

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

MÁSTER EN PSICOPEDAGOGÍA



Universidad de Valladolid

MÁSTER EN PSICOPEDAGOGÍA

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN
JOVEN DURANTE LA CRISIS SANITARIA DE
LA COVID -19: ANÁLISIS Y PROPUESTA DE
INTERVENCIÓN**

Autor: Tamara Hortigüela Aragón

Autor académico: Prof. Dr. Juan Antonio Valdivieso Burón

(Departamento de Psicología)

Junio 2021

RESUMEN

La situación causada por la crisis sanitaria de la Covid-19 del pasado 2020, que derivó en un confinamiento domiciliario como medida para contener la propagación del virus, provocó problemas emocionales en una gran parte de la población joven, derivando así en un aumento de los casos de ansiedad y depresión, en alguno de los casos prolongándose después del fin del confinamiento domiciliario. Los objetivos que perseguirán en este trabajo son: analizar teóricamente las consecuencias psicológicas de tipo social y emocional de la población juvenil, ratificar el análisis técnico anterior a partir de un estudio analítico - descriptivo y diseñar una propuesta de intervención psicopedagógica fundamentada. Como se ha podido ver existe un amplio número de estudios que muestran relevantes problemas de ansiedad y depresión, en la población joven (15 - 29 años). A su vez mediante la aplicación de un cuestionario ad hoc, en el que los resultados muestran un el incremento de los casos de ansiedad y depresión durante el confinamiento domiciliario, incluso en algunos casos, prolongándose tras el fin del confinamiento. La muestra de este estudio está constituida por 126 participantes, que abarcan las edades de 15 a 29 años, cuales resultados muestran que un 50% de los participantes ha padecido síntomas de ansiedad y depresión. Y por último se destaca la propuesta de intervención diseñada, la cual se desarrolla a partir de actividades individuales y grupales, que se caracteriza por su diseño para llevarse a cabo en un contexto de confinamiento domiciliario, no obstante, no se centra únicamente en una situación de confinamiento domiciliario, sino que es aplicable a contextos similares, donde los sujetos por diferentes motivos vean restringidas sus oportunidades de interacción social. En este contexto posee relevancia el papel de los profesionales de la psicopedagogía los cuales ayudan a prevenir la problemática tratada en este trabajo.

Palabras clave: Ansiedad, Depresión, Psicopedagogía, Intervención, Confinamiento domiciliario, COVID-19, Jóvenes.

ABSTRACT.

The situation caused by the Covid-19 health crisis of 2020, which resulted in house confinement as a measure to contain the spread of the virus, caused emotional problems in a large part of the young population, leading to an increase in cases of anxiety and depression. In some cases, this was prolonged after the end of house confinement. The objectives of this work are to theoretically analyse the social and emotional psychological consequences of the juvenile population, to ratify the previous technical analysis based on an analytical-descriptive study and to design a proposal for a well-founded psycho-pedagogical intervention. As we have seen, there are a large number of studies that show relevant problems of anxiety and depression in the young population (15-29 years old). In turn, through the application of an ad hoc questionnaire, in which the results show an increase in cases of anxiety and depression during home confinement, in some cases even continuing after the end of the confinement. The sample of this study is made up of 126 participants, aged 15-29 years, whose results show that 50% of the participants have suffered from symptoms of anxiety and depression. And finally, the intervention proposal designed stands out, which is developed from individual and group activities, which is characterised by its design to be carried out in a context of home confinement, however, it is not only focused on a situation of home confinement, but it is applicable to similar contexts, where the subjects for different reasons see their opportunities for social interaction restricted. In this context, the role of psychopedagogical professionals who help to prevent the problems discussed in this paper is relevant.

Keywords: Anxiety, Depression, Psychopedagogy, Intervention, Home confinement, COVID-19, Young people.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
2. JUSTIFICACIÓN	7
3. OBJETIVOS	10
4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	10
4.1. LA COVID-19 EN ESPAÑA	10
4.2. CASOS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESPAÑA PRE-COVID- 19	14
4.2.1 ¿Qué es la depresión y la ansiedad?	14
4.2.2 Personas con depresión y ansiedad en España anteriores a la COVID-19	16
4.2.3 Técnicas de intervención psicopedagógica ante la ansiedad y la depresión.	19
4.2.4 Instrumentos de evaluación la ansiedad y la depresión	21
4.3. SITUACIÓN ACTUAL DE CASOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESPAÑA ..	30
4.4. CASOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN JUVENIL DURANTE EL COVID -19.	34
5. ANÁLISIS	36
5.1. PARTICIPANTES	36
5.2. INSTRUMENTO	38
5.3. PROCEDIMIENTO	42
5.5 RESULTADOS	43
6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	50
6.1. CONTEXTO	52
6.2. OBJETIVOS	53
6.3 CONTENIDOS	53
6.4 METODOLOGÍA	53
6.5 ACTIVIDADES	55
6.6. TEMPORALIZACIÓN	61
6.7 EVALUACIÓN	62
7. CONCLUSIÓN	63
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
9. ANEXOS	72

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Relación de competencias del máster con el TFM en Psicopedagogía.....	9
TABLA 2. Síntomas de la depresión.....	15
TABLA 3. Signos y síntomas de la ansiedad.....	16
TABLA 4. Valores descriptivos de las medidas de autoinforme de ansiedad, depresión y estilo atribucional.....	19
TABLA 5. Puntuaciones de corte y descriptores del BDI.....	24
TABLA 6. Puntuaciones de corte y descriptores de la escala Hamilton.....	25
TABLA 7. Puntos de corte recomendados y descriptores de la escala MADRS.....	27
TABLA 8. Perfil sociodemográfico.....	32
TABLA 9. Preguntas de respuesta “Sí”, “No” y “Otros”	41
TABLA 10. Recomendaciones para realizar las actividades individuales.....	55
TABLA 11. Temporalización de las actividades	61
TABLA 12. Rubrica de satisfacción.....	62

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Porcentaje de pacientes con síntomas.....	11
FIGURA 2. Casos diagnosticados de coronavirus en España.....	13
FIGURA 3. Casos de coronavirus notificados cada día en España.....	14
FIGURA 4. Porcentaje de personas con nivel elevado de síntomas de depresión por edad durante el COVID-19.....	33
FIGURA 5. Porcentaje de personas con nivel elevado de síntomas de depresión según el grado de ansiedad causada por COVID-19.....	34
FIGURA 6. Porcentaje de personas con nivel elevado de síntomas de depresión por edad durante el COVID-19.....	35

FIGURA 7. Edades de los participantes de la encuesta.....	37
FIGURA 8. Sexo de los participantes de la encuesta.....	37
FIGURA 9. Pregunta de los síntomas de la depresión.....	39
FIGURA 10. Pregunta de los síntomas de la ansiedad.....	40
FIGURA 11. Gráfico de los síntomas de la depresión.....	43
FIGURA 12. Gráfico de los síntomas de ansiedad.....	45
FIGURA 13. Porcentaje de los participantes a los que les hubiese gustado saber lo que estaban experimentando.....	46
FIGURA 14. Porcentaje de los participantes a los que les hubiese gustado compartir lo que sentían.....	47
FIGURA 15. Porcentaje de participantes a los que les gustaría haber dispuesto de ayuda profesional.....	47
FIGURA 16. Porcentaje de los participantes que creen haber experimentado ansiedad o depresión durante el confinamiento.....	48
FIGURA 17. Porcentaje de participantes que creen que alguien cercano a ellos ha experimentado ansiedad o depresión durante el confinamiento domiciliario.....	49
FIGURA 18. Porcentaje de participantes que les hubiese gustado disponer de una herramienta durante el confinamiento domiciliario, para el control de emociones, ansiedad y depresión.....	49

1. INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo se ha llevado a cabo para realizar el Trabajo Final de Máster (en adelante TFM) del Plan de Estudios del Máster Universitario en Psicopedagogía en la Universidad de Valladolid durante el curso 2020/2021. La tipología elegida para el desarrollo de este trabajo es la elaboración y/o diseño de materiales, programas, instrumentos y otros recursos de carácter práctico relacionados con la titulación, que tengan una finalidad de intervención en un contexto problemático propio del ámbito de la Psicopedagogía.

El desarrollo del presente TFM, ha tenido lugar en un curso académico en modalidad presencial, con la constante incertidumbre de cambiar a la modalidad on-line a causa de la crisis sanitaria producida por la COVID-19 y los constantes rebrotes de contagios por el virus, que podría impedir el desarrollo de nuestra formación de manera normalizada.

Los resultados demuestran que, aunque los niveles de sintomatología han sido bajos en general al principio de la alarma, la población más joven y con enfermedades crónicas ha referido sintomatología más alta que el resto de la población. También se ha detectado un mayor nivel de sintomatología a partir del confinamiento, donde las personas han tenido prohibido salir de sus casas. Se prevé que la sintomatología aumentaría según ha ido transcurriendo dicha situación de confinamiento. Por ello, se ha visto la necesidad de establecer y describir intervenciones psicológicas de prevención y tratamiento para bajar el impacto psicológico que pueda crear esta pandemia (Duan y Zhu, 2020; Inchausti, MacBeth, Hasson-Ohayon y Dimaggio, 2020)

El contexto del proyecto se desarrolla, por tanto, en la realidad provocada por los problemas de índole clínico y sanitario, especialmente en lo que se refiere a la salud mental, factor preponderante generado por la COVID-19, que implica un campo emergente por parte de los profesionales de la Psicopedagogía (Mazurchuk y Mazurchuk, 2020).

La estructura del presente trabajo se basa en cuatro partes:

1º. Determinación de los aspectos que justifican la temática elegida, presentándose los objetivos, tanto generales como específicos que han guiado el proceso de desarrollo.

2°. La fundamentación teórica, analizando las consecuencias psicológicas de tipo social y emocional de la población joven durante la situación generada por la crisis sanitaria de la COVID-19, así como el panorama inherente a la intervención psicopedagógica.

3°. Análisis preexperimental de tipo descriptivo a partir de un estudio analítico en una muestra real de sujetos pertenecientes a la población joven.

4°. Propuesta de intervención psicopedagógica diseñada mediante actividades para la ayuda y atención a las necesidades psicopedagógicas de la población joven detectada.

2. JUSTIFICACIÓN

En marzo de 2020 el virus SARS-CoV-2 procedente de China llegó a España y desde el 14 de marzo se declaró el estado de alarma en todo el Estado español, llevando al confinamiento a toda la población. Esta situación generó situaciones de alto grado de ansiedad y un incremento de los casos de depresión, siendo la población juvenil una de las más perjudicadas (Courtney, Watson, Battaglia, Musant y Szatmari, 2020; Liang, Ren, Cao, Hu, Qin, Li y Mei, 2020).

La realización de diferentes estudios que han medido la ansiedad, estrés y depresión en la población demuestran que, aunque los niveles de sintomatología han sido bajos en general al principio de la alarma, la población más joven y con enfermedades crónicas ha referido sintomatología más alta que el resto de población (Cohen y Bosk, 2020), aspecto que también fue reiterado por el secretario general de las Naciones Unidas, Antonio Guterres, que destacó que los grupos de personas más predispuestos a sufrir ansiedad y depresión a causa de la situación que se estaba viviendo eran los trabajadores sanitarios, personas mayores, adolescentes, jóvenes, las personas con afecciones de salud mental preexistentes y las que están atrapadas en conflictos y crisis (Nicolini, 2020).

Igualmente se detectó un mayor nivel de sintomatología a partir del confinamiento, donde las personas han tenido la prohibición salir de sus casas y realizar actividades de manera rutinaria, además de poder proseguir con sus relaciones sociales y otras actividades de ocio y tiempo libre. Podría ser este hecho lo que generaría que la sintomatología incrementara en

intensidad según fue transcurriendo dicha situación de confinamiento (Orgilés, Morales, Delvecchio, Francisco, Mazzeschi, Pedro y Espada, 2021).

La directora del Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, Déborah Kestel, destacó que se había incrementado el número de personas con problemas de salud mental y con ello se ha experimentado un significativo aumento del número de tasas de suicidio (Camacho, 2021; Dolan y Sánchez, 2020).

Todos estos hechos generan, por tanto, un nuevo escenario en el que el profesional de la Psicopedagogía ha de intervenir con un fin claramente proactivo, tratando de soslayar y decrecer la problemática incidente en la población juvenil, especialmente en lo que se refiere a los procesos psicológicos que pudieren afectar a la realidad social y educativa de dicha población, mejorando su competencial cognitiva, social y emocional (Neme, 2020). Así, pues, el tema central de este TFM es el diseño de una propuesta de intervención psicopedagógica, basada en los resultados obtenidos por un cuestionario “ad hoc” que ha servido de detección analítica de la realidad percibida en cuanto a la ansiedad y depresión sufrida por la población juvenil.

De esta manera el contenido del presente TFM se relaciona con las siguientes competencias generales y específicas propias del Máster Universitario en Psicopedagogía, destacándose las siguientes (ver tabla 1):

TABLA 1.*Relación de competencias del máster con el TFM en Psicopedagogía.*

COMPETENCIAS	MODO ADQUISICIÓN
GENERALES	
Resolver problemas en entornos nuevos o poco conocidos –de forma autónoma y creativa- y en contextos más amplios o multidisciplinares.	Esta competencia está adquirida bajo mi punto de vista, al trabajar en un escenario completamente nuevo y prácticamente desconocido, provocado por la crisis sanitaria de la COVID-19.
Tomar decisiones a partir del análisis reflexivo de los problemas, aplicando los conocimientos y avances de la psicopedagogía con actitud crítica y hacer frente a la complejidad a partir de una información incompleta.	Esta competencia ha sido adquirida bajo mi punto de vista mediante la realización del análisis (ad hoc) y la elaboración del proyecto de intervención.
Responder y actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión, en todos y cada uno de los procesos de intervención.	Desde mi perspectiva esta competencia hace referencia al aprendizaje práctico que nos va a proporcionar tanto las prácticas universitarias como la realización del TFM, el cual nos instruye como futuros profesionales dentro del ámbito de investigación e intervención psicopedagógica que se han propuesto.
Actualizarse de manera permanente en las TIC para utilizarlas como instrumentos para el diseño y desarrollo de la práctica profesional.	Esta competencia ha sido adquirida bajo mi punto de vista debido a que el nuevo escenario producido por la COVID-19, ha propiciado el aumento de la utilización de las TIC en los diferentes ámbitos de nuestra vida, así como el diseño online de la propuesta de intervención y el cuestionario (ad hoc)
ESPECÍFICAS	
Diagnosticar y evaluar las necesidades socioeducativas de las personas, grupos y organizaciones a partir de diferentes metodologías, instrumentos y técnicas, tomando en consideración las singularidades del contexto.	Esta competencia ha sido adquirida bajo mi punto de vista a la hora de analizar los resultados del cuestionario. Así como el nuevo contexto producido por la COVID-19 en el que se desarrolla todo el trabajo.
Asesorar y orientar a los profesionales de la educación y agentes socioeducativos en la organización, el diseño e implementación de procesos y experiencias de enseñanza aprendizaje, facilitando la atención a la diversidad y la igualdad de oportunidades.	Esta competencia se adquiere gracias a la realización del TFM de forma más concreta con la realización con la propuesta de intervención, ya que esto nos permitirá en un futuro asesorar y orientar como profesionales a las personas que deseen participar en un programa de características generales.
Aplicar los principios y fundamentos de la orientación al diseño de actuaciones favorecedoras del desarrollo personal y/o profesional de las personas.	Esta competencia ha sido adquirida bajo mi punto de vista con la creación de la propuesta de intervención, dando respuesta a las personas con ansiedad y depresión, así como aportar herramientas para el control de la ansiedad y depresión
Diseñar, implementar y evaluar prácticas educativas, programas y servicios que den respuesta a las necesidades de las personas, organizaciones y colectivos específicos.	Esta competencia ha sido adquirida mediante la realización de la propuesta de intervención, dando respuesta a las personas con ansiedad y depresión.

Planificar, organizar e implementar servicios psicopedagógicos.	Esta competencia se ha adquirido mediante la realización de la propuesta de intervención, debido a que el desarrollo de esta incluye la planificación y el desarrollo de diferentes actividades.
Analizar, interpretar y proponer actuaciones, teniendo en cuenta las políticas educativas derivadas de un contexto social dinámico y en continua evolución.	Esta competencia ha sido adquirida bajo mi punto de vista, se ha planificado y organizado una propuesta psicopedagógica para un colectivo concreto y para que en un futuro se pueda llevar a cabo.

Nota: Adaptado de la guía docente del Máster en Psicopedagogía de la Universidad de Valladolid. (2020)

3. OBJETIVOS

Los objetivos que se pretenden conseguir con este proyecto son los siguientes:

- 1º. Analizar técnicamente las consecuencias psicológicas de tipo social y emocional de la población joven durante la situación generada por la crisis sanitaria de la COVID-19.
- 2º. Ratificar el análisis técnico anterior a partir de un estudio analítico - descriptivo con una muestra real de sujetos.
- 3º. Diseñar una propuesta de intervención psicopedagógica fundamentada en los aspectos técnicos y estadísticas.

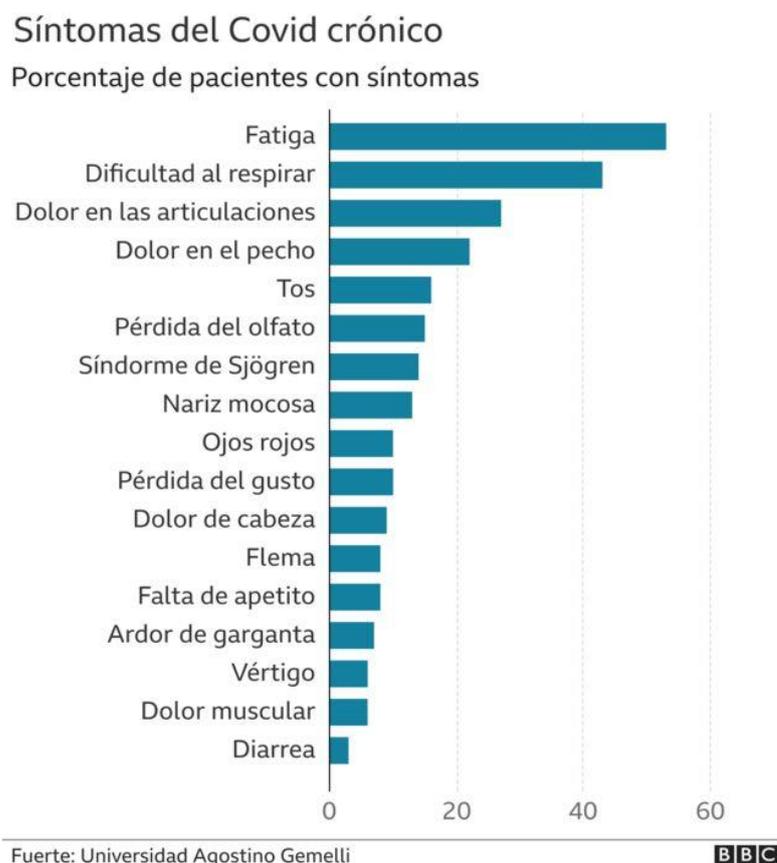
4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

4.1. LA COVID-19 EN ESPAÑA

Los coronavirus se conforman como un grupo familiar de virus que causan enfermedades tanto en los seres humanos como en los animales, siendo en los humanos los causantes de enfermedades y patologías respiratorias muy graves, como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). Es, por ello, que la COVID-19 es un novedoso virus, con una sintomatología diversa, destacándose la fiebre, la tos seca y el cansancio, dolores y molestias neuromusculares, la congestión nasal, el dolor de cabeza, la conjuntivitis, el dolor de garganta, la descomposición, la pérdida del gusto o el olfato y las erupciones cutáneas o cambios de color en los dedos de las manos o los pies (Shimul, Kadir y Ihsan-Ul-Kabir, 2020), pudiéndose analizar gráficamente en el siguiente gráfico cuantitativo (ver figura 1):

Figura 1.

Porcentaje de pacientes con síntomas



Nota: Universidad Agostino Gemelli (2021)

La gran mayoría de los infectados (alrededor del 80%) se recuperan de la enfermedad en su domicilio, sin necesidad de acudir a un centro hospitalario, siendo alrededor de 1 de cada 5 personas las que acaba presentando un cuadro grave y experimenta dificultades respiratorias (OMS, 2019).

El primer caso de COVID-19 en España fue diagnosticado el 31 de enero de 2020 en la isla de La Gomera, este caso se trataba de un paciente con una sintomatología leve e importado, debido a que el paciente ingresado era de procedencia alemana. Nueve días después se detectó un nuevo caso también importado en Palma de Mallorca (Ferrer, 2020), aunque el primer paciente que falleció por COVID-19 tuvo lugar en Valencia el 13 de febrero. Tras esta situación se calcula que las víctimas mortales que ha dejado la pandemia en España ascienden a más de 80.000 fallecimientos, de los cuales más de 51.000 han sido confirmados mediante prueba PCR (Sardín et al., 2020), siendo en su mayoría personas mayores de 65 años. Según el

estudio de seroprevalencia ENE-COVID, uno de cada diez españoles había sido infectado por el virus hasta noviembre de ese mismo año (Sardín et al., 2020).

Ante la gran velocidad de contagios que alcanzó el virus en España, el 14 de marzo el Gobierno español decretó el estado de alarma en todo el territorio nacional, produciéndose así una limitación de la libre circulación de los ciudadanos, reduciéndose a actos esenciales como la adquisición de alimentos y medicamentos, acudir a centros médicos o al lugar de trabajo, en caso únicamente de estricta necesidad, produciéndose como resultado un confinamiento de la población en sus domicilios o lugares de residencia (Ferrer, 2020).

Esta nueva situación denominada “confinamiento” fue adoptada sin problema por la mayoría de la población, no obstante, encontramos casos en que los ciudadanos se saltaban la norma o eran interceptados por realizar diferentes irregularidades para salir (Fernández, 2020).

Ante esta situación se utilizó la ayuda de las fuerzas de seguridad del estado para mantener el control en las ciudades, así como controlar las diferentes vías de comunicación. Otros de los problemas que tuvo lugar con el inicio del confinamiento domiciliario fueron las avalanchas de gente en los supermercados y grandes superficies, por el miedo a quedarse sin alimentos y bienes de primera necesidad, lo cual es destacable decir, no ocurrió en ningún momento, por lo que la población era presa del pánico (Fernández, 2020).

El 28 de marzo tuvo lugar la suspensión de toda actividad laboral presencial no esencial durante quince días. El 2 de abril se registró el mayor número de fallecimientos por coronavirus en un día, llegando a la cifra de 950 muertes. El Congreso de los Diputados ante esta situación fue autorizando sucesivas prórrogas del estado de alarma hasta un total de seis veces (Sardín et al., 2020).

Con la suspensión de toda actividad laboral como se ha mencionado anteriormente, produjo una situación en la que muchos ciudadanos fueron despedidos, o entraron en situación de ERTE, muchos negocios se vieron afectados económicamente por la situación, llegando en ocasiones a la quiebra y viéndose obligados a cerrar sus negocios. (Fernández, 2020).

El 28 de abril comenzó la estrategia de desescalada, teniendo en cuenta las características de cada provincia, dando así lugar a una desescalada asimétrica por provincias. A mediados del mes de junio, España ocupó el quinto lugar en número de casos de COVID-19, dejando por detrás a Estados Unidos, Brasil, Rusia, y Reino Unido, y el sexto país en número de personas fallecidas, por detrás de Estados Unidos, Brasil, Reino Unido, Italia y Francia (Sardín et al., 2020).

El 21 de junio, tras haber pasado 98 días, finaliza el estado de alarma, por lo que España pasa a tener una nueva situación, denominada en los medios y en las redes “nueva normalidad”, si bien durante el verano se dio un aumento de casos, existiendo rebrotes en distintos lugares del país que no pudieron ser controlados, generándose transmisiones comunitarias y en masa, España entró en la llamada “nueva normalidad”. A lo largo del verano, sin embargo, se produjeron una serie de rebrotes en distintos lugares del país, los cuales no pudieron ser controlados, dando lugar así a una transmisión comunitaria (Sardín et al., 2020).

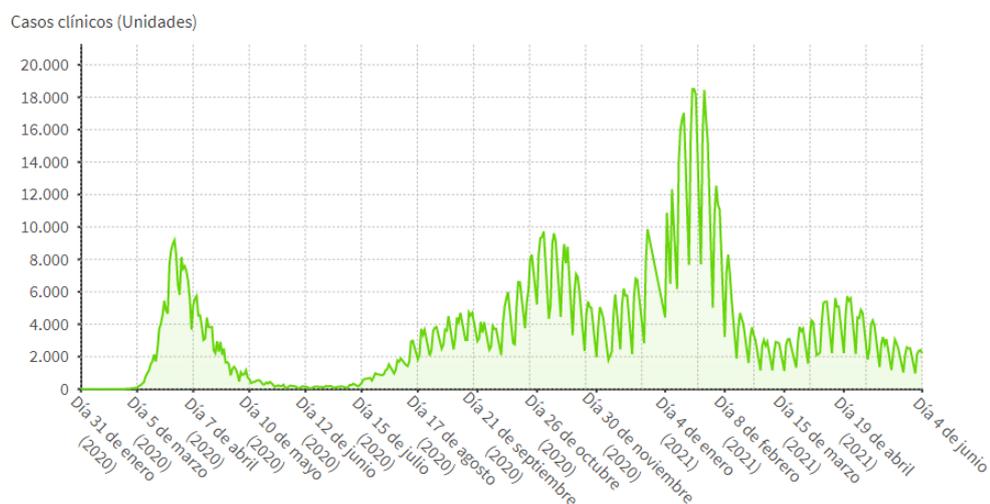
Posteriormente, hacia el 21 de octubre en España se ha llegado a superar el millón de contagios, decretándose por el Gobierno un nuevo estado de alarma para así poder hacer frente a la segunda ola de contagios, destacándose entre las medidas el toque de queda nocturno, dejando en manos de los gobiernos autonómicos las medidas de contención, alargándose el estado de alarma hasta el 9 de mayo de 2021 (Sardín et al., 2020).

A día 6 de junio de 2021, los datos estadísticos en España por COVID-19 son los siguientes (Google Noticias, 2021): 3.697.981 casos de coronavirus; 80.196 fallecidos; 28.752.570 dosis administradas; 10.257.209 personas que han recibido la dosis completa.

En las siguientes figuras (2 y 3) se puede apreciar la evolución de los casos diagnosticados por Coronavirus en España:

Figura 2

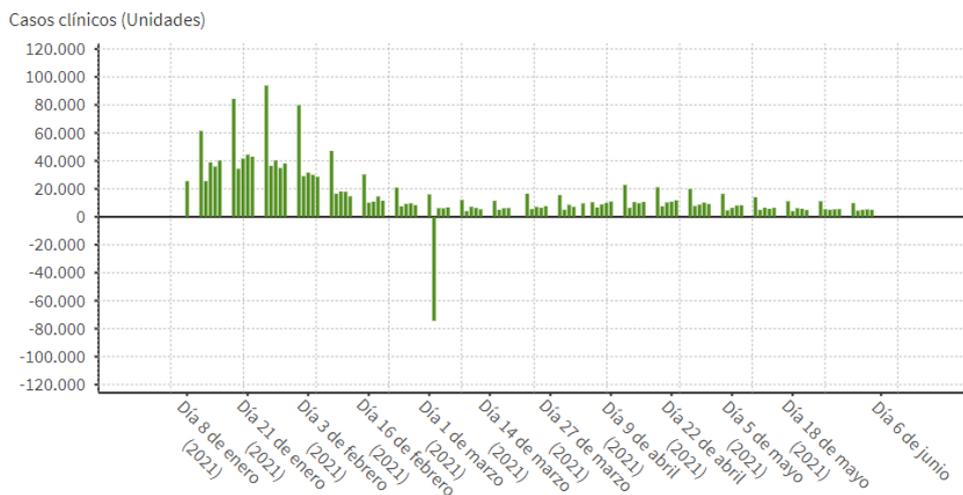
Casos diagnosticados de coronavirus en España



Nota: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2021)

Figura 3

Casos de coronavirus notificados cada día en España



Nota: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2021)

4.2. CASOS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESPAÑA PRE-COVID-19

4.2.1 ¿Qué es la depresión y la ansiedad?

Tanto la ansiedad como la depresión se consideran categorías diagnósticas diferentes, pero suelen estar estrechamente relacionadas. La explicación más clara y concisa hace referencia a que se la depresión que surge de la situación en el que el sujeto intenta desesperadamente solucionar un problema. La solución de dicho problema supone un esfuerzo que genera una ansiedad que se va aumentando a medida que el sujeto observa que no se puede solucionar el problema (Arranz y Malla, 1986).

En ese momento aparece la depresión, pero lógicamente el sujeto no abandona sus intenciones de solucionar el problema, por lo cual la ansiedad persiste relacionada a la depresión. Cuando se da esta situación de asociación para el tratamiento, se tiene que definir el problema pendiente para poder iniciar el tratamiento psicológico (Arranz y Malla, 1986).

La depresión es un trastorno mental frecuente, que esta caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2017).

La depresión puede llegar al punto llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente la actividad laboral o escolar y así como afectar también a la capacidad para afrontar la rutina del día a día. En sus situaciones más graves, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, por el contrario, si adopta un carácter moderado o grave puede que sea necesario el uso de medicamentos y psicoterapia profesional (OMS, 2017).

En la siguiente Tabla (2) se muestran los síntomas más frecuentes de la Depresión:

TABLA 2

Síntomas de la depresión

<i>SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN</i>
<i>Persistente estado de ánimo triste, pleno de ansiedad o “sin sentido”</i>
<i>Cambios en los hábitos de sueño</i>
<i>Reducción del apetito y pérdida de peso o aumento del apetito y aumento de peso</i>
<i>Insatisfacción y desinterés por actividades que antes disfrutaba, incluyendo el sexo</i>
<i>Inquietud o irritabilidad</i>
<i>Síntomas físicos persistentes que no responden a tratamiento, tal como dolor crónico o trastornos digestivos</i>
<i>Dificultad para concentrarse en el trabajo o la escuela, o dificultad para recordar cosas o tomar decisiones</i>
<i>Fatiga o pérdida de energía</i>
<i>Sentimientos de culpa, desesperanza o inutilidad</i>
<i>Pensamientos de suicidio o muerte</i>

Nota: Mental Health America, (s.f.)

La ansiedad es un sentimiento de miedo, temor e inquietud, que puede hacer que las personas que padecen ansiedad experimenten sudores, se sienten inquietos, tensos, y tengan palpitaciones, y si ésta persiste de una forma continua en el tiempo, pasamos a hablar del denominado trastorno de ansiedad (Stein y Stein, 2008), que son afecciones en las que los síntomas pueden interferir con las actividades de la rutina diaria del sujeto, como la actividad laboral, la actividad escolar y las relaciones sociales tanto con familiares como con amigos

(MedinePlus, 2021). En la Tabla 3 quedan recogidas los principales signos y síntomas de la ansiedad:

TABLA 3

Signos y síntomas de la ansiedad

<i>Signos y síntomas de la ansiedad</i>
Sensación de nerviosismo, agitación o tensión
Sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe
Respiración acelerada (hiperventilación)
Sudoración
Temblores
Sensación de debilidad o cansancio
Problemas para concentrarse o para pensar en otra cosa que no sea la preocupación actual
Tener problemas para conciliar el sueño
Padecer problemas gastrointestinales (GI)
Tener dificultades para controlar las preocupaciones
Tener la necesidad de evitar las situaciones que generan ansiedad

Nota: MayClinic (2018)

Existen varios tipos de trastorno de ansiedad, que según MayClinic (2018), se pueden sintetizar en los siguientes: agorafobia, trastornos de ansiedad causado por una enfermedad, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, mutismo selectivo, trastorno de ansiedad por separación, trastorno o fobia sociales, las fobias específicas, el trastorno de ansiedad inducido por sustancia, así como otro tipo de trastorno de ansiedad no específico.

4.2.2 Personas con depresión y ansiedad en España anteriores a la COVID-19

En España 1 de cada 10 adultos tiene problemas de salud mental y 1 de cada 100 niños tienen un problema de salud mental, siendo las mujeres las que muestran unas cifras de casi el doble que los hombres, y por el contrario los niños más que las niñas, según datos de la Encuesta Nacional de Salud de España de 2017 (Ministerio de Sanidad, 2017). Entre las características principales de las afecciones de esta población destacan:

- a) Deterioro cognitivo (3 de cada 10 personas de 65 y más años, sin contar las institucionalizadas).
- b) Dependencia de consumo de antidepresivos (1 de cada 10 personas).

- c) Asistencia al servicio de salud mental (1 de cada 20), a pesar de que en algunos casos (1 de cada 100) no pudiera acceder a la atención médica por razones económicas.

Según la OMS (2017) España es el cuarto país de Europa con más casos de ansiedad y depresión en su población, existiendo más de 2 millones de personas diagnosticadas en nuestro contexto.

Sobre la tendencia de los casos en cuanto al género las mujeres se ven más afectadas por la depresión en la gran mayoría de los países de Europa, con un 5,1% frente al 3,6% de los hombres y la incidencia es aún mayor en mujeres menores de 29 años o mayores de 55, agravándose con ciertas situaciones como la pobreza, el desempleo o algunos hábitos como el consumo de drogas, la adicción al tabaco o alcohol (OMS, 2017).

En España la depresión es más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%), según datos de la Encuesta Nacional de Salud, de 2017, que explican que la prevalencia de depresión es el doble entre quienes se encuentran en situación de desempleo (7,9%) y los que están trabajando (3,1%).

En población infantil mundial la OMS (2017) calcula que un 2% de los niños de 6 a 12 años sufre depresión, y en el caso de los preadolescentes de 12 a 14 años oscila entre el 4 y el 6%. En el caso concreto de España, la prevalencia de trastornos mentales como la depresión y la ansiedad es del 0,6%, según la Encuesta Nacional de salud (2017).

En este contexto se destaca la investigación llevada a cabo por Camuñas, Mavrou y Miguel-Tobal (2019), que tuvo la finalidad de analizar la ansiedad y la depresión. Dicha investigación consta de una muestra en la que participó un total de 229 sujetos de nacionalidad española (125 mujeres y 104 varones), de edades que oscilan entre los 18 y los 59 años. De estos participantes, 175 de los sujetos eran trabajadores de distintas áreas laborales y 54 eran estudiantes (31 de ellos estudiantes de psicología y 23 de otras ramas como trabajo social o terapia ocupacional). Los grupos que se formaron equiparando el sexo y la edad (Camuñas et al., 2019).

En esta prueba se evaluó las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de la ansiedad ante distintas situaciones, dándole importancia a los siguientes signos: ansiedad ante

la evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana (Camuñas et al., 2019).

Los resultados de los análisis correlacionales y los modelos de regresión efectuados sacaron a la luz conclusiones sobre asociaciones fuertes entre los diferentes síntomas que componen la ansiedad y la depresión, sin embargo, también se encontró correlación en los componentes de ambos. Además, se predijo de manera significativa la ansiedad y la depresión, sobre todo a nivel cognitivo, en mujeres y varones, por el estilo atribucional negativo. (Camuñas et al., 2019).

Como resultado de este estudio, realizado previamente a la aparición de la COVID-19, se llegó a la conclusión de que el elemento común que se repite tanto en la ansiedad como en la depresión es la «emocionalidad negativa», la cual es un estilo atribucional característico relacionado con un constructo más amplio, que abarca tanto la depresión como la ansiedad (Camuñas et al., 2019).

Tal y como se muestra en la Tabla 4 se pueden observar los valores descriptivos de las medidas de autoinforme de la ansiedad, depresión y del estilo de atribucional, recogidos por Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología, previamente también a la aparición de la COVID-19.

TABLA 4

Valores descriptivos de las medidas de autoinforme de ansiedad, depresión y estilo atribucional

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	Asimetría	Curtosis
ISRAC	Mujeres	125	74.70	32.80	0.16	-0.83
	Varones	104	62.14	30.13	1.04	1.20
	Total	229	68.99	32.16	0.52	-0.34
ISRAF	Mujeres	125	45.39	25.49	0.74	0.14
	Varones	104	34.49	26.93	1.23	0.97
	Total	229	40.44	26.66	0.88	0.24
ISRAM	Mujeres	125	52.39	30.61	0.55	-0.34
	Varones	104	38.99	31.55	1.28	1.52
	Total	229	46.31	31.69	0.81	0.15
ISRAT	Mujeres	125	173.62	77.42	0.10	-0.80
	Varones	104	136.33	83.74	1.36	1.73
	Total	229	156.68	82.30	0.63	-0.13
STAIR	Mujeres	125	22.77	9.78	0.40	-0.52
	Varones	104	20.10	10.70	0.50	-0.30
	Total	229	21.56	10.27	0.38	-0.43
BDI	Mujeres	125	6.90	5.90	1.27	1.74
	Varones	104	7.34	7.26	1.20	0.63
	Total	229	7.10	6.54	1.26	1.18
CTDC	Mujeres	125	22.50	15.25	1.13	0.73
	Varones	104	21.91	20.66	1.54	2.30
	Total	229	22.24	17.87	1.43	2.19
CTDF	Mujeres	125	14.10	9.05	0.65	-0.28
	Varones	104	14.25	11.33	1.32	2.11
	Total	229	14.17	10.13	1.08	1.49
CTDM	Mujeres	125	14.18	8.68	0.53	-0.47
	Varones	104	15.95	11.39	1.01	0.91
	Total	229	14.99	10.02	0.92	0.91
CTDT	Mujeres	125	50.78	30.07	0.77	-0.19
	Varones	104	52.12	41.15	1.40	2.01
	Total	229	51.39	35.45	1.25	1.90
ASQ PI	Mujeres	125	7.17	1.81	0.04	-0.19
	Varones	104	7.18	2.24	0.23	-0.51
	Total	229	7.17	2.01	0.16	-0.30
ASQ CN	Mujeres	125	11.18	2.34	-0.20	0.27
	Varones	104	11.34	2.74	0.52	0.82
	Total	229	11.25	2.52	0.23	0.71
ASQ PNI	Mujeres	125	9.61	1.62	-0.63	0.61
	Varones	104	10.13	1.54	0.13	-0.41
	Total	229	9.84	1.60	-0.33	0.41
ASQ CP	Mujeres	125	14.62	1.95	-0.38	1.10
	Varones	104	15.24	2.03	0.03	-0.18
	Total	229	14.90	2.01	-0.16	0.51

Nota: ISRAC: ISRA Cognitivo, ISRAF: ISRA Fisiológico, ISRAM: ISRA Motor, ISRAT: ISRA Total, STAIR: STAI Rasgo, CTDC: CTD Cognitivo, CTDF: CTD Fisiológico, CTDM: CTD Motor, CTDT: CTD Total, PI: Puntuación de indefensión, CN: Compuesto negativo, PNI: Puntuación de no indefensión, CP: Compuesto positivo

Nota: Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (2019).

4.2.3 Técnicas de intervención psicopedagógica ante la ansiedad y la depresión.

De manera genérica se hace preciso primero centrar el concepto de la intervención psicopedagógica, que puede ser entendida como un proceso que tiene como objetivo ayudar al

sujeto al que va dirigido a resolver los diferentes problemas que se le plantean en distintos ámbitos de su vida. La intervención psicopedagógica dirigida a los trastornos de ansiedad y depresión engloba un conjunto amplio de principios conceptuales, teóricos y prácticos, así como metodologías, que hacen posible que se puedan llevar a cabo diferentes medidas necesarias como planes preventivos, de apoyo o correctivos, proyectados desde diferentes áreas y modelos que buscan la mejora socioemocional y funcional de los sujetos (Álvarez, Aguilar y Lorenzo, 2012; López et al., 2006).

La ansiedad y la depresión se manifiestan a través de tres vías diferentes (Vázquez et al., 2010):

Cognitiva-Emocional, esta vía hace referencia a lo que se piensa y se siente: anticipaciones, preocupaciones, temores, inseguridades, sentimientos negativos sobre nosotros mismos...

Fisiológica, hace referencia a las manifestaciones corporales: sudoración, temblores, molestias estomacales, opresión en el pecho, mareos...

Conductual, hace referencia a lo que el individuo hace, a las reacciones: mordernos las uñas, comer en exceso, fumar, evitar situaciones...

Álvarez y Bisquerra (1997) son los autores que mejor han resumido y definido los diferentes modelos de intervención psicopedagógica, los cuales a lo largo de los años han pasado por diferentes clasificaciones, a continuación, se muestran tres modelos los cuales son los más referentes a la hora de llevar a cabo intervenciones psicopedagógicas con personas que padecen ansiedad y depresión:

- Modelo de counseling o modelo clínico: este modelo concibe la orientación como un proceso clínico en el que prima la relación orientador-orientado, dando un gran peso a la atención individualizada y atención directa siendo esta el eje central del proceso de orientación, centrándose en las diferentes necesidades del sujeto (López et al., 2006).
- Modelo de consulta: este modelo se utiliza para posibilitar la adquisición de conocimientos y habilidades para resolver los diferentes problemas existentes,

mediante una acción indirecta caracterizada por carácter preventivo y de desarrollo, este modelo otorga gran importancia al contexto en el que se desenvuelve el sujeto (López et al., 2006).

- **Modelo de programas:** es uno de los modelos más aceptados en la intervención psicopedagógica, esto se debe en parte a su carácter preventivo, globalizador, comprensivo, crítico, ecológico y reflexivo. Otro de los motivos por los que es el modelo más aceptado, es porque su característica principal se basa en ser contextualizado y dirigido a todos los contextos, mediante una intervención directa y grupal de carácter preventivo y de desarrollo. Este modelo ve los trastornos como el resultado de la relación del sujeto con su entorno sociocultural, y su finalidad es desarrollar y potenciar las competencias y habilidades en el sujeto para que se desenvuelva en su entorno sociocultural de una forma positiva y enriquecedora (López et al., 2006).

Estos tres modelos servirán de utilidad para la intervención psicopedagógica en la ansiedad y la depresión, recomendándose su uso de manera combinada y atendiendo siempre a las necesidades de los sujetos y del contexto. Tal vez, la mayor tradición psicopedagógica concede importancia al modelo de counseling porque permite atender de manera directa e individualizada los problemas de los sujetos, sin embargo, se ha de mencionar de manera destacada el modelo de programas, que permite una sistematización de actuaciones, además de poder ser desarrollado por otros profesionales (de la Oliva et al., 2005)

A lo largo de la historia el enfoque psicopedagógico se ha reconocido como el primero en dar el paso para el desarrollo en técnicas grupales. Estas intervenciones tienen como objetivo principal ayudar a sus sujetos a mejorar sus estrategias en manejo de los problemas reales que estén afectando a sus vidas y en el desarrollo de su rutina diaria o en el desarrollo de ciertas actividades (Martínez, 2001).

4.2.4 Instrumentos de evaluación la ansiedad y la depresión

A continuación, se van a exponer una gran variedad diferentes instrumentos y herramientas para medir y detectar la ansiedad y la depresión en los sujetos que creen padecerla

Las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés

La relación que existe entre depresión y ansiedad es un tema que se ha ido repitiendo en la historia de la investigación de la salud mental. Las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), la cual tiene una versión abreviada llamada DASS-42, ha sido creada para explicar la diferencia y la sobreposición de la ansiedad y la depresión, es decir, diferenciar la existencia de ambas si así se diese en el mismo sujeto (Valencia, 2019).

No obstante, diferentes investigaciones declaran que las DASS-21 miden de forma predominada un factor general de malestar emocional. Como conclusión de las DASS-21 se ha llegado a que tanto la ansiedad como la depresión tiene en común un síntoma denominado el malestar emocional (Valencia, 2019).

La necesidad de identificar los procesos que tiene en común, como los que se diferencian de la depresión y la ansiedad ha sido un tema en el que varios autores han hecho hincapié (Eysenck y Fajkowska, 2018).

El llamado modelo tripartito es una de las propuestas a partir de la cual se ha generado gran número de investigaciones (Clark y Watson, 1991).

De acuerdo con este modelo, tanto la depresión como la ansiedad comparten una dimensión común denominada afecto negativo, la cual se caracteriza por experimentar de una forma global mal estar general. La ansiedad y la depresión poseen una dimensión específica cada una de manera independiente, a pesar de compartir esta dimensión la una con la otra (Watson y Clark, 1984).

En el caso de la depresión, se puede observar la existencia de bajo afecto positivo o anhedonia, es decir, desinterés por el entorno que les rodea y una falta de activación conductual, dejando de realizar incluso actividades placenteras para el sujeto antes de la aparición de la depresión. (Clark y Watson, 1991).

En la ansiedad, por otra parte, lo que da lugar a esta diferencia es dado por una dimensión de hiperactivación fisiológica, la cual consiste en un aumento de la reactividad autonómica y la cual se puede observar mediante los denominados ataques de pánico (Brown, et al., 1997).

Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995), forman parte de un solo cuestionario, el cual incluye siete ítems que se presentan por escala. Se presenta al evaluado una serie de posibles situaciones de malestar emocional y se le pide señalar con qué frecuencia experimenta cada una de ellas durante la última semana. El instrumento ofrece cuatro opciones de respuesta en escala Likert, ordenadas del 0 (No describe nada de lo que me pasa o sentí en la semana) al 3 (Sí, esto me pasa mucho, o casi siempre) (D. Valencia, 2019).

Para resumir, según el DASS-21, la ansiedad y la depresión comparten una dimensión general, como se ha comentado anteriormente (el afecto negativo), pero poseen, también, un aspecto específico individual a cada una de ellas, las cuales son en cada caso la hiperactivación fisiológica en el caso de la ansiedad y el bajo afecto positivo en el caso de la depresión (Clark y Watson, 1991).

Los ítems utilizados en esta escala han sido nombrados como los más representativos y eficaces por distintos autores (Osman et al., 2012; Shaw et al., 2016).

Beck Depression Inventory

El objetivo para el que ha sido creado esta prueba es detectar la existencia de síntomas de depresión, así como cuantificar la gravedad de estos, en el caso de haberlos. El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es una de las pruebas más utilizadas, la cual cuenta con traducciones en castellano reconocidas en España para sus diferentes versiones, desde la original de 1961, hasta la versión más reciente de 1996 o segunda edición (BDI-II), adaptada por Sanz et al. (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2019).

El BDI-II es una prueba en la que el sujeto se la puede aplicar a sí mismo, es decir, auto aplicable, la cual esta forma por 21 ítems y en cada uno de ellos la persona tiene que elegir, entre cuatro alternativas de una escala Likert ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que más se adecue a su estado durante las últimas dos semanas. Cada ítem recibe un valor de 0 a 3 puntos dependiendo de la opción escogida y, tras la suma de los diferentes ítems, se obtiene una puntuación que oscila entre 0 y 63 (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2019).

En cuanto a la versión anterior (BDI-IA), el BDI-II realizó una serie de cambios en la que se añadieron y eliminaron ítems, como el incluir el ítem de pérdida de peso, agitación, experimentar sentimientos de inutilidad, dificultad de concentración y pérdida de energía, así como, por otra parte, eliminar los ítems de la imagen corporal, preocupación somática y dificultades en el trabajo (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2019).

Otro de los cambios tuvo que ver con la modificación de los ítems de pérdida de apetito e insomnio para poder evaluar tanto las existencias disminuciones de peso como los aumentos de este y se añadieron modificaciones en varias de las afirmaciones utilizadas para así poder valorar y evaluar un abanico más amplio síntomas. Por otro lado, se extendió a dos semanas el tiempo para poder medir la presencia e intensidad de los síntomas depresivos. (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2019).

A continuación, en la tabla 5, se muestran las puntuaciones de corte utilizados en la escala BDI

TABLA 5

Puntuaciones de corte y descriptores del BDI

	Mínima	Leve	Moderada	Grave
BDI-II original ⁸¹	0-13	14-19	20-28	>29
Adaptación española ⁸⁵	0-13	14-18	19-27	>28
APA 2000	0-9 (no depresión)	10-16	17-29	>30
NICE 2009	0-9 (no depresión)	10-16 (subclínica)	17-29 (leve-moderada)	>30 (moderada-grave)

Nota: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (2019)

Hamilton Rating Scale for Depression

La de Hamilton para la depresión (HRSD o HAM-D, *Hamilton Rating Scale for Depression*) es una escala de carácter heteroaplicable la cual fue diseñada para medir y evaluar la intensidad o gravedad de la depresión por clínicos, esta escala hoy en día es una de las más

empleadas para seguir la evolución de los síntomas depresivos (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2019).

La evaluación se realiza en el momento en el que es aplicada, a excepción de algunos ítems, como por ejemplo los que hacen referencia al sueño, cuya evaluación se realiza los dos días anteriores al resto (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2019).

La versión original tuvo su fecha de publicación en 1960 y está formada por 21 ítems. El mismo autor realizó posteriormente dos versiones más breves, la primera formada por 17 ítems, otra más breve formada de 6 ítems de humor deprimido, sentimientos de culpa, trabajo y actividades, inhibición, ansiedad psíquica y síntomas somáticos, siendo extraídos estos ítems de la versión mencionada anteriormente por 17 (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2019).

En 1986 tuvo lugar la validación de la versión española, después de esta fecha se realizó una evaluación comparativa de las versiones 6, 17 y 21. (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2019)

Sumando las diferentes puntuaciones obtenidas de cada ítem, la escala de Hamilton proporciona una puntuación global cuyo resultado hace referencia a la gravedad del cuadro depresivo que presenta el sujeto. También se puede obtener la puntuación de tres factores o síntomas, sumando los resultados de los ítems que los forman, siendo estos, la melancolía y la ansiedad y por último los relacionados con el sueño. No existen puntos de corte definidos para obtener las puntuaciones en estos factores, lo cual se puede observar en la tabla 6 que se muestra a continuación (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2019).

TABLA 6

Puntuaciones de corte y descriptores de la escala Hamilton

APA 2000	No depresión	Leve	Moderada	Grave	Muy grave
NICE 2009	No depresión	Subclínica	Leve	Moderada	Grave
Puntuación	0-7	8-13	14-18	19-22	>23

Nota: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (2019)

Montgomery Asberg Depression Rating Scale

La *Montgomery Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) evalúa la gravedad de los síntomas de la depresión a través de una entrevista heteroaplicada a través de 10 ítems (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2019).

Los síntomas forman los ítems de la escala tristeza aparente, tristeza referida, tensión interna, disminución de sueño, disminución de apetito, dificultades de concentración, laxitud, incapacidad para sentir, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2019).

La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6 puntos y para asignar la puntuación, el profesional que utiliza esta herramienta puede utilizar información extraída de fuentes distintas al paciente, como su entorno o seres cercanos. (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2019).

La ventaja respecto a la HRSD es el no estar contaminada por ítems que evalúan ansiedad, no obstante, sigue habiendo varios ítems que hacen referencia a síntomas somáticos o vegetativos lo que hace más difícil la aplicación de esta, en pacientes que experimentan sintomatología física predominante, porque puede dar lugar a error, por creer que los resultados son producidos por la depresión, cuando lo están siendo por la ansiedad (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2019).

En 2002 es la fecha de la validación de la versión en español. La última semana o los tres últimos días hacen referencia al tiempo estipulado para aplicar la evaluación (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2019).

Una progresión adecuada se da cuando existe una disminución igual o mayor al 50% de la puntuación que se ha obtenido en un principio, la respuesta intermedia, es del 25% y 49% y la no respuesta, como una disminución de menos del 25%. Se considera que se ha alcanzado la remisión cuando la puntuación es mayor o igual 8-12 (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2019).

La suma de las puntuaciones asignadas en cada uno de los ítems da como resultado la puntuación final, oscilando esta entre 0-60. Los puntos de corte no están definidos pero los recomendados son los que se muestran en la tabla 7 que aparece a continuación (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2019).

TABLA 7

Puntos de corte recomendados y descriptores de la escala MADRS

	No depresión	Leve	Moderada	Grave
Puntuación de corte recomendados	0-6	7-19	20-34	35-60
Otros puntos de corte en ensayos clínicos	0-12	13-26	27-36	37-60

Nota: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (2019)

Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)

El CECAD está compuesto por 50 elementos, es un cuestionario que está dirigido a evaluar los llamados trastornos internalizados o trastornos de la emoción como la depresión y la ansiedad.

Cuando una de estas dos dimensiones tiene una puntuación elevada, quiere decir que existe un trastorno emocional, en el cual su tratamiento debería de ser complementario con la información anterior y la información recogida por las puntuaciones adicionales anteriormente, como la inutilidad, irritabilidad, los problemas de pensamiento y los síntomas psicofisiológicos (Lozano et al., 2013).

La población a la que va dirigido son los niños, los adolescentes y los jóvenes adultos, no obstante, es aplicable de los 7 a los 80 años. Los ítems son fáciles de comprender con una lectura rápida. Es muy recomendable aplicarlo de forma oral o mediante dictado en niños pequeños o en cualquier sujeto con problemas en la lectura. El tiempo de aplicación oscila entre los diez y los veinte minutos (Lozano et al., 2013).

Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión. (CET-DE)

El CET-DE es un cuestionario que debe ser aplicado por un entrevistador, el cuestionario está formado por 63 ítems que recoge la existencia de los síntomas depresivos divididos en cuatro dimensiones autónomas: el humor depresivo, la anergia o vaciamiento energético, la comunicación o falta de sociabilidad y la ritmopatía o distorsión de los ritmos biopsíquicos, particularmente haciendo referencia a los ritmos circadianos. Los resultados del conjunto de estas cuatro dimensiones se pueden representar en forma de un perfil o un diagrama, recibiendo este el nombre de depresograma. Esta herramienta es aplicable a personas mayores de 12 años, con un intervalo de aplicación de 10 a 15 minutos (Alonso, 2011).

El CET-DE a pesar de ser una prueba que evalúa diferentes dimensiones no deja de ser una prueba homogénea y unitaria, debido a que el resultado que se obtiene de ella es un resultado global, sin olvidarnos de que todos sus ítems hacen referencia al eje semiológico o plano (Alonso, 2011).

Por otro lado, encontramos la escala ETD (escala tetradimensional de la depresión) se utiliza para realizar el seguimiento de la depresión mediante la aplicación continua de esta, normalmente en un espacio de tiempo que abarca de dos semanas a dos meses (Alonso, 2011).

Inventario de Depresión Estado/Rasgo. (IDER)

El IDER es un inventario muy breve, el cual está formado por 20 elementos, el cual es aplicable a la población adolescente, joven y adulta, con un tiempo de aplicación que oscila entre los 7 y los 10 minutos, cuya finalidad es, evaluar por una parte el grado de afectación, al cual podemos hacer referencia como al estado del sujeto y por otra la frecuencia de ocurrencia, la cual podemos determinar como rasgo, que el sujeto muestra en relación con los componentes afectivos de la depresión (Buela-Casal y Agudelo, 2021).

Además, los elementos de la prueba están diseñados para apreciar tanto la presencia de depresión, la denominada distimia, así como la ausencia de ésta, denominada eutimia (Buela-Casal y Agudelo, 2021).

Se trata por tanto de una herramienta tanto breve como de fácil aplicación, que subsana muchas de las limitaciones que tienen algunos de los instrumentos anteriores y que es muy útil para ayudar al diagnóstico de la depresión y no solo eso, sino que también como instrumento de investigación (Buela-Casal y Agudelo, 2021).

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. (ISRA)

El ISRA pretende ser un instrumento preciso de evaluación de las respuestas cognitivas de ansiedad, y ser un primer detector de las respuestas tanto fisiológicas y motoras ante situaciones específicas que puedan mostrar los diferentes sujetos con ansiedad, el cual es aplicable a sujetos mayores de 16 años, con un tiempo estimado de aplicación de 50 minutos (Tobal y Cano, 2021).

El primer factor que hace referencia a la situación del sujeto o el rasgo específico de ansiedad ante situaciones que implican evaluación o que el sujeto deba asumir responsabilidades abarca escenarios y contextos en las que el sujeto realiza alguna actividad o acto por la cual puede ser evaluado o criticado (Tobal y Cano, 2021).

El segundo factor se agrupan las situaciones que hacen referencia a los escenarios sexuales y de interacción social. El tercero es un factor situacional o rasgo específico de ansiedad ante situaciones fóbicas (Tobal y Cano, 2021).

Y, por último, en cuarto lugar, se encuentra el factor que hace referencia a situaciones habituales o de la vida cotidiana, comunes a la rutina diaria del sujeto (Tobal, Cano, 2021).

La tarea del sujeto consiste en expresar la frecuencia con las que experimenta una serie de distintas respuestas o conductas de ansiedad cuando se exponerse a distintas situaciones (Tobal y Cano, 2021).

De cara a la evaluación, este instrumento nos facilita una información más detallada, concisa y completa al evaluar situaciones, respuestas, interacción entre ambas, así como los tres sistemas de respuesta por separado (Tobal y Cano, 2021).

En cuanto al tratamiento, brinda la oportunidad de una entrevista previa la cual nos dé las instrucciones necesarias sobre las situaciones más problemáticas que el sujeto experimenta, respuestas a modificar y tratamientos más indicados para el caso en concreto (Tobal y Cano, 2021).

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

El cuestionario STAI es aplicable a la población adolescente y adulta, con un tiempo de aplicación aproximado de unos 20 minutos, tiene como objetivo el evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad, para evaluar cada dimensión se utilizarán 40 cuestiones, 20 cuestiones con cada una:

Ansiedad como estado (A/E): evalúa un estado emocional de carácter transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, los cuales son conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo (Buela-Casal et al., 2021).

Ansiedad como rasgo (A/R): señala una predisposición a experimentar un comportamiento ansioso, relativamente estable, la cual caracteriza a los sujetos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras para sí mismos (Buela-Casal et al., 2021).

4.3. SITUACIÓN ACTUAL DE CASOS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESPAÑA

Un estudio, el cual recibe el siguiente nombre 'Psicología y terapia online en España en la era del Covid-19' ha sido realizado por los psicólogos que pertenecen a la sede online llamada iFeel afirma que los casos de ansiedad y depresión han sufrido un aumento en la población española, desde que comenzó de la pandemia, y a causa de ello el confinamiento domiciliario, habiendo participado una muestra de 200.000 sujetos, el cual revela un aumento de un 168,6%

de las consultas desde que el estado de alarma comenzó. Por otra parte, las consultas dedicadas a tratar a los síntomas asociados a la depresión subieron un 80,9% (Zamorano, 2020).

Rafael San Román, psicólogo y autor del estudio, afirma lo siguiente respecto a la situación vivida; cuando nos referimos a la crisis sanitaria no solo se hace referencia las circunstancias y síntomas físicos de la población, si no que hace referencia también a la salud mental, la cual es un indicador de salud de la población. A pesar de que la ansiedad es algo asociado con situaciones desagradables, es un conjunto de sensaciones con las que todas las personas deben de enfrentarse al menos una vez en la vida, al experimentar diferentes circunstancias. La ansiedad esta vinculada con diferentes emociones como el miedo y la inquietud, pero a su vez también va acompañado de síntomas físicos (Zamorano, 2020).

El trastorno se da, cuando esta situación se prolonga en el tiempo sin motivo aparente o sin desencadenante de ello (Zamorano, 2020).

Un pensamiento común en la sociedad que vivimos es pensar que la depresión es provocada por una situación del pasado dolorosa. No obstante, San Román, explica que las personas que sufren depresión se ven inmersas en una vorágine de sentimientos, emociones y situaciones negativas y desagradables, incluso afectando así en las relaciones sociales del sujeto haciendo que este se desconecte de ellas, así como dejar de realizar actividades con las que anteriormente disfrutaba. Esto se debe a que el sujeto no ve solución al problema, por lo que le crea desesperanza, no se trata de experimentar una etapa de tristeza puntual, si no una forma de enfrentarse a la vida. A pesar de que la gente que padece depresión pueden ser personas funcionales, en varias ocasiones están dejan de lado sus responsabilidades afectando en medida a su actividad laboral o escolar (Zamorano, 2020).

La COVID-19 afecta negativamente sobre la salud mental de la población en general, y en particular teniendo una mayor repercusión negativa, sobre los grupos poblacionales que son más vulnerables, destacando entre ellos, jóvenes, personas consumidoras de drogas y aquellas personas las cuales padecían de enfermedades que afectan a la salud anteriores a la pandemia. La incertidumbre que acompaña a este virus, añadiendo los efectos del distanciamiento social, el aislamiento y el confinamiento domiciliario, pueden agravar los efectos negativos a la salud mental de la población; esta situación lógicamente afecta también al personal sanitario (Hernández, 2020).

El pasado mayo de 2020, Carmen Valiente, Carmelo Vázquez, Vanesa Peinado, Alba Contreras Almudena Trucharte realizaron un estudio técnico en el que se aborda la ansiedad y la depresión en la población española ante la situación vivida por la COVID-19

La muestra la formaron un total de 2.070 sujetos, pertenecientes al panel de Sondea, para proporcionar una muestra proporcional a las cuotas de población española (INE Padrón a 1 de enero de 2019) en función del sexo, grupos de edad y Comunidad Autónoma, la edad de los sujetos abarca de los 18 a los 75 años (ANEXO 1).

A continuación, podemos observar en la siguiente tabla el perfil sociodemográfico del estudio anteriormente mencionado.

TABLA 8

Perfil sociodemográfico

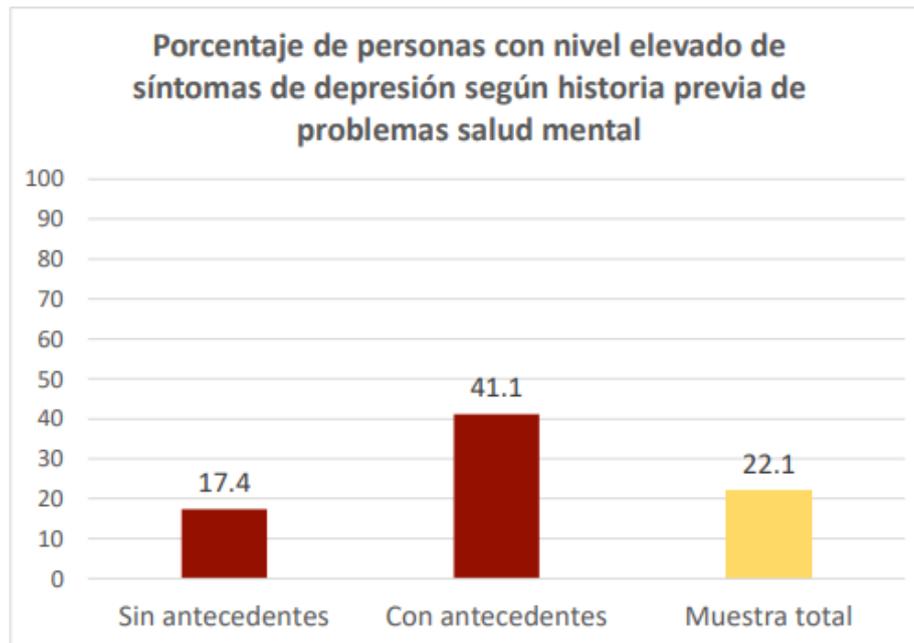
Sexo		Ingresos anuales	
Hombres	52,07%	De 12.450 a 20.200	35,6%
Mujeres	47,01%	De 20.200 a 35.200	34,5%
Otro	0,02%	De 35.200 a 60.000	23,4%
		Más de 60.000	6,6%
Edad		Educación	
De 18 a 25 años	8,00%	Sin estudios	0,30%
De 26 a 35 años	14,00%	Primaria	2,80%
De 36 a 45 años	24,00%	Secundaria	9,30%
De 46 a 55 años	26,00%	Bachillerato	22,60%
De 56 a 65 años	23,10%	Estudios superiores	50,10%
De 66 a 75 años	4,30%	Formación profesional	5,00%

Fuente: Valiente, Vázquez, Peinado, Contreras y Trucharte (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático ante el COVID-19: prevalencia y predictores

En la siguiente figura podemos observar los porcentajes de las personas con un historial de salud mental previo a la pandemia de la COVID-19

FIGURA 4

Gráfico de personas con nivel elevado de síntomas de depresión según historia previa de salud mental previo a la COVID-19

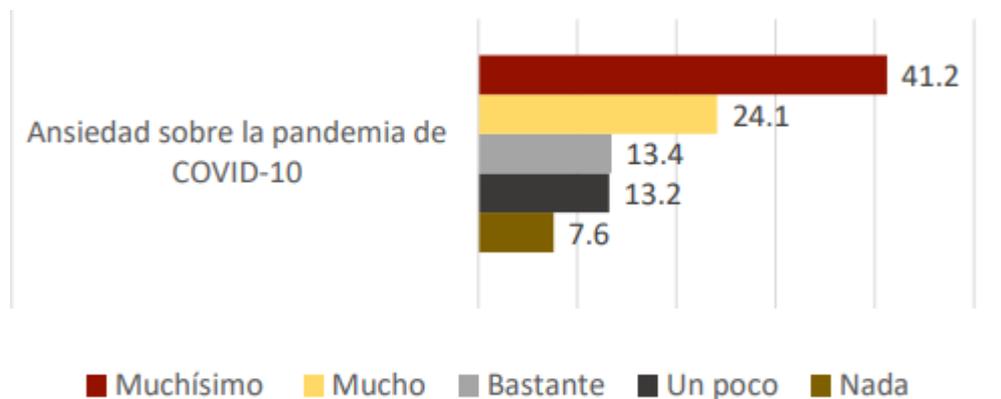


Nota: Valiente, Vázquez, Peinado, Contreras y Trucharte. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático ante el COVID-19: prevalencia y predictores.

En la siguiente figura podemos observar los porcentajes de personas que han presentado una sintomatología elevada de ansiedad a partir de la pandemia de la COVID-19

FIGURA 5

Porcentaje de personas con nivel elevado de síntomas de depresión según el grado de ansiedad causada por COVID-19



Nota: Valiente, Vázquez, Peinado, Contreras y Trucharte. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático ante el COVID-19: prevalencia y predictores.

Como podemos observar tras analizar las dos tablas anteriores, podemos afirmar que la pandemia causada por la COVID-19, así como las diferentes medidas para preservar la salud pública como el confinamiento sanitario están teniendo graves incidencias en la salud mental.

4.4. CASOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN JUVENIL DURANTE EL COVID -19.

Los organismos nacionales reconocen como joven a la población que se encuentra entre los 15 y los 29 años

El pasado año 2020, Bonifacio Sandín, Rosa M. Valiente, Julia García-Escalera y Paloma Chorot, realizaron un estudio en el cual se puede observar los datos de los efectos negativos arrojados sobre la población española, asociado al confinamiento domiciliario al que la población ha sido sometida.

El grupo de población joven es más vulnerable, que el grupo de las personas mayores, esto se debe en una parte importante a los miedos generados a partir de la situación vivida,

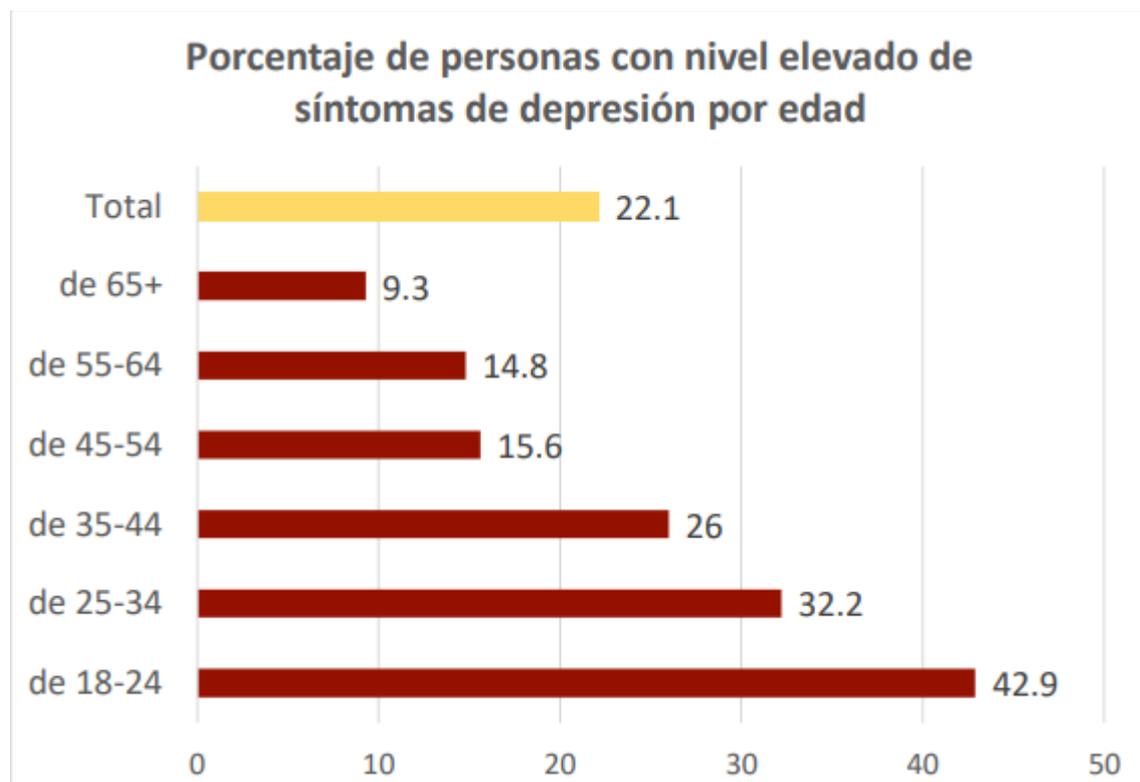
especialmente los miedos que están relacionados con el aislamiento social y al contagio, a la enfermedad en general y a la muerte de sí mismos de un ser querido (Sandín et al., 2020).

Por ejemplo, uno de los miedos más destacable es el miedo a la muerte de algún ser querido, o a que se contagie algún familiar o ser cercano, se produce en el 55.9% y 48.3% de los más jóvenes, pero sólo en el grupo de edad mayores de 50 años sufren este miedo un 30% y 26.7% (Sandín et al., 2020).

En el estudio realizado el pasado mayo de 2020, Carmen Valiente, Carmelo Vázquez, Vanesa Peinado, Alba Contreras y Almudena Trucharte anteriormente nombrado encontramos la siguiente gráfica, en la cual podemos observar los gráficos de personas que han sufrido depresión durante la COVID-19, clasificado por edades.

FIGURA 6

Porcentaje de personas con nivel elevado de síntomas de depresión por edad durante el COVID-19.



Nota: Valiente, Vázquez, Peinado, Contreras y Trucharte. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático ante el COVID-19: prevalencia y predictores.

Las diferencias más significativas tienen relación con la edad, y con la existencia de un historial previo de problemas de salud mental, así como el aumento de consumo de sustancias nocivas durante el confinamiento. Por eso, los grupos que parecen más vulnerables a la depresión ante esta crisis son los más jóvenes, personas con problemas de salud mental previos y aquellos que consumieron más sustancias nocivas durante el confinamiento (Valiente et al., 2020).

En el mismo mes de mayo, se genera un aumento de las estadísticas de los jóvenes entre 18 y 24 años, pudiéndose ver que son el grupo de edad que presenta más síntomas relacionados con ansiedad con un porcentaje de 34,6% y un 42,9% en relación con síntomas de la depresión durante el confinamiento derivado de la pandemia del Covid-19, según un estudio realizado por la Universidad Complutense de Madrid (UCM, 2020).

Estos datos anteriormente mencionados suponen casi el doble con respecto a los datos totales, los cuales demuestran que uno de cada cinco españoles presenta síntomas significativos de depresión con un 22,1%, ansiedad con un 19,6% y también estrés postraumático con un porcentaje del 19,7%. Teniendo en cuenta, como hemos mencionado anteriormente, que uno de cada cinco españoles presenta síntomas clínicamente significativos de ansiedad, depresión o estrés postraumático, estos datos se duplican si hacemos referencia al grupo de edad que oscila entre 18 y 24 años (Psiquiatria.com, 2020).

Como conclusión principal de la investigación internacional liderada por la UCM en 2020, se destaca los datos que revelan que los jóvenes son los más predispuestos a experimentar ansiedad, depresión o estrés postraumático, mostrando estas cifras más altas que los grupos de personas de riesgo por la COVID-19 (Psiquiatria.com, 2020).

5. ANÁLISIS

5.1. PARTICIPANTES

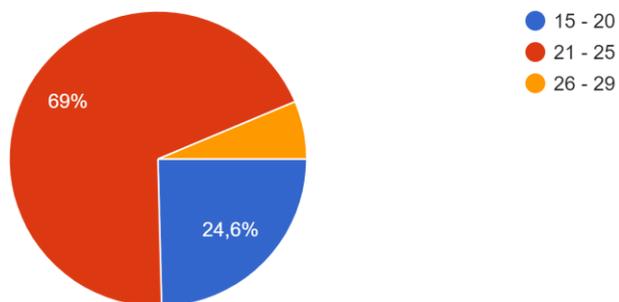
La muestra está constituida por 126 participantes entre las edades correspondientes a la población joven de 15 a 29 años residentes en España. Con el objetivo de recoger información cuantitativa sobre los casos de ansiedad y depresión durante el confinamiento domiciliario, a continuación, podemos observar las características de los participantes:

FIGURA 7.

Edades de los participantes de la encuesta.

Edad:

126 respuestas



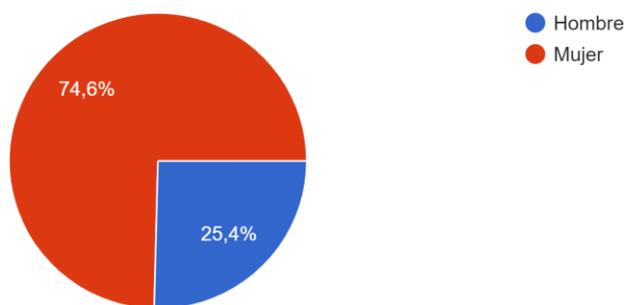
Nota: Elaboración propia

FIGURA 8.

Sexo de los participantes de la encuesta.

Sexo

126 respuestas



Nota: Elaboración propia

En estos dos gráficos podemos observar que predomina el grupo de edad comprendido entre 21 y 25 años con un 69% y también el sexo femenino con un 74.6%.

Los participantes de la encuesta se caracterizan por ser estudiantes, trabajadores o ambas en algunas ocasiones.

Entre los participantes de la muestra podemos destacar a estudiantes del Máster en Psicopedagogía de la Universidad de Valladolid, Máster en Psicopedagogía de la Universidad de Granada, estudiantes de máster en la Universidad de Burgos, estudiantes de Grado en Farmacia de la Universidad de Granada, estudiantes de Grado de Ingeniería Agroalimentaria de la Universidad de Burgos y trabajadores que desempeñan puestos relacionados con la titulación de ingeniería mecánica entre otros.

5.2. INSTRUMENTO

Se ha utilizado una encuesta de elaboración propia, esta ha sido diseñada con la herramienta Google Forms la cual consta de 12 ítems, entre los cuales, los participantes encuentran respuestas cerradas “Sí o no”, respuesta múltiple o respuesta libre.

En los ítems 3 y 4 correspondientes a los síntomas de la depresión y la ansiedad se ha realizado una adaptación de los síntomas que aparecen en el DSM-5.

FIGURA 9

Pregunta de los síntomas de la depresión

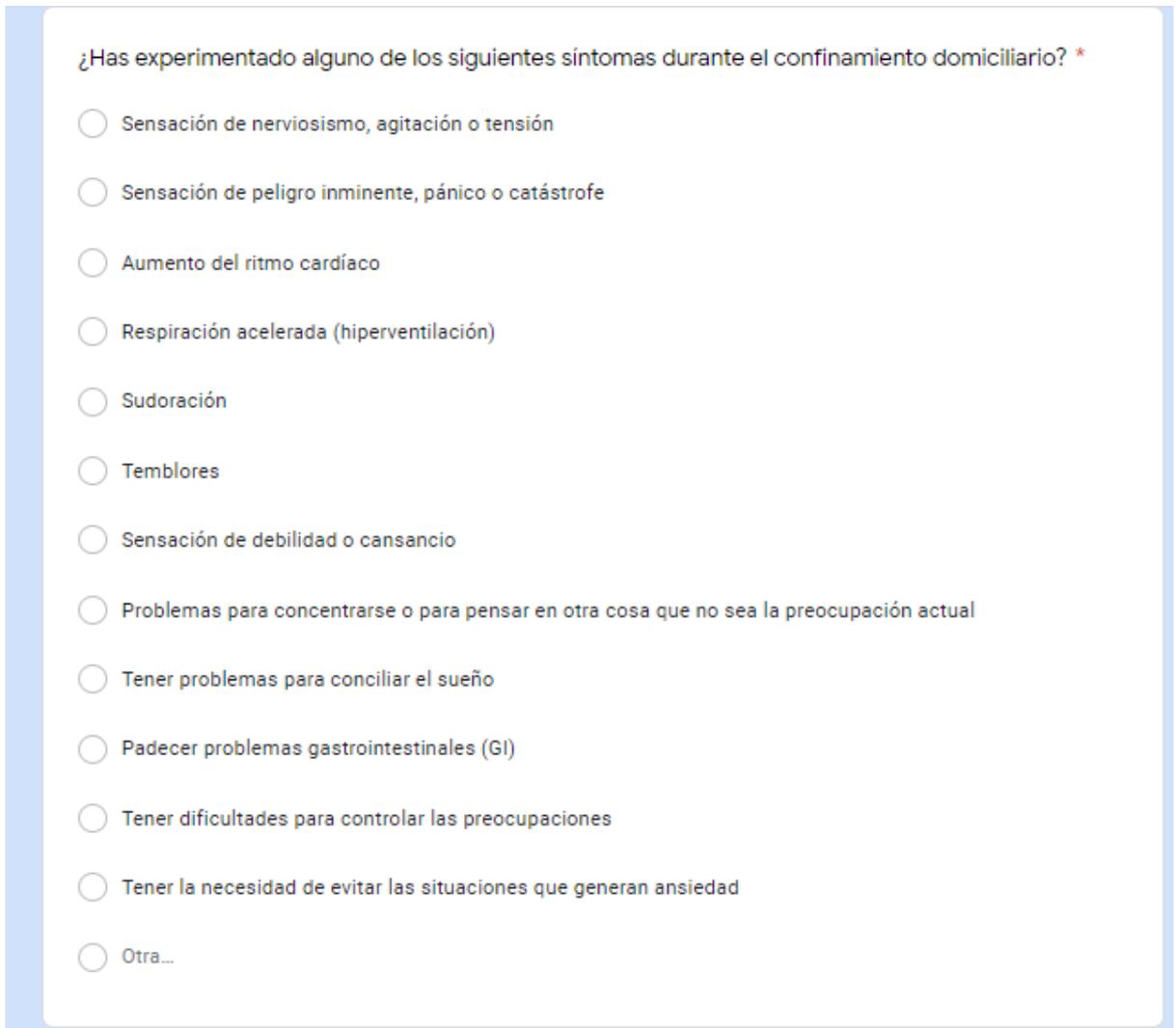
¿Has experimentado alguno de los siguientes síntomas durante el confinamiento domiciliario? *

- Persistente estado de ánimo triste, pleno de ansiedad o "sin sentido"
- Cambios en los hábitos de sueño
- Reducción del apetito y pérdida de peso o aumento del apetito y aumento de peso
- Insatisfacción y desinterés por actividades que antes disfrutaba, incluyendo el sexo
- Inquietud o irritabilidad
- Síntomas físicos persistentes que no responden a tratamiento, tal como dolor crónico o trastornos digesti...
- Dificultad para concentrarse en el trabajo o la escuela, o dificultad para recordar cosas o tomar decisiones
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de culpa, desesperanza o inutilidad
- Pensamientos de suicidio o muerte

Nota: Elaboración propia.

FIGURA 10

Pregunta de los síntomas de la ansiedad.



¿Has experimentado alguno de los siguientes síntomas durante el confinamiento domiciliario? *

- Sensación de nerviosismo, agitación o tensión
- Sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe
- Aumento del ritmo cardíaco
- Respiración acelerada (hiperventilación)
- Sudoración
- Temblores
- Sensación de debilidad o cansancio
- Problemas para concentrarse o para pensar en otra cosa que no sea la preocupación actual
- Tener problemas para conciliar el sueño
- Padecer problemas gastrointestinales (GI)
- Tener dificultades para controlar las preocupaciones
- Tener la necesidad de evitar las situaciones que generan ansiedad
- Otra...

Nota: Elaboración propia.

A continuación de las dos imágenes mostradas anteriormente con los síntomas de la depresión y la ansiedad se les formulo la siguiente pregunta en ambas ocasiones: “Si has marco alguna opción en la pregunta anterior, ¿Lo has seguido experimentando después del confinamiento domiciliario?”

El resto de los ítems que encontramos en el análisis corresponden a preguntas las cuales tiene la posibilidad de responder “Si” y “No”, además de tener la opción de “Otros”, para que los participantes pudiesen expresarse más si así lo deseaban.

TABLA 9

Preguntas de respuesta “Si”, “No” y “Otros”

Preguntas
¿Te hubiese gustado saber que te estaba pasando?
¿Te hubiese gustado compartir lo que sentías con otros que se encontrasen similar a ti, durante el confinamiento domiciliario?
¿Te gustaría haber dispuesto de ayuda de profesionales de la salud, durante el confinamiento domiciliario?
¿Crees que has experimentado ansiedad o depresión durante el confinamiento domiciliario?
¿Crees que alguien cercano a ti ha experimentado ansiedad o depresión durante el confinamiento domiciliario?
¿Te hubiese gustado disponer de una herramienta elaborada por profesionales, para el control de las emociones, ansiedad y depresión, durante el confinamiento domiciliario?

Nota: Elaboración propia.

Para la elaboración de este cuestionario se han rastreado diferentes análisis e instrumentos que midan la ansiedad y la depresión en una población con características similares a los participantes de esta.

En el trabajo de Flores, Jiménez, Pérez, Berenice, Zaira (2007) participaron voluntariamente 80 estudiantes de la carrera de psicología de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala, 10 hombres y 10 mujeres por cada semestre, el rango de edad fue de 16 años como mínimo a 28 años como máximo.

Se aplicaron dos pruebas, esta primera para evaluar la depresión El Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) que consta de 21 ítems, que describe una manifestación depresiva que es autoevaluada por el sujeto eligiendo la frase que mejor se adapte a su situación actual. (Flores et al., 2007).

Y la segunda prueba para evaluar la ansiedad, El test de Hamilton que mide la ansiedad consta de 14 ítems, que describen los síntomas que el sujeto con ansiedad llega a presentar, centrándose en conocer los síntomas físicos (Flores et al., 2007).

5.3. PROCEDIMIENTO

Para la elaboración de este cuestionario se ha seguido una serie de pasos para garantizar un correcto desarrollo de este.

En primer lugar, se presentó a los participantes brevemente el objetivo del cuestionario, así como las instrucciones para cumplimentarlo, a partir del cual los participantes otorgaron su consentimiento informado después de haber comprendido la información aportada, de que participan de forma libre y voluntaria en la realización de este cuestionario.

Mediante el siguiente texto se les aporta dicha información y objetivos a los participantes:

“Soy Tamara Hortigüela, alumna del Máster Universitario en Psicopedagogía de la Universidad de Valladolid. El presente documento tiene la finalidad de ser una herramienta para fundamentar el proyecto de intervención que estoy realizando para el Trabajo de Fin de Máster.

El objetivo de este cuestionario es conocer si el confinamiento domiciliario causado por la crisis sanitaria de la COVID-19, ha provocado un aumento de los casos de personas con síntomas de ansiedad o depresión en la población joven española (15 - 29 años).

Los resultados y los participantes de esta encuesta serán totalmente anónimos.

Los resultados de esta encuesta estarán disponibles a partir del 18 de mayo escribiendo a tamarahortiguela@gmail.com

Muchas gracias por su colaboración.”

En segundo lugar, se ha procedido al diseño online de los cuestionarios teniendo en cuenta para ello, un lenguaje claro y conciso, lo cual ha hecho a los participantes más ameno,

fácil y rápido la participación en este. Así como también se ha tenido en cuenta el tipo de color y la estructuración de las preguntas.

En tercer lugar, se ha comenzado con la difusión de los cuestionarios, los cuales han llegado a sus destinatarios por diferentes vías destacando entre ellas el envío por mensajería instantánea como ha podido ser el correo electrónico WhatsApp. Otro tipo de vía por el que se ha difundido el cuestionario es mediante el uso de redes sociales.

Para continuar, como cuarto paso ha tenido lugar la recogida de datos de las diferentes preguntas que los participantes han facilitado en el cuestionario, los cuales han sido traspasados a una hoja de cálculo para su posterior análisis y tratamiento.

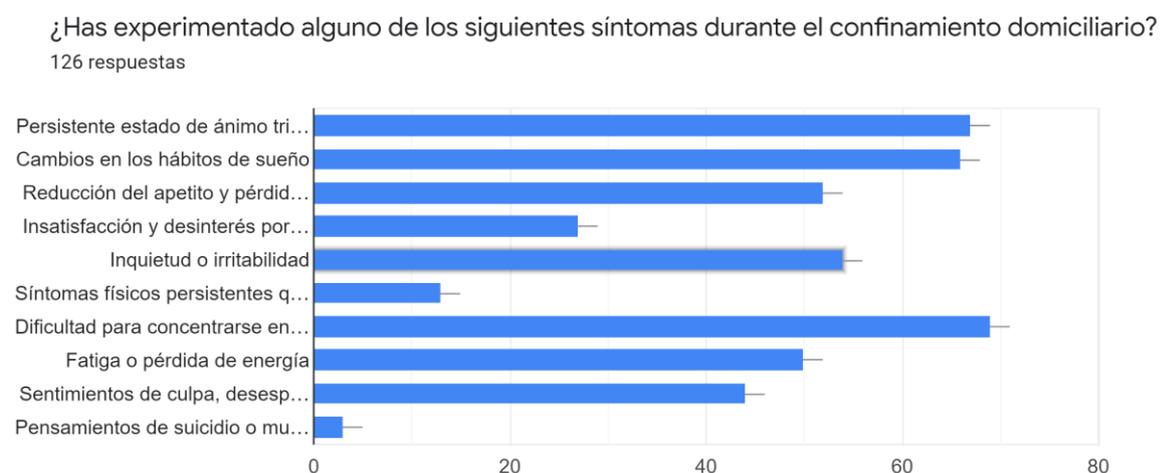
Por último, ha tenido lugar el tratamiento de datos dando lugar a estadísticas analítico-descriptivas, en el tratamiento de estos datos se han analizado las frecuencias, medias, desviaciones típicas, variaciones y porcentajes de los datos proporcionados por los participantes.

5.5 RESULTADOS

Una vez cumplimentada la encuesta por los 126 participantes, se han obtenido los siguientes resultados:

FIGURA 11

Gráfico de los síntomas de la depresión



Nota: Elaboración propia.

En este gráfico podemos observar los porcentajes de síntomas de depresión padecidos por los participantes.

- Persistente estado de ánimo triste, pleno de ansiedad o “sin sentido”, un 53.2%
- Cambios en los hábitos de sueño, un 52.4%
- Reducción del apetito y pérdida de peso o aumento del apetito y aumento de peso, un 41.3%
- Insatisfacción y desinterés por actividades que antes disfrutaba, incluyendo el sexo, un 21.4%
- Inquietud o irritabilidad, un 42.9%
- Síntomas físicos persistentes que no responden a tratamiento, tal como dolor crónico o trastornos digestivos, un 10.3%
- Dificultad para concentrarse en el trabajo o la escuela, o dificultad para recordar cosas o tomar decisiones, un 54.8%
- Fatiga o pérdida de energía, un 39.7%
- Sentimientos de culpa, desesperanza o inutilidad, un 34.9%
- Pensamientos de suicidio o muerte, un 2.4 %

Podemos observar que más de la mitad de los participantes han sufrido un persistente estado de ánimo triste, pleno de ansiedad, cambios en los hábitos de sueño o dificultad para concentrarse en el trabajo o la escuela, o dificultad para recordar cosas o tomar decisiones, así como un dato al que se debe prestar atención, a pesar de tener el menor porcentaje, hace referencia a pensamientos de suicidio o muerte.

Gran parte de los encuestados admiten seguir experimentando los síntomas después del confinamiento domiciliario, en algunos casos en menor medida, o en determinados momentos.

FIGURA 12.

Gráfico de los síntomas de ansiedad.

¿Has experimentado alguno de los siguientes síntomas durante el confinamiento domiciliario?

126 respuestas



Nota: Elaboración propia

En este gráfico podemos observar los porcentajes de síntomas de ansiedad padecidos por los participantes.

- Sensación de nerviosismo, agitación o tensión, un 11.1%
- Sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe, un 1.6%
- Aumento del ritmo cardíaco, un 1.6%
- Respiración acelerada (hiperventilación), un 3.2%
- Sudoración -
- Temblores, un 0.8%
- Sensación de debilidad o cansancio, un 9.5
- Problemas para concentrarse o para pensar en otra cosa que no sea la preocupación actual, un 15.9
- Tener problemas para conciliar el sueño, un 27.8%
- Padecer problemas gastrointestinales (GI), un 1.6%
- Tener dificultades para controlar las preocupaciones, un 0.8%

- Tener la necesidad de evitar las situaciones que generan ansiedad, un 0.8%

Podemos observar que los síntomas con mayor porcentaje son, tener problemas para conciliar el sueño, sensación de debilidad o cansancio y sensación de nerviosismo, agitación o tensión, por otro lado, encontramos un 4% de participantes, que no han experimentado ningún síntoma de ansiedad.

Gran parte de los encuestados afirman seguir experimentando los síntomas después del confinamiento domiciliario, en algunos casos en menor medida, o en determinados momentos. Así como un pequeño porcentaje admite que estos han cesado al poder realizar con regularidad las actividades que formaban parte de su rutina, antes del confinamiento domiciliario.

GRÁFICO 13.

Porcentaje de los participantes a los que les hubiese gustado saber lo que estaban experimentando.

¿Te hubiese gustado saber que te estaba pasando?

118 respuestas



Nota: Elaboración Propia.

El gráfico muestra que al 84.7% de los participantes les hubiese gustado saber qué era lo que les estaba gustando, frente a un 9.3% que no quería.

También podemos observar variantes como; un 1.6% que afirma que era consciente de lo que le estaba ocurriendo, y un 0.8% que sabía lo que le estaba ocurriendo y lo trabajo a nivel físico y mental.

FIGURA 14.

Porcentaje de los participantes a los que les hubiese gustado compartir lo que sentían.

¿Te hubiese gustado compartir lo que sentías con otros que se encontrasen similar a ti, durante el confinamiento domiciliario?

126 respuestas



Nota: Elaboración propia

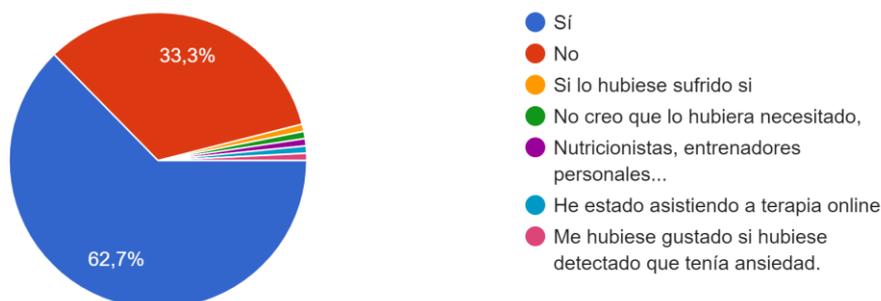
El 69% de los participantes admiten que les hubiese gustado compartir lo que sentían frente a un 19.8% que ha indicado que no les hubiese gustado. También encontramos un 5.6% que afirman haber compartido sus experiencias.

FIGURA 15.

Porcentaje de participantes a los que les gustaría haber dispuesto de ayuda profesional.

¿Te gustaría haber dispuesto de ayuda de profesionales de la salud, durante el confinamiento domiciliario?

126 respuestas



Nota: Elaboración Propia

El 62.7% afirma que le hubiese gustado tener ayuda profesional durante el confinamiento domiciliario, frente a un 33.3% que afirman que no les hubiese gustado.

Un 0.8% afirma que le hubiese gustado tenerla en el caso de haber padecido alguno de los síntomas mencionados anteriormente y otro 0.8% que afirma haber acudido a terapia on-line.

FIGURA 16.

Porcentaje de los participantes que creen haber experimentado ansiedad o depresión durante el confinamiento.

¿Crees que has experimentado ansiedad o depresión durante el confinamiento domiciliario?

126 respuestas



Nota: Elaboración propia.

El 49.2% afirman creer haber padecido ansiedad o depresión, durante el confinamiento domiciliario, frente a un 46% que afirman creer no haber padecido ansiedad o depresión

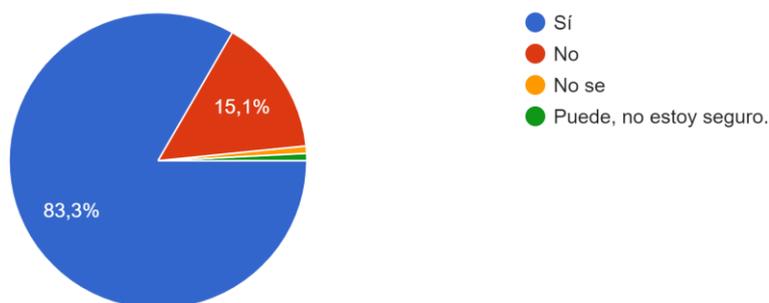
Un 1.6% afirma que no está seguro de saber si han experimentado ansiedad o depresión y un 0.8% que afirma haber sido consciente de haberlo padecido después del fin del confinamiento domiciliario.

FIGURA 17

Porcentaje de participantes que creen que alguien cercano a ellos ha experimentado ansiedad o depresión durante el confinamiento domiciliario.

¿Crees que alguien cercano a ti ha experimentado ansiedad o depresión durante el confinamiento domiciliario?

126 respuestas



Nota: Elaboración Propia.

Un 83.3% de los participantes afirman creer que un ser cercano a ellos ha experimentado ansiedad o depresión, frente a un 15.1% que afirma creer lo contrario. Encontramos un 1.6% que tiene dudas al respecto.

FIGURA 18

Porcentaje de participantes que les hubiese gustado disponer de una herramienta durante el confinamiento domiciliario, para el control de emociones, ansiedad y depresión.

¿Te hubiese gustado disponer de una herramienta elaborada por profesionales, para el control de las emociones, ansiedad y depresión, durante el confinamiento domiciliario?

126 respuestas



Nota: Elaboración Propia

Un 80.2% de los participantes afirman que les hubiese gustado disponer de una herramienta durante el confinamiento domiciliario, para el control de emociones, ansiedad y depresión, frente a un 15.9% que afirma que no.

Un 1.6% afirma que creen que esta herramienta le hubiera sido útil a sus seres cercanos, un 0.8% que dispuso de esa ayuda, y un 0.8% que afirma que le gustaría poder disponer de ello en caso de necesitarlo.

Como conclusión de los resultados de la pasada encuesta, podemos llegar a la conclusión que gran parte de la población joven, ha sufrido depresión y ansiedad durante el confinamiento domiciliario.

Otra conclusión, que se puede observar es la escasez de intervenciones para este tipo de contexto, así como la necesidad de la creación de proyectos de intervención de fácil acceso que se ajusten a las circunstancias y características de cada usuario.

Así como la necesidad de crear un proyecto de intervención el cual se adecue a las circunstancias de cada usuario y de fácil acceso.

6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

La propuesta de intervención que se ha llevado a cabo en el trabajo de fin de máster se basa en la realización de diferentes técnicas y actividades para poder hacer frente y controlar los síntomas de ansiedad y depresión en grupos de 15 personas aproximadamente. Dirigiéndose a la población joven española, comprendida entre 15 y 29 años, dentro de un contexto de aislamiento social, como es el de la cuarentena producida por la pandemia del COVID-19.

El desarrollo de la intervención contará con apoyo psicopedagógico para los usuarios durante todo el desarrollo de la intervención. Así como que cada actividad se adecuará a cada situación personal.

Previamente a comenzar con las actividades los psicopedagogos concertaran citas individuales, adaptándose a las circunstancias del contexto, para conocer la situación personal

en la que se encuentra cada uno de los sujetos, y poder proporcionar una intervención de más completa y de mayor calidad.

Los usuarios tendrán reuniones individuales con los psicopedagogos dos veces por semana, pudiéndose aumentar el número de las sesiones si el sujeto lo requiere.

Las actividades y técnicas van dirigidas hacia las tres vías en la que se manifiesta la depresión y la ansiedad, a las cuales se ha hecho referencia anteriormente en la fundamentación teórica.

Estas tres vías son; la vía cognitiva-emocional, la vía filosofía y la vía conductual.

La finalidad de esta intervención, así como la realización de las diferentes actividades y técnicas, es ofrecer una herramienta útil para el control de la ansiedad y de la depresión, las cuales puedan realizarse desde casa, en situaciones en las que las relaciones sociales, el contacto humano y la actividad al aire libre está restringida o no sea posible.

El proyecto de intervención contará con seis actividades las cuales están planteadas para que se desarrollen complementándose las unas a las otras y manteniéndose en el tiempo. En estas actividades se trabajan diferentes contenidos entre ellos se puede destacar la inteligencia emocional.

Un aspecto que también se trabaja dentro de las actividades es la realización de deportes y hábitos saludables, esto se debe a los múltiples beneficios que aportan el ejercicio físico y los hábitos de vida saludable para aliviar los efectos de la ansiedad y la depresión (MayoClinic, 2017).

- Liberar endorfinas, las endorfinas son sustancias químicas cerebrales naturales similares al cannabis (cannabinoides endógenos) y otras sustancias químicas cerebrales naturales cuya liberación mejoran la sensación de bienestar (MayoClinic, 2017).
- Distraer a la mente de las preocupaciones, para poder alejarse del ciclo de pensamientos negativos y recurrentes que alimentan la depresión y la ansiedad (MayoClinic, 2017).

- Ganar confianza, alcanzar metas o desafíos del ejercicio, puede promover la confianza en uno mismo. (MayoClinic, 2017).
- Enfrentar los problemas de manera saludable, hacer algo positivo para controlar la ansiedad o la depresión es una estrategia sana de afrontamiento. (MayoClinic, 2017).

Teniendo en cuenta el contexto del desarrollo del proyecto cinco de las actividades son de carácter individual, y una de carácter grupal adaptándose a las circunstancias.

Debido a que, en la pasada encuesta realizada, podemos observar un 69% de los participantes les hubiese gustado compartir lo que sentían frente y un 5.6% que afirman haber compartido sus experiencias, la actividad en grupo cobra una gran importancia ante la necesidad de estos de compartir sus experiencias con iguales.

La actividad grupal se repetirá una vez por semana, en la que los usuarios puedan conversar entre ellos si así lo desean, como compartir sus experiencias con el proyecto y de su situación.

6.1. CONTEXTO

El contexto de este proyecto de intervención se desarrolla en un contexto donde los usuarios se encuentran en una situación de confinamiento domiciliario, lo cual les impide o les limita las actividades al aire libre, así como las relaciones sociales.

Sin embargo, las características de esta intervención permiten desarrollarlo en más contextos a parte del confinamiento domiciliario, sino que se puede realizar con personas con agorafobia, con personas hospitalizadas de larga duración, con personas de movilidad reducida...

Es decir, es aplicable en contextos donde los usuarios por diferentes motivos vean limitadas o restringidas las diferentes opciones de realizar actividades y una rutina al aire libre.

6.2. OBJETIVOS

El objetivo general de esta intervención psicopedagógica es crear una herramienta para ayudar controlar los síntomas de la ansiedad y depresión, dentro de un contexto de confinamiento domiciliario

Los **objetivos específicos**:

- Ofrecer una herramienta psicopedagógica útil para las personas que lo necesiten.
- Conocer la situación de personas con depresión y ansiedad, en un contexto de confinamiento domiciliario.
- Analizar los casos de ansiedad y depresión durante el confinamiento domiciliario.
- Ofrecer apoyo de profesionales a los usuarios

6.3 CONTENIDOS

Los contenidos son:

- Autoconocimiento
- Autoconcepto
- Apoyo psicopedagógico
- Vida saludable
- Autoestima
- Inteligencia emocional
- Comunicación
- Expresión de sentimientos
- Exposición de experiencias
- Apoyo de grupo

6.4 METODOLOGÍA

El principio metodológico en el que se va a basar esta propuesta de intervención es el constructivismo. Como figuras clave del constructivismo destacan principalmente Jean Piaget

y a Lev Vygotski.

Considerando que con este proyecto intervención, se pretende promover un cambio en los jóvenes participantes que los lleve a transformar situaciones, se parte de una metodología constructivista, con un enfoque activo, y considerando a los destinatarios como agentes activos y protagonistas en el proceso de construcción del conocimiento.

El constructivismo es una corriente pedagógica basada en la teoría del conocimiento constructivista, este defiende la necesidad de dar al sujeto herramientas que le permitan construir sus propias estrategias para resolver una determinada situación problemática, lo que implica que sus ideas se modifiquen y siga prosperando. (Manrique, 1999)

De modo que el conocimiento visto desde el punto del constructivismo es algo creado y construido por el individuo, el cual hará uso de este y lo modificará según lo necesite o en el contexto en el que se desenvuelva.

Tras analizar las características del constructivismo, esta corriente pedagógica es la idónea bajo mi punto de vista a la hora de desarrollar el proyecto de intervención, debido que con el desarrollo de este queremos que los usuarios desarrollen las herramientas necesarias para poder hacer uso de ellas cuando les sea necesario a lo largo de su vida, y poder dejar atrás las situaciones desagradables que experimentan los distintos usuarios.

Por otro lado, el autoconocimiento va a ocupar un lugar muy importante en el desarrollo del proyecto, podemos definir el autoconocimiento como el conjunto de ideas, conocimientos y actitudes que cada uno tenemos hacia nosotros mismos, el reconocimiento del estado de ánimo y sentimental (Romo, 2008).

El autoconocimiento es algo imprescindible en la vida de las personas en cualquiera de los diferentes contextos de nuestra vida, pero sobre todo es importante conocerse a uno mismo cuando queremos realizar un cambio en algún aspecto de nuestra vida.

El conjunto de actividades y técnicas planteadas tienen como propósito ofrecer las herramientas necesarias para poder hacer frente a la ansiedad y la depresión en el contexto de la crisis sanitaria de la COVID-19, o contextos donde la población se encuentre en circunstancias similares a esta.

Dentro del conjunto de las actividades encontramos en primer lugar la entrevista, en la cual todos los usuarios del programa concertaran una reunión con los psicopedagogos para conocerse.

Encontramos cinco actividades individuales, en las cuales es recomendable realizarlas siguiendo una serie de pautas

Tabla 10

Recomendaciones para realizar las actividades individuales

RECOMENDACIONES
Lugar silencioso y tranquilo
Iluminado, si es posible con luz natural, o luz blanca
Un ambiente ventilado y limpio
Temperatura entre 18° y 20°
No haber realizado anteriormente actividades que exciten o alteren al usuario
Si el usuario lo desea, poner música ambiente, la cual le relaje o ruido blanco.
Realizar las actividades en una posición cómoda, pero no demasiado como para facilitar la somnolencia

Nota: Elaboración propia.

6.5 ACTIVIDADES

Entrevista

Descripción:

Previamente a comenzar con las diferentes actividades, se concretarán citas con todos los integrantes del proyecto de manera individual para tener una entrevista en la que se conocera a los sujetos. En ella se seguirá una plantilla con ciertas preguntas base, por lo que la entrevista será semiestructurada.

Tras esta entrevista con los psicopedagogos del proyecto, se concretará una cita con el psicólogo antes de comenzar para que este haga un informe sobre cada uno y así poder trabajar con los sujetos desde una perspectiva individualizada, atendiendo a las características de todos ellos.

El objetivo de la encuesta es conocer a los integrantes del grupo de manera individual, descubriendo así sus necesidades y ambiciones.

Actividad 1 – Rueda de la vida (fuente: elaboración propia)

Descripción de la actividad:

La elección de la rueda de la vida, para la primera actividad, se basa en la facilidad de su realización, así como lo visual que es esta, lo que ayuda a cada sujeto a conocer sus intereses y las diferencias entre los diferentes ítems que lo conforman.

Los sujetos, deberán rellenar “La rueda de la vida” (Anexo 2), donde encontrarán diferentes aspectos de su vida diaria, en función de la importancia y tiempo que dediquen a ello. Cada ítem tiene una calificación del 1 – 10, deberán de rellenar la franja que consideren oportuna, una vez que se hayan rellenado todos los ítems, deberán de unir las diferentes franjas entre sí, siguiendo el orden de colocación hacia la derecha.

El objetivo de esta actividad se basa en que los usuarios puedan conocer de forma rápida y visual, la importancia que le otorgan a cada uno de los ítems, a partir de ello reflexionar si desean otorgarle en su vida más valor algunos ítems, menos a otros o por lo contrario no desean realizar cambios.

Contenidos:

Autoconocimiento

Autoconcepto

Metodología:

Esta actividad va a seguir una metodología reflexiva debido a que los usuarios deberán reflexionar sobre sí mismos y los diferentes ámbitos de su vida que se señalan en la rueda de la vida, así como los cambios y nuevos objetivos que quieren realizar.

Evaluación:

Esta actividad carece de evaluación, ya que es un ejercicio de introspección, el cual cada individuo deberá decidir los cambios que quiere realizar o no en su vida.

Actividad 2 – La gráfica (fuente: elaboración propia)

Descripción de la actividad:

Esta actividad consiste en que los sujetos rellenen diariamente la gráfica (Anexo 3), la cual en uno de sus ejes tiene dividida las horas del día y en las otras distintas emociones. Los usuarios tienen la posibilidad de añadir, cambiar o eliminar emociones de la tabla, adaptándolo a su situación personal

El objetivo de esta actividad se basa en que los usuarios sean capaces de identificar las diferentes emociones por las que pasan a lo largo de un día, así como la correlación entre estas y las horas, y así conocer los estímulos que se encuentran detrás. Realizando de esta manera una actividad donde se trabaja el autoconocimiento y la inteligencia emocional.

Contenidos:

Inteligencia emocional

Identificación de emociones

Autoconcepto

Autoconocimiento

Metodología:

Esta actividad va a seguir una metodología reflexiva, con aspectos constructivistas, debido a que los usuarios van a reflexionar sobre sí mismos y las diferentes emociones que experimentan en los diferentes momentos de su día, así pudiendo crear estrategias para el control e identificación de emociones.

Evaluación:

El propio sujeto puede realizar el mismo su propia evaluación, debido a que al principio le costará más esfuerzo identificar la emoción, así como correlacionar con el motivo o estímulo que la hacen aparecer.

Los psicopedagogos, realizarán un seguimiento de la actividad, evaluando el progreso de cada individuo, en cuanto al uso de herramientas ofrecidas en las sesiones individuales para la descripción, identificación y expresión de las emociones.

Actividad 3 – Vamos a sentirnos bien (fuente: elaboración propia)

Descripción de la actividad:

Esta actividad se basa en trabajar la autoestima y mejorarla, para ello el sujeto debe de realizar un trabajo de introspección, donde cada noche, antes de dormirse deberá de citar una lista de 10 cosas buenas que le han pasado, pudiendo ser estas meras banalidades, como que un desconocido le haya sujetado la puerta de un establecimiento, o no perder el transporte público al que llegaba tarde.

Este ejercicio lo podrá realizar no solo por las noches, si no, que lo podrá repetir en el momento que él lo encuentre oportuno y le sirva de ayuda.

Puede marcar sus propias metas en el tiempo, estableciéndose a sí mismo metas, por ejemplo: *cuando pase un mes mínimo tengo que conseguir 10 cosas buenas todos los días, cuando pase X tiempo aumentare la lista...*

El objetivo de esta actividad consiste en que el usuario trabaje y mejore su autoestima

Contenidos:

Autoestima

Autoafirmaciones

Metodología:

La metodología que sigue esta actividad es una metodología activa y reflexiva, ya que el sujeto debe de reflexionar sobre lo ocurrido en su día, pudiendo usar esta herramienta cuando él considere necesario.

Evaluación:

El propio sujeto puede realizar una autoevaluación de la actividad, ya que al comienzo de esta le será muy difícil llegar a 10 cosas buenas, pero con el tiempo él mismo puede observar cómo cada vez le resulta más fácil citarlas.

Actividad 4 – Rutina positiva (fuente: elaboración propia)

Descripción de la actividad:

Esta actividad consistirá en la creación de un cronograma semanal, en el cual se le marcarán las horas a las que tiene que despertarse, dormir, asearse..., así como una dieta equilibrada, horas de ejercicio físico, ocio (dentro de lo que permita la situación) ...

Cada rutina será individualizada, adaptándose a la situación de cada sujeto, e irá aumentando según vaya mejorando el individuo.

El objetivo que se persigue con esta actividad es crear una rutina de vida saludable y reconducir al sujeto mediante esta rutina a un acercamiento del equilibrio emocional.

Contenidos:

Vida saludable

Creación de rutinas positivas

Metodología:

La metodología que va a seguir esta actividad es una metodología activa - participativa, ya que el sujeto va a ir siguiendo una rutina, adaptando progresivamente.

Evaluación:

Para esta actividad, los psicopedagogos deberán observar y ver cómo desarrolla cada sujeto su rutina diaria, por lo que se utilizará una rúbrica de evaluación continua. Cada vez que se consiga una de las pautas que se le han propuesto, se irán eliminando estas porque ya serán un hábito de vida y lo va a seguir haciendo porque ya es un elemento necesario dentro de su rutina, y se irán añadiendo nuevas metas a conseguir.

Así como las propias aportaciones del sujeto, como añadir más actividades o adaptar horarios, es decir, mostrar un compromiso natural.

Actividad 5 – Libro de emociones (fuente: elaboración propia)

Descripción de la actividad:

Esta actividad consiste en que cada usuario dispondrá de un documento a forma de diario en el cual aparecerán fotografías representando distintas emociones, cuando los usuarios experimenten una de las emociones, deberán de escribir en la página correspondiente el proceso emocional por el que han pasado, desde que comienzan en el que empiezan a sentir la emoción hasta que esta finaliza.

El objetivo de esta actividad es que identifiquen los diferentes estados por los que pasan al experimentar una emoción, así como aprender a identificarla.

Contenidos:

Inteligencia emocional

Identificación de emociones

Metodología:

Esta actividad sigue una metodología constructivista-reflexiva, ya que el individuo debe de reflexionar sobre lo que experimenta con cada emoción y va a ir adquiriendo progresivamente a partir de sus experiencias las herramientas para hacer frente a estas en un futuro.

Evaluación:

Para esta actividad, los psicopedagogos deberán observar y ver cómo cada sujeto utiliza las herramientas aportadas en las reuniones individuales, para la identificación y gestión de las emociones, por lo que se utilizará una rúbrica de evaluación continua.

Actividad 6 – Reunión grupal (fuente: elaboración propia)

Descripción de la actividad:

Esta actividad consiste en que los diferentes usuarios del proyecto participen en una reunión grupal, en la que habrá un pedagogo como moderador. En esta reunión los usuarios expresarán cómo se sienten en el confinamiento domiciliario, con la evolución del proyecto, las mejoras que están desarrollando...

El objetivo de esta actividad consiste en que, los usuarios conozcan otros puntos de vista, de personas en situaciones similares a las suyas, así como establecer un grupo de apoyo. Con esta actividad también se pretende desarrollar la escucha activa y mejorar la comunicación interpersonal.

Contenidos:

Comunicación

Expresión de sentimientos

Exposición de experiencias

Apoyo de grupo

Metodología:

Esta actividad va a seguir una metodología activa-participativa ya que los usuarios deben de participar e intervenir en la reunión, ante los temas que expone el moderador e interrelacionar con los demás miembros del proyecto.

Evaluación:

Los psicopedagogos realizarán un seguimiento de la intervención de los usuarios en la reunión, siguiendo una rúbrica de evaluación continua, donde puedan observar el progreso de cada usuario.

6.6. TEMPORALIZACIÓN

Las actividades se realizarán a lo largo de seis semanas, pero las diferentes actividades se alargarán en el tiempo completados de unas con otras, y pudiendo los usuarios hacer uso de ellas cuando lo consideren necesario.

Se realizaran tres reuniones grupales inicialmente, una al principio del programa, otra en el ecuador de esta y otra al final, pudiendo modificarse a mayor o menor, el número de estas

TABLA 11

Temporalización de las actividades

ACTIVIDADES	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6
Entrevista						
Rueda de la vida						
La grafica						
Vamos a sentirnos bien						
Rutina positiva						
Libro de emociones						

Reunión grupal						
----------------	--	--	--	--	--	--

Nota: Elaboración Propia

6.7 EVALUACIÓN

Para la evaluación y el seguimiento de los participantes los profesionales utilizaran el Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) y Las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), a los cuales se ha hecho referencia anteriormente.

A continuación, se muestra un cuestionario de satisfacción el cual consta de una serie de ítems que los sujetos evaluarán del 1 al 4 en una escala Likert, siendo 1 el valor mínimo y 4 el valor máximo.

Tabla 12

Rubrica de satisfacción.

	1	2	3	4
¿Te han servido las herramientas aportadas?				
¿Has notado mejoría a la hora de afrontarte a tu día a día?				
¿Has notado mejoría a la hora de manejar tus emociones?				
¿Te sientes preparado para afrontar ciertas				

**situaciones, ante
las que antes no te
creías capaz?**

**¿Te han sido las
actividades
individuales?**

**¿Te han sido útiles
las reuniones
grupales?**

**¿Te han sido útiles
las reuniones con
los
psicopedagogos?**

**Aportaciones de
mejora u
opiniones:**

Nota: Elaboración Propia.

7. CONCLUSIÓN

En el presente TFM se ha desarrollado mediante la consecución de diferentes partes entre las cuales encontramos en primer lugar el análisis teórico, en segundo lugar, encontramos el análisis y por último la intervención psicopedagógica formada por diferentes actividades.

En primer lugar, se ha expuesto una la fundamentación teórica, en la cual se trata información correspondiente a la temática profundizando en el tema del desarrollo de ansiedad y depresión durante el confinamiento domiciliario. Lo más importante a destacar de esta parte es los estudios que demuestran que en la población joven han aumentado los casos de ansiedad y depresión a raíz del confinamiento domiciliario. (Ozamiz-Etxebarria et al., 2020).

En segundo lugar, encontramos el análisis analítico-descriptivo (ad hoc) con una muestra real de sujetos, formada por 126 personas de edades comprendidas entre 15 y 29 años. Lo más importante a destacar de esta parte, es la conclusión de los resultados de los datos obtenidos, donde se puede observar que el 50% de la población joven cree haber sufrido depresión y ansiedad durante el confinamiento domiciliario o que alguna persona cercana a ellos lo ha padecido.

En tercer lugar, encontramos la propuesta de intervención la cual está formada por actividades individuales, grupales las cuales trabajan los diferentes contenidos, así como incluye actividades físicas las cuales son beneficiosas para los síntomas de la ansiedad y depresión y cuenta con el apoyo y seguimiento de los profesionales de la psicopedagogía durante todo el proceso. Lo más importante ha destacar de esta intervención es que posee las características de poder realizarse en contextos de confinamiento domiciliario causados por diferentes motivos, como que los sujetos tengan limitadas o restringidas las relaciones interpersonales, o en casos como la agorafobia. En caso de llevarse a cabo dicha intervención, esta cuenta con un cuestionario de satisfacción para evaluar la mejora de los participantes en caso de que se lleve a cabo.

Para continuar con las conclusiones del TFM, encontramos por un lado las fortalezas de este, entre las que destacan la realización del análisis (ad hoc), otra de las fortalezas es que la temática trata de un tema actual, por lo cual encontramos análisis y estudios recientes, por último, también cabe destacar como fortaleza las actividades de elaboración propia de la intervención psicopedagógica, lo cual dota a esta de originalidad y dinamismo. Por otro lado, encontramos las limitaciones de este trabajo en las que cabe destacar la situación de pandemia que ha impedido la aplicación de este, la realización del cuestionario con una muestra de población más grande y heterogénea para obtener datos cuantitativos más concluyentes y exactos es otra de las limitaciones que presenta este TFM, así como adecuar las actividades para diferentes grupos de edad que presenta la sociedad, y la adecuación de actividades individualizadas para los diferentes perfiles que se puedan presentar con características y patologías individualizadas.

Una de las conclusiones a las he llegado realizando este TFM, es la importancia de mejora de la salud mental de nuestra sociedad, otorgándole la importancia que se merece, la cual en algunas ocasiones queda a la sombra de la salud física, así como la importancia de dotar a la población sobre más información sobre la salud mental. Por otro lado, cabe destacar la

carencia de profesionales en la sanidad pública para satisfacer las necesidades psicológicas y emocionales de la población.

Para finalizar, cabe destacar la reflexión que he realizado sobre el potencial de la profesión del psicopedagogo, el cual es capaz de otorgar herramientas necesarias a los pacientes para que puedan lidiar con sus circunstancias de una manera personal y constructiva, apoyándose en las habilidades detectadas de cada paciente. Los profesionales de la psicopedagogía posibilitan la ejecución de acciones preventivas, correctivas o de apoyo, desde múltiples modelos, áreas y principios, dirigiéndose a diversos contextos, así como la capacidad creación de proyectos de intervención adaptables a diferentes escenarios y contextos los cuales se salgan de la normalidad social a la que estamos acostumbrados a desenvolvernos.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, J., Aguilar, J. M., & Lorenzo, J. J. (2012). La Ansiedad ante los Exámenes en Estudiantes Universitarios: Relaciones con variables personales y académicas. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(1), 333-354. Recuperado el 20 de junio de 2021 de: <https://www.redalyc.org/pdf/2931/293123551017.pdf>
- Camacho, É. B. (2021). Suicidio: el impacto del Covid-19 en la salud mental. *Medicina y ética: Revista internacional de bioética, deontología y ética médica*, 32(1), 15-39. Recuperado el 20 de junio de 2021 de: <https://revistas.anahuac.mx/bioetica/article/view/469>
- Camuñas, N. Mavrou, I. Miguel-Tobal, J. (2019). Ansiedad y tristeza-depresión: Una aproximación desde la teoría de la indefensión-desesperanza. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24, 19-28. Recuperado 22 de Febrero de 2021: https://www.researchgate.net/profile/Irini_Mavrou2/publication/332973481_Camunas_N_Mavrou_I_Miguel-Tobal_J_J_2019_Ansiedad_y_tristeza-depresion_Una_aproximacion_desde_la_teor%C3%ADa_de_la_indefensi%C3%B3n-desesperanza_Revista_de_Psicopatolog%C3%ADa_y_Psicolog%C3%ADa_Cl%C3%ADnica_241-19-28_doi10594/links/5cd4624692851c4eab8f3408/Camunas-N-Mavrou-I-Miguel-Tobal-J-J-2019-Ansiedad-y-tristeza-depresion-Una-aproximacion-desde-la-teoria-de-la-indefension-desesperanza-Revista-de-Psicopatologia-y-Psicologia-Clinica-241-19-28.pdf
- C. D. Spielberger. (2021). IDER. Inventario de Depresión Estado/Rasgo (b). *Tea, Pasión por la Psicología*. Recuperado el 6 de mayo de 2021 de: <http://web.teaediciones.com/ider-inventario-de-depresion-estadorasgo.aspx>
- C.D. Spielberger, R.L.Gorsuch y R.E. Lushene. (2021). STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (b). *Tea, Pasión por la Psicología*. Recuperado el 6 de mayo de 2021 de: <http://web.teaediciones.com/STAI--CUESTIONARIO-DE-ANSIEDAD-ESTADO-RASGO.aspx>
- Cohen, R. I. S., & Bosk, E. A. (2020). Vulnerable youth and the COVID-19 pandemic. *Pediatrics*, 146(1). Recuperado el 20 de junio de 2021 de: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/e20201306.full.pdf>

Courtney, D., Watson, P., Battaglia, M., Mulsant, B. H., & Szatmari, P. (2020). COVID-19 impacts on child and youth anxiety and depression: challenges and opportunities. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(10), 688-691. Recuperado el 20 de junio de 2021 de: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0706743720935646>

D. Valencia, P. (2019). Las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): ¿miden algo más que un factor general? *Avances En Psicología*, 27(2), 177-190. Recuperado el 6 de mayo de: <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2019.v27n2.1796>

de la Oliva, D., Martín, E., & de Medrano, C. V. (2005). Modelos de intervención psicopedagógica en centros de educación secundaria: identificación y evaluación. *Infancia y aprendizaje*, 28(2), 115-139. Recuperado el 20 de junio de 2021 de: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1174/0210370053699339?casa_token=7GXFevheWPIAAAAA:dpZQctWv15L4ZfF1d13N1Fqy35QhBxWd9vnGJIEwGQrwReaTrn1Y4tBn-MiOGwtFYXOhsz6nnWk2

Dolan, S., & Sánchez, S. G. (2020). Covid-19, Estrés, Auto-Estima, Valores y bienestar psicológico: ¿Cómo evaluar los riesgos de estar deprimido, ansioso o, incluso de suicidarse?. *The European Business Review*, 1-16. Recuperado el 20 de junio de 2021 de: https://globalfutureofwork.com/wp-content/uploads/2020/05/POST_27_05_es_Covid-19-estres.pdf

Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 300-302. Recuperado el 20 de junio de 2021 de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32085840/>

Epdata. (2021). *La evolución del coronavirus en España y en el mundo, en gráficos*. Recuperado el 6 de junio de 2021 de: <https://www.epdata.es/datos/coronavirus-china-datos-graficos/498>

F. Alonso-Fernández. (2021). CET-DE. Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión. *Tea, Pasión por la Psicología*. Recuperado el 6 de mayo de 2021 de: <http://web.teaediciones.com/CET-DE--CUESTIONARIO-ESTRUCTURAL-TETRADIMENSIONAL-PARA-LA-DEPRESION.aspx>

Ferrer, R. (2020). Pandemia por Covid-19: el mayor reto de la historia del intensivismo. *Medicina intensiva*, 44(6), 323. Recuperado el 7 de junio de 2021 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7151426/>

Fernández Riquelme, S. (2020). Primera Historia de la crisis del Coronavirus en España. Recuperao el 30 de junio de 2021 de: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/89961/1/LRH%2046.2.pdf>

Flores Ocampo, R., Jiménez Escobar, S. D., Pérez Hernández, S., Ramírez Serrano, P. B., & Vega Valero, C. Z. (2007). Depresión y ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 10(2). Recuperado el 6 de junio de 2021 de: <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol10num2/art6V10N2jun07.pdf>

Google Noticias (2021). *Coronavirus (Covid-19)*. Recuperado 6 de junio de 2021 de: <https://news.google.com/covid19/map?hl=es&mid=%2Fm%2F06mkj>

Henao, G. Ramírez, L. Ramírez, C. (2006). QUÉ ES LA INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA: DEFINICIÓN, PRINCIPIOS Y COMPONENTES. *Agora Díez Preliminares*, 215-226. Recuperado el 17 de abril de 2021 de: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/38627809/Agora_Diez_Tema_4_Que_es_la_Intervencion_Psicopedagogica.pdf?1441062682=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAgora_Diez_Preliminares.pdf&Expires=1614188993&Signature=Vtv6hse-ibzE8fljMcqNdbNU3qGCQ4u-FDdmcjIMXEs8RqzNVR4J07d3-8N9kukIPCYt6M~UOARjULLtke2AcQ6XRJH-610brxVH4I6ooaTCbP4asDEUqUCE8GhHdYbq4VxzKUZeWkgnLN432Ba7jScSEmKd8KKLnlkObfETiHtYqeg1NqmEJhM0godKLA~Sr3KqA0uGThFC3zHGq-cTs91VKijg3IKUcmptFVM7eqliQ820RD9B~FUD~wFVyvfqssDn~G-f5Tdvip2sCBex1A0AR8rnIyVJOF~rrqckyNbq3S67gwjftEKyH3AeXLKXwTa-Z5kjYnHUMoV5FkISWw_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Hernández Rodríguez, José. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594. Epub 01 de julio de 2020. Recuperado el 22 de febrero de 2021, de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es&tlng=es.

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (2019). 6. Evaluación y Cribado de la depresión. *Guiasalud.es, Bibliotecas de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud*. Recuperado el 17 de abril de 2021 de: <https://portal.guiasalud.es/egpc/6-evaluacion-y-cribado-de-la-depresion/>

Jiménez, C. DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA. (Trabajo final de Grado). Sevilla: Facultad Ciencias de la Educación. (2018). Recuperado el 17 de abril de 2021 de: https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/82909/195_48192037.pdf?sequence=1&isAllowed=y

López, M. Campillo, N. Jiménez, M. (2021). Coronavirus: 3 datos que explican porque la covid-19 afecta de manera diferente a hombres y mujeres. *BBC News*. Recuperado el 20 de junio de: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-56589039>

Lozano, L. García, E. Lozano, L.M. (2013). *Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión*. Recuperado el 6 de mayo de 2021 de: http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/CECAD_extracto_WEB.pdf

Lydia, G. (2019). *Programa de prevención de la ansiedad en adolescentes a través de la autorregulación emocional mediante la práctica de yoga*. (Trabajo final de Grado no publicado). Universidad de Salamanca. Recuperado el 17 de abril de 2021 de: https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/140686/TG_Programa_preveni%c3%b3n_ansi edad_en_adolescentes_Garc%c3%ada_G%c3%b3mez_Lydia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Manrique, C. R. C., & Puente, R. M. T. (1999). El constructivismo y sus implicancias en educación. *Educación*, 8(16), 217-244. Recuperado el 17 de abril de 2021 de: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Constructivismo+%28pedagog%C3%ADa%29&btnG=

Mayo Clinic. (2017). Depresión y Ansiedad: hacer ejercicio puede aliviar los síntomas. *MayoClinic*. Recuperado el 17 de abril de 2021 de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/in-depth/depression-and-exercise/art-20046495>

Mayo Clinic. (2018). Trastornos de Ansiedad. *MayoClinic*. Recuperado el 17 de abril de 2021 de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>

MedinePlus. (2021). Ansiedad. Recuperado el 22 de febrero de 2021 de: <https://medlineplus.gov/spanish/anxiety.html#:~:text=La%20ansiedad%20es%20un%20sentimiento,una%20reacci%C3%B3n%20normal%20al%20estr%C3%A9s>

Mental Health America. (s.f.). Lista De Verificación De Los Señales De La Depresión. *MHA, Mental Health America*. Recuperado el 17 de abril de 2021 de: <https://www.mhanational.org/lista-de-verificacion-de-los-senales-de-la-depresion>

Nicolini, H. (2020). Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19. *Cir Cir*, 88(5), 542-547. Recuperado el 7 de junio de 2021 de: https://neuroeticamexico.org/wp-content/uploads/2021/04/CIRU_M67_20_Depresion_Nicolini_20200609_V0-1.pdf

Psiquiatria.com. (2020). Coronavirus: los jóvenes son quienes sienten más ansiedad y depresión. Recuperado el 22 de febrero de 2021 de: <https://psiquiatria.com/article.php?ar=corona-virus-covid-19&wurl=coronavirus-los-jovenes-son-quienes-sienten-mas-ansiedad-y-depresion>

Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado 22 de febrero de 2021: <https://www.who.int/topics/depression/es/#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20un%20trastorno,cansancio%20y%20falta%20de%20concentraci%C3%B3n>.

Organización Mundial de la Salud. (2020). Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Recuperado 22 de febrero de 2021: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>

Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Caderns de Saúde Pública*, 36, e00054020.

Recuperado 29 mayo de 2021:
<https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n4/e00054020/es/>

Romo, A.M. (2008). *AUTOCONCEPTO*. Recuperado 17 febrero de 2021:
<https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/3765/1/PowerPoint%20-%20TEMA4.pdf>

Sandín, B. Valiente, R. García-Escalera, J. y Chorot, P. (2021). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25 (1), 1-22. Recuperado el 22 de febrero de 2021 de: https://www.researchgate.net/profile/Julia-Garcia-Escalera/publication/341698958_Impacto_psicologico_de_la_pandemia_de_COVID-19_Efectos_negativos_y_positivos_en_poblacion_espanola_asociados_al_periodo_de_confinamiento_nacional/links/5ed4af114585152945279dff/Impacto-psicologico-de-la-pandemia-de-COVID-19-Efectos-negativos-y-positivos-en-poblacion-espanola-asociados-al-periodo-de-confinamiento-nacional.pdf

Suárez, M., Ichaso, M. y González, P. (2017). *Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017*. Recuperado 22 de febrero de 2021 de:
https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf

Universidad de Valladolid. (2020). *Competencias del Máster en Psicopedagogía*. Recuperado de 29 de mayo de 2021:
https://www.uva.es/export/sites/uva/2.docencia/2.02.mastersoficiales/2.02.01.ofertaeducativa/_documentos/COMPETENCIAS-PSICOPEDAGOGIA.pdf

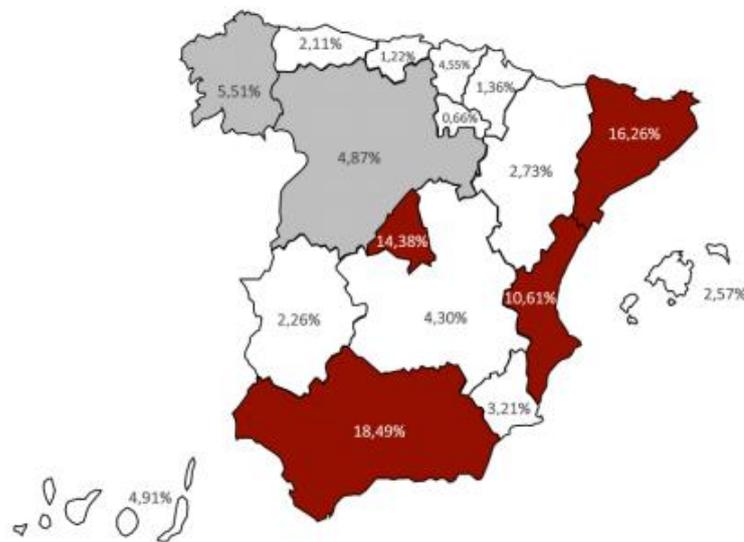
Valiente, C. Vázquez, C. Peinado, V. Contreras, A. y Trucharte, A. (2020). *Estudio nacional representativo de las respuestas de los ciudadanos de España ante la crisis de Covid-19: respuestas psicológicas*. Recuperado 22 de febrero de 2021:
<https://www.ucm.es/tribunacomplutense/revcul/tribunacomplutense/doc24997.pdf>

Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., & Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología conductual*, 18(1), 139. Recuperado 17 de abril de 2021 de:
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/08.Vazquez_18-1oa.pdf

Zamorano, E. (2020). Los casos de ansiedad se duplican en España desde la pandemia. *El Confidencial*. Recuperado 22 de febrero de 2021: https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2020-10-10/ansiedad-psicologia-pandemia-duelo-psicologos_2777952/

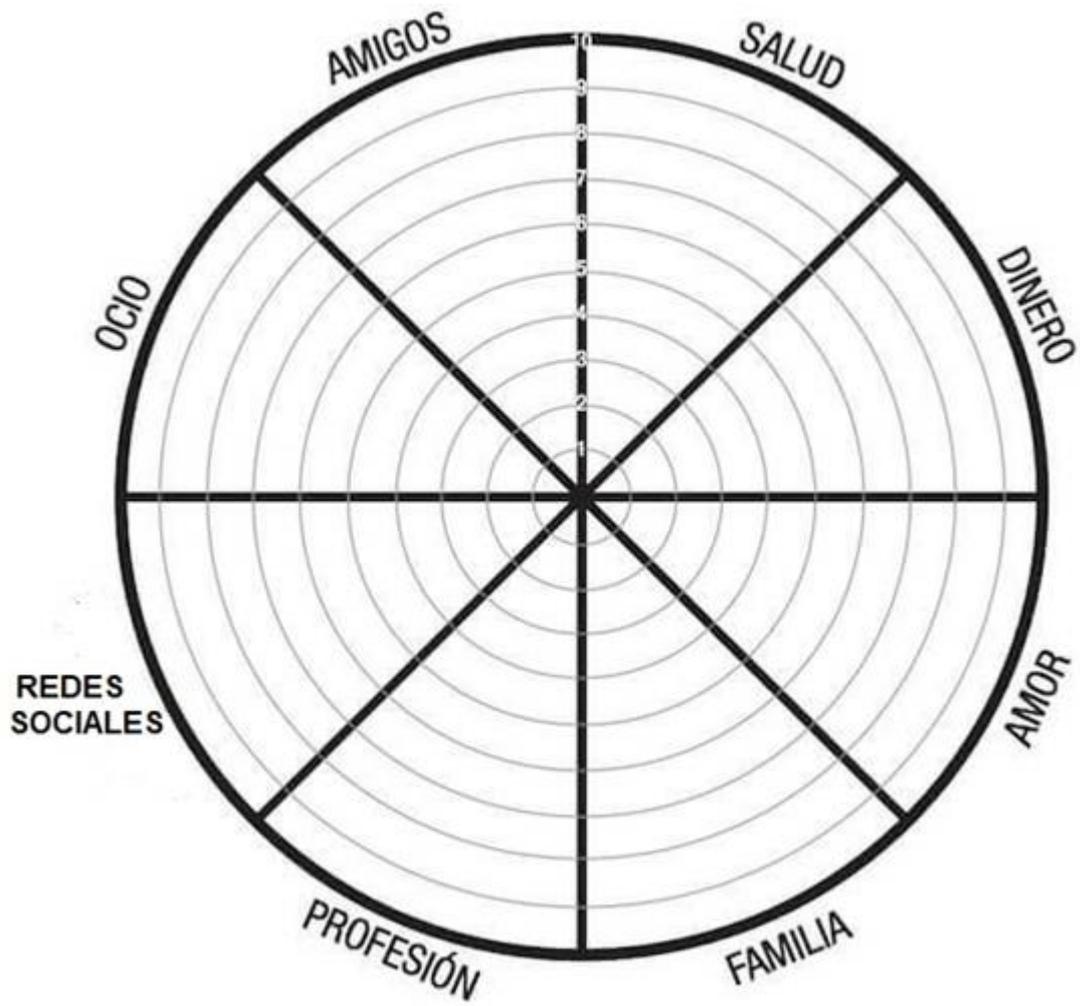
9. ANEXOS

ANEXO 1. COMUNIDADES A LAS QUE PERTENECEN LOS INDIVIDUOS



Fuente: Valiente, Vázquez, Peinado, Contreras, Trucharte (2020). *Síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático ante el COVID-19: prevalencia y predictores*.

ANEXO 2. RUEDA DE LA VIDA



ANEXO 3. LA GRÁFICA

