

Consecuencias psicológicas por Covid-19 en Atención Primaria: evaluar la efectividad de una Intervención Psicoeducativa

Psychological consequences of Covid-19 in Primary Care: evaluate the effectiveness of a Psychoeducational Intervention

Dolores María Plaza Quesada^{AB}, Patricia Torrero Gómez^B, María del Mar Benítez Hernández^C, Cristóbal Gómez Rodríguez^B y María Valdés Díaz^C

^A Enfermera asistencial. Centro de salud San Luis, Distrito Sevilla. Enfermera especialista en Salud Mental.

^B Graduada/o en Psicología. Universidad de Sevilla.

^C Doctora en Psicología. Facultad de Psicología de Sevilla.

RESUMEN

La pandemia por COVID-19 ha supuesto un escenario de malestar generalizado que ha llevado a vivenciar situaciones estresantes afectando la salud mental de la población general.

El objetivo del proyecto es evaluar la efectividad de una intervención psicológica mediante un Programa Psicoeducativo de terapia cognitivo-conductual y psicoeducación, en pacientes de un centro de salud de Sevilla que acuden a consulta médica/enfermera y presentan diagnósticos de ansiedad alta, depresión media-severa, alto nivel de estrés percibido y bajo afrontamiento. Igualmente, se pretende abordar las alteraciones o exacerbaciones de los diagnósticos mencionados por otras circunstancias de la vida diaria.

La hipótesis principal plantea que, los participantes experimentarán mejoría en la sintomatología de los diagnósticos enumerados. Para ello, se ha contado con un total de 34 participantes, 24 mujeres (70.6%) y 10 hombres (29.4%), los cuales han cumplimentado cinco cuestionarios: Cuestionario Genérico ad hoc sobre variables relacionadas con la COVID-19, Escala Autoaplicada de Depresión (corte 52-67), Escala de Estrés Percibido (> nivel), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (61>70) y Cuestionario Brief-Cope (< presencia).

Los resultados obtenidos reflejan que, tras la intervención, ha disminuido la sintomatología de las cuatro variables estudiadas en la muestra. La participación femenina es significativamente superior respecto a la masculina, lo cual no permite realizar una comparativa en función del sexo al no disponer de una proporción muestral semejante.

Se concluye que, la intervención psicoeducativa ha mostrado su efectividad, disminuyendo la ansiedad, depresión, estrés percibido y aumentando los recursos de afrontamiento entre quienes han participado en el estudio.

PALABRAS CLAVE

COVID-19, ansiedad, depresión, estrés percibido, estrategias de afrontamiento, intervención psicoeducativa

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has created a scenario of generalised unrest that has led to stressful situations affecting the mental health of the general population.

The aim of the project is to evaluate the effectiveness of a psychological intervention through a psychoeducational programme of cognitive-behavioural therapy and psychoeducation in patients from a health centre in Seville who attend a doctor/nurse's surgery and present diagnoses of high anxiety, medium-severe depression, high perceived stress level and low affliction of the general population. It also aims to address the alterations or exacerbations of the aforementioned diagnoses due to other circumstances of daily life.

The main hypothesis is that participants will experience improvement in the symptomatology of the listed diagnoses. A total of 34 participants, 24 women (70.6%) and 10 men (29.4%), completed five questionnaires: Ad hoc Generic Questionnaire on variables related to COVID-19, Self-Applied Depression Scale (cut-off 52-67), Perceived Stress Scale (> level), State-Trait Anxiety Questionnaire (61>70) and Brief-Cope Questionnaire (< presence).

The results obtained show that, after the intervention, the symptomatology of the four variables studied in the sample has decreased. The participation of women is significantly higher than that of men, which does not allow us to make a comparison according to gender, as we do not have a similar sample proportion.

It is concluded that the psychoeducational intervention has shown its effectiveness, reducing anxiety, depression, perceived stress and increasing coping resources among those who participated in the study.

KEYWORDS

COVID-19, anxiety, depression, perceived stress, coping strategies, psychoeducational intervention

INTRODUCCIÓN

La COVID-19 (SARS-CoV2) es una enfermedad infecciosa que ha ocasionado un gran impacto físico-mental en la población mundial, incrementándose de forma exponencial, el número de casos de personas que sufren trastornos psicopatológicos y alteraciones de índole emocional^{1,2}.

Múltiples investigaciones sobre este impacto en salud mental por COVID-19 han puesto de manifiesto el empeoramiento de la salud mental de la población como consecuencia de la situación extraordinaria de la pandemia, aunque varios estudios han demostrado que estos síntomas pueden ser agravados o mejorados, por las medidas y estrategias acordadas por la gestión de los gobiernos afectados, para disminuir la expansión del virus. Dichas medidas demuestran un beneficio en la salud tanto física como psicológica de la población de ese gobierno³. Igualmente se ha demostrado la extrema falta que existe en proporcionar asistencia psicológica suficiente y adecuada en las personas⁴.

Los factores de riesgo que han precipitado este crecimiento exponencial han sido, entre otros, el aislamiento, la ausencia de contacto social o el aumento de la duración de la cuarentena^{5,6}. Asimismo, la información proporcionada por los medios de comunicación ha provocado altos grados de malestar en quienes eran consumidores frecuentes, provocando alteraciones mentales y psicósomática^{7,8}.

La población con movilidad restringida, y déficit de contacto con terceros han sido proclives a manifestar trastornos psicopatológicos como insomnio, trastorno de estrés postraumático, ansiedad o depresión². A su vez, quienes de forma previa a la COVID-19 tenían un estado de ánimo bajo y/o cualquier otro problema de salud mental, han resultado severamente perjudicados por el aislamiento producido por la pandemia⁹.

Diferentes estudios han reflejado que las mujeres son una población vulnerable frente a la COVID-19^{10,11}, hecho que se ha corroborado en esta investigación al haber una mayor participación de esta población frente a la masculina.

Estudios de índole internacional señalan que, la pandemia de la Covid-19, ha tenido un gran impacto psicológico en la población general. Una investigación desarrollada en Grecia¹², donde participaron 3399 participantes (81.08% mujeres; 18.27% hombres), enfatizó un empeoramiento de la salud mental de los asistentes al estudio con datos que reflejan que la depresión clínica prevaleció en un 9.31% de la muestra, en el 8.5% de los casos se observó malestar severo, mientras que la sintomatología ansiógena se contabilizó en el 45% del total de los asistentes. Los pensamientos suicidas se elevaron un 10.40% y tan solo se redujeron un 4.42% sobre el total. Asimismo, otro análisis realizado en países latinoamericanos¹³, entre los que se encontraron México, Cuba, Chile, Colombia y Guatemala, evidenció síntomas clínicos en relación con la pandemia de la Covid-19. Los resultados mostraron sintomatología ansioso-depresiva y estrés, siendo Cuba el país con menores niveles de ansiedad, depresión y estrés y Chile el que mayores tasas de indicadores clínicos presentó.

Un estudio realizado en 2021¹⁴ señala que, entre los principales indicadores de impacto psicológico registrados en las diferentes regiones de la geografía española, resaltan respuestas desadaptativas relacionadas con sintomatología depresiva (46.7%),

estrés (33.2%) y ansiedad (10.7%). Hay que destacar que, la comunidad autónoma de Andalucía ha sido la que ha registrado un mayor porcentaje de personas que manifiestan tener indicios de depresión (59.6%), ansiedad (16.2%) y/o estrés (41.7%). Además, analizando los efectos psicológicos que la pandemia de la COVID-19 ha ocasionado dentro del contexto de los profesionales sanitarios, se ha constatado que han desarrollado niveles de ansiedad y depresión elevados en comparación con los meses previos a dicho acontecimiento^{15,16,11}.

El marco conceptual de la Enfermería abarca aspectos perceptibles muy importantes para la profesión, pero además existe un proceso mental estructurado antes, durante y después de cualquier tarea perceptible. Hay que tener en cuenta el conocimiento y las actitudes que deben acompañar la ejecución competente de una actividad de Enfermería, que es solo parte de un plan deliberado¹⁷. Dentro de las competencias del profesional de Enfermería se encuentra la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la educación y la investigación tanto de los individuos, como de la familia y la comunidad¹⁸. La enfermera especialista en Salud Mental es una figura de colaboración muy pertinente para establecer espacios de inclusión con otros profesionales del campo de la salud.

La Psicología es una ciencia relacionada con la naturaleza humana, que investiga los procesos vitales, proceso cognitivo-conductual mediante una gran diversidad de métodos. La prioridad es mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas en general y en particular, atender todas las necesidades psicológicas que presenten los diferentes grupos afectados, en algún momento de sus vidas¹⁹.

El objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad de una intervención psicológica mediante un Programa Psicoeducativo formado por terapia cognitivo-conductual y psicoeducación.

METODOLOGÍA

El estudio se implementó en el Centro de Salud de Atención Primaria "San Luis" en Sevilla capital, durante el marco temporal que abarca desde octubre de 2021 hasta junio de 2023.

Se ha llevado a cabo una investigación cuasiexperimental longitudinal con un solo grupo intervención, sin grupo comparador. La forma de muestreo que se ha empleado ha sido por accesibilidad. La población diana: pacientes que acuden a las consultas de médicos y enfermeras del centro de salud, que presentan síntomas de alteraciones psicológicas a consecuencia de la pandemia por Covid-19, en algunas de las 4 variables objeto de estudio: ansiedad, depresión, estrés, bajas estrategias de afrontamiento, así como todos aquellos pacientes que presentan alteraciones o exacerbaciones de los diagnósticos citados por otras causas, se les ofrece de forma voluntaria su inclusión en el Programa Psicoeducativo, quedando organizado el circuito asistencial.

Criterios de inclusión: adultos, ambos sexos, usuarios de la UGC de Atención Primaria "San Luis", Sevilla, haber sido informado del estudio y haber firmado consentimiento informado, participación voluntaria. Exclusión: diagnóstico de trastorno mental grave, no haber cumplimentado correctamente los instrumentos, alteraciones sensoriales auditivas, menor de 18 años.

Tabla 1. Análisis de medidas repetidas intrasujeto para las variables de ansiedad, depresión y estrés percibido.

	Media (M)	Desviación típica (DT)	Eta Cuadrado Parcial (η_p^2)	Significación (p)
Ansiedad	Pre: 80.38 Post: 54.62	Pre: 19.85 Post: 20.78	.647	.00
Depresión	Pre: 53.00 Post: 45.35	Pre: 8.55 Post: 8.56	.516	.00
Estrés percibido	Pre: 38.21 Post: 27.41	Pre: 7.19 Post: 8.05	.703	.00

VARIABLES DE EFECTIVIDAD: disminución en las puntuaciones de Depresión, Ansiedad, Estrés, aumento de las Estrategias de Afrontamiento tras la participación en el Programa Psicoeducativo. Hemos incorporado que influencia tendría el sexo biológico.

Como unidades de medida e instrumentos se elaboró de forma propia un instrumento de evaluación autoadministrado (véase ANEXO I) donde se englobaron variables sociodemográficas (sexo, edad...), así como ítems donde se analizaban cuántos convivientes residían junto a la persona participante en el estudio dentro del hogar y el temor que sentía frente a un posible contagio por COVID-19. También, se empleó la Escala Auto aplicada de Depresión (SDS): depresión ausente (25-35 pts.) depresión subclínica (36-51 pts.) depresión media-severa (52-67 pts.) depresión grave (68-100). La Escala de Estrés Percibido (PSS): puntuación directa, a mayor puntuación mayor estrés percibido. El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI): puntuaciones centiles de 0-100, la media es 50, de 51-60 normal alto, 61-70 elevado, mayor de 70 muy elevado. Cuestionario Brief Cope: a mayor puntuación mayor presencia de estrategias de afrontamiento (ANEXO IV). Todos estos instrumentos de evaluación se cumplimentaron tanto al inicio de la intervención como al término de esta, es decir, se empleó un sistema de evaluación con dos momentos de medida (pre/post).

Una vez comprobados los criterios de inclusión/exclusión, mediante llamada telefónica, realizada por enfermera especialista en Salud Mental y Graduada en Psicología y Graduado en Psicología, en colaboración con el resto de miembros del equipo de investigación: dos Psicólogas de la Facultad de Psicología, se les informaba sobre el Programa Psicoeducativo, sobre la firma del consentimiento informado y cumplimentación de los Instrumentos de medida que se llevarían a cabo en la 1ª sesión de la terapia (entrevista) puntos de corte en la entrevista: depresión media-severa (52-67), en caso de depresión grave se remitía a su médico de familia para valoración. Estrés (> nivel de estrés percibido) ansiedad (61>70), estrategias de afrontamiento (< presencia de estrategias). El quinto miembro del equipo llevó a cabo el análisis y redacción de datos.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

El Programa Psicoeducativo está formado por dos bloques de actividades:

- Bloque 1: instrucción de un método cognitivo conductual, modelo de Albert Ellis TREC²⁰ (ANEXO II) mediante una evaluación continuada y guiada a través de ejercicios y exposición de casos prácticos.
- Bloque 2: sesiones psicoeducativas sobre el funcionamiento cerebral, emociones, pensamientos, procesos de pensamientos, estrategias de comunicación, habilidades sociales.... Técnicas de relajación y exposición en grupo.

Ambos bloques fueron impartidos por una Enfermera especialista en Salud Mental y Graduada en Psicología, vinculada al centro como EBAP (enfermera base de atención primaria) y un Graduado en Psicología externo. Se realizaron en consulta del centro, sala de juntas, sala maternal y Biblioteca, con la autorización del director del centro y la concesión mediante dictamen favorable del Comité de Ética de Andalucía (PEIBA).

La intervención estuvo formada por 5-6 usuarios por grupo (6 grupos en total) cada uno con dos momentos de medida, una en la entrevista (pre) y otra en la evaluación final (post) al final de las 5 semanas de terapia. Dentro del estudio se analiza que síntomas presentan los participantes previos a la intervención y después de haberla realizado. Recibieron 10 sesiones de terapia: 1 sesión individual y 9 sesiones grupales, 2 sesiones por semana 4h, una de TREC (bloque 1 un día a la semana) y otra de Psicoeducación, técnica de relajación y exposición en grupo (bloque 2 el siguiente día de la semana), distribuidas de la siguiente manera: 1 sesión individual (entrevista) de encuadre y alianza terapéutica, entrega del cuestionario (pretest) duración 40-45 min., 4 sesiones siguiendo la Metodología TREC duración 120 minutos, 5 sesiones de Psicoeducación, técnica de relajación y exposición en grupo, 120 minutos. En la última sesión entrega de cuestionario (post) ANEXO IV.

Respecto al análisis estadístico llevado a cabo, se utilizó la aplicación informática IBM SPSS versión 26.0 para el estudio de los datos obtenidos en las pruebas de evaluación. Para el objetivo propuesto se realizó un análisis descriptivo en el que se incluyen los valores obtenidos en los mínimos, máximos, media y desviación típica en los dos momentos de medida para la variable estilos de afrontamiento. En cuanto al resto de variables (ansiedad, depresión y estrés) se ha empleado un análisis de

Tabla 2. Estrategias de afrontamiento frecuentadas en el momento de medida pre/post: mínimo, máximo, media y desviación típica.

	Mínimo (MÍN) pre/post	Máximo (MÁX) pre/post	Media (M) pre/post	Desviación típica (DT) pre/post
Autodistracción	3/3	8/8	6.12/5.94	1.67/1.54
Afrontamiento activo	2/4	8/8	5.74/6.91	1.38/0.97
Planificación	3/3	8/8	5.71/6.68	1.40/1.22
Apoyo emocional	0/2	8/8	5.65/6.44	2.21/1.78
Descarga emocional	0/0	8/8	5.26/5.29	1.90/1.96
Aceptación	1/3	8/8	5.18/6.06	1.45/1.30
Reinterpretación	0/2	8/8	4.85/5.91	2.00/1.58
Renuncia	0/0	8/7	4.65/3.26	2.03/1.86
Religión	0/1	8/8	4.59/5.32	2.65/1.89
Negación	0/0	8/7	4.09/3.50	2.05/1.85
Consumo de sustancias	0/0	8/8	2.97/2.65	2.43/2.24
Humor	0/0	6/7	2.91/3.21	1.49/1.75

medidas repetidas intrasujetos donde se resalta el valor del estadístico Eta Cuadrado Parcial (η_p^2) como indicador del tamaño de efecto, así como la significación obtenida (p). También, se hace uso de los estadísticos descriptivos a fin de comparar las diferencias entre las medias obtenidas en la medida pre y post. Finalmente, hay que destacar que el intervalo de confianza (IT) que se ha considerado en los análisis realizados ha sido al 95%.

RESULTADOS

La muestra la conforman adultos de ambos sexos, usuarios de UGC de San Luis de Sevilla, que hayan firmado consentimiento informado de forma voluntaria para acceder al estudio. Total 34 participantes, de los cuales 24 eran mujeres y 10 hombres, representando el 70.6% y el 29.4% respectivamente.

Los resultados obtenidos mediante el análisis de medidas repetidas intrasujeto plasman diferencias relevantes entre ambos momentos de medida (pre/post), es decir, se puede observar una disminución en las puntuaciones de los participantes al finalizar la intervención.

Por lo tanto, se muestran diferencias significativas ($p < .05$) para dichas variables, por lo que se cumple la hipótesis de estudio planteada al identificarse mejoras sintomatológicas en las personas que han cumplimentado las sesiones grupales (véase Tabla 1).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento empleadas por los participantes al inicio de la intervención, se cumple, igualmente,

con la hipótesis planteada, en la medida en que los asistentes a las sesiones en grupo han desarrollado respuestas de afrontamiento más adaptativas que les posibilitan una mejor relación entre sus recursos personales y las demandas del entorno, lo cual repercute en indicadores de estrés inferiores (véase Tabla 2).

No se ha hecho distinción en función del sexo biológico o la edad de los participantes, así como tampoco se ha tenido en cuenta el nivel educativo y/o su situación laboral actual. El motivo por el que no se han contemplado las variables relativas a la edad ($M = 46.03$, $DT = 12.95$) y el sexo biológico versa en torno a una mayor participación femenina en las sesiones en grupos frente a la masculina, situándose la media de edad de la mayor parte de la muestra entre los 40 y los 50 años. Aunque han asistido personas más jóvenes y de edades superiores a los 50 años no suponen una parte significativa del total, por lo tanto, se ha descartado dicha variable ya que no aporta datos relevantes que se puedan extrapolar a población general.

DISCUSIÓN

La intervención psicoeducativa que se plantea en los objetivos del proyecto constituye uno de los elementos fundamentales sobre los que está estructurado el trabajo que se presenta. Dicha intervención psicoeducativa está vinculada a la necesidad que puedan plantear los usuarios más vulnerables, de ahí que se considere necesario en primera instancia analizar y evaluar para identificar las necesidades de los individuos, el nivel y gravedad del padecimiento emocional que puedan presentar las personas. Del mismo modo se hace pertinente,

identificar las estrategias de afrontamiento que han puesto en marcha los usuarios y que han podido funcionar como factores protectores. Si no se lleva a cabo este análisis y evaluación no es posible detectar los casos, de ahí que se le diera prioridad a esta tarea. Posteriormente se estableció una respuesta de ayuda y apoyo a los grupos determinados, mediante una Intervención Psicoeducativa.

Se observa como los pacientes con alteraciones, disfunciones, desajustes, desórdenes psicológicos como ansiedad elevada, depresión media-severa, estrés, bajos recursos de afrontamiento para las actividades de la vida diaria... y que producen un malestar clínicamente significativo, acuden al centro de salud donde se les proporciona tratamiento farmacológico de impacto (en el momento de crisis de angustia, de pánico...) y otro de continuidad (antidepresivos, ansiolíticos, relajantes musculares, tranquilizantes...). Derivación a salud mental en algunos casos. El estudio realizado pone de manifiesto la importancia de realizar terapias psicológicas y psicoeducación en los centros de atención primaria, en colaboración con los dispositivos de Psiquiatría/Psicología tanto hospitalaria como ambulatoria. Se pueden establecer puentes colaborativos con la Enfermera especialista en Salud Mental.

Podemos destacar la participación de población femenina significativamente superior respecto a la masculina, lo que no permite realizar una comparativa en función del sexo biológico al no disponer de una proporción muestral semejante. Si bien, las mujeres que han realizado la intervención psicoeducativa presentan unos niveles superiores de sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés frente a los hombres, lo que indica que se debe prestar especial atención a esta parte de la población, pues son un grupo vulnerable al que se le debe de ofrecer los recursos necesarios que les permitan solventar las dificultades que tengan y así poder tratar los trastornos internalizantes que presenten²¹.

La investigación realizada se puede extrapolar a otros centros de salud de Sevilla y provincia, así como a nivel nacional, puesto que su metodología está explícita en los términos oportunos para su replicación.

CONCLUSIÓN

Tras el análisis de los resultados, se puede comprobar que, gran parte de los participantes, han reducido sus niveles de malestar, disminuyendo las puntuaciones obtenidas en las variables de ansiedad, depresión y estrés percibido. Además, las respuestas de afrontamiento utilizadas han variado, se ha pasado de un estilo de afrontamiento centrado en la evitación (autodistracción) a otra forma de respuesta donde la propia persona es un agente activo en su entorno y hace frente a la situación de manera adaptativa (afrontamiento activo, planificación). Frecuentemente, en circunstancias de incertidumbre y malestar general suelen prevalecer las respuestas evitativas en comparación con aquellas centradas en la solución de problemas. Estas últimas son útiles para tratar los momentos en los que las personas sienten angustia, como puede ser el caso de la COVID-19, dado que el hecho de afrontar el problema permite reducir los efectos negativos de la vivencia sobre el individuo²².

El propósito de esta investigación ha sido ofrecer una intervención psicoeducativa de carácter público, que se presenta como una gran oportunidad para la prevención y el tratamiento

del malestar psicológico tras la pandemia de COVID-19, así como atender a aquellos pacientes que presenten alteraciones o exacerbaciones del espectro emocional-cognitivo-conductual por otras circunstancias de la vida diaria.

Se ha corroborado que las terapias grupales arrojan eficacia dentro del contexto clínico.

La implementación de asistencia psicológica continuada en este tipo de centros de salud pública supondría una mayor calidad asistencial sobre los pacientes. La aplicación de esta propuesta psicoeducativa supone una revolución sanitaria en el paradigma de la salud mental. La orientación Psicológica y la atención Psicoeducativa son potentes instrumentos ómicos, para atender al gran número de afectados por la crisis de la Covid-19 o por otras circunstancias de la vida diaria.

Se evidencia una mayor participación de población femenina y de personas de edad media, lo cual incide en la necesidad de ampliar el marco de actuación sobre hombres que sufren situaciones de vulnerabilidad, al igual que jóvenes y adultos mayores que se encuentren atravesando problemas de salud mental.

Sería de gran interés como futura línea de investigación incorporar evaluaciones y sesiones de seguimiento más allá del mes de la intervención propuesta, para evitar recaídas. Asimismo, se podrá sistematizar y generalizar los resultados al llevar a cabo la misma metodología en distintos centros²³.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses, ni haber recibido ningún tipo de financiación pública o privada. Igualmente declaran no haber presentado este trabajo en ningún evento científico.

CONSIDERACIONES APARTE PARA EL TRIBUNAL DE LA REVISTA HYGIA

Para llevar a cabo este estudio fue necesaria la aprobación del Comité de ética de los hospitales universitarios Virgen Macarena-Virgen del Rocío, con dictamen favorable y único en la Comunidad autónoma de Andalucía, con el objetivo de favorecer la valoración ética y seguimiento del estudio de investigación.

Como se ha especificado a lo largo del estudio, se requirió de la aceptación y firma del consentimiento informado por parte de los participantes. Se respetó la libertad para participar en el estudio, haciendo alusión a la intimidad, protección de datos y confidencialidad (Ley orgánica de Protección de datos 3/2018). Igualmente se proporcionó información verbal sobre el estudio con el fin de que las personas implicadas decidiesen de forma voluntaria participar en el mismo y su derecho a abandonarlo sin tener repercusiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. García, B., Briongos, E., Leal, J., Lamata, F., González, N. A. y Campos, T. (2023). La situación de la Salud Mental en España. Confederación de Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña.
2. Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F. y Escobar-Córdoba, F. (2020). Consequences of the covid-19 pandemic in mental health associated with social isolation. *SciELO Preprints*
3. García-Arroyo, J. (2022). Salud mental y Covid-19: una meta-revisión de investigaciones y evidencias. *INVESTIGATIO*, (17), 4-18.
4. Berdullas Saunders, S., Gesteira Santos, C., Morán Rodríguez, N., Fernández Hermida, J. R., Santolaya, F., Sanz Fernández, J., y García-Vera, M. P. (2020). El teléfono de asistencia psicológica por la COVID-19 del Ministerio de Sanidad y del Consejo General de la Psicología de España: características y demanda. *Rev. esp. salud pública*, 0-0.
5. Thakur, V. y Jain, A. (2020). COVID 2019-suicides: A global psychological pandemic. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 952-953
6. Valdés-Florado, M. J., López-Díaz, Á., Palermo-Zeballos, F. J., Martínez-Molina, I., Martín-Gil, V. E., Crespo-Facorro, B. y Ruiz-Veguilla, M. (2020). Reactive psychoses in the context of the COVID-19 pandemic: clinical perspectives from a case series. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 13(2), 90-94.
7. García-Iglesias, J. J., Allande-Cussó, R., Camacho-Vega, J. C., Yildirim, M., Gómez-Salgado, C., Fagundo-Rivera, J. y Gómez-Salgado, J. (2023). Fuentes utilizadas para obtener información sobre la COVID-19 y su impacto en la salud mental. *Revista Española de Salud Pública*, 97, 1-9.
8. Vargas-Delgado, J. J. y Yébenes-Cortés, M. P. (2023). Salud mental y cobertura mediática del COVID-19: una investigación de los efectos del manejo de la televisión y la interrelación eficiente de la ansiedad a través de la técnica dual: Sufrimiento vs dolor, para la mejora del estrés generado por la pandemia. *Vivat Academia*, 156, 288-305.
9. León, C. N. y Olivera, E. S. (2022). Revisión sistemática sobre la salud mental en el contexto COVID-19. *Revista de Investigaciones de la Universidad Le Cordon Bleu*, 9(1), 61-78.
10. Buitrago, F., Ciurana, R., Fernández, M. D. C. y Tizón, J. L. (2021). Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. *Atención primaria*, 53(1), 89-101.
11. Mejía-Zambrano, H. y Ramos-Calsín, L. (2022). Prevalencia de los principales trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 85(1), 72-82.
12. Fountoulakis, K. N., Apostolidou, M. K., Atsiova, M. B., Filippidou, A. K., Florou, A. K., Gousiou, D. S., Katsara, A. R., Mantzari, S. N., Padouva-Markoulaki, M., Papatrifiantafyllou, E. I., Sacharidi, P. I., Tonia, A. I., Tsagalidou, E. G., Zymara, V. P., Prezerakos, P. E., Koupidis, S. A., Fountoulakis, N. K. y Chrousos, G. P. (2021). Self-reported changes in anxiety, depression and suicidality during the COVID-19 lockdown in Greece. *Journal of affective disorders*, 279, 624-629.
13. Palomera-Chávez, A., Herrero, M., Carrasco, N. E., Juárez-Rodríguez, P., Barrales, C. R., Hernández-Rivas, M. I., Llanta, M. D. C., Lorenzana, L., Meda-Rivas, R. M. y Moreno-Jiménez, B. (2021). Impacto psicológico de la pandemia COVID-19 en cinco países de Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53, 83-93.
14. Moya-Lacasa, C., Álvarez-Vázquez, C. M., González-Blanco, L., Valtueña-García, M., Martín-Gil, E., Seijo-Zazo, E., De la Fuente, L., García-Álvarez, L., Saiz, P., García-Portilla, M. P. y Bobes, J. (2021). Impacto de la pandemia COVID-19 sobre la salud mental en las diferentes comunidades autónomas españolas. *Actas españolas de psiquiatría*, 49(2), 64-70.
15. García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, J., Martín-Pereira, J., Fagundo-Rivera, J., Ayuso-Murillo, D., Martínez-Riera, J. R. y Ruiz-Frutos, C. (2020). Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Revista España de Salud Pública*, 94.
16. Hernández-Lira, S., Reyes-Gómez, U., Reyes-Hernández, K. L., Perea-Martínez, A., Reyes-Hernández, M. U., López-Cruz, G., Quero-Hernández, A., Ríos-Gallardo, P. T., Santiago-Lagunes, L. M., Yalaupari-Mejía, J. P., Arellano-Gallindo, J., Chuck-Sepúlveda, J. A. y Cuevas-López, L. L. (2023). Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental del personal de salud. *Salud Jalisco*, 10(2), 91-97.
17. McGraw-Hill (1987). *Modelos de Enfermería*. Madrid: Ed. Interamericana.
18. Greene, H. y Simons-Morton, B. G. (1988). *Educación para la salud*. Madrid: Ed. Interamericana.
19. Ellis, A. (1962). *Razón y Emoción en Psicoterapia*. Secaucus, NJ, Cita del.
20. Ellis, A. (1996). *Una terapia breve más profunda y duradera*. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
21. Urdiales-Claros, R., & Sánchez-Álvarez, N. (2021). Sintomatología depresiva e ideación suicida como consecuencia de la pandemia de COVID-19. *Escritos de Psicología*, 14(2), 134-144. <https://doi.org/10.24310/espiescpsi.v14i2.12901>
22. Soriano-Sánchez, J. G., Parras-Blanca, E. M. y Jiménez-Vázquez, D. (2023). Factores psicológicos asociados a la adaptación al cambio ante situaciones angustiosas: una revisión sistemática. *Revista Estudios Psicológicos*, 3(3), 7-20.
23. Godoy, D., Eberhard, A., Abarga, F., Acuña, B. y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Plaza Quesada DM, Torrero Gómez P, Benítez Hernández MM, Gómez Rodríguez C, Valdés Díaz M. Consecuencias psicológicas por Covid-19 en Atención Primaria: evaluar la efectividad de una Intervención Psicoeducativa. *Hygia de Enfermería*. 2024; 41(1): 11-20

ANEXO I. CUESTIONARIO



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



Desde el **Centro de Salud de "San Luis"** en colaboración con la **Universidad de Sevilla** se está llevando a cabo un estudio sobre el Impacto psicológico del COVID-19. Se pretende estudiar el nivel de estrés que está produciendo la situación de crisis sanitaria y cómo afrontan las personas las consecuencias.

Su participación es voluntaria y sus datos serán tratados con absoluta confidencialidad (Ley Orgánica de Protección de datos 3/2018)

En cualquier momento puede dejar de contestar.

LE AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN

He entendido que mi participación es voluntaria y los datos serán confidenciales *

- Si
- No

FECHA:

NOMBRE y APELLIDOS: _____

DNI: _____

Correo electrónico: _____

Número de Teléfono Fijo o Móvil: _____

Marque todas las afirmaciones que le representen tanto en la actualidad como en días pasados *

- Soy personal sanitario en contactos con personas con COVID-19
- Tengo algún conocido o amigo con la enfermedad de COVID-19
- Tengo algún familiar con la enfermedad de COVID-19
- Soy un caso confirmado de COVID-19
- No estoy en ninguna situación anterior
- Otro

Edad

Sexo

- Varón
- Mujer

Nivel educativo

- Estudios primarios
- Estudios medios (secundaria/bachiller/FPmedio)
- Estudios superiores (FP superior/graduado/licenciado/ master/doctorado)
- Otros

Situación laboral

- Estudiante
- Trabajando
- Jubilado
- En paro
- Alta probabilidad de ERTE
- Otro

En qué medida tiene miedo a contagiarse de COVID-19 *

Ningún miedo 1 2 3 4 5 Mucho miedo

Con cuántas personas convive sin contar Usted *

- Ninguna
- 1
- 2
- 3
- 4
- Más de 4

ANEXO II. IMPRESO PARA LA AUTOAYUDA CON LA TREC

IMPRESO PARA LA AUTOAYUDA CON LA TREC	
A (ACONTECIMIENTOS O ADVERSIDADES ACTIVADORES)	C (CONSECUENCIAS)
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
<ul style="list-style-type: none"> • Resume brevemente la situación por la cual se siente perturbado (¿qué es lo que vería una cámara?) • Un A puede ser interno o externo. real o imaginario • Un A puede ser un acontecimiento pasado, presente o futuro 	<p>Principales emociones negativas indeseables</p> <p>Principales conductas autodestructivas</p> <p>Las emociones negativas indeseables comprenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ansiedad - depresión - baja tolerancia a la frustración - vejación - vergüenza/turbación - celos - culpabilidad
<p>CI (CREENCIAS IRRACIONALES</p>	<p>E (EMOCIONES Y CONDUCTAS EFECTIVAS)</p>
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
<p>Para IDENTIFICAR las CI, busque:</p> <ul style="list-style-type: none"> - LAS EXIGENCIAS DOGMATICAS (los yo debo/debe. los absolutos - LAS TENDENCIAS A HORRIBILIZAR (es horrible, espantoso, horripilante) - LA BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN (no lo puedo soportar) - LA EVALUACIÓN PERSONAL Y DE LOS DEMÁS (yo soy/el-ella es malo, inútil) 	<p>Nuevas emociones negativas deseables:</p> <p>Nuevas conductas constructivas:</p> <p>Las emociones negativas deseables comprenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - decepción - preocupación - enojo - tristeza - remordimiento - frustración
<p>Para CUESTIONAR pregúntese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Adónde me conduce el sostener esta creencia? ¿Es útil o autodestructiva? - ¿Dónde está la prueba que demuestre la existencia de mi creencia irracional? - ¿Es coherente con la realidad social? - ¿Es lógica mi creencia? ¿Es una continuación de mis preferencias? - ¿Es realmente horrible (todo lo malo que podría ser?) - ¿Realmente no lo puedo soportar? 	<p>Para PENSAR de manera más racional, intente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - LAS PREFERENCIAS NO-DOGMATI-CAS (deseos, necesidades, anhelos) - EVALUAR LO MALO (es malo, desafortunado) - ELEVADA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN (no me gusta pero puedo soportarlo) - NO EVALUARSE A UNO MISMO NI A LOS DEMÁS DE FORMA GLOBAL (yo, y los demás, somos seres humanos fallibles)

ANEXO III. INSTRUMENTOS Y FUENTE DE DATOS

Para dar respuesta al objetivo e hipótesis del trabajo se ha administrado una batería de instrumentos que se detalla a continuación y se adjuntan a este proyecto:

- **Cuestionario genérico ad hoc sobre variables relacionadas con la COVID-19** elaborada por el equipo de trabajo que forma parte de este proyecto, dónde se recogen datos sociodemográficos, variables relacionadas con el nivel de contacto con el virus, ocupación, personas convivientes, etc. (ANEXO I).
- **STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo** (Spieberger Gorsuch y Lushene, 1970). Adaptación de Buéla-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos (2011). Consta de 40 ítems que diferencian entre una escala que mide la Ansiedad-Estado entendida como un estado o condición emocional transitoria del organismo, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Por su parte, la escala de Ansiedad-Rasgo (STAI-R) señala una propensión ansiosa estable por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazantes. Para este trabajo se empleará los ítems que conforman la Ansiedad-Estado (STAI-E). Los datos psicométricos de este instrumento son adecuados en la adaptación al castellano: índices alfa de Cronbach entre 0,83 y 0,92 en A/E y 0,82 y 0,91 en A/R, dos mitades 0,94 en A/E y 0,89 en A/R. Centiles de 0-100, la media es 50: 51-60 normal alto, 61-70 elevado, >70 muy elevado.
- **SDS. Cuestionario de Depresión** (Zung, 1965). Adaptación: Conde, (1974). Consta de 20 ítems donde se solicita a la persona que indique la frecuencia con la que experimenta el síntoma o sentimiento descrito, siendo evaluado cada ítem en una escala de 4 puntos. La puntuación total de la escala posibilita diferencias en rangos cuantitativos de depresión: depresión ausente = 20-35; depresión subclínica = 36-51; depresión media-severa = 52-67; y depresión grave = 68-80. Además, los criterios clínicos diagnósticos utilizados pueden agruparse en torno a tres componentes: factor depresivo, factor biológico, factor psicológico y componente psicosocial de la depresión. Los datos de fiabilidad y validez son adecuados.
- **PSS. Escala de Estrés Percibido** (Cohen, Kamarak y Mermelstein (1983). Adaptación: Remor (2006). Consta de 14 ítems con respuestas en formato tipo Likert (0 a 4) que tienen que ver con Impredecibilidad, Pérdida de control, Sobrecarga excesiva y Circunstancias vitales estresantes. Evalúa el grado en que una persona percibe sus experiencias como estresantes. Periodo de recuerdo habitualmente utilizado: 1 mes. No se ha establecido punto de corte, sino que se interpreta a mayor puntuación mayor nivel de estrés percibido.
- **Cuestionario Brief-Cope** (Carver, 1997) versión situacional abreviada. El afrontamiento es evaluado en relación a las estrategias que los participantes usan para responder a una situación en una escala Likert de cuatro puntos que va desde 0 hasta 4; siendo 0: No; 1: Poco; 3: A veces y 4: Mucho. Consta de 28 ítems que se agrupan por pares en 14 estrategias, reunidas en tres escalas:
 1. Afrontamiento enfocado en el problema: afrontamiento activo, búsqueda de apoyo instrumental, reinterpretación positiva, planificación, aceptación, renuncia y humor
 2. Afrontamiento enfocado a la emoción: apoyo y descarga emocional.
 3. Afrontamiento evitativo: auto distracción, religión, negación, consumo de sustancias.Estudios en población española han obtenido un coeficiente alfa Cronbach de 0.72.

ANEXO IV. CRONOGRAMA: DISTRIBUCIÓN TEMPORAL DE LAS INTERVENCIONES

	LUNES	MIÉRCOLES
1ª SEMANA	1ª sesión: Individual Entrevista en consulta del centro de salud, 40-45 min. Cuestionarios (pre).	2ª sesión: 1ª de psicoeducación 2 h en sala maternal/sala de juntas del centro de salud: Presentación, objetivos, metodología, conocimientos sobre las 4 variables del estudio. Técnica de relajación y exposición en grupo.
2ª SEMANA	3ª sesión: 1ª de terapia cognitiva-conductual Método de Albert Ellis, 2 h.	4ª sesión: 2ª de psicoeducación 2 h en sala maternal/sala de juntas del centro de salud: Conocimientos sobre emociones, ansiedad, temperamento, conducta, pensamientos distorsionados y automáticos. Técnica de relajación y exposición en grupo.
3ª SEMANA	5ª sesión: 2ª de terapia cognitiva-conductual Método de Albert Ellis, 2 h.	6ª sesión: 3ª de psicoeducación 2 h en sala maternal/sala de juntas del centro de salud: Conocimientos sobre depresión, autoconcepto, autoestima, asertividad. Técnica de relajación y exposición en grupo.
4ª SEMANA	7ª sesión: 3ª de terapia cognitiva-conductual Método de Albert Ellis, 2 h.	8ª sesión: 4ª de psicoeducación 2 h en sala maternal/sala de juntas del centro de salud: Conocimientos sobre estrés, habilidades sociales, solución de problemas, resolución de conflictos. Técnica de relajación y exposición en grupo.
5ª SEMANA	9ª sesión: 4ª de terapia cognitiva-conductual Método de Albert Ellis, 2 h.	10ª sesión: 5ª de psicoeducación 2 h en sala maternal/sala de juntas del centro de salud: Conocimientos sobre estrategias de afrontamiento, estilos de comunicación. Cierre y feed-back. Técnica de relajación y exposición en grupo. Cuestionarios (post).

Nota: Se han formado 6 grupos de pacientes durante los 2 años de estudio.