



Escritos de Psicología - Psychological Writings

ISSN: 1138-2635

ISSN: 1989-3809

comitederedaccion@escritosdepsicologia.es

Universidad de Málaga

España

Calero-Elvira, Ana; Guerrero-Escagedo, María Cristina;  
González-Linaza, Lucía; Martínez-Sánchez, Noelia  
Atención psicológica pre- y pospandemia en la clínica universitaria del CPA-UAM  
Escritos de Psicología - Psychological Writings,  
vol. 14, núm. 2, 2021, Julio-Diciembre, pp. 120-133  
Universidad de Málaga  
Málaga, España

DOI: <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i2.13616>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271069891007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso  
abierto

## Atención psicológica pre- y pospandemia en la clínica universitaria del CPA-UAM

### Pre- and post-pandemic psychological treatment at the university clinic of CPA-UAM

Ana Calero-Elvira<sup>1</sup>, María Cristina Guerrero-Escagedo<sup>2</sup>, Lucía González-Linaza<sup>1</sup>,  
Noelia Martínez-Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Psicología Aplicada - Universidad Autónoma de Madrid, España

<sup>2</sup>Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid, España

#### Resumen

El objetivo general de la presente investigación es analizar el impacto que la pandemia por coronavirus ha tenido en la salud psicológica de las personas atendidas en la clínica universitaria del CPA-UAM. Se comparan los datos pre- y pospandemia de las personas que acudieron al centro entre 2016 y 2021, tanto para tratamiento regular (N = 535, 448 pre-COVID, 87 pos-COVID), como para atención telefónica gratuita durante el confinamiento y la desescalada (N = 73 personas, 98 llamadas). Los tratamientos tuvieron un enfoque cognitivo-conductual. Se encontró un aumento notable de demanda de tratamiento por problemas de ansiedad a partir de la llegada de la pandemia, y también de la gravedad que presentaban esos casos. También la ansiedad fue la principal demanda de atención telefónica durante el confinamiento, aunque hubo un incremento de demandas específicas, como duelo y miedo al contagio. No se encontraron diferencias en ningún otro aspecto de los tratamientos, excepto en el número de demandas de atención en línea a partir de la pandemia. Es imprescindible adaptar las terapias y la formación de los terapeutas a la nueva realidad pospandemia y garantizar servicios de atención psicológica de calidad para la población.

Palabras clave: salud psicológica, coronavirus, clínica universitaria de psicología, terapia cognitivo-conductual

Cómo citar: Calero-Elvira, A., Guerrero-Escagedo, M. C., González-Linaza, L. y Martínez-Sánchez, N. (2021). Atención psicológica pre- y postpandemia en la clínica universitaria del Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid. *Escritos de Psicología – Psychological Writings*, 14(2), 120-133.

#### Abstract

The general objective of this research is to analyze the impact that the coronavirus pandemic has had on the psychological health of people in treatment at the CPA-UAM university clinic (omitted for blind review). Pre- and post-pandemic data of people who visited the center between 2016 and 2021 are compared, both for regular treatment (N = 535, 448 pre-COVID, 87 post-COVID) and for free telephone assistance during confinement and de-escalation (N = 73 people, 98 telephone calls). The treatments were based on the cognitive-behavioral approach. A notable increase in demand for treatment for anxiety-related problems was found as of the arrival of the pandemic, as well as in the severity of these cases. Anxiety was also the main demand for telephone assistance during confinement, although there was an increase in specific demands, such as grief and fear of contagion. No differences were found in any other aspect of the treatments, except in the number of demands for online care after the pandemic. It is essential to adapt both therapies and therapists' training to the new post-pandemic reality and guarantee quality psychological treatment for the population.

Keywords: psychological health, coronavirus, university psychological center, cognitive-behavioral treatment

Correspondencia: Ana Calero Elvira. Centro de Psicología aplicada. Universidad Autónoma de Madrid, Ciudad Universitaria de Cantoblanco, 28049, MADRID, España. E-mail: [ana.calero@uam.es](mailto:ana.calero@uam.es). E-mail de la coautora María Cristina Guerrero-Escagedo: [mcristina.guerrero@uam.es](mailto:mcristina.guerrero@uam.es). E-mail de la coautora Lucía González-Linaza: [luciagonzalezlinaza@gmail.com](mailto:luciagonzalezlinaza@gmail.com). E-mail de la coautora Noelia Martínez-Sánchez: [noeliam.psicologia@gmail.com](mailto:noeliam.psicologia@gmail.com).

### Introducción

Desde finales de 2019, la población mundial comenzó a verse afectada por una enfermedad infecciosa cuyo agente etiológico se calificó como un nuevo coronavirus, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominó COVID-19 (*coronavirus disease 2019*). El 11 de marzo de 2020 la OMS la declaró pandemia global y el 14 de marzo el Gobierno de España decretó el estado de alarma en todo el territorio nacional e impuso, asimismo, un estado de confinamiento domiciliario que se prolongó hasta el 3 de mayo de 2020 (con distintas fases de desescalada hasta el 30 de junio), lo que supuso la suspensión de toda actividad excepto las esenciales para la vida ((Boletín Oficial del Estado, 2020)).

La OMS (2020) informa sobre el aumento de problemas de salud mental debido a los efectos de la pandemia, tales como depresión, ansiedad, estrés postraumático, insomnio, conducta suicida o abuso de sustancias. Esta afirmación es consistente con la evidencia empírica (Xiong et al., 2020), que muestra un incremento en la prevalencia de problemas psicológicos adversos entre la población. Ho et al. (2020), concluyeron que el padecimiento de problemas psicológicos fue más frecuente en el comienzo del brote de coronavirus, cuando las personas se vieron desafiadas por una situación de cuarentena obligatoria, desempleo e inseguridad. Asimismo, en otras investigaciones se observó un aumento significativo de la ansiedad (Khan et al., 2020). Serafini et al. (2020) señalaron que la soledad no deseada y el aislamiento social en esta época aumentaba el riesgo de depresión, suicidio y abuso de sustancias.

El impacto psicológico de la pandemia también se ha visto reflejado específicamente en la población universitaria. Algunos estudios han encontrado un aumento de ansiedad, estrés y depresión a lo largo de la pandemia, así como un incremento del riesgo de suicidio (Li et al., 2021; Odriozola-González et al., 2020).

Después de más de un año de pandemia, se ha puesto de manifiesto la necesidad de atención psicológica a la población y ha sido necesaria la adaptación de las intervenciones. Una de las propuestas llevadas a cabo en los distintos países ha consistido en ofrecer a la población el acceso a la intervención psicológica gratuita (Berdullas et al., 2020; Wang et al., 2020;). Por otra parte, la telepsicología, a través del teléfono, del email, de videoconferencia o de aplicaciones móviles, ha desempeñado un papel fundamental debido a las medidas de distanciamiento social requeridas (Zhou et al., 2020).

Diversos meta-análisis realizados en las últimas décadas ya habían puesto de manifiesto que la intervención telepsicológica presentaba una evidencia similar a la terapia presencial en cuanto a su eficacia (Andersson et al., 2015; Barak et al., 2008; Cuijpers et al., 2008; Hyler et al., 2005; Linn et al., 2011; Riper y Hedman, 2014; citado en de la Torre y Pardo, 2018). Sin embargo, pese a que el uso de la misma ha ido en aumento en los últimos años (González-Peña et al., 2017), la pandemia ha precipitado el uso de la telepsicología a nivel mundial. La Asociación Americana de Psicología (APA, 2020), señala que un 96% de los psicólogos han realizado su trabajo de forma remota durante la pandemia, mientras que estudios anteriores realizados en la Comunidad de Madrid sobre el uso de nuevas tecnologías estimaban que únicamente un 26% de los psicólogos las utilizaban (González-Peña et al., 2017). La misma encuesta realizada por la APA (2020), revela un aumento notable de solicitudes de atención psicológica a través de videoconferencia o del teléfono.

Centrándonos en el ámbito profesional específico de los Servicios de Atención Psicológica y Psicopedagógica universitarios, el impacto de la pandemia también ha sido significativo. Es importante mencionar que estos servicios presentan algunas características que los diferencian de otros recursos: la población a la que se atiende es generalmente la comunidad universitaria, aunque algunos centros amplían sus servicios a personal externo (Saúl et al., 2009). Ello hace que las características socio-demográficas de las personas a las que se atiende en estos servicios sean distintas a la población general: en general se trata de un perfil más joven y con mayor proporción de estudios superiores (Calero et al., 2018; Labrador et al., 2010; Labrador et al., 2016).

La pandemia ha exigido una adaptación e innovación en estos servicios para satisfacer las necesidades de la comunidad universitaria, dado que gran parte de ellos realizaban sus servicios de forma presencial (Liu et al., 2020). Antes de la pandemia, menos del 12% de estos servicios a nivel internacional ofrecían asesoramiento telefónico y sólo un 9,2% ofrecían asesoramiento por videollamada, según una encuesta realizada en 2018 con la participación de 571 directores de servicios universitarios (LeViness et al., 2018). Sin embargo, la misma encuesta realizada en el año 2020 señala un aumento del 68,11% en los servicios telemáticos de atención psicopedagógica y psicológica universitarios utilizados (Gorman et al., 2021). Esta misma encuesta señala que las problemáticas más atendidas en los servicios universitarios durante el año 2020 fueron los problemas de ansiedad, depresión, estrés y problemas de relaciones interpersonales.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, creemos importante seguir investigando en el efecto que la pandemia ha tenido y está teniendo en la salud psicológica de la población, lo cual permitirá no sólo tener mayor conocimiento de esta realidad, sino adaptar en mayor medida nuestros servicios. En esta línea, el objetivo general de la presente investigación es analizar el impacto que la pandemia por coronavirus ha tenido en la salud psicológica de las personas que se atiende en la clínica del Centro de Psicología Aplicada (CPA) de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Los objetivos específicos planteados son: (a) describir los tratamientos psicológicos que se realizaban en el centro antes de la pandemia, durante los meses de confinamiento y durante el resto de la pandemia, y (b) analizar si la tipología de los casos atendidos en la clínica del CPA-UAM ha variado a partir de la pandemia, o bien alguna característica de los tratamientos implementados.

Atendiendo a la literatura previamente mencionada, planteamos las siguientes hipótesis que pondremos a prueba:

1. Encontraremos más casos de ansiedad, bajo estado de ánimo (incluyendo ideación suicida) y problemas de relación interpersonal a partir de la llegada de la pandemia.
2. La gravedad inicial de los problemas psicológicos atendidos será mayor una vez iniciada la pandemia.

Y, además, se estudiarán a nivel exploratorio todas las características de los tratamientos implantados en nuestro centro, antes y después de la pandemia, para conocer si existe alguna otra diferencia que no haya quedado informada en la literatura científica hasta el momento.

## Método

### **Participantes**

Se analizan los datos de las personas que recibieron asistencia psicológica en la Clínica Universitaria del CPA-UAM entre febrero de 2016 y septiembre de 2021, en una de estas dos modalidades: (1) tratamiento psicológico regular y (2) atención telefónica gratuita, una modalidad que tuvo lugar únicamente entre abril y julio de 2020, con motivo del confinamiento por la crisis sanitaria por la COVID-19. En el caso del tratamiento psicológico regular, se presentan los datos de 535 usuarios de la consultoría general del centro, 448 en la etapa pre-COVID (desde febrero de 2016 hasta febrero de 2020) y 87 en la etapa post-COVID (los iniciados desde junio de 2020 hasta la actualidad, puesto que durante el confinamiento no se atendieron casos nuevos en tratamiento regular y solamente se siguieron atendiendo los que ya estaban en tratamiento).

Todos ellos son adultos de entre 18 y 78 años, con una media de edad de 25,72 años ( $DT=9,51$ ). Los menores de edad tratados en el centro no fueron incluidos en este estudio, así como los casos de otras consultorías específicas del centro. La mayoría de los usuarios son mujeres (67,1%), la nacionalidad predominante es la española (93,6%), el estado civil más frecuente es soltero (54,8%) y el nivel de estudios mínimo alcanzado por la mayoría de las personas es Bachillerato o BUP (59,4%), al tratarse en su mayoría de estudiantes universitarios. Se presentan en la Tabla 1 los principales datos de la muestra de esta modalidad.

**Tabla 1**  
Características sociodemográficas de los consultantes del tratamiento regular

	Datos de los usuarios (pre- + post-COVID)	
	<i>n</i>	%
Sexo		
Mujer	359	67,1%
Hombre	176	32,9%
Nacionalidad		
Española	501	93,6%
Otra	34	6,4%
Estado civil		
Soltero	293	54,8%
Pareja sin convivencia	155	29%
Convivencia pareja	43	8%
Casado	33	6,2%
Divorciado	7	1,3%
Viudo	4	0,7%
Nivel de estudios		
Educación primaria	3	0,6%
Educación secundaria	4	0,7%
Bachillerato/BUP	318	59,4%
FP	27	5%
Universitarios	136	25,4%
Posgrado/Doctorado	47	8,8%
Ocupación		
Estudiante	395	73,8%
Trabajando	113	21,1%
Parado/trabajos esporádicos	22	4,1%
Jubilado	5	0,9%

*Nota.* *n* = número, % = porcentaje.

En cuanto a la atención telefónica gratuita, se atendió a 73 personas, todos ellos adultos de entre 18 y 80 años ( $M = 44,91$ ;  $DT = 16,75$ ), la mayoría de los cuales eran mujeres ( $n = 61$ ; 84,7%), frente a un porcentaje menor de hombres ( $n = 12$ ; 15,3%). La Comunidad Autónoma desde la que llamaban predominantemente Madrid (93,3%) y en la Tabla 2 se desglosan otras procedencias geográficas.

**Tabla 2**  
Procedencia geográfica de las personas que utilizaron el servicio telefónico

	<i>n</i>	%
Comunidad Autónoma		
Madrid	68	93,3
Castilla y León	2	2,7
Castilla-La Mancha	1	1,4
Galicia	1	1,4
Murcia	1	1,4

*Nota.* *n* = número, % = porcentaje.

En el presente estudio se muestran los datos de los tratamientos realizados en el centro por 35 psicólogos generales sanitarios con un rango de edad entre 24 y 40 años, 31 de los cuales son mujeres y cuatro hombres.

### **Variables e instrumentos**

Se detalla a continuación la información sobre las variables analizadas en este estudio, en el caso del tratamiento regular en el centro, y los instrumentos utilizados.

**Tipología clínica.** Utilizamos dos tipos de información para categorizar la tipología clínica, establecidos por el terapeuta que atiende cada caso. Por un lado, de cada caso cada terapeuta indica el diagnóstico principal del caso según la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Por otro lado, se permite a los terapeutas seleccionar cuantos problemas consideren clínicamente relevantes en la persona y se utilizan categorías de problemas de comportamiento más específicos, de uso común entre expertos, que no siguen estrictamente los criterios DSM.

*Gravedad inicial e ideación suicida.* Cada usuario es evaluado mediante distintos instrumentos, incluyendo como principales la entrevista y la auto-observación/auto-registro. Además, completa cuatro cuestionarios al iniciar el tratamiento, que evalúan depresión, ansiedad, psicopatología general y calidad de vida. Ello nos permite tener información cuantitativa y cualitativa de la gravedad inicial del caso, incluyendo si existe ideación suicida. Estos cuestionarios son:

- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Se utilizó la versión española adaptada por Buéla-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos Cubero (2011). El STAI es un cuestionario de 40 ítems que evalúa ansiedad rasgo y ansiedad estado, mediante dos subescalas de 20 ítems cada una. El alfa de Cronbach en las subescalas de la versión españolas oscila entre 0,82 y 0,95.
- Inventario de Depresión de Beck – segunda Edición (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). Se utilizó la versión española adaptada por Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez (2005). El BDI-II tiene 21 ítems que evalúan la severidad de la depresión según los criterios del DSM-IV. El alpha de Cronbach para la versión española oscila entre 0,87 y 0,91.
- Inventario de Síntomas SCL-90-R (Symptom Checklist 90 Revised, SCL-90-R; Derogatis, 2002). Se utilizó la versión española adaptada por González de Rivera et al. (1988). El SCL-90-R es un cuestionario de 90 ítems cuyo objetivo es la evaluación de un amplio número de dimensiones de psicopatología general. Contiene nueve escalas sintomáticas (Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo) y tres índices globales de malestar psicológico (Índice global de severidad, IGS; Total de síntomas positivos, STP, que tiene en cuenta los ítems con puntuación mayor de 0; e Índice de malestar positivo, PSDI, que pretende evaluar si la persona tiende a exagerar o minimizar el malestar). El alfa de Cronbach para las dimensiones de la versión española es de 0,85; 0,84; 0,77; 0,82; 0,79; 0,78; 0,69; 0,76; 0,81 para las respectivas escalas.
- Evaluación de la calidad de vida según la Organización Mundial de la Salud (The World Health Organization's quality of life assessment, WHOQOL-BREF, 1998). Es un cuestionario de 26 ítems que evalúa la calidad de vida en cuatro subescalas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. El alpha de Cronbach para las dimensiones de la versión española es de 0,78; 0,79; 0,72; 0,77, respectivamente.

*Éxito de los tratamientos.* Utilizaremos dos indicadores del éxito de los tratamientos. Por un lado, el porcentaje de objetivos terapéuticos alcanzados informado por cada terapeuta, un valor entre 0 y 100, teniendo en cuenta el número de objetivos de cada caso y los que se han cumplido al finalizar la intervención. Por otra parte, se calcula la diferencia de puntuaciones entre los cuestionarios de evaluación inicial y la puntuación en los mismos cuestionarios completados por los usuarios al final del tratamiento.

*Motivo para finalizar el tratamiento.* Se consideraron las categorías alta, abandono con o sin justificación, fin de la terapia por consideración del terapeuta sin ser alta y derivación a otro centro.

*Número total de sesiones de cada caso.* Se utiliza como indicador de la eficiencia del tratamiento.

*Formato del tratamiento.* Con tres modalidades, a saber, (1) presencial, si la persona acudía en persona a nuestras instalaciones al menos en el 75% de las ocasiones; (2) *online*, si la persona recibía las sesiones por videoconferencia al menos en el 75% de las ocasiones; y (3) combinado, si recibía más de un 25% de ambas modalidades a lo largo del tratamiento. Se ha considerado un 75% de sesiones para considerar el tratamiento de esa modalidad porque la situación sanitaria y diversos acontecimientos ocurridos entre 2020 y 2021 (por ejemplo, el temporal de nieve Filomena) hicieron imposible la asistencia 100% presencial.

En el caso de la atención telefónica gratuita se analizarán solamente las siguientes variables: datos sociodemográficos básicos, motivo de la llamada/problema que presenta la persona y duración de la llamada en minutos.

### **Protocolos de intervención**

En el centro se aplican únicamente tratamientos basados en la evidencia, de todas las variantes del enfoque cognitivo-conductual, partiendo del análisis funcional del problema/s motivo de consulta para individualizar la intervención a la persona.

La Clínica Universitaria del CPA-UAM presta servicios tanto a la comunidad universitaria (personal, estudiantes y familiares), como a personas externas. El Centro cuenta con un equipo estable de profesores de la Facultad de Psicología de la UAM que atiende casos y/o supervisa al equipo clínico. Tal como se ha descrito en otro lugar (\*\*), la clínica del CPA-UAM ofrece un programa de residencia para ampliar su formación a psicólogos que recientemente acabaron su Máster en Psicología General Sanitaria, por lo que una buena parte de los psicólogos del centro cuentan con pocos años de experiencia profesional.

Antes de marzo de 2020, eran muy puntuales las sesiones de terapia *online* que se realizaban en el centro, sin embargo, todos los casos ya en marcha se siguieron *online* entre marzo y junio de 2020 por el confinamiento. A partir de junio de 2020, se dio la opción a los usuarios de elegir la modalidad de terapia psicológica a seguir (presencial, *online* o combinado). Aunque se intentó por parte del centro que algunos casos de mayor riesgo acudieran presencialmente al centro, fueron los usuarios los que eligieron finalmente si hacerlo.

Para la atención psicológica *online* en nuestro centro se utiliza el programa Psypocket como solución tecnológica fiable para realizar las videoconferencias, con servidores seguros, que cumplen todos los requisitos en materia de protección de datos.

Por su parte, la atención psicológica gratuita consistió en un servicio de atención telefónica que se puso en marcha entre el 30 de marzo y el 15 de julio de 2020, para cualquier persona que se hubiera visto afectada psicológicamente por la crisis sanitaria. Ello se hizo en paralelo a los tratamientos regulares que ya se estaban realizando. El servicio se ofertó igualmente para las personas de dentro y de fuera de la comunidad universitaria, y no fue un tratamiento psicológico al uso, sino una atención psicológica en situación de crisis para dar pautas psicológicas básicas y que no implicó un seguimiento continuado de cada caso (aunque algunas personas llamaron reiteradas veces). El servicio fue atendido por ocho psicólogos del equipo de terapeutas del centro, durante 40 horas a la semana (ocho horas diarias en días laborables).

### **Procedimiento**

Todos los usuarios regulares del centro fueron informados de que sus datos podían ser utilizados con fines docentes y de investigación, y dieron su consentimiento por escrito en estricto cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016 (GDPR), y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD).

Antes de iniciar el proceso terapéutico y al finalizar el mismo, cada usuario completaba los cuestionarios pre- y post-intervención de manera presencial en el centro u *online* (según la situación sanitaria o la modalidad de tratamiento elegido), siempre sin la presencia del terapeuta.

Los datos relativos a las intervenciones llevadas a cabo fueron introducidos por cada uno de los terapeutas que llevaron a cabo el tratamiento en la base de datos del centro y estaban formados en ella. Esta base de datos cuenta con instrucciones de cumplimentación detalladas para cada variable. Cada terapeuta completaba los datos del caso al finalizar el tratamiento o la llamada telefónica, y estos datos fueron revisados por otro terapeuta de la clínica responsable de la base de datos.

Para los casos tratados en la modalidad de tratamiento regular, la base de datos incluye la siguiente información: datos sociodemográficos, tipo de problema de conducta y diagnóstico, técnicas aplicadas, número de sesiones de cada fase del tratamiento, datos sobre adhesión al tratamiento (motivación, asistencia a sesiones, cumplimiento de tareas, motivo de finalización del tratamiento), número de objetivos propuestos y alcanzados, así como los cuestionarios clínicos. En el caso de la atención telefónica gratuita, al ser llamadas anónimas, se recogió solamente: información del tipo de demanda/problema por la que llamaba la persona, datos sociodemográficos básicos y duración de la llamada.

Para los análisis que aquí se presentarán, se excluyeron los casos infantiles y todos aquellos cuyos datos no estaban completos en todos los campos.

### **Análisis estadístico**

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el programa IBM SPSS Statistics (versión 28.0), a excepción de la prueba *d* de Cohen, que se realizó a través de la siguiente página web: <https://www.socscistatistics.com/effectsize/default3.aspx>.

Para el análisis estadístico de los casos atendidos en terapia regular, se analizó la muestra completa ( $N = 535$ ) para estudiar las características sociodemográficas, tipología clínica, ideación suicida, gravedad inicial y proporción de abandonos. En cambio, para analizar el porcentaje de objetivos terapéuticos cumplidos y el número de sesiones totales se seleccionó una submuestra de 242 casos que hubiesen recibido el alta; descartando aquellos casos que hubiesen abandonado la terapia, hubiesen sido derivados a otro centro o que todavía estuvieran en tratamiento. Igualmente, para estudiar la mejora clínica fue necesario desechar aquellos casos que no completaron los cuestionarios de evaluación al final de la terapia; quedándose una submuestra de 208 casos. Se realizaron análisis descriptivos y se utilizó la prueba *t* de Student para muestras independientes cuando las variables mostraban una distribución normal a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la *U* de Mann-Whitney cuando no lo hacían. Para estudiar los cambios en las puntuaciones de los distintos cuestionarios, se calculó la diferencia entre las puntuaciones pre- y post-tratamiento y se utilizó la prueba *t* de Student para muestras independientes. Cuando resultó pertinente, se empleó la prueba *d* de Cohen. Por otro lado, se utilizó la prueba Chi-Cuadrado para analizar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los porcentajes presentados y la prueba *V* de Cramer para calcular el tamaño del efecto. Dado que la muestra del grupo pre-COVID-19 era muy superior a la del grupo post-COVID-19, como medida de control se realizó una selección al azar para compensar la desigualdad y se repitieron los análisis<sup>1</sup>.

Para el análisis de los datos de las llamadas atendidas en el servicio de atención telefónica gratuita ( $N = 98$  llamadas) se llevó a cabo únicamente un análisis descriptivo.

### **Resultados**

En primer lugar, se presentan los datos de los casos atendidos en terapia regular en los periodos estudiados ( $N = 535$ ). En segundo lugar, se presentarán los datos de las llamadas atendidas en el servicio de atención telefónica gratuita ( $N = 98$  llamadas).

#### **Casos atendidos en terapia regular**

##### **Análisis preliminar**

En el apartado Método se informó de los datos sociodemográficos de la muestra completa, pero en este apartado se divide por tiempo (grupo pre- y post-COVID) para poder analizar si existen diferencias entre ambos momentos. Todos los casos pertenecientes al grupo pre-COVID-19 eran adultos de entre 18 y 78 años ( $M = 26,20$ ;  $DT = 9,98$ ). La mayoría de ellos eran mujeres (66,7%) y la nacionalidad más frecuente fue la española (93,1%). El estado civil predominante era el de soltero (56%). El nivel de estudios alcanzado fue mayoritariamente el de Bachillerato o BUP (57,8%) y la mayor parte eran estudiantes (72,1%). Por otro lado, los consultantes del grupo post-COVID-19 eran todos adultos de entre 18 y 53 años ( $M = 23,25$ ;  $DT = 6,04$ ). La mayor parte de los consultantes eran también mujeres (69%), la nacionalidad mayoritaria la española (96,6%) y el estado civil más frecuente el de soltero (48,3%). El nivel de estudios finalizado que predominó fue también el de Bachillerato o BUP (67,8%) y la mayoría de los casos eran estudiantes (82,8%). En la Tabla 3 se detallan los datos demográficos de ambos grupos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en la media de edad ( $t = 3,67$ ,  $p = 0,000$ ) y en el estado civil ( $\chi^2 = 11,39$ ,  $p = 0,044$ ), aunque en ambos casos el tamaño del efecto es pequeño ( $d = 0,36$  y  $V = 0,15$ , respectivamente). En cambio, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el resto de variables.

<sup>1</sup> Puesto que los resultados se mantuvieron, por cuestiones de espacio no se han incluido en este artículo y sólo se informa de los resultados con la muestra completa. Sin embargo, están disponibles para las personas interesadas bajo petición a las autoras.

**Tabla 3**  
Características sociodemográficas de los grupos pre- y post-COVID-19

	pre-COVID-19		post-COVID-19		$\chi^2$	<i>p</i>	<i>V de Cramer</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			
Sexo					0,16	0,686	
Mujer	299	66,7	60	69			
Hombre	149	33,3	27	31			
Nacionalidad					13	0,737	
Española	417	93,1	84	96,6			
Otra	31	6,9	3	3,4			
Estado Civil					11,39	0,044	0,15
Soltero	251	56	42	48,3			
Pareja sin convivencia	118	26,3	37	42,5			
Convivencia pareja	38	8,5	5	5,7			
Casado	31	6,9	2	2,3			
Divorciado	6	1,3	1	1,1			
Viudo	4	0,9	0	0			
Nivel de estudio					6,26	0,282	
Educación primaria	3	0,7	0	0			
Educación secundaria	4	0,9	0	0			
Bachillerato/BUP	259	57,8	59	67,8			
FP	26	5,8	1	1,1			
Universitarios	117	26,1	19	21,8			
Posgrado/Doctorado	39	8,7	8	9,2			
Ocupación					5,55	0,135	
Estudiante	323	72,1	72	82,8			
Trabajando	99	22,1	14	16,1			
Parado/trabajos esporádicos	21	4,7	1	1,1			
Jubilado	5	1,1	0	0			

*Nota.* *n* = número, % = porcentaje,  $\chi^2$  = Chi-Cuadrado, *p* = nivel de significación.

### Tipología clínica

Los diagnósticos DSM-5 de los grupos pre- y post-COVID están recogidos en la Tabla 4. Como se puede observar, los problemas clínicos más frecuentes pre-COVID fueron los trastornos de ansiedad (30,8%), los trastornos depresivos (23%) y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica (17,9%). Por su parte, en el grupo post-COVID, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (46%), seguidos por los trastornos depresivos (17,2%) y los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés (12,6%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ( $\chi^2 = 18,56$ , *p* = 0,234).

**Tabla 4**  
Grupos diagnósticos DSM-5 de los grupos pre- y post-COVID-19

	pre-COVID-19		post-COVID-19	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
T. de ansiedad	138	30,8	40	46
T. depresivos	103	23	15	17,2
Otros problemas objeto de atención clínica	79	17,9	9	10,3
T. relacionados con traumas y factores de estrés	69	15,4	11	12,6
T. obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	16	3,6	3	3,4
T. de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos	11	2,5	3	3,4
T. de síntomas somáticos y trastornos relacionados	9	2	2	2,3
T. de la personalidad	5	1,1	0	0
T. del sueño-vigilia	4	0,9	1	1,1
T. relacionados con sustancias y trastornos adictivos	3	0,7	0	0
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos adictivos	3	0,7	0	0
T. disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta	2	0,4	1	1,1
T. bipolar y trastornos relacionados	2	0,4	0	0
Otros trastornos mentales	2	0,4	0	0
T. del neurodesarrollo	1	0,4	2	2,3
Disfunciones sexuales	1	0,2	0	0

*Nota.* *n* = número, % = porcentaje, T = trastornos.

Incluimos una segunda tabla (Tabla 5) que muestra información diferente sobre el tipo de problemas: en la Tabla 4 se daban los porcentajes de los problemas principales de los consultantes, sólo uno por persona. Sin embargo, en la Tabla 5 se incluyen todos los problemas clínicamente relevantes en la persona y se utilizan categorías de problemas de comportamiento que no siguen estrictamente los criterios DSM. Respecto a los problemas de conducta específicos, los más frecuentes en el grupo pre-COVID fueron ansiedad (82,8%), bajo estado de ánimo (72,5%) y problemas de relación social (65,2%). Igualmente, éstos fueron los más frecuentes en el grupo post-COVID: ansiedad (81,6%), bajo estado de ánimo (71,3%) y problemas de relación social (63,2%). Como se puede ver en la Tabla 5, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia con que se presenta cada tipo de problema en los dos grupos.

**Tabla 5**  
Problemas de conducta específicos de los grupos pre- y post-COVID-19

	pre-COVID-19		post-COVID-19		$\chi^2$	$p$
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Ansiedad	371	82,8	71	81,6	0,73	0,786
Estado de ánimo	325	72,5	62	71,3	0,60	0,807
Habilidades y relaciones sociales	292	65,2	55	63,2	0,12	0,736
Relacionados con el trabajo y el estudio	231	51,6	48	55,2	0,38	0,537
Paterno-filiares y familiares	171	38,2	37	42,5	0,58	0,445
Pareja	137	30,6	25	28,7	0,12	0,732
Sueño	102	22,8	21	24,1	0,77	0,781
Ira o agresividad	65	14,5	17	19,5	1,42	0,233
Conducta alimentaria	50	11,2	14	16,1	1,68	0,195
Sexuales	37	8,3	13	14,9	3,84	0,051
Relacionados con la salud	30	6,7	7	8	0,21	0,65
Hábitos nerviosos	30	6,7	4	4,6	0,54	0,463
Personalidad	19	4,2	1	1,1	1,94	0,164
Adicciones comportamentales	15	3,3	5	5,7	1,17	0,280
Adicciones a sustancias	13	2,9	2	2,3	0,97	0,755
Psicóticos	13	2,9	2	2,3	0,84	0,771
Otros	43	9,6	8	9,2	0,14	0,907

*Nota.* *n* = número, % = porcentaje,  $\chi^2$  = Chi-Cuadrado,  $p$  = nivel de significación.

### **Ideación suicida**

En cuanto a la ideación suicida, se indica a continuación la puntuación media obtenida por los usuarios en los dos ítems de la batería de instrumentos de evaluación que reflejan este aspecto: la puntuación media del grupo pre-COVID en el ítem 9 del BDI-II fue de 0,41 ( $DT = 0,59$ ) y en el ítem 15 del SCL-90-R de 0,52 ( $DT = 0,95$ ); mientras que la del grupo post-COVID-19 fue de 0,34 ( $DT = 0,52$ ) y de 0,39 ( $DT = 0,80$ ), respectivamente. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de los dos grupos en el ítem 9 del BDI-II ( $t = 0,90$ ,  $p = 0,235$ ), ni en el ítem 15 del SCL-90-R ( $t = 1,19$ ,  $p = 0,235$ ).

### **Gravedad inicial**

Las puntuaciones iniciales de los grupos pre- y post-COVID-19 en los cuestionarios que evalúan depresión, ansiedad, psicopatología y calidad de vida se resumen en la Tabla 6. Como se puede apreciar, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en el STAI-E y en el STAI-R, aunque en ambos casos el tamaño del efecto es pequeño. En concreto, el grupo post-COVID-19 obtuvo en ambas escalas una puntuación media significativamente más alta. Por el contrario, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en el resto de los cuestionarios.

**Tabla 6**  
Puntuaciones iniciales de los grupos pre- y post-COVID-19

	pre-COVID-19		post-COVID-19		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
BDI-II	22,47	11,27	22,80	9,06	-0,31	0,761	
STAI-E	30,97	12,14	34,08	10,19	-2,52	0,013	0,28
STAI-R	34,07	10,79	36,91	9,10	-2,58	0,011	0,29
SCLR-90-R IGS	1,18	0,61	1,30	0,56	-1,69	0,092	
SCLR-90-R STP	49,39	16,66	52,63	15,15	-1,69	0,093	
SCLR-90-R PSDI	2,03	0,51	2,12	0,47	-1,54	0,125	
WHOQOL-BREF	95,84	9,06	93,40	12,04	1,25	0,219	

**Nota.** *M* = media, *DT* = desviación típica, *t* = *t* de Student, *p* = nivel de significación, BDI-II = Inventario de Depresión de Beck, STAI-E = Inventario de Ansiedad Estado, STAI-R = Inventario de Ansiedad Rasgo, SCLR-90-R IGS = Índice de Severidad Global del Inventario de Síntomas, SCLR-90-R STP = Total de Síntomas Positivos del Inventario de Síntomas, SCLR-90-R PSDI = Índice de Malestar Positivo del Inventario de Síntomas, WHOQOL-BREF = Evaluación de la calidad de vida según la Organización Mundial de la Salud.

### Éxito de los tratamientos

En los casos que finalizaron la terapia con alta ( $n = 244$ ) se observó que el porcentaje de objetivos terapéuticos cumplidos en el grupo pre-COVID-19 fue del 95,4% ( $DT = 10,58$ ); mientras que en el grupo post-COVID-19 fue del 91,8% ( $DT = 13,43$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ( $U = 1933,5$ ,  $p = 0,166$ ).

Los cambios en las puntuaciones de los cuestionarios que evalúan depresión, ansiedad, psicopatología y calidad de vida tras el alta de los grupos pre- y post-COVID-19 no mostraron diferencias estadísticamente significativas, como se muestran en la Tabla 7.

**Tabla 7**  
Cambios en las puntuaciones de los grupos pre- y post-COVID-19

	pre-COVID-19		post-COVID-19		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
BDI-II	16,13	9,68	15,75	5,55	0,22	0,831
STAI-E	15,95	11,30	19	8,37	-0,92	0,360
STAI-R	17	10,12	17	11,47	0,02	0,999
SCLR-90-R IGS	0,74	0,48	0,71	0,36	0,25	0,803
SCLR-90-R STP	25,15	14,62	20,5	16,10	1,06	0,348
SCLR-90-R PSDI	0,70	0,47	0,75	0,40	-0,30	0,764
WHOQOL-BREF	15,32	10,45	17,75	14,52	-0,57	0,580

**Nota.** *M* = media, *DT* = desviación típica, *t* = *t* de Student, *p* = nivel de significación, BDI-II = Inventario de Depresión de Beck, STAI-E = Inventario de Ansiedad Estado, STAI-R = Inventario de Ansiedad Rasgo, SCLR-90-R IGS = Índice de Severidad Global del Inventario de Síntomas, SCLR-90-R STP = Total de Síntomas Positivos del Inventario de Síntomas, SCLR-90-R PSDI = Índice de Malestar Positivo del Inventario de Síntomas, WHOQOL-BREF = Evaluación de la calidad de vida según la Organización Mundial de la Salud.

### Abandonos terapéuticos

Respecto al abandono terapéutico, el porcentaje de consultantes que interrumpió la terapia en contra del criterio del terapeuta en el grupo pre-COVID-19 fue del 28,3% y en el grupo post-COVID-19 del 20,7%. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $\chi^2 = 2,16$ ,  $p = 0,141$ ).

### Número de sesiones

Asimismo, se observó que la media del número total de sesiones necesarias para dar el alta fue en el grupo pre-COVID-19 de 22,13 ( $DT = 12,85$ ) y en el grupo post-COVID-19 de 18,45 ( $DT = 4,93$ ). De nuevo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $U = 2087$ ,  $p = 0,657$ ).

### Formato del tratamiento

Cabe recordar que a partir de junio de 2020 se ofreció a los consultantes la posibilidad de elegir realizar la terapia en formato presencial, online o combinado. De los casos pertenecientes al grupo post-COVID-19 que iniciaron la terapia a partir de esa fecha ( $n = 87$ ), el 51,7% eligió el formato presencial, el 39,1% el online y el 9,2% el combinado.

### Casos atendidos en el servicio telefónico gratuito

En total se atendieron 98 llamadas con una duración media de 31,41 minutos ( $DT = 23,92$ ), pertenecientes a 73 casos. El 73,7% de las llamadas fueron realizadas por consultantes que llamaban por primera vez, mientras que el 26,3% fueron realizadas por consultantes que repetían en su uso del servicio.

### Tipología clínica

Respecto a los motivos de consulta, los más frecuentes fueron ansiedad (19,4%) y duelo (18,4%). En la Tabla 8 se muestra la frecuencia de cada motivo de consulta y se puede ver que se dio un elevado porcentaje de llamadas informativas para conocer las características del servicio telefónico (22,5%).

**Tabla 8**

Motivos de consulta del servicio telefónico

	<i>n</i>	%
Llamada informativa	22	22,5
Ansiedad	19	19,4
Duelo	18	18,4
Pautas para familiares/allegados	13	13,3
Bajo estado de ánimo	7	7,1
Miedo al contagio	5	5,1
Conflictos interpersonales	3	3,1
Problemas de pareja	3	3,1
Problemas de sueño	2	2
Ideación suicida	2	2
Violencia filio-parental	1	1
Otros	3	3,1

*Nota.* *n* = número, % = porcentaje.

### Discusión

Por los resultados obtenidos en el presente estudio, se evidencia un impacto de la pandemia en la salud psicológica de la población atendida en nuestro centro (mayoritariamente estudiantes universitarios) y, específicamente, hemos encontrado un incremento en los niveles de ansiedad en la etapa post-COVID. Por otra parte, aunque la ansiedad fue la principal demanda de atención telefónica en confinamiento, también se han encontrado demandas de ayuda psicológica específicas del momento del confinamiento, que no habíamos encontrado con frecuencia en la atención regular prestada en nuestro centro, como se detalla a continuación.

La primera hipótesis, en relación con la tipología de casos recibidos en el centro, no se ha confirmado con los datos encontrados. Encontramos que no hay diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las categorías de problemas psicológicos contempladas y, específicamente, no los hay en las hipotetizadas: problemas de ansiedad, bajo estado de ánimo y problemas de relación interpersonal. Esto iría en contra de lo encontrado en otros estudios, como los de Li et al. (2021), Khan et al. (2020) o Odriozola-González et al. (2020), que relacionan la situación de confinamiento y ruptura con las rutinas sociales y académicas/ laborales, con la aparición de estas problemáticas.

Siguiendo con la tipología de casos, en nuestro estudio no se percibió un aumento significativo de los casos con ideación suicida, a diferencia de otros autores, como Li et al. (2021). Estos datos podrían deberse a que, tal como se mencionó en el apartado Método, durante el período de confinamiento no atendimos a personas nuevas en nuestro centro en tratamiento regular, solamente se mantuvieron los casos que ya estaban siendo tratados.

Una manera de conocer en parte las problemáticas que tuvieron lugar durante el confinamiento es analizar los datos del servicio de atención telefónica que pusimos en marcha entonces. Y en ese caso, el motivo más frecuente de consulta fue la ansiedad, como ocurre con los tratamientos regulares en nuestro centro. Algunos de los otros motivos de llamada más frecuentes coinciden con los que asistían a tratamientos regulares pre-pandemia: problemas de relación o bajo estado de ánimo. Sin embargo, también aparecieron algunos motivos de consulta que no solemos atender frecuentemente y que son muy específicos de aquel momento socio-sanitario único: duelo y miedo al contagio.

Es importante mencionar que no hallamos en nuestro estudio apenas diferencias estadísticamente significativas en los datos sociodemográficos de los casos atendidos en la etapa anterior y posterior a la pandemia, a excepción de una edad media algo inferior y un incremento del número de personas con pareja, pero sin convivencia, en el período post-pandemia, aunque el tamaño del efecto es pequeño. Este dato se podría explicar por el hecho de que en la etapa post-pandemia tuvimos un 10% más de usuarios de nuestro centro que eran estudiantes universitarios del campus, frente a otros colectivos (trabajadores del campus o personas externas). Ello sería un indicador del impacto de la pandemia en la población de estudiantes universitarios, en línea con Li et al. (2021) y Odriozola-González et al. (2020).

Encontramos diferencias notables al comparar las personas que llamaron a nuestro servicio telefónico gratuito frente a los usuarios habituales en nuestro centro. En concreto, tuvimos un porcentaje todavía más desigualado de mujeres frente a hombres y una edad media muy superior (casi 20 años). Parece claro que el tipo de población que utilizó ese servicio era diferente de la población que habitualmente atendemos en nuestro centro, mayoritariamente del ámbito universitario.

Continuando con el análisis de hipótesis, en el presente estudio hallamos que la gravedad de las personas atendidas en nuestro centro fue mayor después de la pandemia, aunque sólo en problemas de ansiedad. Estos datos nos llevan a confirmar sólo parcialmente lo planteado en la segunda hipótesis y es congruente con lo señalado por Li et al. (2021), quienes indicaban un aumento de los síntomas de ansiedad después de la etapa inicial de la pandemia.

Con relación al resto de aspectos de la atención psicológica que se han analizado en el presente estudio, no encontramos diferencias en cuanto al éxito terapéutico logrado con los tratamientos, ni en las tasas de abandono de los mismos, en comparación a los datos obtenidos antes de la pandemia. Además, la duración de los tratamientos también se ha mantenido similar a la encontrada con anterioridad. Para interpretarlo, es importante recordar que en nuestro centro solamente se produjo un incremento de la gravedad de los niveles de ansiedad y quizá por ello no ha sido necesaria una mayor duración en los tratamientos: puede que al tratarse de cambios en la vida de las personas relativamente recientes (en el último año), los problemas respondían a historias de aprendizaje recientes y menos resistentes al cambio.

En relación con formato elegido para recibir asistencia psicológica, encontramos un porcentaje elevado en comparación con los datos pre-pandemia en el número de personas que eligen el formato online o el formato combinado tras el confinamiento. Estos datos son congruentes con lo encontrado en la literatura (Gorman et al., 2021; LeViness et al., 2018) y eran esperables en el momento del confinamiento. Sin embargo, aunque las restricciones fueron desapareciendo, los datos indican que la intervención psicológica online sigue siendo una opción elegida por las personas, tal y como señalan ya algunos estudios (Pierce et al., 2021). Es difícil predecir cómo evolucionarán estos datos, dado que todavía seguimos en pandemia, sin embargo, hipotetizamos que se mantendrá esta tendencia tras la pandemia. La expansión de las intervenciones psicológicas al formato online puede aportar grandes beneficios de accesibilidad y reducción de costes, pero no podemos olvidar la necesidad de formación para los psicólogos y de investigación (de la Torre y Pardo, 2018).

Las limitaciones de este estudio están relacionadas, en gran medida, con la muestra del mismo: hay una reducción importante del número de participantes que completan los cuestionarios post, lo cual ha disminuido significativamente la muestra en el grupo post-intervención de la etapa post-pandemia; y, por otra parte, las características sociodemográficas de los participantes son diferentes a la población general y ello dificulta la generalización de los resultados encontrados. Adicionalmente, hay una limitación metodológica en la recogida de información: cada terapeuta informa de algunos datos, como el diagnóstico DSM o el porcentaje de objetivos cumplidos, sin establecer una fiabilidad interjueces con un segundo evaluador, lo cual limita la fiabilidad de dichos datos.

Sin olvidar estas limitaciones, consideramos importante hacer estudios de estas características, que ponen de manifiesto la importancia de conocer lo que ocurre desde el punto de vista psicológico ante una situación de pandemia como la que estamos viviendo, y la necesidad de adaptar las terapias y la formación de los terapeutas a la nueva realidad, garantizando la prestación de servicios de atención psicológica de calidad a la población.

#### **Notas del autor:**

Queremos agradecer el trabajo de todos los terapeutas del centro para completar la base de datos con sus casos, que ha permitido realizar este estudio.

### Referencias

1. Asociación Americana de Psicología (2020). *COVID-19 Telehealth Practitioner Survey*. <https://www.apa.org/news/press/releases/2020/11/telehealth-survey-summary.pdf>
2. Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Médica Panamericana.
3. Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2005). *Inventario de Depresión de Beck (2ª ed.)* (Trad. J. Sanz, M. P. García-Vera, R. Espinosa, M. Fortún y C. Vázquez). Pearson Clinical & Talent Assessment.
4. Berdullas Saunders, S., Gesteira Santos, C., Morán Rodríguez, N., Fernández Hermida, J. R., Santolaya, F., Sanz Fernández, J., y García-Vera, M. P. (2020). El teléfono de asistencia psicológica por la COVID-19 del Ministerio de Sanidad y del Consejo General de la Psicología de España: características y demanda. *Revista Española de Salud Pública*, 94, 1-13. [https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL94/C\\_ESPE-CIALES/RS94C\\_202010138.pdf](https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/C_ESPE-CIALES/RS94C_202010138.pdf)
5. Boletín Oficial del Estado (2020, 14 de marzo). *Real Decreto 463/2020 por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19*. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>
6. De la Torre Martí, M., y Cebrián, R. P. (2018). *Guía para la intervención telepsicológica*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. [https://www.copmadrid.org/web/img\\_db/publicaciones/guia-pa-ra-la-intervencion-telepsicologica-5c1b5a8602018.pdf](https://www.copmadrid.org/web/img_db/publicaciones/guia-pa-ra-la-intervencion-telepsicologica-5c1b5a8602018.pdf)
7. Derogatis, L. (2002). *SCL-90-R: Cuestionario de 90 síntomas* (Trad. J. L. González de Rivera, C. de la Cueva, M. Rodríguez y F. Rodríguez). Tea Ediciones.
8. García-Vera, M. P. (2004). Los centros universitarios de asistencia psicológica como centros de formación de postgrado en psicología clínica y psicoterapia. La unidad de psicología clínica y de la salud de la UCM. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 59-66. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808708.pdf>
9. González-Peña, P., Torres, R., del Barrio, V., y Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y Salud*, 28(2), 81-91. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.01.001>
10. Gorman, K.S., Bruns, C., Chin, C., Fitzpatrick, N. Y., Koenig, L., LeViness, P., y Sokolowski, K., (2020). *The association for university and college counseling center directors annual survey: 2020*. Association for University and College Counseling Center Directors. <https://www.aucccd.org/assets/documents/Survey/2019-2020%20Annual%20Report%20FINAL%20March-2021.pdf>
11. Ho, C. S. H., Chee, C. Y., y Ho, R. C. M. (2020). Mental health strategies to combat the psychological impact of coronavirus disease (COVID-19) beyond paranoia and panic. *Annals Academy Medicine Singapore*. 49(3), 155-160. <https://annals.edu.sg/pdf/49VolNo3Mar2020/V49N3p155.pdf>
12. Khan, S., Siddique, R., Li, H., Ali, A., Shereen, M. A., Bashir, N., y Xue, M. (2020). Impact of coronavirus outbreak on psychological health. *Journal of Global Health*, 10(1), 1-6. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.010331>
13. Labrador, F. J., Bernaldo-de-Quirós, M., García-Fernández, G., Estupiñá, F., Fernández-Arias, I., y Labrador-Méndez, M. (2016). Characteristics of demand and psychological treatments in a university clinic. *Clínica y Salud*, 27(1), 7-14. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.01.002>
14. Labrador, F. J., Estupiñá, F. J., y García Vera, M. P. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: Tratamientos y resultados. *Psicothema*, 22(4), 619-626. <http://www.psicothema.com/pdf/3776.pdf>
15. LeViness, P., Bershad, C., Gorman, K., Braun, L., y Murray, T. (2018). *The Association for University and College Counseling Center Directors Annual Survey: Public Version 2018*. Association for University and College Counseling Center Directors. <https://www.aucccd.org/assets/documents/Survey/2018%20AUCCCD%20Survey-Public-June%2012-FINAL.pdf>
16. Li, Y., Zhao, J., Ma, Z., McReynolds, L. S., Lin, D., Chen, Z., Wang, T., Wang, D., Zhang, Y., Zhang, J., Fan, F., y Liu, X. (2021). Mental health among college students during the COVID-19 pandemic in China: A 2-wave longitudinal survey. *Journal of Affective Disorders*, 281, 597-604. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.109>
17. Liu, C. H., Pinder-Amaker, S., Hahm, H. C., y Chen, J. A. (2020). Priorities for addressing the impact of the COVID-19 pandemic on college student mental health. *Journal of American College Health*, 1-3. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1803882>

18. Odriozola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Irurtia, M. J., y de Luis-García, R. (2020). Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry Research*, 290, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113108>
19. Pierce, B. S., Perrin, P. B., Tyler, C. M., McKee, G. B., y Watson, J. D. (2021). The COVID-19 telepsychology revolution: A national study of pandemic-based changes in US mental health care delivery. *American Psychologist*, 76(1), 14-25. <https://doi.org/10.1037/amp0000722>
20. The WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
21. Saúl, L. A., López-González, M. A., y Bermejo, B. G. (2009). Review of the psychological assistance and Psychoeducational counseling services in the Spanish Universities. *Acción Psicológica*, 6(1), 17-40. <https://doi.org/10.5944/ap.6.1.227>
22. Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., y Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(8), 531-537. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201>
23. Spielberger, C. D., Gorush, R. L., y Lushene, R. E. (2011). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (8ª ed.) (Trad. G. Buena-Casal, A. Guillén-Riquelme, N. Seisdedos). TEA Ediciones.
24. Wang, Y., Zhao, X., Feng, Q., Liu, L., Yao, Y., y Shi, J. (2020). Psychological assistance during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Journal of Health Psychology*, 25(6), 733-7. <https://doi.org/10.1177/1359105320919177>
25. World Health Organization (2020). *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335838/9789240012455-eng.pdf>
26. Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., ... McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 227, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
27. Zhou, X., Snoswell, C. L., Harding, L. E., Bambling, M., Edirippulige, S., Bai, X., y Smith, A. C. (2020). The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. *Telemedicine and e-Health*, 26(4), 377-379. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0068>

RECIBIDO: 1 octubre de 2021

MODIFICADO: 2 de diciembre de 2021

ACEPTADO: 7 de diciembre de 2021