

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOPEDAGOGÍA  
ITINERARIO DE ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD



---

**Universidad de Valladolid**

Facultad de Educación y Trabajo Social

**IMPACTO DEL COVID-19 EN POBLACIÓN  
JOVEN ESPAÑOLA: NIVELES DE ESTRÉS,  
DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y RIESGO SUICIDA**

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

AUTORA: EVA SÁNCHEZ MERINO

TUTORA: CARMELA MARTÍNEZ VISPO

TUTORA: CLARA GONZÁLEZ SANGUINO

Valladolid, julio 2022

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, me gustaría agradecer a mis tutoras Carmela Martínez Vispo y Clara González Sanguino por guiarme en este Trabajo de Fin de Máster y sobre todo por la paciencia y la dedicación que han tenido conmigo.

En segundo lugar, dar las gracias por la sinceridad y la implicación de todas las personas que han colaborado en el estudio y sobre todo por las palabras positivas que me han expresado por facilitar un espacio de difusión y de visibilización de la salud mental.

Por otro lado, a mis amigos y amigas que me han acompañado en este proceso, que me han escuchado y confiado en mí dándome fuerzas para seguir adelante.

Y, por último, a mi madre y a mi hermana por darme las alas para poder haber llegado a ser una profesional de la Educación Social y muy pronto de la Psicopedagogía.

# **IMPACTO DEL COVID-19 EN POBLACIÓN JOVEN ESPAÑOLA: NIVELES DE ESTRÉS, DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y RIESGO SUICIDA**

Eva Sánchez Merino

Universidad de Valladolid

## **RESUMEN**

El actual trabajo tiene como propósito mostrar la importancia de la salud mental dentro del campo de intervención de la Psicopedagogía y más aún en el nuevo contexto emergente de la pandemia mundial ocasionada por la COVID-19. Para ello, se ha llevado a cabo un estudio transversal-descriptivo y mixto para analizar el impacto de la pandemia en la salud mental de los jóvenes, concretamente evaluando la sintomatología depresiva, ansiosa, de estrés y riesgo suicida. Los resultados obtenidos revelan que no existen diferencias significativas en sintomatología y riesgo suicida entre hombres y mujeres jóvenes ni en cuanto al estado civil, sin embargo, sí que se hallaron resultados significativos en cuanto al nivel de estudios, mostrándose mayores síntomas ansiosos e intentos de suicidio en jóvenes con menor nivel de estudios y en función del nivel socioeconómico, obteniéndose mayor sintomatología y riesgo suicida en la juventud con un nivel socioeconómico bajo. De esta manera se destaca que aquellos grupos de jóvenes más vulnerables ante el impacto de la pandemia han sido los que poseen estudios inferiores y se encuentran dentro de clases sociales bajas. Teniendo en consideración estos resultados la Psicopedagogía tiene como finalidad trabajar con estos colectivos interviniendo para prevenir el desarrollo de problemas de salud mental y, en el caso de existir, mejorar su calidad de vida.

**Palabras clave:** impacto, COVID-19, salud mental, riesgo suicida, jóvenes, psicopedagogía.

## **IMPACT OF COVID-19 IN YOUNG SPANISH POPULATION: LEVELS OF STRESS, DEPRESSION, ANXIETY AND SUICIDAL RISK**

Eva Sánchez Merino

University of Valladolid

### **ABSTRACT**

The current study aims to show the importance of mental health within the field of intervention of Psychopedagogy and even more so in the new emerging context of the global pandemic caused by COVID-19. To this end, a cross-sectional-descriptive and mixed study was carried out to analyse the impact of the pandemic on the mental health of young people, specifically assessing depressive, anxious, stress and suicidal risk symptomatology. The results obtained reveal that there are no significant differences in symptomatology and suicidal risk between young men and women or in terms of marital status. However, significant results were found in terms of level of education, with greater anxious symptoms and suicide attempts in young people with lower levels of education and in terms of socioeconomic level, with greater symptomatology and suicidal risk in young people with a low socioeconomic level. In this way, it stands out that those groups of young people who are most vulnerable to the impact of the pandemic are those with lower levels of education and in lower social classes. Taking these results into consideration, the aim of Psychopedagogy is to work with these groups, intervening to prevent the development of mental health problems and, if they exist, to improve their quality of life.

**Keywords:** impact, COVID-19, mental health, suicide risk, young people, psychopedagogy.

## ÍNDICE

1. Introducción.....	8
2. Objetivos.....	10
3. Justificación.....	11
3.1. Competencias generales asociadas al máster.....	12
4. Marco teórico.....	15
4.1. La salud y la salud mental.....	15
4.2. Los problemas de salud mental y su conceptualización a lo largo de la historia.....	16
4.3. Depresión, ansiedad, estrés y la conducta suicida.....	20
4.4. Prevalencia de los problemas de salud mental en España.....	23
4.5. Factores de riesgo y protección de los problemas de salud mental.....	29
4.6. Consecuencias e impacto de los problemas de salud mental.....	33
4.7. La pandemia COVID-19 y la situación actual.....	35
4.7.1. El SARS-CoV-2.....	35
4.7.2. Situación a nivel mundial y nacional.....	36
4.7.3. Impacto del SARS-CoV-2 en la sociedad y en la salud mental.....	39
5. Estudio: “Impacto del COVID-19 en población joven española: Niveles de estrés, depresión, ansiedad y riesgo suicida”.....	43
5.1. Introducción.....	43
5.2. Objetivos.....	43
5.3. Metodología.....	44
5.3.1. Procedimiento.....	44
5.3.2. Muestra.....	45
5.3.3. Instrumentos.....	45
5.3.4. Resultados.....	47
5.3.5. Discusión .....	62
5.3.5.1. Limitaciones del estudio y propuestas de investigación futuras.....	67
5.3.5.2. Propuestas de intervención desde la Psicopedagogía.....	68
6. Conclusiones finales.....	70
7. Referencias bibliográficas.....	72

8. Anexos.....	85
----------------	----

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Conceptos y definiciones asociados a la conducta suicida.....	22
TABLA 2. Prevalencia de ansiedad, depresión y otros problemas mentales según nivel de estudios (%).....	28
TABLA 3. Factores de riesgo y protección de los problemas de salud mental.....	30
TABLA 4. Factores de riesgo y protección de la conducta suicida.....	31
TABLA 5. Casos y fallecidos acumulados de la COVID-19 en el mundo y por continentes.....	37
TABLA 6. Lugar de residencia de la muestra (n=452).....	47
TABLA 7. Nivel de estudios de la muestra (n=452).....	48
TABLA 8. Nivel de estudios de la muestra: Estudios no universitarios vs universitarios (n=452).....	48
TABLA 9. Estado civil de la muestra (n=452).....	48
TABLA 10. Nivel económico de la muestra (n=452).....	49
TABLA 11. Análisis estadístico preliminar de la Escala DASS-21 (n=452).....	50
TABLA 12. Análisis estadístico preliminar de la Escala Paykel (n=452).....	50
TABLA 13. Variable relacionada con la escala total DASS-21 en función del sexo, nivel de estudios, estado civil y socioeconómico (n=452).....	51
TABLA 14. Variable relacionada con la depresión en función del sexo, nivel de estudios, estado civil y socioeconómico (n=452).....	53
TABLA 15. Variable relacionada con la ansiedad en función del sexo, nivel de estudios, estado civil y socioeconómico (n=452).....	54
TABLA 16. Variable relacionada con el estrés en función del sexo, nivel de estudios, estado civil y socioeconómico (n=452).....	55

TABLA 17. Variable relacionada con el riesgo suicida en función del sexo (n=452).....	56
TABLA 18. Variable relacionada con el riesgo suicida en función del nivel de estudios (n=452).....	57
TABLA 19. Variable relacionada con el riesgo suicida en función del estado civil (n=452).....	58
TABLA 20. Variable relacionada con el riesgo suicida en función del nivel socioeconómico (n=452).....	59

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Prevalencia de la salud mental según país de nacimiento, nivel de renta, situación laboral y tamaño de municipio.....	23
FIGURA 2. Prevalencia por grupos quincenales de edad.....	24
FIGURA 3. Prevalencia de la salud mental según Comunidad Autónoma.....	24
FIGURA 4. Prevalencia (%) de los TM.....	25
FIGURA 5. Trastornos de ansiedad, prevalencia edad, país, nivel de renta, situación laboral y habitantes.....	26
FIGURA 6. Prevalencia trastornos depresivos, edad, país, nivel de renta, situación laboral y habitantes.....	26
FIGURA 7. Prevalencia Reacción de adaptación (factores de estrés y traumas), edad, país, nivel de renta, situación laboral y habitantes.....	27

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo de Final de Máster (TFM) del Plan de Estudios del Máster Universitario en Psicopedagogía en la Universidad de Valladolid se ha elaborado a partir de la tipología de investigación ofertada para el diseño del TFM. De esta manera, el desarrollo de éste gira en torno a un estudio de investigación.

La salud mental hace referencia a un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades y puede enfrentarse a situaciones inusuales de la vida de forma fructífera haciendo finalmente una contribución a la comunidad (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2018). Sin embargo, en ocasiones la salud mental se ve afectada por múltiples factores, cuando pasa esto es cuando se desarrolla una problemática en salud mental de la que pueden surgir una serie de síntomas que si no se llegan a controlar teniendo los medios pertinentes para ello puede llegar a presentarse un trastorno mental. Éste se define como un síndrome caracterizado por una alteración del estado cognitivo, de la regulación emocional o del comportamiento de una persona (Asociación Americana de Psiquiatría, APA, 2014).

La pandemia generada por el conocido coronavirus (COVID-19) ha constituido uno de esos factores que han desencadenado que múltiples personas jóvenes, además de la población general, hayan experimentado síntomas relacionados con problemas de salud mental, como consecuencia por ejemplo de las diversas medidas y restricciones que se han impuesto a lo largo del transcurso de la pandemia desde marzo de 2020, fecha en la que se inició.

Es por ello por lo que se ha llevado a cabo un estudio para averiguar la influencia de este contexto inusual en las personas, concretamente en el grupo de personas jóvenes de España, siendo la edad evaluada comprendida entre 18 y 29 años.

El objetivo del presente Trabajo de Fin de Máster será analizar el impacto de la pandemia del coronavirus en la salud mental de la población joven española planteando a raíz de los resultados de la investigación efectuada un conjunto de propuestas de intervención desde el ámbito de la Psicopedagogía.

Para la realización del trabajo se han consultado las siguientes bases de datos: Scopus, Dialnet, Pubmed, Web of Science, Scielo, página web de la Organización Mundial de la Salud (OMS), páginas web de instituciones reconocidas como el Gobierno de España o el Ministerio

de Sanidad. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) y Google Académico.

El trabajo presenta tres partes claramente diferenciadas. Una primera parte donde se exponen los objetivos tanto generales como específicos del presente Trabajo de Fin de Máster, además de los aspectos que justifican la elección de la temática y la relación que tiene ésta con las competencias propias del máster universitario. Una segunda parte en la que se realiza una revisión de aquellos conceptos relevantes sobre la salud mental, así como la descripción del contexto histórico de la pandemia del coronavirus y el impacto que ha tenido en la sociedad, y una tercera parte donde se presenta un estudio experimental de tipo transversal-descriptivo y mixto dirigido a evaluar la influencia de la pandemia actual en la salud mental de la población joven española con una serie de propuestas de intervención psicopedagógicas teniendo en cuenta los resultados y la discusión del mismo y sus correspondientes limitaciones y propuestas de investigación para el futuro, finalizando con la formulación de las conclusiones finales.

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo general.**

-Realizar una investigación para evaluar el impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población joven española.

### **Objetivos específicos.**

-Efectuar un acercamiento a la situación de la pandemia mundial y nacional a causa del COVID-19.

-Valorar los resultados del estudio experimental analizando los niveles de depresión, ansiedad, de estrés y riesgo suicida.

-Plantear una serie de propuestas de intervención psicopedagógica tras la interpretación de los resultados del estudio.

-Destacar la importancia de la Psicopedagogía en el campo de la salud mental.

### 3. JUSTIFICACIÓN

En marzo de 2020 se decretó el estado de alarma en España tras la presencia de un gran número de contagios a causa del virus SARS-CoV-2, denominado por la OMS como “COVID-19” o “coronavirus”. De la misma manera, esta organización determinó finalmente que lo que estaba sucediendo se consideraba a esas alturas una pandemia mundial. El estado de alarma hizo que los españoles se tuvieran que confinar en casa durante más de tres meses, cumpliendo una serie de medidas de protección y de restricciones incluso después de la finalización del estado de alarma. Este nuevo contexto obligó a que las personas se tuvieran que adaptar a todo lo que se iba imponiendo y para ello, tuvieron que sacrificar, en muchas ocasiones, actividades o relaciones a las que estaban acostumbrados.

Durante todo el periodo de la pandemia, hubo un incremento de sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés en las personas, existiendo un significativo impacto en la población juvenil a causa de la prohibición de salir de sus casas, realizar actividades de manera rutinaria, de ver a un grupo amplio de personas como amigos o familiares e incluso las actividades de ocio y tiempo libre que tan necesarias son en la etapa juvenil (Courtney et al., 2020; Orgilés et al., 2021).

Asimismo, adolescentes y jóvenes de 13 a 29 años de distintos países han mostrado un 27% de síntomas asociados a la ansiedad y un 15% de sintomatología depresiva, la razón recae en las emociones negativas suscitadas por la situación económica que poseen. De igual manera, su percepción sobre el futuro se ha visto influida teniendo pocas expectativas con él. En la misma línea, la juventud con edad comprendida entre 18 y 24 presentaron un alto porcentaje de síntomas de ansiedad (34.6%) y de depresión (42.9%) (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef, 2020; Alvites-Huamaní, 2020).

Por otra parte, la pandemia ha incrementado los porcentajes de ideación y conducta suicida entre los jóvenes al generar en éstos, por un lado, cambios de conducta y de emociones, como, por ejemplo, el inicio de consumo de sustancias nocivas, el desarrollo de miedos, la presencia de problemas de sueño, la afectación en su capacidad de socialización... y por el otro lado, cambios sociales como puede ser la pérdida de empleo (Fernández et al., 2021).

En el transcurso de la pandemia, además, a la juventud no se le ha prestado verdadera atención por muchos medios de comunicación e incluso por otros colectivos diferentes. Si bien es cierto que, generalmente, los grupos de riesgo ante los contagios de la COVID-19

hacían referencia a otro tipo de población, siendo los jóvenes los que menos probabilidades ostentaban para infectarse por el virus. Sin embargo, la juventud también ha sufrido consecuencias a raíz de la pandemia. Estas, como se han ido presentando, se relacionan en mayor medida con el impacto psicológico en comparación con el impacto físico (Domínguez, 2021).

Es por esto por lo que surge un nuevo escenario dentro de la salud mental en el que el campo de la Psicopedagogía tiene cabida, siendo sus funciones las siguientes: evaluar el contexto social actual para analizar las nuevas necesidades educativas específicas que las personas estén presentando, orientar en la búsqueda de recursos y alternativas que guíen a las personas en la consecución de dichas necesidades e intervenir psicopedagógicamente para prevenir el desarrollo de problemas de salud mental o, en el caso de la existencia de estos, disminuir las consecuencias que emergen de ellos. De esta manera, la temática sobre la que gira este Trabajo de Fin de Máster será un proyecto de investigación cuyo fin será analizar el impacto de la pandemia del coronavirus, concretamente, evaluar los niveles de sintomatología depresiva, ansiosa, de estrés y riesgo suicida de la población joven española, estudiando posteriormente las posibles necesidades de este colectivo ante este nuevo contexto.

### **3.1. Competencias generales asociadas al máster**

Este trabajo de fin de máster ha permitido el desarrollo de las siguientes competencias de la titulación del Máster Universitario en Psicopedagogía:

#### **Generales:**

*G2. 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 se obtiene al analizar el impacto de la nueva pandemia del coronavirus y los resultados obtenidos del cuestionario para proponer futuras líneas de intervención desde el marco de la psicopedagogía.

*G3. Comunicar las decisiones profesionales y las conclusiones, así como los conocimientos y razones últimas que las sustentan a públicos especializados y no especializados, de manera clara y sin ambigüedades.*

Esta competencia se adquiere, bajo mi punto de vista, tanto en la justificación y en el marco teórico como en el desarrollo de los resultados y la discusión del estudio al exponer la información de manera clara para que todas las personas puedan entender el contenido del trabajo.

*G6. Actualizarse de manera permanente en las TIC para utilizarlas como instrumentos para el diseño y desarrollo de la práctica profesional.*

Se ha adquirido esta competencia tras la adaptación de los cuestionarios de manera online y su difusión por las redes sociales que están en auge en la actualidad, con el fin de que llegue a un número mayor de participantes.

*G7. Implicarse en la propia formación permanente, reconocer los aspectos críticos que han de mejorar en el ejercicio de la profesión, adquiriendo independencia y autonomía como discente y responsabilizándose del desarrollo de sus habilidades para mantener e incrementar la competencia profesional.*

Esta competencia se alcanza tras valorar tanto los resultados del estudio y sus limitaciones como las futuras líneas de investigación que se pueden llegar a efectuar.

### **Específicas:**

*E1. 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 se ha adquirido tras analizar los resultados del cuestionario de los participantes del estudio teniendo en cuenta la situación de la pandemia por la COVID-19.

*E3. Aplicar los principios y fundamentos de la orientación al diseño de actuaciones favorecedoras del desarrollo personal y/o profesional de las personas.*

Se adquiere esta competencia en las propuestas de intervención con el fin de dar respuesta a la problemática de salud mental desarrollada tras la pandemia del coronavirus.

*E7. Analizar, interpretar y proponer actuaciones, teniendo en cuenta las políticas educativas derivadas de un contexto social dinámico y en continua evolución.*

Esta competencia específica se logra tras realizar un análisis de los resultados del estudio y las propuestas de intervención a raíz de éste.

*E8. Formular nuevas propuestas de mejora de la intervención psicopedagógica, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica.*

Esta competencia se refleja en el desarrollo de las propuestas de intervención psicopedagógicas expuestas al final del trabajo teniendo en cuenta los resultados del estudio experimental.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1. La salud y la salud mental

El concepto de salud ha sido entendido desde diferentes perspectivas y contextos como los que se mencionan a continuación (Gadivia y Talavera, 2012):

- Contexto médico-asistencial: Aquí la salud se tiene en cuenta como mera ausencia de enfermedad.
- Contexto de los pacientes: En él se gira en torno a la “dolencia” propiamente dicha y la salud es la recuperación de “la normalidad”.
- Contexto sociológico: Se entiende la salud de las personas como el estado en el que puedan funcionar de forma eficaz con el fin de desempeñar su “rol” social.
- Contexto económico y político: La salud se relaciona con el nivel salarial del individuo, por un lado, y por el otro, con la libertad, la igualdad y la seguridad de este.
- Contexto filosófico y antropológico: Se concibe la salud como un estilo de vida autónomo y responsable o como la capacidad de realización de los valores más específicamente humanos.
- Contexto ideal y utópico: La salud conllevará la concepción de la felicidad plena y la calidad de vida integral de la persona.

Aunque el concepto de salud no es único y universal, después de la Segunda Guerra Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), siendo éste el máximo organismo gubernamental mundialmente reconocido en materia de salud propuso una definición del término en su preámbulo de la Constitución, siendo ésta la siguiente: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (p.1)”.

Esta definición ha sido diana de algunas críticas. Navarro (1998, como se citó en Alcántara, 2008) menciona que se da por supuesto que hay un consenso universal de lo que significan los conceptos “salud” y “bienestar” dejando entrever que se aplica a todos los grupos y contextos sociales. San Martín y Pastor (1989, como se citó en Alcántara, 2008) hace énfasis en que considerar que la salud es el completo bienestar es subjetivo.

Hurtado, Losardo y Bianchi (2021) proponen una ampliación de la definición de la OMS considerando la salud “un estado completo de bienestar físico, mental, social, ambiental y espiritual” (pp. 24). Este último término hace referencia a la inteligencia y voluntad de la

persona y el concepto “ambiental” al medio físico que rodea al individuo no dirigiéndose así a las relaciones sociales pues ello es englobado en la noción anterior de lo “social”. De la misma manera, van Druten et al. (2022) afirman que la definición no se ajusta a la visión actual y que las personas que padecen algún tipo de enfermedad son catalogadas dentro de lo poco saludable, por ese motivo, estos autores proponen la idea de crear una nueva perspectiva dando un sentido al concepto dependiendo de las diferentes profesiones o entornos existentes.

El presente Trabajo de Fin de Máster se focalizará sobre una de las dimensiones específicas de este concepto: la salud mental. La salud mental, por ende, es un componente básico de la salud que incluye los aspectos más psicológicos y emocionales del ser humano (Etienne, 2018).

La OMS (2018) define el término de salud mental como:

Un estado de bienestar en el que el individuo se da cuenta de sus propias habilidades puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (s.p)

Asimismo, Keyes (2005, como se citó en Blanco y Díaz, 2006) propone el Modelo del Estado Completo de Salud que indica la presencia de tres dimensiones o indicadores de salud mental: bienestar emocional (como la satisfacción percibida por la vida, la felicidad, la alegría...), bienestar psicológico (como la autoaceptación, el crecimiento personal, el optimismo, la esperanza, el propósito en la vida, las relaciones positivas...) y el bienestar social (como la aceptación social, autoestima personal y utilidad para la sociedad, sentido de comunidad y de pertenencia a ella...).

De esta manera, la salud mental estaría influida por aspectos biológicos (factores genéticos o en función del sexo), individuales (experiencias personales), familiares, sociales, económicos y medioambientales (la categoría social y las condiciones de vida) (Brea y Gil, 2016) y sería una parte fundamental de la salud, teniendo en cuenta, además, que es más que la propia ausencia de trastornos mentales.

#### **4.2. Los problemas de salud mental y su conceptualización a lo largo de la historia**

Este Trabajo de Fin de Máster, como bien se mencionó con anterioridad, se centrará en la salud mental, concretamente en su problemática y concepción histórica.

Hasta hace unas décadas, el modelo de atención que primaba ante las necesidades de las personas con padecimiento psíquico se aplicaba durante su internamiento en hospitales u instituciones psiquiátricas que, con frecuencia, oscilaba entre periodos de tiempo bastante largos o incluso de por vida. Estos lugares también se denominaron coloquialmente como “manicomios” y se caracterizaban por su gran tamaño, su localización lejana de los núcleos urbanos y su función de cuidar a las personas peligrosas y diferentes dado que prevalecían las razones de orden social al querer preservar la tranquilidad pública frente al aspecto médico (Campos y Huertas, 1998). En muchas ocasiones, estas instituciones, a causa de la falta de inversión estatal o la ausencia de perfiles médicos especializados, se convirtieron en zonas de reclusión de indigentes y no en instituciones psiquiátricas reales, por ello se formaron masificaciones de personas dentro de estas áreas que resultaron imposibles de atender, aunque en esa época el fin último era curar al enfermo mental a través de tratamientos morales que consistían en una relación estrecha de médico-paciente con el fin de cambiar su comportamiento a través del diálogo y rutinas diarias (Sacristán, 2009).

Entre los siglos XV y XIII, las instituciones religiosas utilizaban exorcismos con las personas que tenían comportamientos diferentes a lo que estaba considerado normal porque creían que estaban poseídas por el demonio. De otra manera, las prácticas medicinales (como las hierbas, sortilegios, prácticas supersticiosas...) se llevaban a cabo por los denominados hechiceros y curanderos en esa época. Asimismo, se hacía uso de sanguijuelas para la purificación o duchas de agua fría en la cabeza, así como se estaba permitido eliminarles por medios extravagantes como entregarles a los marineros para que se los llevaran lo más lejos posible. Además, existían hospitales y pabellones especializados que acogían a las personas indigentes que se consideraban peligrosas para la comunidad y que no podían cuidar de sí mismas, incluso también se generaron mitos como la trepanación de cráneos que consistía en hacer un agujero en el cráneo de una víctima de la enfermedad, física o mental, para permitir que escapasen los demonios que creían responsables de la dolencia (Sacristán, 2009; Maher y Maher, 1995).

La Segunda Guerra Mundial fue un punto de inflexión para la concepción de las instituciones psiquiátricas. Con el fin principal de la racionalización, modernización y humanización de la asistencia a los enfermos mentales se genera un proceso que se denominó Reforma Psiquiátrica, dentro de la cual se pueden destacar dos puntos: la promoción de la ineficacia del manicomio para tratar los trastornos mentales (TM) y una crítica a la

concepción y los métodos llevados a cabo para con las personas que presentan esta problemática en la sociedad (Montejo, Espino y Palma, 1998).

La reforma psiquiátrica implica, para Desviat (2020, como se citó en Huertas, 2020) una palpable posición política e ideológica con respecto a la locura y sufrimiento humano, además de una serie de técnicas y de organización de servicios renovadas. A partir de los años 60, en Estados Unidos empezó a surgir un nuevo paradigma teórico que recibió el nombre de Salud Mental Comunitaria, el cual se fue extendiendo a los demás países del mundo. Con él se da una mayor importancia a los aspectos familiares y socioeconómicos en cuanto a los factores de riesgo de los problemas de salud mental, denunciando al manicomio por atentar contra los derechos de la propia persona, de promover un proceso de marginalización y ser antiterapéutico (Giménez, 2012).

Según Balanza (2008) hay dos fechas esenciales para tener en cuenta:

1. En 1985 con la publicación del Informe de la Comisión Ministerial “Documento general y recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica y la Atención a la Salud Mental” en el que se exponía un nuevo modelo de asistencia y de atención a grupos de riesgo y una renovación de las estructuras sanitarias.
2. La publicación de la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril. En el que se equiparaba por primera vez la legislación del enfermo mental con el somático terminando con la marginación sanitaria y fomentando una mayor cobertura sanitaria para todos los ciudadanos mediante la creación de una amplia red de centros de salud mental (Giménez, 2012).

Cabe mencionar que en 1983 se creó la Federación Estatal de Asociaciones de Familiares de Enfermos Psíquicos (FEAFES), una de las grandes organizaciones dentro de España que asiste las necesidades de las personas que presentan cualquier problemática en salud mental. En 1991 se consolidó como Confederación y, según ella, se caracteriza por generar mecanismos de inclusión social y aceptación de la diversidad mejorando la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y sus familias (FEAFES, 2022).

Desde entonces, las comunidades autónomas de España fueron avanzando al generar más equipos de atención y mejorar los recursos y programas asistenciales de salud mental en la comunidad (como seguimientos, rehabilitaciones, hospitales de día, centros de salud mental...) además de la propia desinstitucionalización (Desviat, 2011).

En la actualidad, la definición del término TM ha variado. Según la Real Academia Española (RAE, 2022) el concepto “trastorno” hace referencia a “una alteración leve de la salud” (s.p) por lo que un TM sería una alteración de lo relativo a la mente, más concretamente, la RAE lo define como una “perturbación de las funciones psíquicas y del comportamiento” (s.p).

Asimismo, se encuentra otra definición del concepto publicada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª Edición (DSM-5) siendo la siguiente:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, de la regulación emocional o del comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. (p. 69)

Para el diagnóstico de estos trastornos, se siguen diferentes criterios de clasificación de guías como la mencionada anteriormente, el DMS-5 publicada por la APA y la Clasificación Internacional de Enfermedades creada por la OMS (CIE-11, 2022) en su 11ª Revisión que entró en vigor el 1 de enero de 2022. En esta última tiene el mayor peso la parte clínica y sanitaria dado que se centra no solo en los TM sino en cualquier tipo de enfermedad existente.

La clasificación de los TM, de esta manera, cumple diversas funciones como son: organizar la información, facilitar la comunicación, predecir el curso clínico y la respuesta al tratamiento, clarificar la etiología de la alteración y facilitar el desarrollo teórico (Caballo et al., 2011 como se citó en González et al., 2015).

Finalmente, es necesario destacar algunos movimientos de los últimos años. Por un lado, a nivel mundial, se encuentran: el Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020 de la Organización Panamericana de la Salud (2014) que sirve para orientar las intervenciones en materia de salud mental de toda América y el Plan de Acción Integral de Salud Mental actualizado 2013-2030 desarrollada por la OMS (2021) que promueve acciones para impulsar la salud mental y el bienestar para todas las personas y lograr la cobertura universal de los servicios de salud mental, entre otras. Por otro lado, a nivel nacional, están presentes en la

actualidad tanto la estrategia de Salud Mental del sistema nacional de salud 2022-2026, que promueve la protección, promoción y respeto de los derechos humanos como respuesta a los temas asociados con la salud mental, como el Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024 (Ministerio de Sanidad, mayo, 2022) cuyo objetivo es contribuir a la mejora de la salud mental afrontando los efectos de diversas situaciones que afectan a ésta.

### **4.3. Depresión, ansiedad, estrés y la conducta suicida**

Después de realizar un recorrido histórico sobre la conceptualización de la salud mental y los TM, se dedicará este apartado a explicar los conceptos clave sobre los que se focaliza este Trabajo de Fin de Máster: la sintomatología depresiva, ansiosa, de estrés y la ideación/conducta suicida. Se tendrá en cuenta el DSM-5 creado por APA en su 5ª Edición (2014) para contextualizar la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés.

Sintomatología depresiva: Suele identificarse por la fuerte intensidad con la que se produce la tristeza o la pérdida de interés o de placer durante la mayor parte del día por las actividades habituales con una duración determinada como para que llegue a influir en la funcionalidad de las personas. Además de este síntoma también pueden llegar a coexistir otros muchos como pueden ser:

- Accesos de cólera graves y recurrentes manifestándose de forma verbal y/o con el comportamiento.
- Pérdida o aumento de peso o apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retraso psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Culpabilidad.
- Incapacidad de concentrarse o para tomar decisiones, pensamientos, ideación o intento de muerte.
- Irritabilidad intensa, tensión y/o sentimiento de desesperanza.
- Cambios de humor y/o aumento de la sensibilidad.

Sintomatología ansiosa: Se caracteriza por la presencia de malestar, miedo y/o preocupaciones persistentes a diferentes situaciones de la vida que influyen en la funcionalidad del ser humano. A su vez, se pueden presentar diversos síntomas adicionales:

- Pesadillas.

- Quejas repetidas de síntomas físicos.
- Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica, por ejemplo, volar, alturas, animales, ver sangre, etc.
- Fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar, por ejemplo, las interacciones sociales, ser observado y actuar delante de otras personas, etc.
- Ataques de pánico imprevistos y recurrentes.
- Palpitaciones, aceleración de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores, dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o molestia en el tórax, náuseas, mareos, irritabilidad, miedo a morir, etc.
- Miedo al uso del transporte público, estar en espacios abiertos, estar en sitios cerrados, hacer cola o estar en medio de una multitud y/o estar fuera de casa solo.
- Inquietud o sensación de estar atrapado o con nervios, se fatiga fácilmente, dificultad para concentrarse, irritabilidad, problemas de sueño...

Sintomatología de estrés: tiene su origen como consecuencia de una exposición a un acontecimiento traumático o estresante como puede ser a la muerte, una lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una o más de las formas siguientes: experiencia directa del suceso, presencia del suceso ocurrido a otras personas, conocimiento del suceso, exposición repetida o extrema a detalles del suceso. El conjunto de síntomas más sobresalientes es:

- Recuerdos, sueños angustiosos recurrentes e involuntarios, la persona vuelve a sentir o actuar como si volviera a vivir el suceso.
- Reacciones fisiológicas.
- Evitación persistente de estímulos asociados al contexto.
- Alteraciones del estado de ánimo y/o cognitivas como incapacidad de recordar un aspecto de la experiencia traumática.
- Apatía.
- Problemas de concentración.
- Alteraciones del sueño.

Conducta suicida: Siendo éste el último punto a conceptualizar, la OMS (2021) reconoce la conducta suicida como “una prioridad para la salud pública” (s.p). En la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida creada por el Ministerio

de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012) menciona que, en 1986, la OMS definió el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal a través del cual pretende obtener los cambios deseados” (p.43). Se considera que el suicidio varía, teniendo en cuenta diferente naturaleza y gravedad, entre la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta una serie de conductas progresivas (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado). Delimitar la conducta suicida es complejo, por ello ha habido numerosos autores que han intentado definir el concepto. Algunos de ellos fueron O’Carroll et al. (1996) quienes clasificaron la conducta suicida en: ideaciones suicidas, conductas instrumentales, intento de suicidio y suicidio consumado. Más tarde, Silverman et al. (2007) revisaron la nomenclatura de O’Carroll et al. (1996) incluyendo características nuevas a las definiciones que propusieron, como son: el resultado de la conducta, el grado de intencionalidad y la conciencia de los resultados de dicha conducta. Además, añadieron una nueva clasificación llamada “comunicación suicida” (teniendo en cuenta más aspectos que los propiamente físicos) y se habla de la amenaza suicida en vez de la conducta instrumental. En este caso, en la tabla 1 se expone la clasificación realizada por Silverman et al. (2007).

**Tabla 1**

*Conceptos y definiciones asociados a la conducta suicida*

CONCEPTO	DEFINICIÓN
Ideación suicida	Pensamientos sobre el suicidio (cogniciones)
Comunicación suicida	Acto de comunicación propio de una persona en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, sin que llegue a considerarse una conducta suicida. Siendo el punto intermedio entre la ideación y ésta última. Se engloba tanto la comunicación verbal como no verbal. Existen dos tipos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amenazas suicidas: acto interpersonal verbal o no verbal que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro.</li> <li>• Plan suicida: es la propuesta de un método con el que llevar a cabo la conducta suicida.</li> </ul>
Conducta suicida	Se considera una conducta lesiva y autoinfligida en la que hay evidencia implícita o explícita de que la persona tiene la intencionalidad de acabar

con su vida. Se considera conducta suicida:

- Autolesión/gesto suicida: conducta lesiva y autoinfligida para la que existe evidencia de que la persona no tiene intención de acabar con su vida, utilizando la aparente intencionalidad con otro objetivo.
- Conducta suicida no determinada: conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte.
- Intento de suicidio: Conducta lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia de la intencionalidad de provocar la muerte.
- Suicidio: muerte autoinfligida con evidencia de que la persona tenía intencionalidad de acabar con su vida.

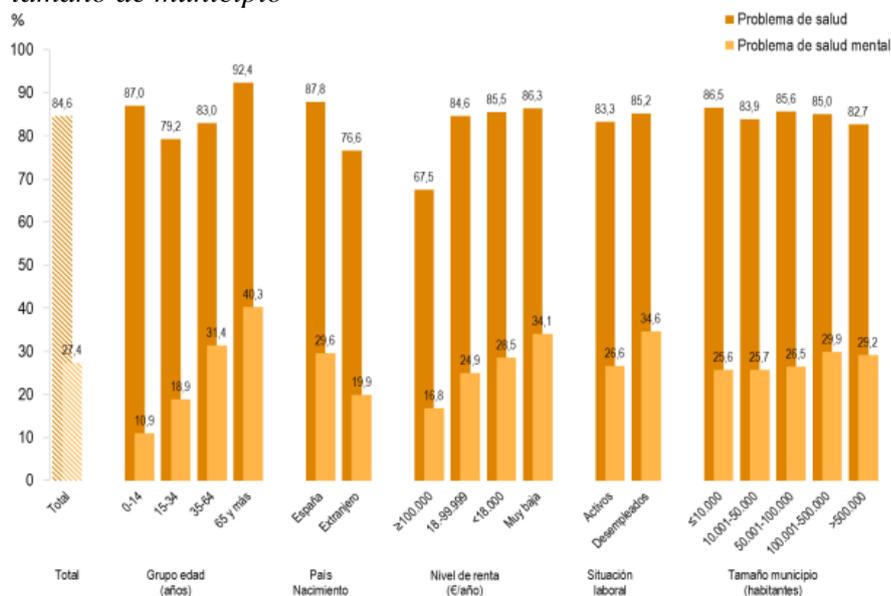
*Nota:* Adaptado de Silverman et al. (2007).

#### 4.4. Prevalencia de los problemas de salud mental en España

Según la Subdirección General de Información Sanitaria (2020) en la Clasificación Internacional de Atención Primaria 2, la prevalencia de los problemas de salud mental alcanza un 27,4% de la población. Además, cabe destacar una mayor prevalencia de problemas de salud mental en personas que se encuentran en desempleo y, de igual manera, en aquellas que poseen un nivel de renta muy bajo (Figura 1). Por otra parte, como se puede apreciar en la Figura 2, las mujeres de manera general son las que más presentan problemas de salud mental (30.2%) que en comparación con los hombres (24.4%), mientras que éstos tienden a tener una frecuencia mayor en edades que se encuentran antes de los 19 años.

**Figura 1**

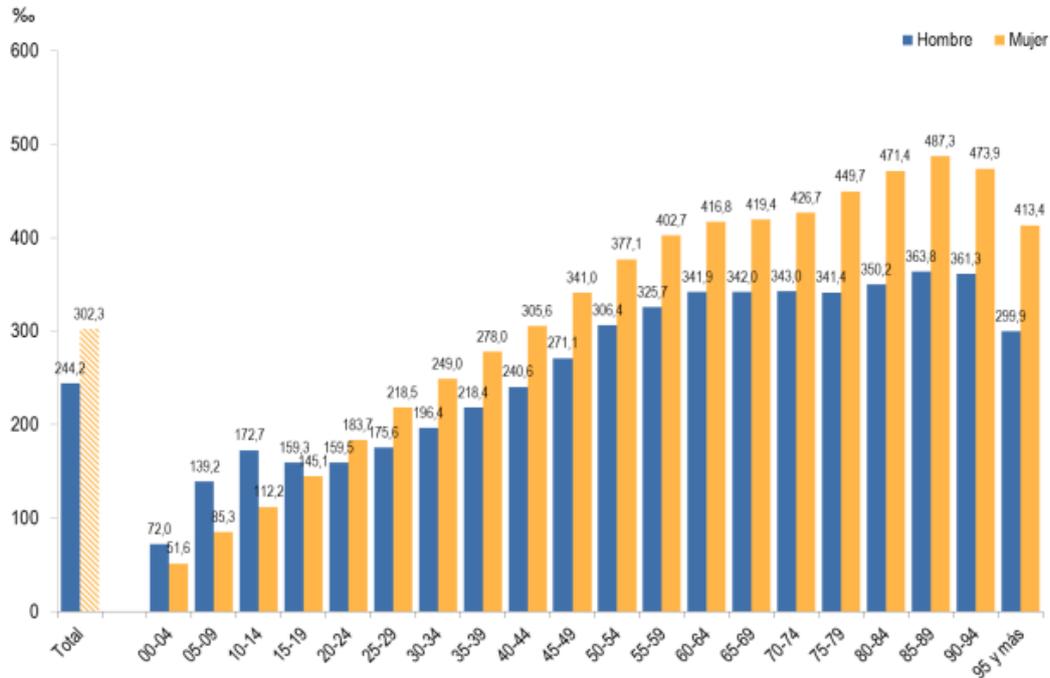
*Prevalencia de la salud mental según país de nacimiento, nivel de renta, situación laboral y tamaño de municipio*



Nota: Encuesta BDCAP, 2017.

**Figura 2**

*Prevalencia por grupos quincenales de edad*

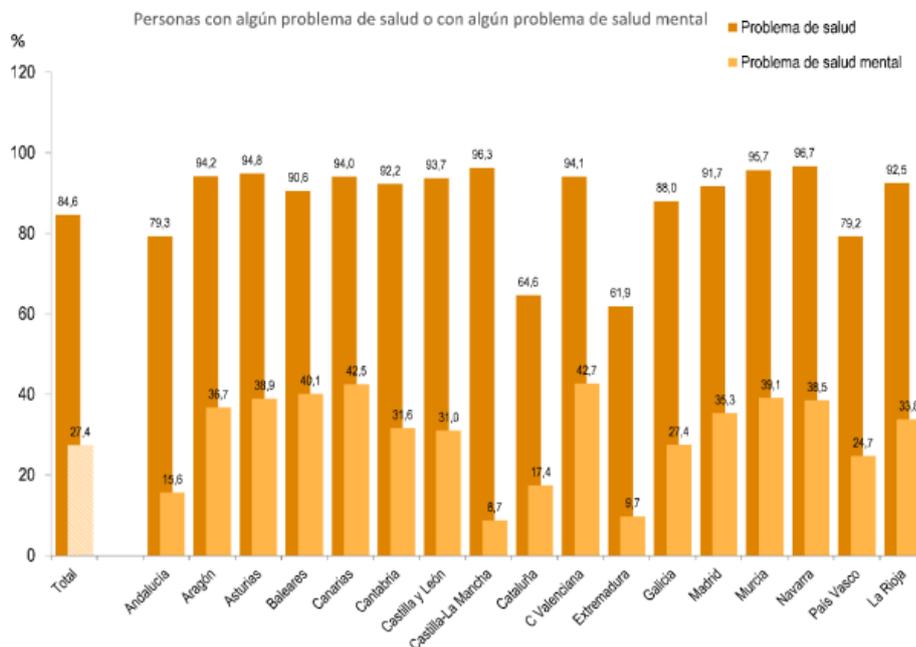


Nota: Encuesta Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP, 2017).

La existencia de problemas de salud mental varía entre Comunidades Autónomas (Figura 3) teniendo mayor prevalencia los que poseen más habitantes.

**Figura 3**

*Prevalencia de la salud mental según Comunidad Autónoma*

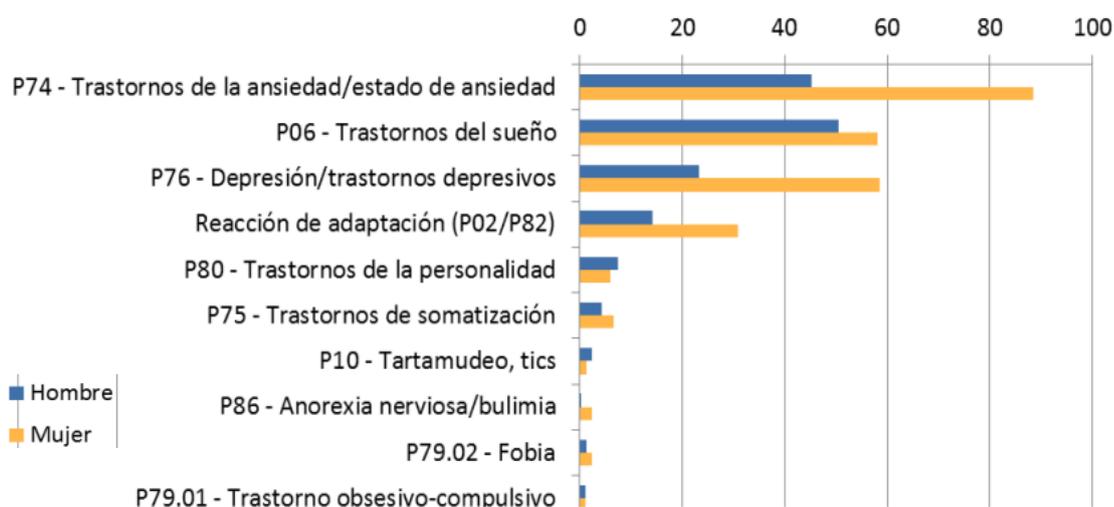


Nota: Encuesta BDCAP, 2017.

Centrándonos en la prevalencia de los TM (Figura 4), los trastornos por ansiedad son los que poseen la mayor prevalencia en la población, los trastornos depresivos se encuentran en la tercera posición y la reacción de adaptación (trastorno por factores de estrés y/o traumas) es el cuarto trastorno con mayor porcentaje. Existe una mayor frecuencia en mujeres que en hombres en cada uno de ellos, excepto en los trastornos de personalidad, de tartamudeo y tics.

**Figura 4**

*Prevalencia (%) de los TM*

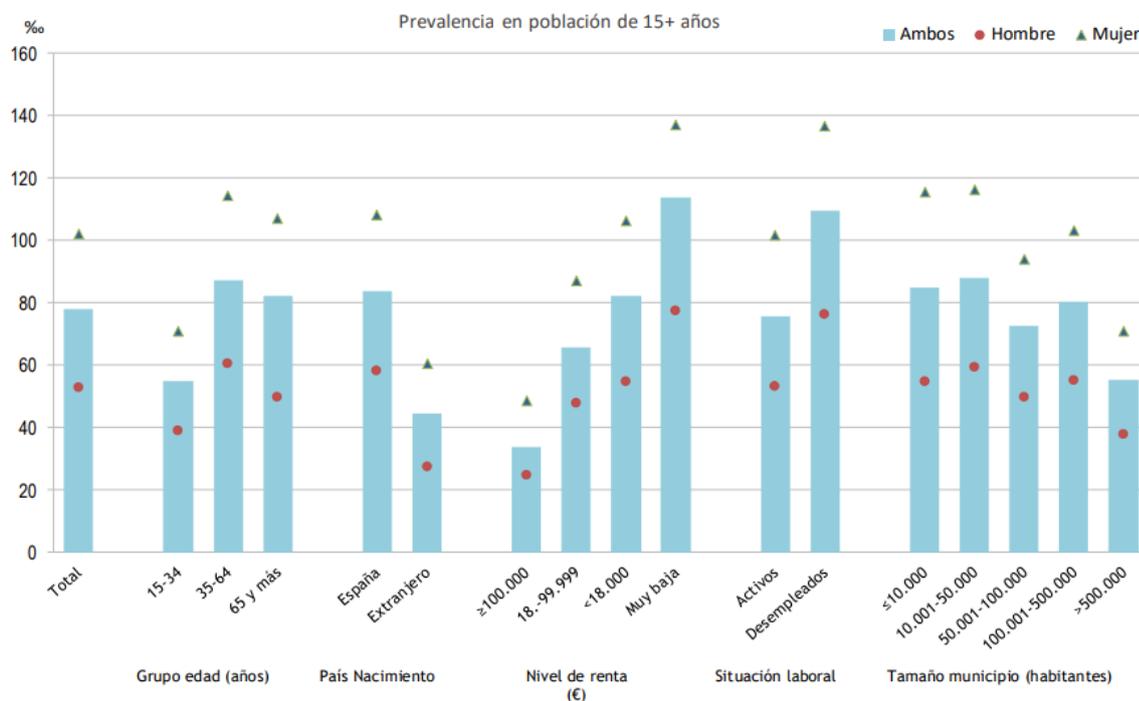


Nota: Encuesta BDCAP, 2017.

Teniendo en cuenta el trastorno de ansiedad (Figura 5) se observa que a medida que incrementa la edad de las personas se encuentra mayor presencia de síntomas asociados a éste. Además, la presencia de menor nivel de renta influye en el aumento de la prevalencia de este tipo de trastorno. En cuanto a la situación laboral, existe una mayor prevalencia de este problema de salud mental en las personas desempleadas.

**Figura 5**

*Trastornos de ansiedad, prevalencia edad, país, nivel de renta, situación laboral y habitantes.*

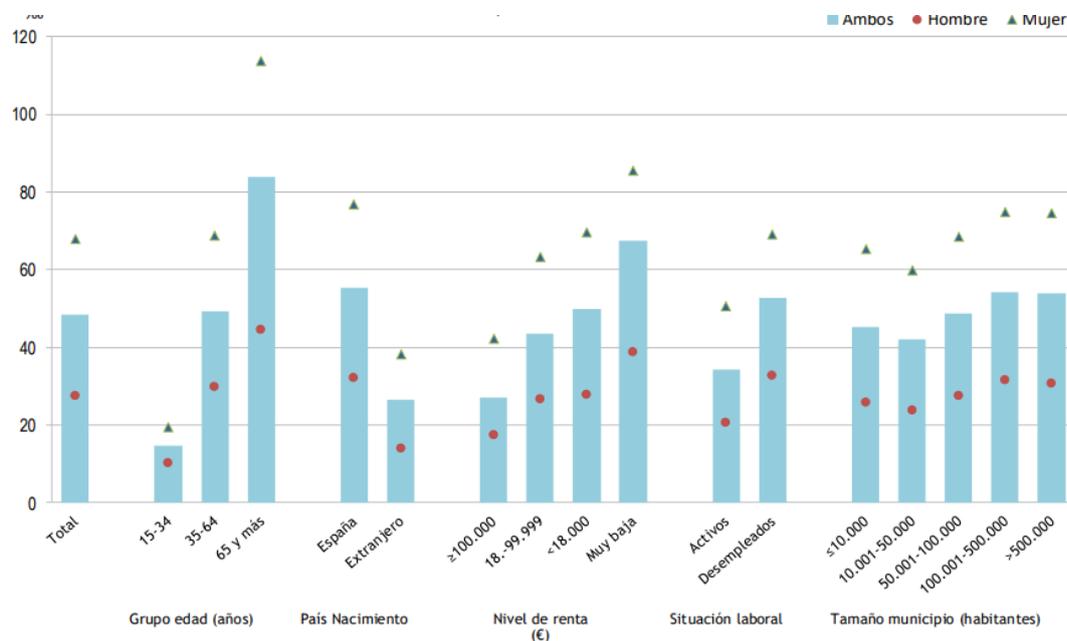


Nota: Encuesta BDCAP, 2017.

Haciendo referencia a los trastornos depresivos (Figura 6) se puede observar que cuanto mayor nivel de renta menos sintomatología depresiva presentan las personas, de la misma manera se encuentra que las personas que se encuentran activas laboralmente poseen menos síntomas asociados a la depresión que las personas desempleadas.

**Figura 6**

*Prevalencia trastornos depresivos, edad, país, nivel de renta, situación laboral y habitantes.*

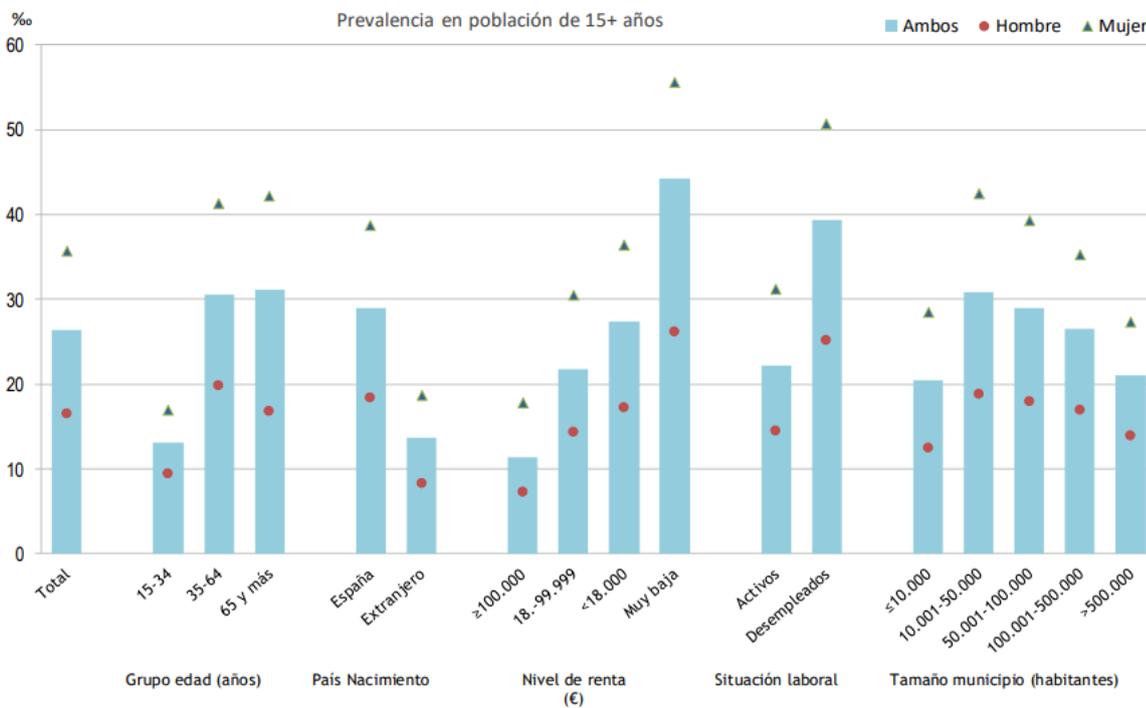


Nota: Encuesta BDCAP, 2017.

Asimismo, la prevalencia de los factores de estrés y traumas (Figura 7) es mayor si el nivel de renta es muy bajo, de igual manera sucede con la situación laboral, las personas que se encuentran activas presentan una menor prevalencia de esta sintomatología que las que están desempleadas.

**Figura 7**

*Prevalencia Reacción de adaptación (factores de estrés y traumas), edad, país, nivel de renta, situación laboral y habitantes.*



Nota: Encuesta BDCAP, 2017.

En la encuesta Nacional de Salud (ENSE, 2017) llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad refleja que cuanto mayor nivel de estudios menor es la prevalencia de presentar un trastorno mental (ver Tabla 2).

**Tabla 2***Prevalencia de ansiedad, depresión y otros problemas mentales según nivel de estudios (%)*

	Depresión		Ansiedad		Otros problemas mentales	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Número de encuestados (%)	10.595 (4.04)	12.494 (9.18)	10.595 (4.28)	12.494 (9.07)	10.595 (2.09)	12.494 (2.07)
Nivel de estudios (%)						
Primaria/sin estudios	5.35	12.8	5.5	11.4	3.35	3.22
Secundarios	3.01	6.95	3.38	7.76	0.8	0.8
Universitarios	2.26	3.98	2.57	5.65	0.62	0.83

*Nota:* Adaptado de la Encuesta ENSE, 2017.

Haciendo referencia a la conducta suicida, el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2020) expone que en España hubo un total de 3.941 de suicidios, de los cuales 2.930 correspondieron a hombres y 1.011 a mujeres, siendo éste un dato histórico en el país. El Observatorio del Suicidio creado por la Fundación Española para la Prevención del Suicidio (FSME) en 2020 expuso los siguientes datos: tres de cada cuatro suicidios son de hombres y uno de cada cuatro, de mujeres, suponiendo todo ello una media de 11 suicidios diarios y uno cada dos horas. Asimismo, el suicidio se ha convertido en la segunda causa de muerte en la juventud española (de 15 a 29 años).

A lo anterior se le debe de añadir, por un lado, los intentos de suicidio que según la OMS (2020, como se citó en el Observatorio del Suicidio, 2020) existirían al menos 20 intentos por cada suicidio produciéndose una estimación de 80.000 intentos al año en el país, además las mujeres lo intentarían tres veces más que los hombres, pero los hombres lo consuman tres veces más que las mujeres y, por otro lado, las ideaciones suicidas, que podrían afectar entre el 5% y el 10% de la población española, en otras palabras, se estaría hablando de entre dos y cuatro millones de personas a lo largo de su vida. Por último, mencionar según el Ministerio de Justicia (2019) los mecanismos de suicidio más recurrentes como son: la

ahorcadura (40,9%), seguido de las intoxicaciones (22,4%), la precipitación (18,9%) y el abuso de medicamentos (17,8%).

En definitiva, los problemas de salud mental están presentes en la sociedad, en algunos contextos con más frecuencia que en otros, pero sin dejar de ser una cuestión de gran importancia para el país, dado que de forma gradual se van aumentando los casos. Este hecho se debe tener en consideración para invertir en la mejora de estas situaciones mediante, por ejemplo, el impulso de diversas estrategias de prevención y tratamiento de los problemas de salud mental.

#### **4.5. Factores de riesgo y protección de los problemas de salud mental**

La OMS y el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht (2004) consideran que:

Los factores de riesgo están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y duración de los principales problemas de salud mientras que los factores de protección se refieren a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y trastornos. Estos dos tipos de factores pueden ser de carácter individual, familiares, sociales, económicos y ambientales. (s.p)

Haciendo referencia a los problemas de salud mental, son numerosos los factores que se pueden encontrar. Aunque si bien es cierto que la literatura científica avala que las emociones son un potente factor tanto de riesgo como de protección, según el contexto. Se entiende por emoción como una experiencia multidimensional que presenta tres tipos de respuestas, siendo estas: cognitivo/subjetivo, conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo (Ramos et al., 2009). En esta línea, Chóliz (1994) realizó una distinción entre emociones agradables (alegría, amor, calma...) o desagradables (dolor, enfado, tristeza...), pudiendo ser estas más o menos intensas. Comúnmente, se asocian las sensaciones agradables con una mejora de la salud mental gracias a sus propiedades motivacionales teniendo comportamientos “saludables” como es el ocio o una dieta equilibrada, mientras que las emociones desagradables contribuyen a una influencia negativa en el estado emocional haciendo que una persona pueda presentar conductas “no saludables” como puede ser, el sedentarismo (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001).

En la tabla 3 se muestra, de forma adicional, una ampliación de los factores de riesgo y de protección asociados a los problemas de salud mental:

**Tabla 3**

*Factores de riesgo y protección de los problemas de salud mental*

<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>FACTORES DE PROTECCIÓN</b>
- <u>Sociales, económicos y ambientales</u>	- <u>Sociales, económicos y ambientales</u>
Acceso a drogas y alcohol.	
Aislamiento y enajenamiento.	Integración de minorías étnicas.
Falta de educación, transporte y vivienda.	Participación y aceptación social.
Rechazo social.	Interacciones interpersonales positivas.
Nutrición deficiente.	Responsabilidad social y tolerancia.
Pobreza.	Apoyo social y redes comunitarias.
Exclusión social y racismo.	
Violencia y delincuencia.	
Guerra.	
Estrés laboral y desempleo.	
- <u>Individuales y familiares</u>	- <u>Individuales y familiares</u>
Fracaso académico, déficits de atención.	Capacidad para afrontar el estrés y la adversidad.
Cuidar a pacientes con enfermedades crónicas o demencia.	Resiliencia y autonomía.
Abuso y abandono de menores.	Estimulación cognitiva temprana.
Insomnio y dolor crónico.	Ejercicio físico y/o deporte.
Inmadurez y descontrol emocional.	Alfabetización.
Uso excesivo de sustancias.	Interacción familiar positiva.
Exposición a la violencia, agresión y trauma.	Habilidades de resolución de conflictos.
Conflicto y desorganización familiar.	Autoestima y destrezas vitales.
Soledad.	Apoyo familiar.
Clase social baja.	
Enfermedad médica.	
Trastorno mental y/o abuso de sustancias de los padres.	

Pérdida personal - duelo.  
 Presencia de discapacidad.  
 Eventos de mucha tensión.  
 Habilidades sociales y emocionales deficientes.

---

*Nota:* OMS y el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht (2004).

En cuanto a los factores relacionados con la conducta suicida, Cañón (2011) menciona la sintomatología depresiva como uno de los más importantes para tener en cuenta, como se ha expuesto con anterioridad, algunos de los síntomas presentes son: una visión distorsionada del mundo aunado con pensamientos negativos sobre uno mismo, entre otros. Además, los problemas familiares también son relevantes como factores precipitantes de la conducta suicida.

Por otra parte, el estrés sufrido por la presión y exclusión social en general, y por la orientación sexual en particular son potentes condicionantes. Asimismo, una historia previa de intentos de suicidio representa un riesgo de éste en el futuro, además de ser un indicador de problemas de salud mental (Sánchez-Teruel, 2012).

Otra investigación señala que la pérdida reciente de empleo es un poderoso factor de riesgo para la conducta suicida (Taborda y Téllez- Vargas, 2010). Ejemplo de esto último es la situación de crisis económica vivida hace poco más de 10 años la cual tuvo como consecuencia un incremento de la tasa de suicidios de la población española. Siendo España, además, uno de los países con mayor repercusión en la salud mental en relación con la crisis económica (Muñoz et al., 2014; Karanikolos et al., 2013).

En la siguiente tabla 4 se exponen más factores asociados a la conducta suicida:

**Tabla 4**

*Factores de riesgo y protección de la conducta suicida*

<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>FACTORES DE PROTECCIÓN</b>
- <u>Sociales, económicos y ambientales</u>	- <u>Sociales, económicos y ambientales</u>
Guerra, desastres naturales.	
Deterioro socioeconómico de la comunidad.	Oportunidades educativas y profesionales.
Falta de acceso a los servicios asociados con	Deportes y actividades físicas.

---

la salud y la educación.  
 Oportunidades limitadas para estudiar o trabajar.  
 Vecindario inseguro.  
 Cárceles y escuelas desorganizadas con un marcado clima de violencia.  
 Violaciones sistemáticas de los derechos fundamentales de las personas.

- Individuales y familiares

Bajo estatus económico, educativo y desempleo.  
 Aislamiento.  
 Escasa participación en las actividades tradicionales de la sociedad.  
 Orientación sexual e identidad.  
 Eventos traumáticos en la niñez y/o conflictos familiares.  
 Abuso de drogas del círculo social o de la propia persona.  
 Antecedentes familiares de suicidio o intentos.  
 Divorcio, separación o muerte de seres queridos.  
 Rasgos de personalidad como: irritabilidad, baja autoestima, carencia de modelo de resolución de conflictos.  
 Presencia de TM.

Apoyo social y apoyo a familiar con necesidades especiales.  
 Legislación protectora.  
 Entorno sin riesgos (ausencia de violencia, uso de drogas...).
 Redes de apoyo.  
 Formación de personal de atención primaria en materia de prevención de la conducta suicida.  
 Instituciones facilitadoras de la atención a personas con desventajas (discapacidad, minorías...) y promotoras de la responsabilidad social por la salud mental.

- Individuales y familiares

Buen estado de salud y hábitos saludables (nutrición, ejercicio físico...).

Buena relación con los pares.  
 Apropriadadas aptitudes sociales.  
 Sentido de esperanza y optimismo.  
 Manejo de estrés y adaptabilidad.  
 Metas profesionales y proyecto de vida.  
 Empleo estable y digno.  
 Estabilidad del núcleo familiar.  
 Promoción de la solidaridad, la tolerancia y la inclusión.  
 Resiliencia y evitación de la violencia en todas sus vertientes.

---

Intentos previos de suicidio.

---

*Nota:* Elaboración propia. Factores de riesgo (sociales, económicos y ambientales) y de protección, Corona, Hernández y García, 2016. Factores de riesgo individuales y familiares, OMS y Equipo de TM y del Comportamiento, 2001.

Finalmente, se puede decir que los problemas de salud mental tienen múltiples factores desencadenantes y que no solo se debe de tener en cuenta una única causa, sino que confluyen un conjunto de estas para que se pueda dar esta problemática, por otro lado, se debe de tener presente en mayor grado aquellos factores de protección que puedan paliar los efectos de los problemas de salud mental o incluso llegar a prevenir su desarrollo.

#### **4.6. Consecuencias e impacto de los problemas de salud mental**

Los problemas de salud mental conllevan, al fin y al cabo, un impacto en distintos niveles. En primer lugar, este impacto se puede reflejar en la presencia de efectos directos; como el aumento del coste de promoción de la salud, prevención y tratamiento, la disminución de la capacidad laboral y productiva, y de efectos indirectos; como el incremento de situaciones de violencia intrafamiliar, sexual y de género, aumento del uso abusivo de drogas, deterioro social y económico (Bedoya y Montaña, 2016).

De igual manera, según Tejeda (2016) el cuidado de las personas con problemas de salud mental suele recaer en personas allegadas a estas, por lo que, también llega a afectar su calidad de vida y puede ser causa de desarrollo del síndrome de desgaste profesional (burnout) en los cuidadores. Aunque es preciso destacar que son las mujeres las que siguen realizando esta actividad por encima de los hombres y, por ende, en muchas ocasiones deben de renunciar a su empleo para llevar a cabo esas tareas, por lo que llega a aumentar el desempleo femenino, en mayor medida, y el masculino.

Los costes económicos de los problemas de salud mental se dirigen a la organización de los servicios de salud mental y los recursos necesarios para familiares/cuidadores lo que hace que, en muchas ocasiones, se asocie pobreza y enfermedad mental. Los costes directos incluyen los bienes y servicios indispensables para hacerse cargo de la problemática. Los costes médicos directos son directamente los medicamentos, consultas médicas, la hospitalización (siendo estos los costos más altos) ... y los costos directos no médicos son los que aparecen durante la hospitalización (como las comidas) (Tejeda, 2016).

Asimismo, además de lo mencionado, existe un impacto a nivel social y personal. La existencia de los problemas de salud mental hace que la sociedad hable sobre ello y lo llegue a juzgar, tanto que hoy en día sigue reproduciéndose prejuicios hacia las personas que presentan alguna problemática en salud mental. Esto ha sido denominado comúnmente como estigma, asociando una serie de estereotipos a este tipo de personas ocasionando situaciones de discriminación e injusticia. Incluso la fuerte estigmatización y discriminación a la que se ven sometidas estas personas afecta de manera considerable a su propia salud, de hecho, pueden llegar a generar el llamado autoestigma, es decir, interiorizan los prejuicios creados por la sociedad que como consecuencia se produce un deterioro de sus niveles psicosociales y ocupacionales (Suárez-Vergne, 2019).

Igualmente, la conducta suicida se encuentra vinculada a la salud mental, dado que puede llegar a ser una consecuencia de padecer los síntomas asociados a ella mencionados con anterioridad (teniendo en cuenta, además, numerosos factores adicionales). Además, los problemas de salud mental como la depresión o la ansiedad también pueden tener un impacto en la persona que le lleve a iniciarse en el consumo de sustancias psicoactivas o en el aumento de la toma de medicamentos (Martín-Pérez, 2016).

Por otro lado, el suicidio supone un problema de salud pública a causa del impacto social y psicológico que produce en la sociedad tanto por la mortalidad prematura como por las secuelas de gran magnitud acontecidas tanto en el afectado (en el caso de intentos o ideaciones) como en las personas más allegadas (Jiménez-Ornelas y Cardiel-Téllez, 2013).

García-Viniegras y Pérez (2013) hablan del duelo como una de las consecuencias más palpables tras un suicidio consumado, El sufrimiento que emerge es traumático y las reacciones pueden llegar a agravarse dependiendo de cada persona, ya que los mecanismos que poseen para hacer frente al nuevo contexto son insuficientes. De igual manera, destacan que tanto la familia como la propia persona que llegó a realizar el acto suicida llegan a ser juzgados por la sociedad, una de las razones que se barajan es la concepción general de la conducta suicida como tabú, por lo que, a consecuencia, las personas cercanas reciben menor apoyo social comparado con otro tipo de muertes cuando en realidad requieren un apoyo emocional y social incluso mayor.

Fanjul-Peyró, González-Oñate y Santo-Mirabet (2020), en cambio, ponen el acento en el llamado efecto “Werther” o efecto “llamada”, el cual alude al incremento del número de suicidios al difundir dichos sucesos en los medios de comunicación, en otras palabras, la aparición de estos casos en los medios telemáticos produce un fenómeno de imitación de la conducta suicida. También se ha generado el término “copycat” cuando, en este sentido, se encuentra implicada una persona famosa. Todo esto contribuye a fomentar un silencio comunicativo que reproduce el tabú que rodea al suicidio y todas sus vertientes.

Como conclusión, la presencia de problemas de salud mental contribuye a incrementar las dificultades de las personas, llegando a afectar a su propia calidad de vida y a su bienestar. En primer lugar, el nivel económico requerido es mayor por lo que muchas personas no pueden hacerse cargo de los gastos que supone sus implicaciones, un ejemplo de ello es la necesidad de ir a terapia psicológica y su dificultad a la hora de acceder a los servicios públicos de atención psicológica, así como su alto coste. En segundo lugar, se genera un efecto indirecto hacia las personas allegadas porque pueden llegar a sufrir por los familiares que presentan síntomas relacionados con problemas de salud mental y al querer protegerles pueden desarrollar el síndrome de burnout. Por otro lado, la idea de “problema de salud mental” sigue siendo estigmatizada por la sociedad generando por su parte una exclusión social hacia las personas que tienen síntomas asociados creándolas, en muchas ocasiones, miedos y rechazos hacia sí mismas, repercutiendo en su calidad de vida. Por último, el riesgo de suicidio puede ser una de las consecuencias de poseer un problema de salud mental, aunque no sea determinante, es un factor para tener en cuenta.

## **4.7. La pandemia COVID-19 y la situación actual**

### **4.7.1. El SARS-CoV-2**

El SARS-CoV-2 es un virus dentro de la familia Coronaviridae, el cual desarrolla la enfermedad por coronavirus, denominada por la OMS como COVID-19. Generalmente estos virus solo infectan a los animales, pero esta tipología de coronavirus provoca infecciones en seres humanos (Ministerio de Sanidad, enero, 2022). El 31 de diciembre de 2019 se inició una alerta al encontrar 27 casos de neumonía con causas desconocidas en Wuhan (China), cuya sintomatología comenzó el 8 de diciembre. Lo que tenían en común estos casos fue la exposición a un mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos en la ciudad. El 7 de enero de 2020, las autoridades del país establecieron que la causa del brote era la nueva variante de virus de la familia Coronaviridae (SARS-CoV-2) (Ministerio de Sanidad, s.f).

Los síntomas que emergen del contagio por la COVID-19 son diversos, sin embargo, muchos pacientes pasan la enfermedad de manera asintomática. En caso de desarrollar algún tipo de síntoma, los más frecuentes son los siguientes: fiebre, dolor de garganta, dificultad respiratoria, náuseas o vómitos, congestión nasal, pérdida de los sentidos del olfato y gusto, entre otros. Por otra parte, pueden ocurrir complicaciones con mayor gravedad, que pueden ocasionar incluso la muerte. Por último, se indica que varios síntomas se pueden llegar a prolongar hasta cierto tiempo después de haber pasado la enfermedad, en otras palabras, pueden durar los efectos semanas incluso meses más tarde (Ministerio de Sanidad, octubre, 2021).

Los grupos con mayor riesgo de desarrollar enfermedad grave por COVID son las personas de mayor edad, las que padecen enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, diabetes, enfermedad pulmonar, cáncer, inmunodepresión y embarazo. También las personas que fuman o las que tienen obesidad. (Ministerio de Sanidad, agosto, 2021).

La COVID-19 se contagia a través de la boca o de la nariz de una persona que se encuentra infectada por el virus, mediante unas pequeñas partículas de consistencia líquida al realizar acciones como toser, estornudar, hablar, cantar o incluso respirar (OMS, 2022).

No existe un tratamiento farmacológico bien establecido para la enfermedad del coronavirus, aunque se emplean algunos antivirales o medicamentos que tienen cierta eficacia. De igual manera, actualmente existen vacunas contra la COVID-19 como son, por ejemplo: Pfizer, Moderna, AstraZeneca y Janssen (Ministerio de Sanidad, marzo, 2021).

#### **4.7.2. Situación a nivel mundial y nacional**

La expansión de la COVID-19 se produjo a nivel mundial de manera gradual. Fue el 30 de enero de 2020 cuando la OMS (2021) consideró la situación como una emergencia de Salud Pública de importancia internacional y el 11 de marzo decretó la alerta por pandemia mundial. A partir de ese momento todos los continentes con sus correspondientes países adoptaron las medidas que consideraron oportunas para hacer frente a la nueva enfermedad. En la Tabla 5 se muestran los casos hoy en día a nivel global.

**Tabla 5***Casos y fallecidos acumulados de la COVID-19 en el mundo y por continentes*

	Américas	Europa	Mediterráneo oriental	Asia	África	Pacífico occidental	Mundo
Nº Casos	156.348.530	220.249.340	21.762.008	58.099.805	8.972.475	59.445.142	524.878.064
Nº Muertes	2.739.532	2.010.176	342.784	788.441	172.442	229.731	6.283.119

*Nota:* Adaptado del Panel de control de la OMS sobre el COVID-19 en mayo de 2022.

En cuanto a la situación en España, según el Instituto de Salud Carlos III (2022) existen seis periodos destacables durante la pandemia COVID-19:

1. Primer periodo desde el inicio de la pandemia 14 de marzo hasta el 21 de junio de 2020: Se caracteriza por la duración del primer estado de alarma, teniendo que tomar medidas para hacer frente a la nueva enfermedad y evitar su máxima propagación. Por ello, una de las primeras restricciones que se impusieron fue el confinamiento total de la ciudadanía, pudiendo salir del hogar solo para desplazamientos de primera necesidad como: realizar compras de alimentos o medicamentos o atención sanitaria o para trabajar, en aquellos casos que fuera necesario, sin embargo, muchos de los perfiles profesionales estuvieron parados durante el confinamiento. Asimismo, era obligatorio permanecer en la localidad donde se residía, evitando desplazamientos cuyo castigo se expresaba mediante multas. De igual manera, se prohibieron movilizaciones entre países. Se consideró la primera ola pandémica de COVID-19. Durante el transcurso de la pandemia se llevan a cabo unas medidas de protección generales como son: limpiar con regularidad las superficies que se manipulen, usar pañuelos desechables, mantener al menos un metro y medio de distancia entre las personas, cubrirse la boca con el codo flexionado al toser, tener una buena higiene de manos, utilizar mascarilla, ventilar los espacios cerrados regularmente, aislarse en caso de presentar alguno de los síntomas del coronavirus, entre otras (Ministerio de Sanidad, marzo, 2021).
2. Segundo periodo desde el 22 de junio hasta el 6 de diciembre de 2020: El 25 de octubre de 2020 se declaró un nuevo estado de alarma, vigente hasta el día 9 de mayo

de 2021, cuyas restricciones fueron el toque de queda (que limitaba la circulación nocturna a una hora determinada) y la permanencia de grupos de personas en espacios públicos y privados a un máximo de 6 (Ministerio de Sanidad, marzo, 2021).

3. Tercer periodo desde el 7 de diciembre de 2020 hasta el 14 de marzo de 2021: El 27 de diciembre de 2020 se puso en marcha el proceso de vacunación en todas las comunidades autónomas de España. El gobierno estableció un orden de prioridad de grupos de población teniendo en cuenta los criterios de vulnerabilidad ante el contagio del coronavirus (Gobierno de España, marzo, 2022).
4. Cuarto periodo desde el 15 de marzo de 2021 hasta el 19 de junio 2021: En este periodo se incrementó el número de casos a causa de la nueva variante “Alfa”.
5. Quinto periodo desde el 20 de junio de 2021 hasta el 13 de octubre 2021: A la variante “Alfa” le siguió la “Delta” que, a consecuencia, acrecentó aún más la incidencia de contagios.
6. Sexto periodo desde el 14 de octubre de 2021 hasta la actualidad, que podrá ir variando en función de la situación epidemiológica de la pandemia en España: En noviembre de ese año apareció la variante Ómicron, volviendo a provocar un aumento considerable de contagios. Actualmente, las medidas están orientadas a priorizar la detección y el aislamiento tempranos de los casos y cuarentena de sus contactos. Asimismo, las únicas obligaciones son: el uso de mascarilla quirúrgica en medios de transporte y en los centros sanitarios y sociosanitarios. Además, el número total de casos confirmados notificados en España ha sido hasta ahora de 12.280.345, por el otro lado, el número de personas fallecidas advertidas ha sido de 106.105 (Ministerio de Sanidad, mayo, 2022). Asimismo, el curso de la vacunación contra el coronavirus, siendo la población total del país 47.398.695 de personas, se está completando paulatinamente. El porcentaje de personas que poseen al menos una dosis alcanza el 87%, mientras que el de personas que presentan pauta completa es del 85.4% (Gobierno de España, mayo, 2022).

A pesar de que hace más de dos años que se inició la pandemia de la COVID-19, esta sigue estando presente en la sociedad, sobre todo por el impacto y afectación a distintos niveles que ha tenido en la vida de las personas.

#### **4.7.3. Impacto del SARS-CoV-2 en la sociedad y en la salud mental**

La pandemia de la COVID-19 ha tenido un impacto general a nivel social y personal en distintos aspectos. Así, a nivel laboral y económico, el confinamiento tuvo una gran influencia puesto que provocó una pérdida inmediata de producción, puestos de trabajo, pérdida de ingresos, disminución de la oferta y demanda, disminución de la inversión y pérdida de empleos y de capacidades de los trabajadores. Los sectores más afectados fueron: la hostelería, construcción, turismo, actividades administrativas, y en menor medida, el comercio. Esto influyó más en los hombres ya que, en general, eran empleos masculinizados. Sin embargo, no obtuvieron pérdidas las actividades sanitarias y servicios sociales (con mayor presencia de las mujeres) y agricultura (Unión General de Trabajadores, 2020).

Haciendo referencia a la afectación a nivel social la pandemia ha influido en las personas en cuanto a que ha cambiado el estilo de vida de estas. El confinamiento implicó una situación de distanciamiento social radical a la que no estaba acostumbrada ninguna persona, de manera general. El ocio, el deporte o la manera de relacionarse son actividades que se han visto afectadas reduciéndose el tiempo de dedicación y teniendo implicaciones físicas como falta de sueño, insomnio y somnolencia diurna (Pinazo-Hernandis, 2020). Además, en la educación también ha habido repercusiones. Las personas que se hallaban inmersas en el sistema educativo debido al confinamiento y a la nueva normalidad han experimentado una ralentización en su aprendizaje, de igual manera, las familias con menos recursos digitales han tenido un mayor impacto durante el confinamiento a causa del teletrabajo o las clases virtuales. De esta manera, las clases sociales medias y bajas han sido y son carne de cañón durante el periodo de la pandemia, ya que las personas con falta de recursos económicos han notado aún más sus efectos, como, por ejemplo, ante la pérdida de un empleo (Grupo del Banco Mundial, 2020).

La situación provocada por el COVID-19 ha creado una serie de consecuencias en la salud mental de las personas. Estas no se manifiestan de forma inmediata, sino que con el paso del tiempo los efectos se hacen más palpables, incluso pueden llegar a durar un periodo mucho más largo que las consecuencias físicas experimentadas (Gavin, Lyne y McNicholas, 2020).

O' Connor et al. (2021) llevaron a cabo un estudio longitudinal con 3077 personas mayores de edad cuyos resultados mostraban que los individuos socialmente desfavorecidos y aquellos con problemas de salud mental preexistentes son los que peores resultados obtuvieron en materia de salud mental. Uno de cada cinco encuestados presentaban índices de ansiedad, el 23,7% puntuaron alto en niveles de depresión y, por último, uno de cada siete adultos jóvenes mostró pensamientos suicidas. Con relación a esto último, el porcentaje de encuestados que querían acabar con su vida iba creciendo a medida que se presentaba otra nueva oleada.

No se puede afirmar que la pandemia tenga un impacto directo en las tasas de suicidio, sin embargo, O' Connor et al. (2021) menciona que sí lo tiene en los factores de riesgo de éste como pueden ser:

- a. Disminución de las hospitalizaciones y derivaciones a las salas de emergencia psiquiátrica y dificultades para obtener la medicación.
- b. Aumento del consumo de alcohol en la población general y entre los grupos de alto riesgo.
- c. Dificultades económicas y desempleo.
- d. Enfermedad y dolor por la pérdida de familiares y amigos que han fallecido a causa de la pandemia.

En la misma línea, Zalsman et al. (2020) menciona como un factor importante las dificultades debidas al aislamiento prolongado. Por otra parte, Thomson et al. (2021) destacan la angustia en las relaciones familiares debido a que estar encerrados juntos durante muchas semanas sin alivio e incertidumbre ha creado una ansiedad general sobre el futuro, además de un impacto mayor en los progenitores a causa de la confluencia de factores de estrés (como presiones económicas) y conflictos entre padres-hijos.

De igual manera, se encuentra que los factores de: edad más joven, la dificultad para acceder a los servicios de salud mental, los bajos ingresos, el impacto financiero de la pandemia del COVID-19, la preocupación por el COVID-19, dormir menos de lo habitual y el aumento del consumo de alcohol u otras drogas se asocian con mayores niveles de ansiedad, depresión y malestar (Lewis et al., 2022).

En un estudio longitudinal realizado por González-Sanguino et al. (2021) con una muestra total de 3480 personas, sugiere que durante las medidas de confinamiento los niveles de sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés fueron más altos de lo habitual, concluyendo

que no se puede hablar de una recuperación de la pandemia pues existen todavía un alto grado de síntomas depresivos. La razón de esto se fundamenta posiblemente en la existencia de situaciones de duelo tanto por la pérdida de las personas más cercanas como de las actividades de ocio o trabajo, entre otras. Además, las personas con edades más tempranas obtuvieron puntuaciones más altas en sintomatología depresiva y las mujeres puntuaron alto en síntomas de ansiedad y de estrés.

Diversos estudios han avalado que las personas más jóvenes se han visto más afectadas psicológicamente a lo largo de la pandemia del coronavirus. Por un lado, Becerra-García et al. (2020) llevaron a cabo un estudio con 151 participantes de entre 18 y 76 años cuyos resultados mostraron que los más jóvenes (18-35 años) mostraron mayores niveles de hostilidad, depresión y ansiedad en comparación con las personas de más edad además de que las personas que se encontraban activas u ocupadas presentaron niveles más bajos de sintomatología depresiva que las personas desempleadas.

Otro estudio realizado por Losada-Baltar et al. (2020) tras el confinamiento obtuvieron que los niveles altos de angustia estaban relacionados con ser mujer joven que hubiera dedicado más tiempo a ver la información de la COVID-19, existencia baja de emociones positivas diarias, menor calidad de sueño y mayor soledad. Esto ratifica que a mayor sobreinformación sobre temas adversos relacionados con la pandemia genera un mayor estrés en las personas jóvenes, influyendo en su salud mental.

En el estudio de Moreira et al. (2021) la muestra se compuso de 1280 individuos y los resultados que se obtuvieron revelaron diferencias entre hombres y mujeres, siendo éstas las que mostraron mayores niveles de ansiedad y estrés. Además, la edad y la educación también fueron determinantes, a mayor edad menor sintomatología depresiva y ansiosa presentaban las personas, y a menor educación los participantes presentaron más índice de síntomas psicológicos.

De la Torre-Luque et al. (2022) efectuaron un estudio para evaluar el impacto de la pandemia COVID-19 en la mortalidad por suicidio en España. Los resultados que se adquirieron fue que a partir de mayo de 2020 se encontró un mayor riesgo de suicidio entre la población.

En definitiva, la pandemia del COVID-19 ha acarreado numerosos efectos contraproducentes en todas las etapas de la vida y en todos los niveles interrumpiendo, de esta manera, el desarrollo de una óptima calidad de vida y satisfacción de ésta en las personas. Sin

embargo, tras una revisión de la literatura científica existente, se pone de manifiesto que los jóvenes han experimentado diversos efectos durante la pandemia del coronavirus. Quizás porque han experimentado un mayor colapso en sus rutinas diarias, un mayor impacto en su nivel socioeconómico y/o poseen menor cantidad de recursos tanto a nivel personal como cognitivo. Para averiguar las necesidades y la presencia de grupos vulnerables, la investigación del presente Trabajo de Fin de Máster hará hincapié en la población joven con edad comprendida entre 18 y 29 años, edad delimitada de la misma manera a raíz de estudios como los de Alvites-Huamaní (2020), Domínguez (2021), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, 2020), Becerra-García et al. (2020), entre otros, en los que se analizan las consecuencias de la pandemia en la población joven. En concreto, se hará una evaluación en función de diferentes datos sociodemográficos aportando a la literatura científica más información sobre factores de riesgo que pueden contribuir al incremento de sintomatología asociada a problemas de salud mental.

## **5. ESTUDIO: “IMPACTO DEL COVID-19 EN POBLACIÓN JOVEN ESPAÑOLA: NIVELES DE ESTRÉS, DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y RIESGO SUICIDA”**

### **5.1. Introducción**

Como se ha ido exponiendo a lo largo de este Trabajo de Fin de Máster, los problemas de salud mental han estado presentes en la sociedad desde hace mucho tiempo, considerándose desde diferentes perspectivas y concepciones, pero no es hasta hace relativamente poco que se han ido desarrollando diversas estrategias y planes para mejorar la salud mental de las personas con el fin de prevenir el avance de la sintomatología de la problemática en salud mental.

Hace poco más de dos años se generó en el mundo una pandemia a causa de un virus que de forma general se le reconoce como el coronavirus (COVID-19). Esta situación inusual supuso muchas implicaciones para los seres humanos como se han ido comentado dentro de la fundamentación teórica. Sin embargo, un impacto que ha generado la pandemia es en la salud mental de las personas, generando así numerosos síntomas asociados a la depresión, ansiedad, estrés y conducta suicida. Aunque este contexto pandémico ha influido en todos los tipos de grupos sociales, la población diana del presente estudio es el grupo de jóvenes cuya edad comprende entre 18 a 29 años.

El estudio se caracteriza por tener un diseño metodológico de tipo transversal-descriptivo y mixto. El objetivo del estudio ha sido analizar el impacto de la pandemia en este grupo de personas, analizando los niveles de sintomatología depresiva, ansiosa, de estrés y conducta suicida según factores sociodemográficos. A raíz de los resultados obtenidos se llevará a cabo la correspondiente discusión de éstos con la finalidad de dar una serie de propuestas de intervención psicopedagógica ante las valoraciones realizadas, finalizando con una serie de limitaciones del estudio/propuestas de investigación futuras y conclusiones.

### **5.2. Objetivos**

**Objetivo general:** Analizar el impacto de la pandemia Covid-19 en la salud mental de la población joven de España con edad comprendida entre 18 y 29 años.

**Objetivos específicos:**

- Examinar las puntuaciones en sintomatología depresiva, ansiosa y niveles de estrés de la población joven española.
- Explorar los porcentajes de ideación y conducta suicida de la población joven española.
- Evaluar las diferencias en sintomatología depresiva, ansiosa y los niveles de estrés en función del género, estado civil, nivel de estudios y nivel socioeconómico.
- Analizar las diferencias en cuanto a la ideación y conducta suicida según el género, estado civil, nivel de estudios y nivel socioeconómico.
- Valorar las respuestas de la pregunta cualitativa formulada en el estudio para recopilar información adicional.

**5.3. Metodología****5.3.1. Procedimiento**

Se llevó a cabo una investigación de tipo transversal-descriptiva. Además, el estudio se caracterizó por ser mixto al incluir tanto ítems cuantitativos como una pregunta cualitativa y poseer un tipo de muestreo no probabilístico o bola de nieve.

Para la creación del cuestionario se tomó en consideración una serie de pasos para garantizar su correcto desarrollo. En primer lugar, se realizó un consentimiento informado (ver Anexo 1) en el que se recogió el objetivo del estudio y las instrucciones para cumplimentar las preguntas expuestas con posterioridad con el fin de que las personas dieran su permiso para utilizar sus datos de manera anónima y voluntaria.

En segundo lugar, se dispuso a diseñar un cuestionario online a través de la plataforma Google Forms (ver Anexo 2). En él se encuentran diferentes secciones: (1) Consentimiento informado, (2) Datos sociodemográficos, (3) Escala DASS-21, (4), Escala Paykel y (5) una pregunta de libre respuesta con respecto a la temática del estudio experimental.

En tercer lugar, se comenzó a difundir el cuestionario online por dos medios: (1) a través de mensajería instantánea como es la aplicación de móvil denominada “Whatsapp” y (2) a través de una red social que se puede acceder con conexión a Internet como es “Instagram”.

A continuación, tras recoger una muestra suficiente se cerró el cuestionario online para que ninguna persona pudiera cumplimentarlo y, por último, se llevó a cabo el análisis de datos a través del programa denominado IBM SPSS Statistics 26 para su posterior interpretación y

tratamiento de datos. En este sentido, se usaron estadísticos descriptivos (frecuencia, porcentajes, media y desviación típica) para informar las características sociodemográficas de la muestra. Además, se utilizaron las pruebas t de student para muestras independientes para llevar a cabo la comparación de las medias obtenidas en las distintas escalas y subdimensiones en función de los distintos datos sociodemográficos y la de prueba de chi cuadrado para analizar si existe relación entre la variable suicida y las sociodemográficas.

### **5.3.2. Muestra**

La muestra total se constituyó por 494 personas pertenecientes a las distintas comunidades autónomas de España.

Los criterios de inclusión del estudio fueron: (1) tener entre 18 y 29 años, (2) desear participar voluntariamente en el estudio, (3) cumplimentar debidamente todos los ítems del cuestionario, (4) residir en España. Por otra parte, eran excluidas del estudio aquellas personas: (1) con edades que se hallaban fuera del intervalo de 18 a 29 años, (2) con residencia en otro país que no fuera España, (3) que no tuvieran acceso a internet y a las diferentes aplicaciones de redes sociales.

Tras hacer una revisión de los datos se eliminaron aquellas muestras que no cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. De esta manera la muestra final se compuso de 452 personas españolas entre 18 y 29 años (Media de edad = 23.84; D.T = 2.99), de las cuales 341 (75.4%) eran mujeres y 111 (24.6%) eran hombres. Para observar el resto de las características sociodemográficas véase el apartado de “resultados/variables sociodemográficas”.

### **5.3.3. Instrumentos**

La evaluación consistió en la administración de un cuestionario compuesto por las siguientes escalas:

*Cuestionario Sociodemográfico*: Construido para recopilar datos sociodemográficos como edad, género, nivel educacional, lugar de residencia, estado civil y nivel económico.

*Depression Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21) (Antony et al.,1998)*: Se aplicó la versión validada en castellano por Daza et al. (2002). Constituida por 21 ítems, posee tres

subescalas de: Depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), Ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y Estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Es una escala tipo Likert que oscila desde 0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo. Los puntos de corte comúnmente utilizados son:

- Depresión: 5-6 depresión leve, 7-10 depresión moderada, 11-13 depresión severa, 14 o más, depresión extremadamente severa.
- Ansiedad: 4 ansiedad leve, 5-7 ansiedad moderada, 8-9 ansiedad severa, 10 o más, ansiedad extremadamente severa.
- Estrés: 8-9 estrés leve, 10-12 estrés moderado, 13-16 estrés severo, 17 o más, estrés extremadamente severo.

En relación con la fiabilidad del instrumento DASS-21, se realizó el cálculo de ésta por medio del estadístico alfa de Cronbach. Para la escala total del instrumento la fiabilidad fue de .94, mientras que, para sus dimensiones de depresión, ansiedad y estrés, ésta fue de .91, .86, y .86 respectivamente.

*Paykel Suicide Scale (PSS) (Paykel et al., 1974):* Se utilizó la escala validada en español por Fonseca-Pedrero et al. (2018). Es uno de los varios instrumentos existentes para la evaluación de la conducta suicida y/o riesgo suicida. En él se analizan las diversas manifestaciones de la conducta suicida como son: pensamientos de muerte, ideación e intentos de suicidio. Se constituye de un total de cinco ítems con una escala de respuesta dicotómica Sí/No, los cuatro primeros corresponden a ideación suicida, mientras que el último evalúa la conducta suicida. Esta escala destaca por su sencillez y brevedad. En este estudio, el instrumento presentó una adecuada consistencia global, obteniendo un alfa de Cronbach de .79 para su escala total.

*Pregunta cualitativa de libre respuesta:* Éste ítem tiene como finalidad valorar otras aportaciones sobre las consecuencias acaecida por la pandemia del coronavirus que los jóvenes hayan podido experimentar, siendo la pregunta la siguiente: “Si considera necesario ofrecer algún aspecto a destacar sobre su estado emocional a raíz de la situación pandémica del COVID-19, le dejo un espacio para que lo exponga”.

### 5.3.4. Resultados

#### Variables sociodemográficas

En primer lugar, se puede observar en la Tabla 6 el lugar de residencia del total de la muestra, siendo ésta constituida por personas pertenecientes a 18 comunidades autónomas (CC. AA) de España. Las comunidades que más sobresalen son Castilla y León (27.2%), Cataluña (15.9%) y Andalucía (10.8%). Al haber una muestra mayor en Castilla y León se ha realizado una agrupación, de tal modo que se diferencia la muestra entre la que pertenece a esta CC. AA (27.2%) y la que pertenece a las demás (72.8%).

**Tabla 6**

*Lugar de residencia de la muestra (n=452)*

	<i>N</i>	<i>%</i>
Castilla y León	123	27.2
Comunidad de Madrid	38	8.4
País Vasco	29	6.4
Cataluña	72	15.9
Comunidad Valenciana	32	7.1
Murcia	16	3.5
Andalucía	49	10.8
Navarra	11	2.4
Extremadura	12	2.7
Galicia	22	4.9
Principado de Asturias	10	2.2
Islas Canarias	13	2.9
Castilla-La Mancha	7	1.5
Islas Baleares	7	1.5
Melilla	3	0.7
La Rioja	2	0.4
Cantabria	4	0.9
Aragón	2	0.4

*Nota:* N=Tamaño de la muestra.

En cuanto al nivel de estudios, se puede observar en la Tabla 7 que hay una mayor presencia de las personas que poseen estudios universitarios que el resto de las formaciones, por ello se lleva a cabo una categorización para simplificar los datos. De esta manera, en la

tabla 8 se hace una distinción entre las personas que no tienen estudios universitarios de las que sí los tienen.

**Tabla 7**

*Nivel de estudios de la muestra (n=452)*

	<i>N</i>	%
Educación Primaria	2	0.4
Educación Secundaria	9	2.0
Bachillerato	31	6.9
Formación Profesional	90	19.9
Estudios Universitarios	320	70.8

**Tabla 8**

*Nivel de estudios de la muestra: Estudios no universitarios vs universitarios (n=452)*

	<i>N</i>	%
Estudios no universitarios	132	29.2
Estudios universitarios	320	70.8

Haciendo referencia al estado civil de los participantes, la mayoría eran solteros/as (64.6%), seguido de estar casado/a o con pareja estable (35%), sin embargo, la categoría separado/a / divorciado/a tiene una muestra no significativa (ver Tabla 9). Por ello, en posteriores análisis se tuvo en cuenta una nueva categorización, incluyendo la muestra no significativa en la categoría de solteros/as. De esta manera, se clasificó, por un lado, los jóvenes sin pareja (soltero/a /divorciado/a /separado/a) con una muestra de 294 (65%) y los jóvenes con pareja (pareja estable / casados/as) con una muestra de 158 (35%).

**Tabla 9**

*Estado civil de la muestra (n=452)*

	<i>N</i>	%
Soltero/a	292	64.6
Casado/a / pareja estable	158	35
Divorciado/a / separado/a	2	0.4

Además, alrededor de la mitad de las personas tenían un nivel económico medio (50.4%) y el 37.8% consideraban tener un nivel Bajo-Medio. Ninguna persona se categorizó dentro del nivel económico “alto” (ver Tabla 10). En posteriores análisis se utilizará una nueva categorización entre Bajo-Medio de una muestra de 203 (44.9%) y Medio-Alto con una muestra de 249 (55.1%).

**Tabla 10**

*Nivel económico de la muestra (n=452)*

	<i>N</i>	<i>%</i>
Bajo	32	7.1
Bajo-medio	171	37.8
Medio	228	50.4
Medio-alto	21	4.6

### **Variables psicológicas**

En este apartado se muestran los estadísticos descriptivos tanto de la escala DASS-21 y sus correspondientes subdimensiones como de la escala Paykel.

Como se observa en la Tabla 11, la puntuación media más alta de la escala total del DASS-21 se corresponde con la subdimensión de estrés ( $M = 10.24$ ;  $D.T = 4.91$ ), seguido de la de depresión ( $M = 9.03$ ;  $D.T = 5.84$ ). Ajustándose a los puntos de corte para la interpretación de los resultados de las subdimensión de la depresión, se expone que el porcentaje de muestra para síntomas de depresión leve es del 9.95%, moderada 23.4%, severa 13.71% y extremadamente severa 25.44%. En cuanto a la subescala de estrés, el 7.07% de la muestra corresponde a síntomas de ansiedad leve, el 19.91% a moderada, el 12.38% a severa y el 29.42% a extremadamente severa. Por último, valorando el punto de corte de la subdimensión de estrés se encuentra que el porcentaje de muestra para la sintomatología de estrés leve es del 13.05%, moderada del 23.23%, severa del 21.46% y extremadamente severa del 11.94%.

**Tabla 11***Análisis estadístico preliminar de la Escala DASS-21 (n=452).*

	<i>M</i>	<i>D. T</i>
Escala total DASS-21	26.29	14.58
Subdimensión Depresión	9.03	5.84
Subdimensión Ansiedad	7.01	5.21
Subdimensión Estrés	10.24	4.91

*Nota: M=Media; D. T=Desviación típica.*

En cuanto a la escala Paykel, al ser una escala dicotómica se mostrarán las frecuencias y porcentajes de las respuestas Sí/No de cada uno de los ítems que la conforman (ver Tabla 12). Como se puede observar, un porcentaje alto de jóvenes correspondiente a la muestra del estudio (37.8%) ha sentido que la vida no merece la pena, un 28.8% ha deseado estar muerto a lo largo del transcurso de la pandemia y un 28.1% ha pensado en quitarse la vida. Por otra parte, el 8.8% de la juventud que engloba la muestra ha tenido intentos de suicidio durante la situación pandémica.

**Tabla 12***Análisis estadístico preliminar de la Escala Paykel (n=452).*

<i>Ítem</i>	<i>N</i>		<i>%</i>	
	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	171	281	37.8	62.2
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse.	130	322	28.8	71.2
3. ¿Has pensado en quitarte la vida, aunque realmente no lo fueras a	121	325	28.1	71.9

hacer?

4. ¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	47	405	10.4	89.6
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	40	412	8.8	91.2

### **Diferencias en la escala total DASS-21 en función del sexo, nivel de estudios, estado civil y nivel socioeconómico**

Tal y como se puede visualizar en la Tabla 13, haciendo referencia a la escala total de DASS-21, de forma global a mayor puntuación media, mayor grado de sintomatología. Las puntuaciones medias entre mujeres ( $M = 26.44$ ;  $D.T = 14.59$ ) y hombres ( $M = 25.82$ ;  $D.T = 14.59$ ) son similares, de esta manera no se encuentran diferencias significativas ( $p > .05$ ) entre ambos sexos. En la misma línea, el nivel de estudios y el estado civil no poseen puntuaciones significativas ( $p > .05$ ) en la escala total. Por el contrario, el nivel socioeconómico manifiesta diferencias significativas en la escala total ( $t = 4.915$ ;  $p \leq .05$ ). De forma general, el nivel socioeconómico Bajo-Medio presenta una puntuación más alta ( $M = 29.93$ ;  $DT = 15.14$ ) que el nivel Medio-Alto ( $M = 23.32$ ;  $DT = 13.42$ ).

### **Tabla 13**

*Variable relacionada con la escala total DASS-21 en función del sexo, nivel de estudios, estado civil y socioeconómico (n=452)*

<i>Variables</i>		<i>M</i>	<i>D.T</i>	<i>t de student</i>
Sexo	Mujer	26.44	14.59	0.387
	Hombre	25.82	14.59	
Nivel de estudios	Estudios no universitarios	27.95	14.55	1.557
	Estudios universitarios	25.6	14.56	

Estado civil	Sin pareja	26.06	14.75	-0.456
	(Soltero/a / divorciado/a y/o separado/a)			
	Con pareja	26.72	14.3	
	(Casado/a / pareja estable)			
Nivel socioeconómico	Bajo-Medio	29.93	15.14	4.915*
	Medio-Alto	23.32	13.42	

*Nota:* \*  $p \leq .05$ : En este caso existen diferencias estadísticamente significativas en la varianza de las dos muestras que se han comparado.

### **Diferencias en depresión en función del sexo, nivel de estudios, estado civil y nivel socioeconómico**

Como se observa en la Tabla 14, los resultados muestran que los hombres ( $M = 9.1$ ;  $DT = 6.04$ ) presentan un ligero nivel más alto de sintomatología depresiva moderada que las mujeres ( $M = 9$ ;  $DT = 5.79$ ), sin embargo, no se encuentran diferencias significativas entre los dos grupos ( $p > .05$ ). En cuanto al nivel de estudios, las personas con estudios universitarios ( $M = 8.76$ ;  $DT = 5.77$ ) poseen menor sintomatología depresiva que los no universitarios sin encontrarse, de la misma manera, diferencias significativas entre los grupos. Poseer síntomas depresivos entre jóvenes sin pareja o con pareja no supuso una diferencia significativa entre las categorías, aunque éste último posee una puntuación media mayor que los otros dos grupos ( $M = 9.11$ ;  $DT = 5.51$ ). Por último, haciendo referencia al nivel socioeconómico, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $t = 4.825$ ;  $p \leq .05$ ), de esta manera, las personas que se encuentran dentro del nivel socioeconómico Bajo-Medio ( $M = 10.46$ ;  $DT = 6.03$ ) presentaron una mayor sintomatología depresiva que el nivel Medio-Alto ( $M = 7.86$ ;  $DT = 5.42$ )

**Tabla 14**

*Variable relacionada con la depresión en función del sexo, nivel de estudios, estado civil y socioeconómico (n=452)*

<i>Variables</i>		<i>M</i>	<i>D.T</i>	<i>t de student</i>
Sexo	Mujer	9	5.79	-0.155
	Hombre	9.1	6.04	
Nivel de estudios	Estudios no universitarios	9.67	5.99	1.499
	Estudios universitarios	8.76	5.77	
Estado civil	Sin pareja (Soltero/a / divorciado/a y/o separado/a)	8.98	6.02	-0.221
	Con pareja (Casado/a / pareja estable)	9.11	5.51	
Nivel socioeconómico	Bajo-Medio	10.46	6.03	4.825*
	Medio-Alto	7.86	5.42	

*Nota:* \*  $p \leq .05$ .

### **Diferencias en ansiedad en función del sexo, nivel de estudios, estado civil y nivel socioeconómico**

Los resultados obtenidos permiten observar en la Tabla 15 que, en el caso de la ansiedad, las mujeres tienen una ligera puntuación mayor que los hombres ( $M = 7.09$ ;  $DT = 5.25$ ), pero sin tener diferencias significativas entre ambos grupos. Las personas con estudios no universitarios poseen una puntuación media significativamente mayor en sintomatología ansiosa ( $t = 2.217$ ;  $p \leq .05$ ) que las que han ido a la universidad.

Por otro lado, las personas que están solteras mostraron una puntuación media menor ( $M = 7$ ;  $DT = 5.11$ ) que las personas que se encuentran casadas o con pareja estable, pero sin diferencias significativas entre ambos grupos. En cuanto al nivel socioeconómico, las

personas que se consideraban dentro del grupo “Bajo-Medio” presentaron puntuaciones medias significativamente más altas en sintomatología ansiosa severa ( $t = 4.475$ ;  $p \leq .05$ ) que las que tenían un nivel “Medio-Alto”, aunque estas últimas poseían una puntuación media de síntomas de ansiedad moderada ( $M = 6.03$ ;  $DT = 4.79$ ).

**Tabla 15**

*Variable relacionada con la ansiedad en función del sexo, nivel de estudios, estado civil y socioeconómico (n=452)*

Variables		M	D.T	t de student
Sexo	Mujer	7.09	5.25	0.548
	Hombre	6.78	5.13	
Nivel de estudios	Estudios no universitarios	7.86	5.18	2.217*
	Estudios universitarios	6.67	5.19	
Estado civil	Sin pareja (Soltero/a / divorciado/a y/o separado/a)	7	5.11	0.111
	Con pareja (Casado/a / pareja estable)	7.05	5.42	
Nivel socioeconómico	Bajo-Medio	8.22	5.46	4.475*
	Medio-Alto	6.03	4.79	

Nota: \*  $p \leq .05$ .

### **Diferencias en estrés en función del sexo, nivel de estudios, estado civil y nivel socioeconómico**

En lo que a estrés se refiere, se puede visualizar en la Tabla 16 que no hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres ( $p > .05$ ), pero las mujeres presentaron una puntuación media de sintomatología de estrés mayor ( $M = 10.34$ ;  $DT = 4.94$ ) que los hombres ( $M = 9.93$ ;  $DT = 4.82$ ). De la misma manera ocurre con el nivel de estudios de los

participantes, siendo los no universitarios los que poseen ligeras puntuaciones medias en síntomas de estrés ( $M = 10.41$ ;  $DT = 4.88$ ) por encima de los universitarios. Por otra parte, las personas casadas o con pareja estable mostraron mayores síntomas de estrés ( $M = 10.55$ ;  $DT = 4.89$ ) que los jóvenes sin pareja, aunque no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos. En cambio, las personas jóvenes con nivel socioeconómico Bajo-Medio presentaron puntuaciones medias significativamente más altas en síntomas de estrés moderado ( $t = 3.971$ ;  $p \leq .05$ ) que los jóvenes que se consideraron dentro del nivel Medio-Alto presentando estrés leve.

**Tabla 16**

*Variable relacionada con el estrés en función del sexo, nivel de estudios, estado civil y socioeconómico (n=452)*

<i>Variables</i>		<i>M</i>	<i>D.T</i>	<i>t de student</i>
Sexo	Mujer	10.34	4.94	0.751
	Hombre	9.93	4.82	
Nivel de estudios	Estudios no universitarios	10.41	4.88	0.487
	Estudios universitarios	10.16	4.92	
Estado civil	Sin pareja (Soltero/a / divorciado/a y/o separado/a)	10.07	4.92	-0.982
	Con pareja (Casado/a / pareja estable)	10.55	4.89	
Nivel socioeconómico	Bajo-Medio	11.24	4.99	3.971*
	Medio-Alto	9.42	4.7	

*Nota:* \*  $p \leq .05$ .

### Diferencias en riesgo suicida en función del sexo, nivel de estudios, estado civil y nivel socioeconómico

Haciendo referencia a la sintomatología del riesgo suicida en función del sexo, como se observa en la Tabla 17 no se encontraron diferencias significativas entre mujeres y hombres, sin embargo, los hombres de manera general presentaron mayores porcentajes en los ítems 1, 2, 3 y 4 relacionados con “ideación suicida” que las mujeres, mientras que éstas mostraron mayor porcentaje (9.1%) de conducta suicida (ítem 5) que los hombres (8.1%).

**Tabla 17**

*Variable relacionada con el riesgo suicida en función del sexo (n=452)*

Ítem	Mujer		Hombre		X <sup>2</sup>
	N (%)		N (%)		
	Sí	No	Sí	No	
1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	124 (36.4%)	217 (63.6%)	47 (42.3%)	64 (57.7%)	1.273
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse.	92 (27%)	246 (73%)	38 (34.2%)	73 (65.8%)	2.151
3. ¿Has pensado en quitarte la vida, aunque realmente no lo fueras a hacer?	89 (26.1%)	252 (73.9%)	38 (34.2%)	73 (65.8%)	2.743
4. ¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	33 (9.7%)	308 (90.3%)	14 (12.6%)	97 (87.4%)	0.774
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la	31 (9.1%)	310 (90.1%)	9 (8.1%)	102 (91.9%)	0.1

vida?

*Nota:* \*  $p \leq .05$ .  $X^2$  = Chi cuadrado de Pearson.

En la Tabla 18 se muestra la afectación del nivel de estudios en el riesgo suicida. En cuanto a la ideación suicida (ítems 1, 2, 3 y 4) los jóvenes con estudios no universitarios presentaron un mayor porcentaje que los que disponen de estudios universitarios, sin embargo, no existen diferencias significativas entre los dos grupos.

Por otra parte, sí que se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en relación con los intentos de suicidio (ítem 5). En este caso los jóvenes con un nivel de estudios no universitarios han mostrado un porcentaje de 13.6% de intentos de suicidio, una cifra que supera al porcentaje de intentos de suicidio de los jóvenes que poseen estudios universitarios (6.9%) (ver Tabla 18).

**Tabla 18**

*Variable relacionada con el riesgo suicida en función del nivel de estudios (n=452)*

Ítem	No universitarios		Universitarios		$X^2$
	N (%)		N (%)		
	Sí	No	Sí	No	
1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	54 (40.9%)	78 (59.1%)	117 (36.6%)	203 (63.4%)	0.751
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse.	43 (32.6%)	89 (67.4%)	87 (27.2%)	233 (72.8%)	1.324
3. ¿Has pensado en quitarte la vida, aunque realmente no lo fueras a hacer?	45 (34.1%)	87 (65.9%)	82 (25.6%)	238 (74.4%)	3.315
4. ¿Has llegado al punto en el que considerarías	15 (11.4%)	417 (88.6%)	32 (10%)	288 (90%)	0.187

realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?					
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	18 (13.6%)	114 (86.4%)	22 (6.9%)	320 (93.1%)	5.296*

Nota: \*  $p \leq .05$ .

En la Tabla 19 se observa la relación entre el riesgo suicida y el estado civil la cual no presenta diferencias significativas entre jóvenes solteros y con pareja estable / casados. Sin embargo, los solteros presentaron mayores porcentajes en ideación suicida (ítems 1, 2, 3 y 4) mientras que los jóvenes que tienen pareja mostraron más intentos de suicidio (10.1%).

**Tabla 19**

*Variable relacionada con el riesgo suicida en función del estado civil (n=452)*

Ítem	<i>Sin pareja</i> ( <i>Soltero/a</i> <i>/divorciado/a y/o</i> <i>separado/a</i> )		<i>Con pareja</i> ( <i>Casado/a /</i> <i>pareja estable</i> )		$X^2$
	<i>N (%)</i>		<i>N (%)</i>		
	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	
1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	116 (39.5%)	178 (60.6%)	55 (34.8%)	103 (65.2%)	0.943
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse.	90 (30.6%)	204 (69.4%)	40 (25.3%)	118 (74.7%)	1.407
3. ¿Has pensado en quitarte la vida, aunque realmente no lo fueras a hacer?	88 (29.9%)	206 (70.1%)	39 (24.7%)	119 (75.3%)	1.401

4. ¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	31 (10.5%)	263 (89.5%)	16 (10.1%)	142 (89.9%)	0.019
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	24 (8.2%)	270 (91.8%)	16 (10.1%)	142 (89.9%)	0.491

*Nota:* \*  $p \leq .05$ .

Por último, teniendo en consideración el riesgo suicida en función del nivel socioeconómico (ver Tabla 20), se puede observar que existen diferencias claramente significativas entre los dos grupos tanto en ideación suicida como en conducta suicida. En el primer caso los jóvenes con nivel socioeconómico Bajo-Medio presentan un porcentaje mayor de ideas suicidas que los que poseen un nivel Medio-Alto. En el segundo caso, la juventud que presenta nivel socioeconómico Bajo-Medio tiene más porcentaje (12.3%) que los jóvenes que poseen un nivel socioeconómico Medio-Alto (6%).

**Tabla 20**

*Variable relacionada con el riesgo suicida en función del nivel socioeconómico (n=452)*

Ítem	<i>Bajo-Medio</i>		<i>Medio-Alto</i>		$X^2$
	<i>N (%)</i>		<i>N (%)</i>		
	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	
1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	98 (48.3%)	105 (51.7%)	73 (29.3%)	176 (70.7%)	17.090*
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse.	75 (36.9%)	128 (63.1%)	55 (22.1%)	194 (77.9%)	12.048*
3. ¿Has pensado en quitarte la vida, aunque	74 (36.5%)	129 (63.5%)	53 (21.3%)	196 (78.7%)	12.735*

realmente no lo fueras a hacer?

4. ¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	31 (15.3%)	172 (84.7%)	16 (6.4%)	233 (93.6%)	9.391*
--	---------------	----------------	--------------	----------------	--------

realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?

5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	25 (12.3%)	178 (87.7%)	15 (6%)	234 (94%)	5.487*
--	---------------	----------------	------------	--------------	--------

vida?

Nota: \*  $p \leq .05$ .

### Resultados cualitativos

En relación con los resultados cualitativos, en el cuestionario se expuso la siguiente pregunta de libre respuesta para obtener información adicional: “Si considera necesario ofrecer algún aspecto a destacar sobre su estado emocional a raíz de la situación pandémica del COVID-19, le dejo un espacio para que lo exponga”.

Los temas siguientes fueron los más comunes:

#### Declive emocional

Se obtuvieron, en relación con este tema, un total de 56 respuestas, siendo esta temática la más significativa, hicieron referencia a una mayor inestabilidad emocional y una mayor sensación de desmotivación y falta de fuerza de voluntad.

*“Desde el inicio de la pandemia he sentido inestabilidad emocional, con cambios de humor bruscos y labilidad. He tenido la sensación de caos y descontrol. Esas sensaciones me han llevado en ocasiones a sentirme desbordada y colapsada emocionalmente.”*

#### Incertidumbre

Uno de los sentimientos con mayor presencia fue el de la “incertidumbre” sobre lo que puede llegar a pasar con ellos/as tanto en lo personal como en lo profesional. La frecuencia de esta respuesta fue de 39.

*“Muy nerviosa sin saber que podría ser de mi futuro y trabajo.”*

*“He sentido muchísimo pánico por las situaciones de incertidumbre y descontrol que se sentía al no conocer lo suficiente, al no depender de ti la solución, no saber cuándo mejoraría o acabaría, que haría daño...”*

### Miedo al contacto físico y a la socialización

La frecuencia de respuestas de este tema es de 33. Además, se enlaza con el desarrollo de cierta desconfianza entre las personas y una cierta introversión. Algunos ejemplos de este tema fueron:

*“Las relaciones sociales en época de pandemia fueron muy complicadas, se me hizo duro afrontarlo. No verle la cara a la gente puede llegar a ser deprimente y agobiante.”*

*“Creo que la pandemia ha hecho que me encierre mucho en mi casa y ahora me cuesta mucho salir, me da vergüenza muchas cosas que antes no.”*

*“Me volví irascible con todo, no soportaba estar en espacios cerrados rodeada de gente, sigo sin realizar tantos planes y sin socializar igual que antes.”*

*“El hecho de pasar tanto tiempo sola conmigo misma y mis pensamientos, provocó que tuviese más dificultades en relacionarme con las demás personas una vez que finalizó.”*

### Cambios de conducta

También se suman los cambios de conducta en las personas, sobre todo lo referente a ser más emocional y transmitir cariño o cercanía a las personas, además de tener peores hábitos alimenticios. En este caso, la frecuencia de respuesta fue de 35.

*“Antes era mucho más cariñosa o cercana con la gente. Ahora me es indiferente saludar con dos besos, por ejemplo. Incluso a personas que conozco de hace mucho, incluso a mi familia. Es como si saludarlas así de cariñosa ya no importara.”*

*“Los cambios en mi imagen por el sedentarismo han afectado a mi autoestima además de que empecé a alimentarme con comida menos saludable”*

En conclusión, los resultados cualitativos se resumen en un declive emocional sumado a una disminución de la capacidad de socialización y de demostración de afecto hacia las

personas, además de la presencia de un alto grado de incertidumbre, de angustia y de desarrollo de peores hábitos alimenticios.

### 5.3.5. Discusión

Mediante el presente estudio se ha pretendido investigar el impacto psicológico, concretamente asociado a niveles de depresión, ansiedad, estrés y riesgo suicida, en la población joven española, relacionado con el nuevo contexto de la pandemia causada por el COVID-19, conocido comúnmente como “coronavirus”. De forma más específica, se ha examinado el efecto de la pandemia en la salud mental de la población joven del país en función del sexo, nivel de estudios, estado civil y nivel socioeconómico, además de analizar las respuestas cualitativas de los participantes.

En primer lugar, los resultados generales de la escala total de depresión, ansiedad y estrés teniendo en cuenta su punto de corte muestran que el 23.4% de jóvenes poseen síntomas de depresión moderada, el 13.71% síntomas severos y el 25.44% extremadamente severos. Asimismo, con relación a la sintomatología ansiosa, el 19.95% presenta síntomas moderados, el 12.38% síntomas severos y el 29.42% extremadamente severos. Por último, haciendo referencia a los síntomas de estrés, los jóvenes han presentado un porcentaje de 23.23% de síntomas moderados, 21.46% severos y 11.94% extremadamente severos. El presente estudio muestra porcentajes mayores de síntomas severos y extremadamente severos en los tres niveles que los presentados en el estudio de Soto y Zuñiga (2021). Las causas de esta discrepancia puede ser, por un lado, que la muestra del estudio de estos autores se conformó por jóvenes universitarios mientras que en el presente estudio se tuvo en cuenta la juventud con estudios no universitarios quienes obtuvieron un nivel de sintomatología ansiosa significativa, y por otro lado, que no se evaluaron diferencias en función de datos sociodemográficos mientras que en este estudio sí que se llevó a cabo obteniendo mayor sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés en jóvenes con nivel socioeconómico bajo, cuestión que ha podido influir en los altos porcentajes del punto de corte.

En cuanto a los datos generales obtenidos del riesgo suicida para la muestra total se destacan dos aspectos. En primer lugar, los porcentajes de ideación suicida en jóvenes como son: haber sentido que la vida no merece la pena (37.8%), haber deseado estar muerto (28.8%) y haber pensado en quitarse la vida (28.1%). Este porcentaje de ideación suicida es superior al obtenido en el estudio llevado a cabo por Shi et al. (2021) mostrándose un

porcentaje de 16.4%. En esta línea la Fundación ANAR (2022) realizó un estudio reciente cuyos resultados se asemejan por los obtenidos en el presente estudio, teniendo los jóvenes un porcentaje de síntomas depresivos/tristeza del 31.5% y de sintomatología ansiosa del 25.6%. Y, en segundo lugar, el porcentaje de intentos de suicidio de la muestra total a lo largo de la pandemia, siendo éste del 8.8%. Con relación a esto último, la Fundación ANAR (2022) también evaluó la ideación e intentos de suicidio en jóvenes, mostrando un aumento de casos a partir de la pandemia del coronavirus, a parte de este estudio, no se ha encontrado mayor literatura al respecto, por tanto, se destaca la necesidad de estudiar el impacto en riesgo suicida en la juventud a causa de la pandemia.

De acuerdo con los resultados de este trabajo, se puede observar que la pandemia ha afectado de manera similar a mujeres y hombres, sin embargo, sí que se aprecia un ligero nivel mayor de afectación en mujeres en la sintomatología de ansiedad, estrés e intento de suicidio, mientras que los hombres tienen mayor puntuación de síntomas en ideación suicida y en depresión. Los resultados obtenidos en este estudio respaldan hallazgos de investigaciones previas que muestran que las mujeres poseen más intentos autolíticos ligado a una mayor sintomatología de estrés mientras que los hombres presentan más sentimientos depresivos, por el contrario, el mismo estudio muestra que los niveles de ansiedad son mayores en hombres que en mujeres, resultado que difiere con el presente estudio (Lasa et al., 2020). Una explicación a esto es que las mujeres han podido estar más expuestas al estrés de la pandemia dado que los empleos que se mantuvieron fueron eminentemente femeninos, como puede ser el de la enfermería. Por otra parte, los hombres fueron los más afectados en cuanto a pérdidas de empleo, por lo que ello puede haber influido en el desarrollo de síntomas depresivos e ideación suicida. Además, otra de las razones puede sustentarse en la edad de los participantes, dado que normalmente las muestras estudiadas comprenden todo tipo de tramos de edad sin acotaciones. Por ejemplo, en el estudio de González-Sanguino et al. (2020) la explicación que se daba a que las mujeres tuvieran mayor sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés era la doble carga que tenían que asumir como cuidadoras y trabajadoras (además de ser víctimas de la pandemia), sin embargo, en este estudio con una muestra con menor rango de edad, los hombres han presentado un mayor grado de síntomas asociados a la depresión e ideación suicida por lo que puede inferirse que las tareas no han estado tan desajustadas entre hombres y mujeres como sí lo estaban en el pasado.

Por otro lado, en cuanto al nivel de estudios de manera global no hubo diferencias significativas entre los dos grupos en la escala total de síntomas depresión, ansiedad y estrés, aunque los jóvenes no universitarios mostraron mayor sintomatología en las variables psicológicas que los universitarios. Sin embargo, al analizar los resultados de las subescalas sí que se encontraron diferencias significativas en síntomas de ansiedad mostrando mayor sintomatología los jóvenes no universitarios que los universitarios. Este resultado concuerda con el estudio de Eidman et al. (2020) el cual mostró que los jóvenes cuyos estudios máximos fueron el nivel secundario presentaron mayores síntomas de ansiedad que las personas que poseían un nivel de estudios universitarios. En este mismo estudio sí que se encontraron diferencias significativas en cuanto a niveles de sintomatología depresiva, mostrando que la juventud con un nivel de estudios máximo de primaria y secundaria presentaban síntomas depresivos mayores que los jóvenes que llegaron a alcanzar la universidad.

En cuanto a los síntomas de riesgo suicida, los jóvenes no universitarios presentaron mayor ideación suicida que los universitarios, aunque no hubo diferencias destacadas. En cambio, en conducta suicida sí que se encontraron diferencias significativas, los jóvenes no universitarios tuvieron más intentos de suicidio que los universitarios a causa de la pandemia. En este caso no se han encontrado otros estudios que hayan evaluado el impacto del COVID-19 en el riesgo suicida en jóvenes en función del nivel de estudios, por lo que el estudio que se ha llevado a cabo puede ofrecer información relevante para promover la realización de más estudios que examinen esta cuestión.

En cuanto a la sintomatología de depresión, ansiedad, estrés y riesgo suicida conforme al estado civil, la pandemia afectó de la misma manera tanto a personas solteras como casadas o con pareja estable, por lo que no se encontraron diferencias significativas, de la misma manera que se obtuvo en el estudio de Britos et al. (2021). Aunque cabe destacar que las personas solteras presentaron menor nivel de sintomatología depresiva, ansiosa y estresante, en contraposición con los resultados del estudio de De-Abreu-Da-Silva y Angelucci (2020) que mostraban que los solteros presentaban mayores niveles de sintomatología.

En cambio, los niveles de depresión, ansiedad, estrés y riesgo suicida mostraron diferencias significativas en función del nivel socioeconómico. En primer lugar, las personas con un nivel económico más bajo presentaron unos niveles de sintomatología depresiva mucho mayores que las que poseían un nivel socioeconómico Medio-Alto. Este resultado

concuera con lo encontrado en el estudio de González et al. (2020), las personas que consideran que su situación económica es muy mala o mala, exteriorizan un estado de ánimo depresivo mayor que el resto de los grupos. Esto puede deberse a la existencia de la falta de recursos por parte de este grupo como, por ejemplo: peores condiciones de vivienda o la inexistencia de ella.

En cuanto a la sintomatología ansiosa y la relacionada con el estrés estuvieron presentes en mayor grado en las personas jóvenes pertenecientes a un nivel socioeconómico Bajo-Medio que las que poseen un nivel Medio-Alto. Estos resultados concuerdan con lo informado por Lozano-Vargas (2020) en un estudio en el cual se puso de manifiesto que las personas entre los 18-30 años con un nivel socioeconómico bajo presentaron mayores niveles de ansiedad y estrés. Una posible justificación a este hecho es que la población dentro de ese intervalo de edad posee acceso a la sobreinformación en las redes sociales y ello puede desencadenar estos síntomas, además que la ausencia de trabajo durante la pandemia fue un factor de riesgo en las personas, por lo que las que no conservaron sus empleos con un salario insuficiente tuvieron mayores síntomas ansiosos como el miedo o incertidumbre, o estresantes como las alteraciones del sueño (Sandín et al., 2020).

Los resultados obtenidos muestran que la pandemia tuvo un mayor impacto en el desarrollo de riesgo suicida en la juventud que se encuentra en una situación económica Bajo-Medio que las que tienen un nivel socioeconómico Medio-Alto. Una causa a esto puede ser que esta población estuvo acostumbrada a llevar a cabo una amplia gama de actividades de ocio o culturales con las que tenían más contacto social con otras personas. La llegada del confinamiento, las restricciones durante un largo periodo de tiempo y/o medidas de protección han podido influir en la capacidad de socialización y de efectuar planes o reuniones sociales de estas personas, siendo esto un cambio radical para ellas desencadenando un mayor riesgo o ideaciones suicidas. Por otra parte, la adolescencia y la transición a la vida adulta son etapas con mayor vulnerabilidad y aunando la falta de recursos socioeconómicos pueden llegar a desencadenar problemas en la salud mental (Guessoum, 2020).

Haciendo referencia a los resultados cualitativos, se destacaron varias consecuencias que la población diana del estudio ha ido desarrollando a lo largo de la pandemia. En primer lugar, se denota un declive emocional con una mayor desmotivación en las personas, esto puede ser causa de las numerosas medidas de protección y restricciones experimentadas en todo este tiempo. Además, a raíz de estas últimas también puede influir en la incertidumbre de

lo que va a suceder en el futuro. La pandemia también ha contribuido a generar miedo a gran escala en las personas, incluso a través de los medios de comunicación teniendo una mayor presencia en ellos las noticias negativas relacionadas con el coronavirus, como pueden ser: el número de contagios, de defunciones, el estado de las restricciones, entre otras. Ligado a esto, concuerda con los resultados del estudio de Gil (2021) que muestran inestabilidad emocional por parte de los participantes, un mayor sentimiento de tristeza, de incertidumbre y miedo a causa de la pandemia.

Todo esto se suma a que la socialización que caracteriza a los seres humanos se vea afectada como consecuencia de la distancia social que se tenía que guardar entre personas o el mismo confinamiento que tuvo lugar en marzo de 2020 hasta junio de 2020. Este aislamiento ha influido en la manera en la que la gente se comunica y sobre todo en su propia personalidad, haciendo que disminuyan, en la actualidad, sus contactos sociales, la realización de planes con otras personas, y la demostración de afecto. Los resultados del estudio de Brito et al. (2021) coinciden en este sentido mostrando que el distanciamiento social emergente de la pandemia provocó un mayor aislamiento posterior entre las personas tanto física como emocional que no se daba antes de esta situación.

Por último, se ha de mencionar el cambio de hábitos alimenticios, que, en la misma línea que Vásquez et al. (2020), los resultados cualitativos mostraban un consumo mayor de cantidades de comida no saludable lo que influía en el aumento de peso de las personas.

En definitiva, los datos de este estudio indican que la pandemia del coronavirus ha influido de forma significativa en la población joven. Las personas con un nivel socioeconómico bajo han presentado un mayor grado de sintomatología depresiva, ansiosa, de estrés y riesgo suicida mientras que los jóvenes con un nivel de estudios no universitarios han mostrado síntomas de ansiedad e intentos de suicidio mayores que los que van a la universidad. En cambio, la pandemia ha afectado en la misma medida entre hombres y mujeres y entre jóvenes solteros y casados o con pareja estable. De esta manera, se deben de desarrollar intervenciones dirigidas a estos grupos vulnerables como son los jóvenes con menos recursos socioeconómicos y con un nivel de estudios inferior.

### **5.3.5.1. Limitaciones del estudio y propuestas de investigación futuras.**

El presente estudio tiene varias limitaciones que deben tenerse en consideración. En primer lugar, cabe mencionar que la mayor parte de la muestra estaba asociada a mujeres. Por lo tanto, en futuras investigaciones se sugiere usar muestreos estratificados para asegurar el reclutamiento de un número similar de hombres y mujeres.

En la misma línea, el pequeño tamaño de la muestra del estudio hace que no se pueda generalizar a la población joven en general. Por ello, se recomienda realizar la difusión del cuestionario durante un periodo de tiempo mucho mayor, para que las personas puedan seguir difundiendo el estudio para aumentar la muestra con el fin de tener un número de participantes significativo y así poder extrapolar los resultados a la población mayoritaria. De todas maneras, este estudio vislumbra señales que pueden guiar a los profesionales de la educación a la creación de distintas intervenciones en el contexto pandémico con el objeto de dedicar recursos, realizar más investigaciones, acciones preventivas, entre otras.

Asimismo, el intervalo de edad estudiado ha sido entre 18 y 29 años. Aunque se ha delimitado bastante la edad de los jóvenes sería interesante llevar a cabo más investigaciones con diferentes tramos de edad, por ejemplo: de 18 a 22, de 22 a 26...con la finalidad de evaluar aún más las necesidades de los jóvenes e intervenir de manera más individualizada.

De la misma manera, la muestra ha sido constituida por población española únicamente, excluyendo la oportunidad de analizar el impacto en la salud mental de los jóvenes extranjeros residentes en el país. Es conveniente tener en cuenta en otras investigaciones realizarlas de manera transcultural y así estudiar el efecto pandémico en estos jóvenes los cuales poseen un historial previo de exclusión social por diferentes causas.

Por otra parte, el estudio se ha llevado a cabo de manera transversal (en un único momento temporal) por lo que no da información sobre la variación del impacto psicológico a lo largo del tiempo en la población joven española, por tanto, se hace hincapié en efectuar investigaciones en distintas etapas temporales (estudios longitudinales) para poder estudiar la evolución del impacto de la pandemia entre la juventud, en este sentido, se ofrecería la opción en el cuestionario de la aceptación para participar en sucesivos cuestionarios del estudio.

Además, también es importante destacar que la población joven evaluada es la que tiene acceso a internet en sus hogares, excluyendo a las personas que presenten mayores dificultades económicas o sociales que les impida tener acceso a internet, por ello estos resultados no reflejarían la realidad de estos jóvenes. En estudios posteriores podrían tenerse en cuenta este grupo de personas.

Por último, hay que mencionar dos puntos a tener en cuenta, en primer lugar, para la ejecución del estudio se han tenido en cuenta una serie de variables sociodemográficas y psicológicas específicas que, si bien aportan información relevante y de interés en la actualidad, se excluyen otras muchas existentes que pueden aportar de la misma manera información destacable en cuanto al impacto en la salud mental de la pandemia en la juventud, como puede ser la relación con la familia o la presencia de empleo o desempleo, entre otras, por eso se insiste en la puesta en marcha de investigaciones con diferentes tipos de variables para así poder evaluar de forma más completa las implicaciones en la salud mental de los grupos de personas jóvenes a causa de la pandemia y, en segundo lugar, se recomienda que los resultados del presente estudio se correlacionen tanto para fundamentar y validar estos hallazgos como para encontrar otros nuevos.

### **5.3.5.2. Propuestas de intervención desde la Psicopedagogía**

Una vez llevado a cabo el análisis de los resultados y la discusión de estos se procederá a formular una serie de propuestas de intervención desde el campo de la Psicopedagogía teniendo en cuenta las necesidades que se han estudiado por medio del presente estudio experimental. De igual manera, es preciso resaltar dos cuestiones:

- Al no haberse encontrado diferencias significativas entre los grupos de hombres y mujeres, las siguientes intervenciones se desarrollarán de forma mixta.
- Asimismo, el estado civil no ha sido determinante para obtener diferencias significativas en la sintomatología de los jóvenes por lo que se atenderá de forma equitativa tanto la juventud soltera como la que tiene pareja estable o se encuentra en matrimonio.

Por consiguiente, las propuestas de intervención psicopedagógicas serán las siguientes:

- Haciendo referencia a los resultados en función del nivel de estudios se observa que los jóvenes con estudios inferiores a los universitarios presentan más síntomas de ansiedad e intentos de suicidio. En este sentido se podrán llevar a cabo acciones de orientación y asesoramiento psicopedagógico en instituciones educativas que difieren a las universitarias sobre la gestión de emociones, ofrecer información sobre los síntomas de la ansiedad y consejos para controlar diversas conductas, concienciar sobre los problemas de salud mental, normalizar la situación experimentada y validar las emociones de los jóvenes. Asimismo, sería preciso desarrollar proyectos psicopedagógicos encaminados a la prevención y visibilización de la conducta suicida.
  
- Por otra parte, se encuentra que la juventud que presenta un nivel socioeconómico bajo poseen mayor sintomatología depresiva, ansiosa, de estrés y riesgo suicida. En esta línea, se puede trabajar, por ejemplo, la creación de redes sociales de apoyo como pueden ser las instituciones sociales dirigidas a favorecer la situación social de las personas con menos recursos de cualquier índole. Además, sería preciso ofrecer a las familias con bajos recursos un apoyo psicoeducativo dándoles herramientas para poder enfrentar los problemas que pueden presenciarse, desarrollar técnicas de resolución de conflictos, entre otras. En cuanto a nivel personal, sería beneficioso trabajar con la juventud mediante programas la inteligencia emocional como promover estrategias de regulación emocional y la expresión de emociones, resolución de problemas, etc.
  
- Por último, teniendo en cuenta algunas de las aportaciones que se recogieron de los participantes, los problemas de socialización han sido unas de las grandes consecuencias de la pandemia. Por ello, se recomienda promover la adquisición de habilidades sociales en este tipo de población, dado su alto nivel de afectación. De igual modo, se puede ofrecer información y orientación con el fin de adoptar hábitos alimenticios saludables. Asimismo, el desarrollo de programas en distintos ámbitos tanto formales como no formales destinados a la identificación de problemas de salud mental y adecuada petición de ayuda profesional es competencia de la Psicopedagogía e efectuar campañas anti-estigma en relación con los problemas de salud mental.

## 6. CONCLUSIONES FINALES

Con este Trabajo de Fin de Máster (TFM) se ha pretendido hacer un recorrido por los principales aspectos que se asocian a la salud, concretamente a la salud mental, ahondando dentro de la problemática en salud mental y su conceptualización a lo largo de la historia, además de poner en contexto la situación actual de la pandemia del coronavirus y sus efectos tanto directos como indirectos en la sociedad. La salud mental se ha encontrado, lamentablemente, en segundo plano, dándose más importancia a la salud física o a otro tipo de salud distinta a ésta. La realidad es que, como se ha ido exponiendo a lo largo de la fundamentación teórica, los problemas de salud mental influyen tanto en aspectos psicológicos y fisiológicos como en los sociales. Sin embargo, hasta que no se han desencadenado contextos inusuales, como en este caso, una pandemia mundial, no se da la suficiente importancia a la salud mental.

La raíz de este trabajo ha radicado en la puesta en marcha de un estudio con el objetivo de evaluar el impacto de la pandemia del COVID-19 en la salud mental de la población joven española, colectivo que ha sido bastante arremetido y juzgado por la sociedad en general. Los resultados que se han obtenido han mostrado que la salud mental de la juventud ha sido afectada moderadamente por la pandemia, encontrándose que el nivel socioeconómico y el nivel de estudios han repercutido en la presencia de mayores síntomas asociados a la depresión, ansiedad, estrés y riesgo suicida. Los jóvenes con un nivel socioeconómico bajo han presentado mayor sintomatología en todos los campos evaluados que los que poseen un nivel socioeconómico medio, dejando entrever que las personas jóvenes con menos recursos tanto económicos y sociales como emocionales son un grupo vulnerable y susceptible de intervención psicopedagógica. De la misma manera, los jóvenes con un nivel de estudios no universitarios han sufrido un mayor impacto en la salud mental a causa de la pandemia que los que poseen estudios universitarios, sobre todo en síntomas asociados a la ansiedad e intentos de suicidio. De esta manera, muchas de las intervenciones han ido dirigidas a este tipo de población.

Para finalizar, se considera preciso resaltar una frase que se ajusta a una de las cuestiones que se pretende promover con este TFM. Como se ha ido desarrollando, la salud mental es un campo que tiene gran relevancia no solo en la sociedad sino también en el campo de la Psicopedagogía. Como profesionales de este ámbito se debe dar visibilidad a la importancia de fomentar la salud mental y, por ende, informar sobre los problemas de salud mental que existen con el objeto de ayudar a las personas a gestionar emociones, conductas,

etc. que eviten que se generen síntomas relacionados dentro de la problemática de la salud mental mejorando así la calidad de vida de las personas.

— *Lo que no se nombra no existe.*

George Steiner.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Alvites-Huamaní, C. (2020). COVID-19: Pandemia que impacta en los estados de ánimo. *CienciAmérica: Revista de divulgación científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, 9(2), 354-362.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2), 176–181. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. Estados Unidos: Editorial médica panamericana.
- Balanza, P. (2008). Algunas consideraciones sobre la situación actual de la reforma psiquiátrica en España. *Norte de Salud Mental*, 7(31), 52-56.
- Becerra-García, J., Ballesta, G., Sánchez-Gutiérrez, S., Resa, A. y Calvo, A. (2020). Síntomas psicopatológicos durante la cuarentena por Covid-19 en población general española: un análisis preliminar basado en factores sociodemográficos y ocupacionales-contextuales. *Revista Española de Salud Pública*, 94.
- Bedoya, E., y Montaña, L. (2016). Suicidio y Trastorno Mental. *Revista CES Psicología*, 9(2), 179-201. <http://dx.doi.org/10.21615/cesp.9.2.12>
- Blanco, A. y Díaz, D. (2006). Orden social y salud mental: Una aproximación desde el bienestar social. *Clínica y Salud*, 17(1), 7-29.
- Brea, J. y Gil, H. (2016). Estigma y salud mental. Una reflexión desde el trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 78, 95-112. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2016.0012>

- Brito, C., Pinto, E. y Muñoz, D. (2021). Aislamiento social por covid-19 en la afectación de la salud mental: caso universidad de la guajira. *Revista Boletín Redipe*, 10(7), 272-289.
- Britos, M., Estigarribia, R., Ferreira, J. y Valenzuela, J. (2021). Factores sociodemográficos asociados a la desesperanza y ansiedad en el periodo de cuarentena por el Covid 19 en personas que residen en Paraguay. Sociodemographic factors associated with hopelessness and anxiety in the Covid 19 quarantine period, in people residing in Paraguay. *Revista Científica de la UCSA*, 8(1), 3-13. [https://doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2021.008.01.003\\_](https://doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2021.008.01.003_)
- Campos, R. y Huertas, R. (1998). Estado y asistencia psiquiátrica en España durante el primer tercio del siglo XX. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(65), 99-108.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J. (2001). Emociones y salud. *Ansiedad y Estrés*, 7, 111-121.
- Cañón, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina (Col)*, 11(1), 62-67.
- Chóliz, M. y Barberá, E. (1994). *Prácticas de Psicología de la Motivación y Emoción*. Valencia: Promolibro.
- Confederación Salud Mental España. (FEAFES, 2022). Quiénes somos. [LA CONFEDERACIÓN - Confederación Salud Mental España \(consaludmental.org\)](http://LA_CONFEDERACIÓN_-_Confederación_Salud_Mental_España_(consaludmental.org))
- Corona, B., Hernández, M y Garcia, R. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 90-100.
- Courtney, D., Watson, P., Battaglia, M., Mulsant, B. H., y 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. [doi: 10.1177/0706743720935646](https://doi.org/10.1177/0706743720935646)

- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A. y Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(3), 195–205. <https://doi.org/10.1023/A:1016014818163>
- De-Abreu-Da-Silva, Y. y Angelucci, L. (2020). Preocupaciones asociadas al COVID-19. *Boletín Científico Sapiens Research*, 10(2), 3-14.
- De la Torre-Luque, A., Pernau, A., Pérez-Sola, V. y Ayuso-Mateos, L. (2022). Mortalidad por suicidio en España en 2020: el impacto de la pandemia por COVID-19 / Suicide mortality in Spain in 2020: The impact of the COVID-19 pandemic. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.01.003>
- Desviat, M. (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la ley general de sanidad. *Revista Española de Salud Pública*, 85(5), 427-436.
- Domínguez, A. (2021). Juventud frente a la pandemia COVID-19: El otro grupo en condición de vulnerabilidad / Youth against the covid-19 pandemic: The other group in a condition of vulnerability. *Caderno Eletrônico de Ciências Sociais*, 9(1), 3-19. <https://doi.org/10.47456/cadecs.v9i1.37150>
- Eidman, L., Arbizú, J., Lamboglia, A. y del Valle, L. (2020). Salud Mental y síntomas psicológicos en adultos argentinos de población general en contexto de pandemia por COVID-19 / Mental health and psychological symptoms in Argentinian adults during the Covid-19 pandemic context. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 24(2), 1-17.
- Etienne, C. (2018). Mental health as a component of universal health. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.140>
- Fanjul-Peyró, C., González-Oñate, C. y Santo-Mirabet, M. (2020). Campañas institucionales para la prevención del suicidio en España. Análisis del cambio estratégico en su comunicación social: caso Comunidad Valenciana. *Revista Mediterránea de Comunicación*, 11(2), 261-276. <https://doi.org/10.14198/MEDCOM2020.11.2.9>

- Fernández, P., Gómez, B., Guerra, R., Pérez, M., Antón, V. y García, L. (2021). Relación causal entre el aumento en la tasa de suicidios y la pandemia del COVID-19. Una revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigación*.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, 2020). El impacto del COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes. [El impacto del COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes | UNICEF](#)
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez, L., Aritio, A., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, A., ... Pérez de Albéniz, A. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11, 76-85. Doi: [10.1016/j.rpsm.2017.07.004](https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004)
- Fundación ANAR. (2022). ANAR trató en 2021 a 4.542 menores de edad por ideación suicida, autolesiones o intento de suicidio. [ANAR trató en 2021 a 4.542 menores de edad por ideación suicida, autolesiones o intento de suicidio - Fundación ANAR](#)
- García-Viniegras, C. y Pérez, C. (2013). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(2), 265-274.
- Gavidia, V. y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 26, 161-175. <https://doi.org/10.7203/DCES.26.1935>
- Gavin, B., Lyne, J. y McNicholas, F. (2020). Mental health and the COVID-19 pandemic. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(3), 156–158. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.72>
- Gil, D. (2021). Impacto psicológico de la pandemia: Análisis temático de experiencias emocionales en Ecuador. *CienciAmérica*, 10(1), 111-123. <http://dx.doi.org/10.33210/ca.v10i1.362>
- Giménez, M. (2012). El gobierno socialista y la atención a la salud mental: la reforma psiquiátrica (1983- 1986). *Asociación de Historia Actual Online*, 27, 19-28.

- Gobierno de España. (marzo, 2022). Preguntas y respuestas: ¿Cuándo me vacuno? [¿Cuándo me vacuno? | Vacunación COVID-19 Gobierno de España \(vacunacovid.gob.es\)](https://www.vacunacovid.gob.es/)
- Gobierno de España. (mayo, 2022). Estrategia de vacunación COVID-19, información oficial sobre la vacunación contra el nuevo coronavirus. [Vacunación COVID-19 Gobierno de España \(vacunacovid.gob.es\)](https://www.vacunacovid.gob.es/)
- González, A., García, A., Molinari, G. y Del Río, E. (2015). DSM-5: avances en la clasificación y el diagnóstico de los trastornos mentales. *Ágora de Salud*, 1(8), 115-126. <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2015.1.8> - pp. 115-126
- González, D., Mercado, E., Corchado, A. I. y De la Paz, P. (2020). COVID-19 y su asociación con síntomas depresivos en población española / COVID-19 and its association with depressive mood symptoms in the Spanish Population. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(5).
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C. y Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 172-176. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M., Saiz, J. y Muñoz, M. (2021). Consecuencias para la salud mental del brote de Covid-19 en España. Un estudio longitudinal de la situación de alarma y vuelta a la nueva normalidad. *Avances en Neuro-Psicofarmacología y Psiquiatría Biológica*, 107. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110219>
- Grupo del Banco Mundial. (2020). Pandemia de COVID-19: Impacto en la educación y respuestas en materia de políticas. [Pandemia de COVID-19: Impacto en la educación y respuestas en materia de políticas \(bancomundial.org\)](https://www.bancomundial.org/)
- Guessoum, S. B. (2020). Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Research*, 29. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113264>

- Huertas, R. (2020). De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva. A propósito de la obra de Manuel Desviat. *Revista de la Asociación Española de Neuropsicología*, 40(138), 163-170. <https://doi.org/10.4321/S0211-573520200020009>
- Hurtado, E., Losardo, R. y Bianchi R. (2021). Salud plena e integral: un concepto más amplio de salud. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 134(1), 18-25.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2020). Defunciones según la Causa de Muerte. Suicidios por edad y sexo. [Suicidios por edad y sexo. \(ine.es\)](https://ine.es)
- Instituto de Salud Carlos III. (abril, 2022). Informe nº 126. Situación de COVID-19 en España. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. [Informe nº 126 Situación de COVID-19 en España a 26 de abril de 2022.pdf \(isciii.es\)](https://isciii.es)
- Jiménez-Ornelas, R. y Cardiel-Téllez, L. (2013). El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. *Papeles de población*, 19(77), 205-229.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J. y McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874), 1323-1331.
- Lasa, N. B., Benito, D. J., Manterola, A. G., Sánchez, J. P. E., García, J. L. P., & Germán, M. Á. S. (2020). Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco.
- Lewis, K., Lewis, C., Roberts, A., Richards, N., Evison, C., Pearce, H., Meudell, A., Edwards, B., Robinson, C., Poole, R., Jhon, A., Bisson, J. y Jones, I. (2022). The effect of the COVID-19 pandemic on mental health in individuals with pre-existing mental illness. *BJPsych Open*, 8(2), 1-9. Doi: [10.1192/bjo.2022.25](https://doi.org/10.1192/bjo.2022.25)
- Losada-Baltar, A., Jiménez-Gonzalo, L., Gallego, A., Pedroso, M., Fernandes-Pires, J. y Márquez, M. (2020). “We Are Staying at Home.” Association of Self-perceptions of Aging, Personal and Family Resources and Loneliness With Psychological Distress During the Lock-Down Period of COVID-19. *The*

*Journals of Gerontology: Series B*, 76(2), 10–16.  
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa048>

Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 51-56. <https://doi.org/10.20453/rmp.v83i1.3687>

Maher, B. y Maher, W. (1995). Una breve historia de la psicopatología. En Pirámide (Ed.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (pp. 3-62). Siglo XXI de España Editores.

Martín-Pérez, V. (2016). Conducta suicida. Protocolo de intervención. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 233–250. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.298>

Montejo, J., Espino, A y Palma, L. (1998). La psiquiatría en la España de fin de siglo: un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental. Díaz de Santos.

Moreira, P., Ferreira, S., Couto, B., Machado-Sousa, M., Fernández, M., Raposo-Lima, C., Sousa, N., Picó-Pérez, M., Morgado, P. (2021). Elementos de protección del estado de salud mental durante el brote de COVID-19 en la población portuguesa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph18041910>

Ministerio de Justicia. (2019). Epidemiología y toxicología de las muertes por suicidio en España. Instituto nacional de toxicología y ciencias forenses. [Epidemiología y toxicología de las muertes por suicidio en España, Memoria 2019 \(mjusticia.gob.es\)](https://www.mjusticia.gob.es/Documentos/epidemiologia-y-toxicologia-de-las-muertes-por-suicidio-en-espana-memoria-2019)

Ministerio de Sanidad. (s.f). Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19. [ACTUALIZACIÓN \(sanidad.gob.es\)](https://www.sanidad.gob.es/actualizacion)

Ministerio de Sanidad. (octubre, 2020). ¿Qué puedo hacer para protegerme del nuevo coronavirus y otros virus respiratorios?

[COVID19 Qué puedo hacer para protegerme del nuevo Coronavirus \(sanidad.gob.es\)](#)

Ministerio de Sanidad. (marzo, 2021). Preguntas y respuestas sobre el nuevo coronavirus (COVID-19). [Preguntas y Respuestas sobre el nuevo Coronavirus COVID-19 \(sanidad.gob.es\)](#)

Ministerio de Sanidad. (agosto, 2021). Información científica-técnica: COVID-19 en distintos entornos y grupos de personas. [20210802 GRUPOSPERSONAS.pdf \(sanidad.gob.es\)](#)

Ministerio de Sanidad. (octubre, 2021). Información científica-técnica: Información clínica COVID-19. [20211028 CLINICA.pdf \(sanidad.gob.es\)](#)

Ministerio de Sanidad. (mayo, 2022). Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024. [Plan de acción de salud mental 2022-2024 - Confederación Salud Mental España \(consaludmental.org\)](#)

Ministerio de Sanidad. (mayo, 2022). Situación actual. [Ministerio de Sanidad - Profesionales - Situación actual Coronavirus](#)

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). Encuesta Nacional de Salud ENSE. [SALUD MENTAL.pdf \(sanidad.gob.es\)](#)

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2022). Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. [Estrategia-Salud-Mental-2022-2026.pdf \(consaludmental.org\)](#)

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. [\\*GPC Conducta Suicida.pdf \(sanidad.gob.es\)](#)

Muñoz, S., García, P., García, S., Portabales, L., Moreno, L., Ceverino, A. y Polo, C. (2014). Conducta suicida y crisis económica. Suicidal Behaviour and Economic Crisis. *Norte de Salud Mental*, 12(48), 36-43.

- Observatorio del Suicidio en España (2020). Estadísticas 2020. Fundación Española para la Prevención del Suicidio. [Observatorio del Suicidio en España 2020 - Prevención del suicidio. \(fsme.es\)](https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-en-espana-2020-prevencion-del-suicidio)
- O'Carrol, P., Berman, A., Moscicki, E., Tanney, B. y Silverman, M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclatura for suicidology. *Suicide Life Threat Behaviour*, 26(3), 237-252.
- O'Connor, R., Wetherall, K., Cleare, S., McClelland, H., Melson, A., Niedzwiedz, C., O'Carroll, R., O'Connor, D., Platt, S., Scowcroft, E., Watson, B., Zortea, T., Ferguson, E., y Robb, K. (2021). Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing study. *The British Journal of Psychiatry*, 218(6), 326–333. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.212>
- Organización mundial de la salud. (OMS). (1946). Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio.
- Organización mundial de la salud. (OMS). (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. [Salud mental: fortaleciendo nuestra respuesta \(who.int\)](https://www.who.int/mentalhealth/prevention)
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2021). Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013-2030 / Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. [Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013-2030 \(who.int\)](https://www.who.int/mentalhealth/prevention)
- Organización mundial de la salud. (OMS). (2021). Suicidio. [Suicidio \(who.int\)](https://www.who.int/mentalhealth/prevention)
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (enero, 2021). Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19. [Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19 \(who.int\)](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/operations-timeline)
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2022). Coronavirus. [Coronavirus \(who.int\)](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019)

- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2022). Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades 11.<sup>a</sup> Revisión (CIE-11) [CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad \(who.int\)](#)
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (mayo, 2022). Panel de control de la OMS sobre el coronavirus (COVID-19). [WHO Coronavirus \(COVID-19\) Dashboard](#) | [WHO Coronavirus \(COVID-19\) Dashboard With Vaccination Data](#)
- Organización Mundial de la Salud y Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. (2004). Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud Dept.de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78545>
- Organización Mundial de la Salud y Equipo de Trastornos Mentales y del Comportamiento. (2001). Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional. Valladolid. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66802>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). Plan de acción sobre salud mental 2015-2020. 53º Consejo Directivo, 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, DC. [Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)
- Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Francisco, R., Mazzeschi, C., Pedro, M. y Espada, J. (2021). Coping Behaviors and Psychological Disturbances in Youth Affected by the COVID-19 Health Crisis. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.565657>
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., y Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *The British Journal of Psychiatry*, 214, 460–469. Doi:[10.1192/bjp.124.5.460](https://doi.org/10.1192/bjp.124.5.460)

- Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 55(5), 249-252. Doi: [10.1016/j.regg.2020.05.006](https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006)
- Ramos, V., Martínez, A., Piqueras, J. y Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112.
- Real Academia Española. (2022). Definición de trastorno y trastorno mental. [trastorno | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE](https://www.rae.es/diccionario/definicion/trastorno)
- Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16(45), 163-188.
- Sánchez-Teruel, D. (2012). Variables sociodemográficas y biopsicosociales relacionadas con la conducta suicida. En J.A. Muela, A. García y A. Medina (Eds.). *Perspectivas en psicología aplicada* (pp. 61-78). Jaén: Centro Asociado Andrés de Vandelvira de la U.N.E.D.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J. y Chorot, P. (2020). 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. <https://dx.doi.org/10.5944/rppc.27569>
- Shi, L., Que, J., Lu, Z., Gong, Y., Liu, L., Wang, Y., Ran, M., Rayindran, N., Rayindran, A., Fazel, S., Bao, Y., Shiy, J. y Lu, L. (2021). Prevalence and correlates of suicidal ideation among the general population in China during the COVID-19 pandemic. *European Psychiatry*, 64(1). Doi: [10.1192/j.eurpsy.2021.5](https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.5)
- Silverman, M., Berman, A., Sanddal, N., O'Carroll, P. y Joiner, T. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviour. Part 2: Suicide-related ideations, communications and Behaviours. *Suicide Life Threat Behavaviour*, 37, 264-77

- Soto, I. y Zuñiga, A. (2021). Depresión, ansiedad y estrés de universitarios en tiempos de COVID-19: Uso de escala DASS-21. *Revista Espiritu Emprendedor TES*, 5(3). <https://doi.org/10.33970/eetes.v5.n3.2021.263>
- Suárez-Vergne, A. (2019). Discriminación, apoyo social y bienestar psicológico en personas con trastornos mentales. *BARATARIA Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales* (26), 155-168.
- Subdirección General de Información Sanitaria. (2020). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria. [Salud mental datos.pdf \(sanidad.gob.es\)](#)
- Taborda, T. y Téllez-Vargas, J. (2010). El suicidio en cifras. En J. Téllez-Vargas y J. Forero, *Suicidio: Neurobiología: Factores de riesgo y protección* (pp. 24-41). Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica.
- Tejeda, P. (2016). Situación actual de los trastornos mentales en Colombia y en el mundo: prevalencia, consecuencias y necesidades de intervención. *Revista Salud Bosque*, 6(2), 29-40. <https://doi.org/10.18270/rsb.v6i2.2017>
- Thomson, K., Jenkins, E., Gill, R., Richardson, C., Gagné, M., McAuliffe, C. y Gadermann, A. (2021). Impacts of the COVID-19 Pandemic on Family Mental Health in Canada: Findings from a Multi-Round Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph182212080>
- Unión General de Trabajadores. (UGT). (2020). Impacto del coronavirus sobre el empleo en España.
- van Druten, V., Bartels, E., van de Mheen, E., Vries, E., Kerckhofs, A y Nahar-van Venrooij, L. (2022). Concepts of health in different contexts: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 22(389). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07702-2>

- Vásquez, G., Urtecho-Osorto, O., Agüero-Flores, M., Díaz-Martínez, M., Paguada, R., Varela, M., Landa-Blanco, M. y Echenique, Y. (2020). Salud mental, confinamiento y preocupación por el coronavirus: Un estudio cualitativo. *Revista Interamericana de Psicología*, 54(2), 2-16. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i2.1333>
- Zalsman, G., Stanley, B., Szanto, K., Clarke, D., Carli, V. y Mehlum, L. (2020). Suicide in the Time of COVID-19: Review and Recommendations, *Archives of Suicide Research*, 24(4), 477-482. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1830242>

## 8. ANEXOS

### Anexo 1: Consentimiento informado

Sección 1 de 5

### Trabajo de Fin de Máster

El siguiente cuestionario es parte de una investigación denominada "Impacto del covid-19 en población joven española: niveles de estrés, depresión, ansiedad y riesgo suicida". Dicha investigación forma parte del proyecto de Trabajo de fin de Máster de la titulación Máster de Psicopedagogía de la Universidad de Valladolid.

La información que usted pueda proporcionarnos será tratada con absoluta confidencialidad, de forma anónima y procesada estadísticamente, por ello se le pide que conteste de forma honesta y sincera.

La participación es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento sin penalización. Los cuestionarios del estudio llevarán aproximadamente 15 minutos en completarse. Por favor, trate de contestar todas las preguntas, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

Participando en este estudio, confirma que:

- He recibido suficiente información acerca del mismo.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que los datos serán tratados de forma anónima y confidencial.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera y sin ninguna repercusión.
- He sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y sometidos a las garantías dispuestas en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Que no serán cedidos para ningún otro fin que no sea la investigación a terceras personas o instituciones.

De antemano agradecemos su participación.

Si tiene alguna pregunta durante cualquier etapa del estudio puede comunicarse con la Dra. Carmela Martínez Vispo ([carmela.martinez@usc.es](mailto:carmela.martinez@usc.es)), docente de la Universidad de Santiago de Compostela, o con la Dra. Clara González Sanguino, docente de la Universidad de Valladolid ([clara.gonzalez.sanguino@uva.es](mailto:clara.gonzalez.sanguino@uva.es)).

Doy mi consentimiento a participar en dicho estudio \*

Sí

## Anexo 2: Cuestionario

Sección 2 de 5

## Datos sociodemográficos

Descripción (opcional)

Edad \*

Texto de respuesta corta

Género \*

Mujer

Hombre

Otro

Lugar de residencia (ciudad) \*

Texto de respuesta corta

Nivel de estudios \*

- Educación Primaria
- Educación Secundaria
- Bachillerato
- Formación profesional
- Estudios Universitarios

Estado civil \*

- Soltero/a
- Casado/a / pareja estable
- Divorciado/a / separado/a
- Viudo/a

Nivel económico \*

- Bajo
- Bajo-medio
- Medio
- Medio-alto
- Alto

Sección 3 de 5

## ¡Empecemos!

Por favor, lea las siguientes afirmaciones y seleccione un número (0, 1, 2, 3), cada uno de los cuales indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación tras la aparición de la pandemia de Covid-19. La escala de calificación es la siguiente:

### 1. Me ha costado mucho descargar la tensión \*

- 0: No me ha ocurrido;
- 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo;
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo;
- 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

### 2. Me di cuenta que tenía la boca seca \*

- 0: No me ha ocurrido;
- 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo;
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo;
- 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

### 3. No podía sentir ningún sentimiento positivo \*

- 0: No me ha ocurrido;
- 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo;
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo;
- 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

4. Se me hizo difícil respirar \*

- 0: No me ha ocurrido;
- 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo;
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo;
- 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas \*

- 0: No me ha ocurrido;
- 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo;
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo;
- 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones

- 0: No me ha ocurrido;
- 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo;
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo;
- 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

## 7. Sentí que mis manos temblaban \*

- 0: No me ha ocurrido;
- 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo;
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo;
- 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.



## 8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía \*

- 0: No me ha ocurrido;
- 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo;
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo;
- 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

## 9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo \*

- 0: No me ha ocurrido;
- 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo;
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo;
- 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

## 10. He sentido que no había nada que me ilusionara \*

- 0: No me ha ocurrido;
- 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo;
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo;
- 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

11. Me he sentido inquieto \*

- 0: No me ha ocurrido;
- 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo;
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo;
- 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

12. Se me hizo difícil relajarme \*

- 0: No me ha ocurrido;
- 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo;
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo;
- 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

13. Me sentí triste y deprimido \*

- 0: No me ha ocurrido;
- 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo;
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo;
- 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo \*

- 0: No me ha ocurrido;
- 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo;
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo;
- 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

15. Sentí que estaba al punto de pánico \*

- 0: No me ha ocurrido;
- 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo;
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo;
- 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

16. No me pude entusiasmar por nada \*

- 0: No me ha ocurrido;
- 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo;
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo;
- 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

17. Sentí que valía muy poco como persona \*

- 0: No me ha ocurrido;
- 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo;
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo;
- 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

18. He tendido a sentirme enfadado con facilidad \*

- 0: No me ha ocurrido;
- 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo;
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo;
- 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico \*

- 0: No me ha ocurrido;
- 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo;
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo;
- 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.



20. Tuve miedo sin razón \*

- 0: No me ha ocurrido;
- 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo;
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo;
- 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido \*

- 0: No me ha ocurrido;
- 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo;
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo;
- 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

Sección 4 de 5

## Un último empujón...

Por favor, para las siguientes preguntas marque una de las dos opciones que considere que se ajusta más a lo que ha sentido o experimentado tras la aparición de la pandemia de Covid-19.

1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena? \*

Sí

No

2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse. \*

Sí

No

3. ¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer? \*

Sí

No

4. ¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías? \*

Sí

No

5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida? \*

Sí

No

Después de la sección 4 Ir a la siguiente sección ▼

Sección 5 de 5

## Información adicional

Descripción (opcional)

Si considera necesario ofrecer algún aspecto a destacar sobre su estado emocional a raíz de la situación pandémica del COVID-19, le dejo un espacio para que lo exponga:

Texto de respuesta larga