sanguino, C., Ausín, C. B., Castellanos, M. A., Saiz, J. y Muñoz, M. (2021). 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 Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 107. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110219.411383>.

Gross, J.J. y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85 (2), 348–362. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>.

Gross, J.J. y Muñoz, R.F. (1995). Emotion Regulation and Mental Health. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 2(2), 151-164. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>.

Haro, J.M., Palacin, C., Vilagut, G., Martínez, M. Bernal, M., Luque, I., Codony, M. Dolz, M., Alonso, J. y Grupo, E. Esem. (2006). Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Medicina Clínica*, 126 (445-451). DOI: <https://doi.org/10.1157/13086324>.

Jackson, D., Firtko, A. y Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *J Adv Nurs*. 60 (1), 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x>.

Jesser, A., Muckenhuber, J. y Lunglmayr, B. (2022). Psychodynamic Therapist's Subjective Experiences with Remote Psychotherapy During the COVID-19-Pandemic-A Qualitative Study With Therapists Practicing Guided Affective Imagery, Hypnosis and Autogenous Relaxation. *Front Psychol*, 12. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.777102>.

Karekla, M., Höfer, S., Plantade-Gipch, A., Dias Neto, D., Schjødt, B., David, D., Schütz, C., Eleftheriou, A., Klastová Pappová, P., Lowet, K., McCracken, L., Sargautytė, R., Scharnhorst, J. y Hart, J. (2021). The Role of Psychologists in Healthcare During the COVID-19 Pandemic.

European Journal of Psychology Open, 80(1-2), 5-17. DOI: <https://doi.org/10.1024/2673-8627/a000003>.

Krishnamoorthy, Y., Nagarajan, R., Saya, G. K. y Menon, V. (2020). Prevalence of Psychological Morbidities Among General Population, Healthcare Workers and COVID-19 patients Amidst the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatry Research*, 293. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113382>.

Le, T. A., Le, M. Q. T., Dang, A. D., Dang, A. K., Nguyen, C. T., Pham, H. Q., *et al.* (2019). Multi-level predictors of psychological problems among methadone maintenance treatment patients in difference types of settings in Vietnam. *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy*, 14 (39), DOI: <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0223-4>.

Lee, Y., Lui, L.M.W., Chen-Li, D., Liao, Y., Mansur, R.B., Brietzke, E., *et al.* (2021). Government response moderates the mental health impact of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of depression outcomes across countries. *Journal of Affect Disorders*, 290, 364-377. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113382>.

Lloyd, C., McKenna, K., y King, R. (2005). Sources of stress experienced by occupational therapists and social workers in mental health settings. *Occupational therapy international*, 12(2), 81–94. <https://doi.org/10.1002/oti.17>.

Lovibond, P. F. y Lovibond, S. H. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sidney, OH: Psychology Foundation of Australia.

Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuérne, Y. y Martín-García, J. (2020). Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish

Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 17(15), 5514. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17155514>.

Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W. y Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 291. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>.

Maunder, R.G., Lancee, W.J., Balderson, K.E., Bennett, J.P., Borgundvaag, B., Evans, S., Fernandes, C.M., Goldbloom, D.S., Gupta, M., Hunter, J.J., McGillis Hall, L., Nagle, L. M., Pain, C., Peczeniuk, S.S., Raymond, G., Read, N., Rourke, S. B., Steinberg, R.J., Stewart, T.E., ... y Wasylenki, D.A. (2006). Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerging infectious diseases*, 12(12), 1924–1932. DOI: <https://doi.org/10.3201/eid1212.060584>.

Messina, I. y Loffler Stastka, H. (2021). Psychotherapists' perception of their clinical skills and in-session feelings in live therapy versus online therapy during the COVID-19 pandemic: a pilot study. *Res Psychother*, 24(1), 514. DOI: <https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.514>.

Minghelli, B., Soares, A., Guerreiro, A., Ribeiro, A., Cabrita, C., Vitoria, C. *et al.* (2020) Physiotherapy services in the face of a pandemic. *Rev Assoc Med Bras (1992)*, 66 (4), 491-497. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.4.491>.

Murphy, D. (2020). The impact of Covid-19 on the wellbeing of psychologists. British Psychological Society, BRE40g. Disponible en: <https://www.bps.org.uk/>.

Nissen Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C. y Monsen, J. T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist?: Relationship of

therapist professional and personal functioning to therapeutic outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24 (1), 48–60. DOI: <https://doi.org/10.1002/cpp.1977>.

OMS (2022). Overview WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Disponible en:

<https://covid19.who.int/>.

Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., y Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. En M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307–389). New York: Wiley.

Pan Cui, P., Pan Wang, P., Wang, K., Ping, Z., Wang, P., y Chen, C. (2021). Post-traumatic growth and influencing factors among frontline nurses fighting against COVID19. *Occupational and environmental medicine*. *Occup Environ Med*, 78, 129-135. DOI: <https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106540>.

Pappa, S., Barnett, J., Berges, I., y Sakkas, N. (2021). Tired, Worried and Burned Out, but Still Resilient: A Cross-Sectional Study of Mental Health Workers in the UK during the COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 18(9), 4457. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18094457>.

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E. y Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901-907. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>.

Rapisarda, F., Vallarino, M., Cavallini, E., Barbato, A., Brousseau-Paradis, C., De Benedictis, L., y Lesage, A. (2020). The Early Impact of the Covid-19 Emergency on Mental Health Workers: A

Survey in Lombardy, Italy. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 8615. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17228615>.

Rodríguez Rey, R., Alonso Tapia, J. y Hernansaiz Garrido, H. (2016). Reliability and Validity of the Brief Resilience Scale (BRS) Spanish Version. *Psychological Assessment*, 28 (5), E101-E110. DOI: <https://doi.org/10.1037/pas0000191>.

Rodríguez Rey, R. y Alonso Tapia, J. (2017). Relation between parental psychopathology and posttraumatic growth after a child's admission to intensive care: Two faces of the same coin? *Intensive and Critical Care Nursing*, 43, 156-161. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.08.005>.

Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H. y Bueno-Guerra, N. (2020). Working in the Times of COVID-19. Psychological Impact of the Pandemic in Frontline Workers in Spain. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 8149. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17218149>.

Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H. y 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. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01540>.

Rossi, S., Carbone, R., Pedrelli, E., Artioli, G., Sozzi, A. y Sarli, L. (2021). The experience of the emergency psychologist during the Covid-19 pandemic. *Acta Biomed*, 92 (S2), e2021508. DOI: 10.23750/abm.v92iS2.12326.

Rutter M. (2013). Annual Research Review: Resilience--clinical implications. *J Child Psychol Psychiatry*, 54(4), 474-87. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x.

Salari, N., Hosseinian Far, A., Jalali, R. *et al.* (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*, 16 (57). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>.

Salas Nicás, S., Llorens Serrano, C., Navarro, A. y Moncada, S. (2020). *Condiciones de trabajo, inseguridad y salud en el contexto del COVID-19: estudio de la población asalariada de la encuesta COTS*. Barcelona: UAB, ISTAS-CCOO.

Santabárbara, J., Bueno Notivol, J., Lipnicki, D.M., Olaya, B., Pérez Moreno, M., Gracia García, P., Idoiaga Mondragon, N. y Ozamiz Etxebarria, N. (2021). Prevalence of anxiety in health care professionals during the COVID-19 pandemic: A rapid systematic review (on published articles in Medline) with meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 107. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110244>.

Santabárbara, J., Lasheras, I., Lipnicki, D.M., Bueno Notivol, J., Pérez Moreno, M., López Antón, R., De la Cámara, C., Lobo, A., Gracia García, P. (2021). Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 109. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110207>.

Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. y Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15 (3), 194-200. DOI: <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>.

Spoorthy, M. S., Pratapa, S. K., y Mahant, S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic-A review. *Asian journal of psychiatry*, 51. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102119>.

- Sun, L., Sun, Z., Wu, L., Zhu, Z., Zhang, F., Shang, Z., *et al.* (2020). Prevalence and risk factors of acute posttraumatic stress symptoms during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China. medRxiv [Preprint] DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.03.06.20032425>.
- Sun, P., Wang, M., Song, T., Wu, Y., Luo, J., Chen, L. y Yan, L. (2021). The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic on Health Care Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol*, 12 (626547). DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.626547>.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (3), 455-472. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>.
- Tedeschi, R. G., Shakespeare Finch, J., Taku, K. y Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic Growth*. Routledge. Routledge, Taylor & Francis Group. DOI: <https://doi.org/10.4324/978131552745>.
- Tyra, A.T., Ginty, A.T. y John-Henderson, N.A. (2021). Emotion Regulation Strategies Predict PTSS During the COVID-19 Pandemic in an American Indian Population. *Int J Behav Med*, 28(6), 808-812. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12529-021-09964-2>.
- United Nations (2020). Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health [Policy Brief]. Disponible en: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf>
- Valiente, C., Contreras, A., Peinado, V., Trucharte, A., Martínez, A. y Vázquez, C. (2021). Psychological Adjustment in Spain during the COVID-19 Pandemic: Positive and Negative Mental Health Outcomes in the General Population. *The Spanish Journal of Psychology*, 24, E8. DOI: <https://doi.org/10.1017/SJP.2021.7>.

- Vanhaecht, K., Seys, D., Bruyneel, L., Cox, B., Kaesemans, G., Cloet, M., Van Den Broeck, K., Cools, O., De Witte, A., Lowet, K., Hellings, J., Bilsen, J., Lemmens, G., Claes, S. (2021). COVID-19 is having a destructive impact on health-care workers' mental well-being. *Int J Qual Health Care*, 33 (1), mzaa158. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa158>.
- Ventouris, A., Comoretto, A., Panourgia, C., Wezyk, A., Yankouskaya, A. y Taylor, Z. (2020). COVID-19: Vicarious traumatisation and resilience in Mental Health Psychology Practitioners. *New Vistas* 6(2). DOI: <https://doi.org/10.36828/newvistas.121>.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., Choo, F. N., Tran, B., Ho, R., Sharma, V. K., y Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 40-48. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>.
- Wang, K., Goldenberg, A., Dorison, C. A., Miller, J. K., Uusberg, A., Lerner, J. S., Gross, J. J., Agesin, B. B., Bernardo, M., Campos, O., Eudave, L., Grzech, K., Ozery, D. H., Jackson, E. A., Garcia, E., Drexler, S. M., Jurković, A. P., Rana, K., Wilson, J. P., Antoniadis, M., et al. (2021). A multi-country test of brief reappraisal interventions on emotions during the COVID-19 pandemic. *Nature human behaviour*, 5(8), 1089–1110. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01173-x>.
- Wang, Q.Q., Fang, Y.Y., Huang, H.L., Lv, W.J., Wang, X.X., Yang, T.T., Yuan, J.M., Gao, Y., Qian, R.L. y Zhang, Y.H. (2021). Anxiety, depression and cognitive emotion regulation strategies in Chinese nurses during the COVID-19 outbreak. *J Nurs Manag*, 29(5), 1263-1274. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.13265>.
- Wang, Y., Kala, M.P., Jafar, T.H. (2020). Factors associated with psychological distress during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population: A

systematic review and meta-analysis. *PLoS*, 15 (12), e0244630. DOI:
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244630>.

Weiss, D. S. (2007). The Impact of Event Scale: Revised. En J. P. Wilson y C. S. Tang (Eds.), *Cross-Cultural Assessment of Psychological Trauma and PTSD* (pp. 219-238). Springer Science + Business Media. DOI: https://doi.org/10.1007/978-0-387-70990-1_10.

Weiss, D. S. y Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale—Revised. En J. Wilson (Ed.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). Guilford.

Westphal, M. y Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic Growth and Resilience to Trauma: Different Sides of the Same Coin or Different Coins? *Applied Psychology*, 56 (3), 417- 427. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00298.x>.

Wu, X., Kaminga, A. C., Dai, W., Deng, J., Wang, Z., Pan, X., y Liu, A. (2019). The prevalence of moderate-to-high posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 243, 408-415. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.023>.

Zhu, Y., Wang, H., y Wang, A. (2021). An evaluation of mental health and emotion regulation experienced by undergraduate nursing students in China during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *International journal of mental health nursing*, 30(5), 1160–1169. DOI: <https://doi.org/10.1111/inm.12867>.

Anexo I



Madrid, 20 de marzo de 2020

Para: Excmo. Sr. D. Vicerrector de Investigación, Desarrollo e Innovación.

Dictamen nº27 del año 2020 del Comité de Ética de la U. P. Comillas.

Asunto: Juicio del Comité de Ética acerca del proyecto de investigación TRABAJAR EN TIEMPOS DE COVID-19: IMPACTO PSICOLÓGICO EN DIFERENTES PROFESIONES DURANTE LA PANDEMIA presentado el 19 de marzo de 2020 por la Dra. D^a Nereida Bueno-Guerra y D^a Rocío Rodríguez Rey, profesoras del Departamento de Psicología de la Facultad Ciencias Humanas y Sociales de Universidad Pontificia Comillas.

Siguiendo el procedimiento extraordinario por motivo de la pandemia del coronavirus y con la autorización del vicerrector de investigación D. Mariano Ventosa, el Comité de Ética analizó el proyecto presentado por D^a Nereida Bueno-Guerra y emitió el siguiente dictamen:

El proyecto presenta adecuadamente la relevancia de la investigación, sus objetivos, sus riesgos y beneficios, su metodología, los criterios de inclusión y exclusión, el procedimiento de recogida de datos, el consentimiento informado y su compromiso de confidencialidad y secreto junto con el cumplimiento de la legislación de protección de datos y los principios de la Declaración de Helsinki.

El proyecto, por lo tanto, cumple con los requisitos de una investigación de estas características y cuenta con la aprobación, vía extraordinaria por la situación de Estado de Alarma decretado por el Gobierno, del Comité de Ética de la Universidad, por medio de documento mandado por correo electrónico.

Atentamente,

Javier de la Torre. Presidente del Comité de Ética

Francisco Javier de la Torre Díaz

Anexo II

Cuestionario Impacto psicológico de la COVID-19 en psicólogos

Consentimiento informado:

Nos gustaría invitarte a participar en esta investigación desarrollada por un equipo de investigadores/as de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid, la Universidad de Zaragoza y el Centro Universitario Cardenal Cisneros. El estudio tiene el objetivo de evaluar el impacto psicológico de la crisis de la COVID-19 en los psicólogos sanitarios y clínicos profesionales de la psicología clínica o sanitaria.

La participación consiste en rellenar vía online una serie de cuestionarios, lo que te llevará alrededor de 10 minutos. Puedes abandonar el estudio en cualquier momento que lo desees y no hay ningún tipo de consecuencia derivada de ello. Es muy importante contar con tu experiencia, por lo que te animamos a que cumplimentes el cuestionario en su totalidad.

Todo el proceso de la investigación se realizará garantizando el anonimato de los participantes, y la voluntariedad de la participación. Los datos serán tratados de acuerdo con el Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos.

Para participar, es requisito residir en España, tener al menos 18 años y trabajar actualmente como psicólogo/a clínico/a y/o sanitario/a en contacto (ya sea presencial u online) con pacientes.

Si necesitas cualquier tipo de aclaración, puedes contactar con la investigadora principal de este estudio: Rocío Rodríguez Rey: rocio.r.rey@comillas.edu.

Marcar “Siguiendo” implica que declaras lo siguiente: Que he leído y entendido toda la información en relación con la participación en el citado proyecto, que he tenido la oportunidad de preguntar sobre dicha información, que se me ha asegurado que los datos son completamente anónimos y que se mantendrá la confidencialidad, que el consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y soy consciente de que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento de este sin tener que dar explicación alguna y que soy mayor de 18 años y resido en España.

Datos demográficos:

1. Género (Hombre/ Mujer/Género no binario/ Otro:).
2. Edad.
3. ¿Cuál de las siguientes situaciones describe mejor tu situación actual?
 - Soltero/a
 - Casado/a o conviviendo con mi pareja
 - Separado/a o divorciado/a
 - Viudo/a
4. ¿Tienes hijos? (Si/No)
5. Si tienes hijos. ¿Cuántos?

Datos laborales:

1. ¿Trabajaste como psicólogo/a durante la primera ola de la crisis de la COVID-19? (marzo-mayo de 2020)

- a. Sí
- b. No
2. Si no trabajaste ¿Puedes indicar el motivo por el que no estabas trabajando?
 - a. Me encontraba de baja
 - b. Aún no había comenzado a trabajar (era estudiante)
 - c. Me encontraba en paro
 - d. El centro en que trabajaba cerró por la pandemia
 - e. Otro motivo ¿Cuál?:
3. ¿En qué sector desempeñas actualmente tu trabajo?
 - a. Sector público
 - b. Sector privado
 - c. Ambos
4. ¿Cuántos años de experiencia tienes como psicólogo/a clínico/a o sanitario/a?
5. ¿Cuántas horas a la semana trabajas directamente con pacientes?
 - Menos de 5
 - Entre 5 y 10
 - Entre 10 y 15
 - Entre 15 y 20
 - Entre 20 y 25
 - Entre 25 y 30
 - Entre 30 y 35
 - Más de 35
6. ¿Realizas terapia online con tus pacientes en la actualidad? (Si/No)
7. SOLO SI MARCÓ SI ¿Cuántas de estas horas trabajas con tus pacientes de manera on-line?
 - Menos de 5
 - Entre 5 y 10
 - Entre 10 y 15
 - Entre 15 y 20
 - Entre 20 y 25
 - Entre 25 y 30
 - Entre 30 y 35
 - Más de 35
8. ¿Desde hace cuánto tiempo realizas terapia online?
 - a. Empecé durante la pandemia de COVID-19 o después
 - b. Ya lo hacía antes de la pandemia de COVID-19
9. ¿Con qué colectivos trabajas? (marca todos los que apliquen a tu caso):
 - Adultos
 - niños
 - adolescentes
 - adultos mayores de 65 años

Contacto con COVID-19 en el entorno laboral:

Responde a las siguientes preguntas de acuerdo con esta escala:

1 No he tenido contacto, o he tenido algún contacto aislado	2 He tenido contacto una vez al mes o menos	3 He tenido contacto una vez a la semana o menos	4 He tenido contacto más de una vez a la semana	5 He tenido contacto diariamente
--	--	---	--	-------------------------------------

1. ¿Cuánto contacto has tenido con personas que han experimentado dificultades sociales o económicas a consecuencia de la COVID-19?
2. ¿Cuánto contacto (virtual o presencial) has tenido con pacientes que han pasado la COVID-19?
3. ¿Cuánto contacto (virtual o presencial) has tenido con pacientes que han tenido allegados graves o muy graves por la COVID-19?
4. ¿Cuánto contacto (virtual o presencial) has tenido con pacientes con allegados que han fallecido de COVID-19?

¿Has pasado la COVID-19?

Sí, asintomático	Sí, con síntomas leves	Sí, con síntomas importantes, aunque sin hospitalización	Sí, y estuve hospitalizado	No	Creo que sí, aunque no lo confirmado con una prueba diagnóstica
------------------	------------------------	--	----------------------------	----	---

Vivencia de la pandemia en el entorno laboral:

1. ¿En qué grado consideras que tu trabajo ha sido más difícil de lo habitual durante la pandemia? (1, ha sido igual que antes o más fácil, 5 ha sido mucho más difícil)
2. ¿En qué grado tu trabajo durante la pandemia te ha resultado más estresante de lo habitual? (1, ha sido igual de estresante que antes, 5 me ha resultado mucho más estresante)
3. ¿Se ha visto modificada tu carga de trabajo por la pandemia? (1, no, trabajo lo mismo o menos que antes, 5 sí, ahora tengo mucho más trabajo que antes)
4. ¿Has tenido que modificar en algún caso las tarifas para poder continuar atendiendo a alguno de tus pacientes? (Sí/No)
5. ¿Has realizado algún tipo de voluntariado en el que hayas prestado tus servicios de forma gratuita a lo largo de la pandemia? (Sí/No)
6. ¿Has recibido atención psicológica en algún momento desde el comienzo de la pandemia?
 - No
 - Sí, ya estaba en tratamiento antes de la crisis
 - Sí, he recibido atención psicológica después de haber iniciado la crisis del coronavirus

¿El motivo por el que empezaste a ir al psicólogo tiene que ver con la crisis del coronavirus o sus efectos? (Sí/No)

Impacto psicológico:

Impact of Event Scale-Revised (IES-R).

Debajo encontrará una lista de síntomas que algunas personas experimentan a veces después de sucesos estresantes. Por favor, lea cada uno e indique cuánto le ha afectado cada uno de ellos en los últimos 7 días ¿Cuánto malestar ha experimentado por estas dificultades?

0 = Nada o casi nada	1 = Un poco	2 = Moderadamente	3 = Bastante	4 = Mucho
----------------------	-------------	-------------------	--------------	-----------

1. Cualquier cosa me ha evocado sentimientos sobre la crisis del coronavirus.
2. He tenido problemas para mantener el sueño.
3. Otras situaciones me han hecho pensar continuamente en la crisis del coronavirus.
4. Me he sentido irritable y enfadado.
5. He intentado no alterarme cuando he pensado en la crisis del coronavirus o algo me lo ha recordado.
6. He pensado en la crisis del coronavirus cuando no quería hacerlo.
7. He sentido como si no estuviera ocurriendo o la situación no fuese real.
8. He intentado mantenerme lejos de cualquier cosa que me recuerde la crisis del coronavirus.
9. Me han venido a la mente imágenes sobre la crisis del coronavirus.
10. He estado nervioso/a y me sobresalto y asusto fácilmente.
11. He intentado no pensar en la crisis del coronavirus.
12. He sido consciente de que tengo muchas emociones sobre lo que está pasando, pero aún no me he enfrentado a ellas.
13. Mis sentimientos sobre lo que está pasando han estado como adormecidos o bloqueados.
14. He sentido que actuaba o me sentía de forma extraña.
15. He tenido problemas para conciliar el sueño.
16. Me han invadido oleadas de fuertes sentimientos sobre lo que está sucediendo.
17. He intentado apartarlo de mi mente.
18. He tenido problemas de concentración.
19. Pensar en lo que está pasando me ha provocado reacciones físicas como sudores, problemas de respiración, náuseas o fuertes latidos de corazón.
20. He tenido sueños relacionados con la crisis del coronavirus.
21. Me he sentido vigilante o en guardia.
22. He intentado no hablar de la situación del coronavirus.

DASS - 21 (Lovibond y Lovibond)

Por favor, lea cada una de las siguientes frases y rodee con un círculo el número 0, 1, 2 ó 3 que mejor indique en qué medida cada frase ha sido aplicable a usted durante los últimos 7 días. No hay respuestas correctas ni incorrectas. No emplee mucho tiempo en cada frase.

La escala de valoración es como sigue:

0 = Nada aplicable a mí

1 = Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo

2 = Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo

3 = Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

1. Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2. He notado la boca seca	0	1	2	3
3. No he podido sentir ninguna emoción positiva	0	1	2	3
4. He tenido dificultades para respirar (p.ej., respiración excesivamente rápida, falta de aliento sin haber hecho esfuerzo físico)	0	1	2	3
5. Me ha resultado difícil tener iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6. He tendido a reaccionar exageradamente ante las situaciones	0	1	2	3
7. He tenido temblores (p.ej., en las manos)	0	1	2	3
8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9. He estado preocupado/a por situaciones en las que pudiera ser presa del pánico y hacer el ridículo	0	1	2	3
10. He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11. Me he sentido agitado/a	0	1	2	3
12. Me ha resultado difícil relajarme	0	1	2	3
13. Me he sentido desanimado/a y triste	0	1	2	3
14. No he tolerado nada que me impidiera seguir con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15. He sentido que estaba al borde del pánico	0	1	2	3
16. He sido incapaz de entusiasarme por nada	0	1	2	3
17. He sentido que no valía mucho como persona	0	1	2	3
18. He tendido a sentirme enfadado/a con facilidad	0	1	2	3
19. He notado mi corazón sin hacer esfuerzo físico (p.ej., aumento del ritmo cardíaco, ausencia de algún latido)	0	1	2	3
20. Me he sentido asustado/a sin una razón de peso	0	1	2	3
21. He sentido que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

Posttraumatic Growth Inventory – Short Form (PTGI-SF)

A veces las crisis personales, como la pandemia de COVID-19, suponen cambios importantes en la propia vida. Por favor, indique para cada una de las cuestiones señaladas más abajo si el cambio descrito se ha producido en su vida. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Para responder a cada cuestión debe utilizar la siguiente escala

0	No experimenté este cambio como resultado de la pandemia de COVID-19
1	Experimenté este cambio en una medida muy pequeña como resultado de la pandemia de COVID-19
2	Experimenté este cambio en una medida pequeña como resultado de la pandemia de COVID-19
3	Experimenté este cambio en un grado medio como resultado de la pandemia de COVID-19
4	Experimenté este cambio en una gran medida como resultado de la pandemia de COVID-19
5	Experimenté este cambio en medida muy grande como resultado de la pandemia de COVID-19

	Sin cambio	Muy Pequeño	Pequeño	Medio	Grande	Muy grande
1. He cambiado mis prioridades sobre lo que es importante en la vida.	0	1	2	3	4	5
2. Aprecio más el valor de mi propia vida	0	1	2	3	4	5
3. Creo que puedo hacer cosas mejores con mi vida	0	1	2	3	4	5
4. Tengo una mejor comprensión de algunas cuestiones espirituales	0	1	2	3	4	5
5. Tengo una mayor sensación de cercanía hacia los demás	0	1	2	3	4	5
6. He establecido un nuevo rumbo en mi vida	0	1	2	3	4	5
7. Ahora sé mejor que puedo enfrentarme a los problemas	0	1	2	3	4	5
8. Tengo una fe religiosa más fuerte	0	1	2	3	4	5
9. Descubrí que era más fuerte de lo que en realidad pensaba	0	1	2	3	4	5
10. Aprendí mucho sobre lo extraordinaria que llega a ser la gente	0	1	2	3	4	5
11. Veo con más claridad el sentido de la vida	0	1	2	3	4	5

VARIABLES PSICOLÓGICAS:

Brief Resilience Scale (BRS)

Queremos conocer cuánto le cuesta, en general, recuperarse de las dificultades que le ocurren en su vida. Por favor, responda a las siguientes preguntas.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Indiferente	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

1. Tiendo a recuperarme rápidamente después de haberlo pasado mal
2. Lo paso mal cuando tengo que enfrentarme a situaciones estresantes
3. No tardo mucho en recuperarme después de una situación estresante
4. Es difícil para mí recuperarme cuando me ocurre algo malo
5. Aunque pase por situaciones difíciles, normalmente no lo paso demasiado mal
6. Suelo tardar mucho tiempo en recuperarme de los contratiempos que me ocurren en mi vida

Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)

A continuación, nos gustaría que contestase a unas preguntas sobre su vida emocional, en concreto, sobre cómo controla sus emociones. Estamos interesados en dos aspectos. El primero es su experiencia emocional o lo que siente internamente. El segundo es su expresión emocional o cómo muestra sus emociones a través de las palabras, los gestos y los comportamientos. Aunque algunas de las cuestiones pueden parecer similares a otras, éstas difieren de forma importante. Por favor, utiliza la siguiente escala de respuesta para cada ítem.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Cuando quiero incrementar mis emociones positivas (p.ej. alegría, diversión), cambio el tema sobre el que estoy pensando.
2. Guardo mis emociones para mí mismo/a.
3. Cuando quiero reducir mis emociones negativas (p.ej. tristeza, enfado), cambio el tema sobre el que estoy pensando.
4. Cuando estoy sintiendo emociones positivas, tengo cuidado de no expresarlas.
5. Cuando me enfrento a una situación estresante, intento pensar en ella de un modo que me ayude a mantener la calma.
6. Controlo mis emociones no expresándolas.
7. Cuando quiero incrementar mis emociones positivas, cambio mi manera de pensar sobre la situación.

8. Controlo mis emociones cambiando mi forma de pensar sobre la situación en la que me encuentro.
9. Cuando estoy sintiendo emociones negativas, me aseguro de no expresarlas.
10. Cuando quiero reducir mis emociones negativas, cambio mi manera de pensar sobre la situación.

Professional Self Doubt Scale (PSD)

En relación con tu trabajo, ¿con qué frecuencia te sientes así? Utilice la siguiente escala de respuestas para cada ítem.

0	1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo

1. Falta de confianza en que puedas tener un efecto beneficioso en el paciente.
2. Inseguro/a sobre cuál es la forma más eficiente para lidiar con un paciente.
3. Angustiado/a por ser incapaz de influir en una trágica situación de vida del paciente.
4. Preocupado/a porque las circunstancias de tu vida privada interfieran en tu trabajo.
5. En peligro de perder el control de la situación terapéutica con un paciente.
6. Con miedo a estar causando más daño que bien tratando a un paciente.
7. Desmoralizado/a por ser incapaz de encontrar formas de ayudar a un paciente.
8. Incapaz de generar la suficiente activación.
9. Incapaz de comprender la esencia de los problemas del paciente.