

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/340273313>

La Psicología Clínica ante la pandemia COVID-19 en España

Preprint in *Clínica y Salud* · April 2020

DOI: 10.5093/clysa2020a11

CITATION

1

READS

15,556

4 authors:



Felix Inchausti

Rioja Salud

62 PUBLICATIONS 240 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Nancy V. García-Poveda

Rioja Salud

8 PUBLICATIONS 52 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Javier Prado-Abril

Servicio Aragonés de Salud

39 PUBLICATIONS 235 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Sergio Sanchez-Reales

Servicio Murciano de Salud

32 PUBLICATIONS 167 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Consolidación de la Psicología Clínica como Especialidad Sanitaria en el Sistema Nacional de Salud Español [Consolidation of Clinical Psychology as a Health Specialty in the Spanish National Health System] [View project](#)



Personal Therapist Style & Psychotherapists' attitudes and use of research outcomes in their clinical practice [View project](#)



Artículo de opinión

La Psicología Clínica ante la Pandemia COVID-19 en España

Felix Inchausti^a, Nancy V. García-Poveda^a, Javier Prado-Abril^b y Sergio Sánchez-Reales^c^aServicio Riojano de Salud, Logroño, España; ^bServicio Aragonés de Salud, Zaragoza, España; ^cServicio Murciano de Salud, Murcia, España

El COVID-19 es oficialmente una pandemia. Una enfermedad infecciosa nueva que puede presentar manifestaciones clínicas graves, incluyendo la muerte, presente ya en 124 países. Su causa es el virus SARS-CoV-2 y se originó en diciembre de 2019 en la ciudad china de Wuhan, provincia de Hubei. La propagación de esta nueva forma de coronavirus ha sido vertiginosa a nivel mundial y sobre todo en España, poniendo en jaque la capacidad de respuesta y la resiliencia de nuestro sistema público de salud (OMS, 2020). Asimismo, la progresión y generalización de la enfermedad se ha visto acompañada de políticas de salud pública, como la puesta en cuarentena de los ciudadanos durante períodos de tiempo significativos, cuyas consecuencias en la salud mental serán un asunto a evaluar en el futuro próximo (Brooks et al., 2020).

Estas líneas se escriben en un momento en que el crecimiento de la enfermedad en España no ha llegado todavía a su máxima intensidad. A 27 de marzo de 2020, la cifra total de infectados por coronavirus asciende a 57.627 personas, con un total de 4.366 fallecidos (Ministerio de Sanidad, 2020). El impacto psicológico del COVID-19 y sus cifras sobre la población es evidente, pero conviene enfatizar que una amplia mayoría de las personas no sufrirán trastornos mentales a causa de ello (Taylor, 2019). No obstante, un porcentaje significativo experimentará reacciones intensas, principalmente en forma de miedo al contagio, por la prolongación de la cuarentena, la pérdida de seres queridos o por la crisis económica. Por otro lado, experiencias previas con otros coronavirus orientan a que el personal sanitario de primera línea es un subgrupo de especial riesgo, sobre todo cuando finalice la fase actual de contención de la pandemia (Gardner y Moallem, 2015; Lee et al., 2018)

Con relación al posible impacto sobre la población general en nuestro país, en China, una encuesta sobre 1,210 personas reveló que el 53.8% valoró el impacto psicológico de la situación como moderado-grave, un 16.5% refirió síntomas depresivos entre moderados o graves, un 28.8% síntomas de ansiedad entre moderados o graves y un 8.1% niveles de estrés entre moderados o graves. La mayoría de los encuestados (84.7%) pasó entre 20 y 24 horas al día confinados en casa y la principal preocupación (75.2%) fue que sus familiares se contagiaron de COVID-19 (Wang et al., 2020).

En suma, de forma general, se pueden identificar dos colectivos especialmente vulnerables en estas primeras fases de crisis sociosanitaria. Por un lado, los profesionales sanitarios, fundamentalmente

aquellos que trabajan más expuestos a un posible contagio, con sobrecarga y en unas condiciones que se caracterizan por la precariedad en las medidas de seguridad y la disponibilidad de los medios materiales necesarios. Por otro lado, las personas con psicopatología previa, en especial aquellos con trastornos mentales graves y en situación de aislamiento extremo por exposición al virus o contagio. Más adelante habría que contemplar un tercer grupo que incluiría a los individuos que como consecuencia de la crisis se han expuesto a sucesos potencialmente traumáticos.

Principales Focos de Intervención

El artículo 43 de la Constitución Española y el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, amparan el derecho de cualquier ciudadano que lo necesite a recibir tratamiento psicológico especializado en la sanidad pública (Prado-Abril et al., 2019). Tal y como apuntan Duan y Zhu (2020), una intervención psicológica especializada ante el COVID-19 debe ser lo suficientemente dinámica y flexible como para adaptarse rápidamente a las diferentes fases de la pandemia. En las etapas iniciales, los psicólogos clínicos deben colaborar activamente en el tratamiento de la enfermedad. En concreto, las potenciales dianas terapéuticas son:

1. Las reacciones emocionales de los profesionales sanitarios más expuestos y que puedan obstaculizar su trabajo con las personas infectadas. Aquí se incluye, por ejemplo, el manejo de la ansiedad, el miedo al contagio, los episodios de estrés agudo o el fomento del autocuidado. El objetivo principal es disponer del mayor número de profesionales y en las mejores condiciones posibles para hacer frente a la pandemia (Chen et al., 2020).

2. Los grupos emocionalmente vulnerables, en especial las personas con psicopatología previa. El objetivo principal es ayudarles a cumplir y adaptarse a la cuarentena. Asimismo, debe monitorizarse el estado psicopatológico de los pacientes de salud mental con COVID-19. Se desaconseja completamente la presencia de profesionales no esenciales como psiquiatras, psicólogos clínicos o trabajadores sociales de salud mental en las salas de aislamiento para pacientes con COVID-19. Por lo tanto, las labores de apoyo psicológico de primera línea deben recaer en los equipos médicos que los atienden o adaptarse e implementarse mediante sistemas de teleasistencia. Las descom-

pensaciones psicopatológicas graves con hetero o autoagresividad o tentativas de suicidio deben atenderse presencialmente. En el caso de los pacientes con sintomatología aguda y COVID-19, o sospecha de padecerlo, los profesionales que los asistan presencialmente deberán de protegerse para minimizar el riesgo de contagio y garantizar tanto su seguridad como la del paciente. El resto de las intervenciones psicológicas ambulatorias se llevarán a cabo por teleasistencia. Se ha comprobado que las intervenciones telefónicas son clínicamente efectivas en una amplia variedad de trastornos mentales (Irvine et al., 2020).

3. Los familiares de pacientes ingresados por el virus en estado grave, con mal pronóstico o que ya han fallecido. En este tipo de intervenciones es fundamental no patologizar las reacciones emocionales normales de los familiares y es importante establecer unos criterios claros y consensuados con todos los profesionales implicados para determinar si intervenir es más beneficioso que no hacerlo (von Blanckenburg y Leppin, 2018).

En etapas posteriores, es previsible que en algunas personas persista sintomatología hipocondríaca, ansiosa, insomnio o estrés agudo, así como síntomas compatibles con un trastorno de estrés posttraumático (TEPT). En estos casos, la intervención de primera línea debe ser psicológica, minimizando en lo posible el uso de psicofármacos (NICE, 2014; 2018). Igualmente, la evidencia disponible recomienda posponer el inicio de las intervenciones psicológicas para permitir que las personas activen sus propios mecanismos naturales de afrontamiento. Las directrices NICE abogan por una monitorización activa durante el primer mes después de la exposición a un trauma potencial antes de intervenir. Si la persona mostrara signos psicopatológicos transcurrido ese tiempo, lo recomendable sería consultar con profesionales especializados. Tampoco se recomienda utilizar el debriefing psicológico por estrés en incidentes críticos, ni en formato individual ni en grupo, ni ningún otro método de intervención en una sola sesión, que implique solicitar a la persona que hable sobre sus pensamientos o sentimientos. Existen pruebas de que este tipo de intervenciones pueden ser ineficaces o incluso aumentar la probabilidad de desarrollo de un TEPT (NICE, 2018).

Cualquier intervención debe fundamentarse en una evaluación exhaustiva de los posibles factores de riesgo que puedan perpetuar el problema, el estado previo de salud mental del paciente, el historial de duelos, la presencia de antecedentes de autolesiones o conductas suicidas tanto en el paciente como en su familia, el historial de traumas previos y el contexto socioeconómico del paciente.

Retos Presentes y Futuros

A la hora de organizar la asistencia psicológica en las distintas fases de la pandemia, podemos destacar tres grandes desafíos:

1. Sistemas de salud insuficientes, tanto a nivel de recursos materiales como humanos (i.e., falta de equipos de protección, infraestructura para la teleasistencia, personal) o con profesionales de salud mental no especializados en el abordaje psicológico de crisis y emergencias. En China, la escasez de recursos humanos provocó que un mismo profesional acumulara múltiples responsabilidades reduciéndose la efectividad de sus intervenciones (Duan y Zhu, 2020). Por este motivo, es preciso concienciar a gobiernos y gestores sanitarios de la necesidad de reforzar el número de profesionales en salud mental, facilitar su capacitación para la intervención en emergencias y monitorizar su nivel de sobrecarga laboral, sobre todo cuando esta es sostenida en el tiempo.

2. Infraestimación de las secuelas psicológicas en la sociedad de las crisis de este tipo y, consecuentemente, una escasa dotación de recursos materiales y humanos para hacerles frente. Existen pruebas de que los individuos expuestos a emergencias de salud pública presentan una mayor vulnerabilidad psicopatológica tanto durante como después del suceso potencialmente traumático (Fan et al., 2015). En China, la pro-

gresión del coronavirus agravó la salud mental de los pacientes infectados, de la población general y de los profesionales sanitarios (Duan y Zhu, 2020). Por lo tanto, es importante evaluar e identificar a todos los grupos de riesgo y adaptar las intervenciones a sus necesidades específicas. Entre las variables que hay que considerar, especialmente desde atención primaria, se encuentran el curso de la enfermedad, la gravedad de los síntomas clínicos, el lugar del tratamiento (en aislamiento domiciliario o fuera del domicilio, en un ingreso hospitalario o en una unidad de cuidados intensivos, etc.), la historia de traumas previos y, si constan, antecedentes de problemas de salud mental. Disponer de esta información ayudará a clasificar a las personas de riesgo y permitirá poner en marcha medidas preventivas específicas de salud mental.

3. Escasa planificación y coordinación de las intervenciones psicológicas, máxime cuando estas se aplican en diferentes niveles y por diversos tipos de profesionales. En China, al inicio del brote de COVID-19, la ausencia de una planificación adecuada de las intervenciones psicológicas provocó que estas fueran implementadas de forma desorganizada e ineficaz, comprometiendo además el acceso a los recursos sociosanitarios disponibles (Zhang et al., 2020). En España, a la vista de los acontecimientos recientes, pueden repetirse los mismos errores, principalmente en las intervenciones que se están desarrollando al margen del sistema sanitario público. Cualquier intervención psicológica debe planificarse y coordinarse junto con todos los actores sociosanitarios implicados y, especialmente, con los profesionales de atención primaria y de las unidades especializadas de salud mental que son las que garantizarán una adecuada continuidad asistencial cuando la fase actual de emergencia sanitaria cese. Por último, caben señalarse los riesgos asociados con una sobreoferta de asistencia psicológica. Aunque la prevención en salud mental es muy deseable y una asignatura pendiente en nuestro país, toda intervención preventiva debe aplicarse por profesionales bien cualificados. De otra manera, esto es, hacerlo sin coordinación y con los profesionales inadecuados, podría tener efectos iatrogénicos ya conocidos en otras experiencias, es decir, hacer más daño que beneficio (Loewenstein, 2018; Ogden, 2019). Entre otros efectos de este tipo, merecen especial atención dos: aquellos vinculados con una potencial "retraumatización" de pacientes con TEPT que inicien terapias focalizadas en el trauma sin un encuadre y controles psicoterapéuticos adecuados (Duckworth y Follette, 2012) y los relacionados con el desarrollo de intervenciones que bloqueen el acceso de las víctimas a una nueva identidad funcional como supervivientes (Muldoon et al., 2019).

Consideraciones Éticas para la Investigación

Nos parece relevante dedicar un último apartado a subrayar algunos aspectos éticos importantes para las investigaciones en marcha. La investigación en emergencias sanitarias es esencial para comprender la prevalencia de los problemas de salud mental en estos contextos y fortalecer la evidencia disponible de las intervenciones. Por supuesto, cualquier investigación en este momento debe cumplir con los estándares éticos habituales. Es decir, que los participantes conozcan con el máximo detalle posible las características y normas del estudio para garantizar el consentimiento informado, que se asegure la neutralidad, responsabilidad y seguridad del investigador o investigadores y el imperativo de garantizar que la investigación esté bien diseñada y tenga en cuenta los factores contextuales de la crisis (CIOMS, 2016).

Aunque existen debates éticos todavía no resueltos acerca de la investigación psicológica en contextos de emergencias (Chimento et al., 2017), algunas cuestiones que pueden orientar la toma de decisiones éticas son:

- ¿La investigación tiene realmente la capacidad de aportar conocimientos útiles para la sociedad?
- ¿Es posible asegurar que los participantes se encuentran en un estado físico o mental con garantías para que den su consentimiento de participación en el estudio?

- En el caso de la investigación con menores, ¿los padres o tutores legales se encuentran en un estado físico o mental suficiente para entender las implicaciones de la participación del menor en el estudio?
- ¿El comité ético que valora el estudio está suficientemente preparado para juzgar los estándares éticos y científicos de la investigación?

Por último, añadimos algunas recomendaciones generales sobre la investigación en contextos de emergencia humanitaria:

- Extender el foco de investigación más allá del TEPT y los síntomas internalizantes.
- Estimular la colaboración entre investigadores y clínicos.
- Reducir la brecha entre la investigación empírica y la práctica clínica.
- Priorizar la investigación sobre los tratamientos psicológicos más frecuentemente aplicados y efectivos, pero en los que aún es necesario recopilar más datos.
- Adaptar el diseño de los ensayos controlados aleatorios cuando sea necesario y aplicar diseños de investigación innovadores cuando estos no sean factibles.
- Garantizar y evaluar el efecto de los tratamientos psicológicos en personas con trastornos mentales graves.
- Mantener los tratamientos psicológicos con mayor apoyo empírico en los sistemas públicos de salud.
- Especificar todos los posibles conflictos de intereses de los investigadores participantes.

A modo de conclusión, nos gustaría enfatizar el valor decisivo de los profesionales de salud mental, en particular de los psicólogos clínicos, en las distintas fases de la pandemia. Esta crisis sociosanitaria, sin precedentes recientes en nuestro país, aunque tiene y tendrá muchas consecuencias negativas, también nos brinda múltiples oportunidades para aprender y mejorar, entre otras la importancia de reforzar los sistemas públicos de salud y la capacitación de sus profesionales en materia de atención psicológica en emergencias, la apertura de nuevos y valiosísimos campos de investigación o la importancia de la unidad social ante futuros retos similares. De esta situación saldremos más fuertes y mejor preparados. Sin duda.

Referencias

- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J. y Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*, 7(4), e15-e16. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)
- Chiumento, A., Rahman, A., Frith, L., Snider, L. y Tol, W. A. (2017). Ethical standards for mental health and psychosocial support research in emergencies: Review of literature and current debates. *Globalization and Health*, 13(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0231-y>
- Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) (2016). *International ethical guidelines for health-related research involving humans*. CIOMS.
- Duan, L. y Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, 7(4), 300-302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
- Duckworth, M. P. y Follette, V. M. (Eds.) (2012). *Retraumatization: Assessment, treatment, and prevention*. Routledge/Taylor y Francis Group.
- Fan, F., Long, K., Zhou, Y., Zheng, Y. y Liu, X. (2015). Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder symptoms among adolescents after the Wenchuan earthquake in China. *Psychological Medicine*, 45(13), 2885-2896. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000884>
- Gardner, P. J. y Moallem, P. (2015). Psychological impact on SARS survivors: Critical review of the English language literature. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56(1), 123-135. <https://doi.org/10.1037/a0037973>
- Irvine, A., Drew, P., Bower, P., Brooks, H., Gellatly, J., Armitage, C. J., Barkham, M., McMillan, D. y Bee, P. (2020). Are there interactional differences between telephone and face-to-face psychological therapy? A systematic review of comparative studies. *Journal of Affective Disorders*, 265, 120-131. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.057>
- Lee, S. M., Kang, W. S., Cho, A.-R., Kim, T. y Park, J. K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive Psychiatry*, 87, 123-127. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2018.10.003>
- Loewenstein, R. J. (2018). Dissociation debates: everything you know is wrong. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(3), 229-242.
- Ministerio de Sanidad. (2020). *Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19*. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/situacionActual.htm>
- Muldoon, O. T., Haslam, S. A., Haslam, C., Cruwys, T., Kearns, M. y Jetten, J. (2019). The social psychology of responses to trauma: social identity pathways associated with divergent traumatic responses. *European Review of Social Psychology*, 30(1), 311-348. <https://doi.org/10.1080/10463283.2020.1711628>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *Anxiety disorders. Quality standard*. www.nice.org.uk/guidance/qs53
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018). *Post-traumatic stress disorder. NICE guideline*. www.nice.org.uk/guidance/ng116
- Ogden, J. (2019). Do no harm: Balancing the costs and benefits of patient outcomes in health psychology research and practice. *Journal of Health Psychology*, 24(1), 25-37. <https://doi.org/10.1177/1359105316648760>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). *Coronavirus disease (COVID-19)*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/>
- Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Gimeno-Peón, A. y Aldaz-Armendáriz, J. A. (2019). Clinical psychology in Spain: History, regulation and future challenges. *Clinical Psychology in Europe*, 1(4). <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i4.38158>
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics. Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing.
- von Blanckenburg, P., y Leppin, N. (2018). Psychological interventions in palliative care. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(5), 389-395. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000441>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. y Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., y Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: A model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*. <https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>