

**ORIGINAL  
 BREVE**

Recibido: 15/12/2023  
 Aceptado: 18/3/2024  
 Publicado: 25/4/2024

e202404033  
 e1-e16

*Effects of the COVID-19  
 pandemic on the mental health  
 of patients with pre-existing  
 psychopathology*

Los autores declaran  
 que no existe ningún  
 conflicto de intereses

**CORRESPONDENCIA**

**Rosalía Hillers Rodríguez**  
 Centro de Salud Mental San Blas,  
 C/ Castillo de Uclés, 37,  
 CP 28037, Madrid, España.  
 rosalia.hillers@salud.madrid.org

**CITA SUGERIDA**

Hillers-Rodríguez R, San Vicente-Cano A,  
 Portabales-Barreiro L, Madoz-Gúrpide A.  
 Efectos de la pandemia de la COVID-19  
 en la salud mental de pacientes con  
 psicopatología previa. Rev Esp Salud Pública.  
 2024; 98: 25 de abril e202404033.

# Efectos de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de pacientes con psicopatología previa

**AUTORES**

Rosalía Hillers-Rodríguez (1)  
 Adela San Vicente-Cano (1)  
 Laura Portabales-Barreiro (1)  
 Agustín Madoz-Gúrpide (1,2,3) [ORCID: 0000-0001-5334-4788]

**FILIACIONES**

- (1) Centro de Salud Mental San Blas; Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.
- (2) Departamento de Psiquiatría; Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria, Madrid, España.
- (3) Departamento de Medicina y Especialidades Médicas; Universidad de Alcalá, Madrid, España.

**CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA**

**CONCEPTUALIZACIÓN**  
 R Hillers-Rodríguez  
 A San Vicente-Cano  
 L Portabales-Barreiro  
 A Madoz-Gúrpide

**SUPERVISIÓN**  
 R Hillers-Rodríguez  
 A Madoz-Gúrpide

**INVESTIGACIÓN,  
 ESCRITURA 1ª VERSIÓN**  
 R Hillers-Rodríguez

**RECURSOS, ESCRITURA**  
 A San Vicente-Cano  
 L Portabales-Barreiro

**METODOLOGÍA,  
 USO DE SOFTWARE,  
 VALIDACIÓN**  
 A Madoz-Gúrpide

**RESUMEN**

**FUNDAMENTOS //** Numerosos estudios han confirmado que las personas con un diagnóstico psiquiátrico se vieron más afectadas en su salud mental que la población general en una primera fase de la pandemia de la COVID-19. El objetivo de este trabajo fue estudiar los efectos de la pandemia, más de un año después de su inicio, en el estado psíquico de pacientes adultos con psicopatología previa de un Centro de Salud Mental (CSM) en Madrid.

**MÉTODOS //** Se realizó un estudio observacional transversal en una muestra de cincuenta y ocho pacientes mediante un cuestionario que recogía diferentes variables descriptivas. Se administraron la *Escala de Depresión PHQ-9*, la *Escala de Ansiedad GAD-7*, la *Escala Revisada de Impacto del Estrésor EIE-R*, la *Escala de Impresión Clínica Global CGI-GI* y la valoración de los facultativos responsables de los pacientes sobre su estado clínico. Se realizó un análisis descriptivo y se aplicaron modelos de regresión logística binaria.

**RESULTADOS //** Hubo una prevalencia de 70% de ansiedad, 76% de depresión y 57% de estrés por evento estresante más de un año después de iniciarse la pandemia. Asimismo, se encontró asociación de los síntomas clínicos con determinadas variables clínicas, con variables mediadoras y con el género.

**CONCLUSIONES //** El estado psíquico de los pacientes con psicopatología previa atendidos en el CSM se ve negativamente afectado por la pandemia de la COVID-19 hasta año y medio después de su inicio.

**PALABRAS CLAVE //** COVID-19; Pacientes de salud mental; Depresión; Ansiedad; Estrés emocional.

**ABSTRACT**

**BACKGROUND //** Several studies stated greater impact on mental health among psychiatric population during the first wave of the COVID-19 pandemic. The aim of this paper was to study the pandemic effects more than a year after its outbreak on the mental state of adult patients with pre-existing psychopathology attending a Mental Health Center in Madrid (Spain).

**METHODS //** A cross-sectional observational study was carried out with a sample of fifty-eight patients using a questionnaire that collected different descriptive variables. Results of the PHQ-9 Depression Scale, the GAD-7 Anxiety Scale, the IES-R Impact of Event Scale-Revised, the Clinical Global Impression scale CGI-GI, and the assessment of the professionals responsible for the patients about their clinical state were also collected. A descriptive analysis and binary logistic regression models were performed.

**RESULTS //** There was a prevalence of 70% anxiety, 76% depression and 57% stress due to a stressful event more than one year after the start of the pandemic. Likewise, associations were found between the symptoms and certain clinical, mediating variables and gender.

**CONCLUSIONS //** The psychological state of patients with pre-existing psychopathology attended at the Mental Health Center is negatively affected by the COVID-19 pandemic up to a year and a half after its onset.

**KEYWORDS //** COVID-19; Mental health patients; Depression; Anxiety; Psychological distress.



demia de la COVID-19 y del periodo de confinamiento en el estado mental de pacientes con psicopatología previa al inicio de ésta, atendidos al menos desde 2019 en el Centro de Salud Mental de San Blas (Madrid), que continuaran recibiendo atención durante la pandemia y que aún estuvieran realizando allí seguimiento psiquiátrico y/o psicológico en el periodo de recogida de datos, que abarcó de noviembre de 2020 a noviembre de 2021.

**Participantes.** Durante las consultas en el Centro de Salud Mental, los facultativos informaron a sus pacientes sobre el estudio y sus objetivos para animar a la participación. Se obtuvieron respuestas válidas de cincuenta y ocho pacientes. Los requisitos de participación en el estudio fueron ser mayor de dieciocho años, tener un diagnóstico clínico, recibir tratamiento en Salud Mental desde, al menos, 2019, no presentar problemas de comprensión escrita y firmar el consentimiento informado.

**Procedimiento.** A los participantes se les proporcionó un cuestionario anonimizado creado para el propósito del estudio, dividido en dos partes: la primera de ellas fue cumplimentada por los pacientes, donde se recogieron datos sociodemográficos, factores mediadores potencialmente de riesgo y de protección frente al malestar relacionados con la pandemia y el confinamiento, así como la valoración subjetiva de su estado psíquico previo a la pandemia. Adicionalmente, cumplieron las adaptaciones españolas de escalas clínicas validadas autoaplicadas sobre síntomas compatibles con *Depresión PHQ-9*, *Ansiedad GAD-7* (20) y con el *Impacto de la pandemia de la COVID-19 como evento estresante EIE-R* (21). En las tres escalas se eligieron los puntos de corte propuestos por los autores en vez de la puntuación total para clasificar la presencia/ausencia de síntomas.

La *Escala de Depresión PHQ-9* tiene un rango de puntuaciones de 0 a 27. Se clasificó a los pacientes por el punto de corte igual o mayor a 10, que diferencia *depresión*

*moderada/moderadamente grave/grave* de la ausencia de depresión o valores leves. En base a ello se establecieron dos categorías: *Depresión* (moderada o grave) y *No Depresión*.

La *Escala de Ansiedad GAD-7* tiene un rango entre 0 y 21 puntos, con punto de corte igual o mayor a 10 para diferenciar *ansiedad moderada/grave* de la ausencia de ansiedad o valores leves de ésta, clasificando a los pacientes en dos categorías: *Ansiedad moderada/grave* y *No Ansiedad*.

La *Escala Revisada de Impacto del Estrés EIE-R* posee un rango entre 8 y 80 puntos, con punto de corte igual o mayor a 33 para establecer la presencia de estrés relacionado con la pandemia como evento estresante. Se solicitó a los encuestados que las respuestas debían referirse a sensaciones y sentimientos provocados específicamente por la pandemia, y para ello se adaptaron varios ítems: en concreto, aquellos redactados originalmente con una fórmula genérica sobre el evento estresante en el enunciado (*lo ocurrido o el suceso*), como el ítem *otras situaciones me han hecho pensar en el suceso*, que se reformuló como *otras situaciones me han hecho pensar en la pandemia*.

La recogida de datos se completó en dos formatos: algunos pacientes optaron por rellenar en sus domicilios el cuestionario en papel y el consentimiento informado, mientras otros prefirieron contestar la modalidad *online*, ambas con idéntico contenido. Otra parte del cuestionario fue respondida por los facultativos responsables de los pacientes (psiquiatras o psicólogos), quienes completaron un apartado relativo al estado clínico y la *Subescala de Impresión Clínica Global, Evolución clínica (CGI-GI)* (20), que evalúa al paciente respecto a su estado basal. Los diagnósticos se agruparon en dos categorías: *Trastornos adaptativos* y *Trastornos de personalidad* vs *Otros*, en función de su funcionamiento psicopatológico similar y del punto de vista teórico, ya que los rasgos de personalidad son un factor clínico

relevante para un ajuste adecuado a eventos estresantes (22).

**Análisis estadístico.** El análisis descriptivo inicial incluyó los resultados brutos. Se calcularon la media y desviación típica de las variables continuas en caso de que siguieran una distribución normal, calculando media y rango si no lo hacían, y la frecuencia y porcentaje de las variables discretas. La estadística inferencial empleó el cálculo de chi cuadrado para averiguar la relación entre variables categoriales y la t de Student para variables cuantitativas.

Se aplicaron modelos de regresión logística binaria para establecer asociaciones entre el estado clínico de los pacientes (codificando la presencia de patología [sí/no] en función del punto de corte de las tres escalas clínicas aplicadas, o las categorías dependientes como la valoración subjetiva del estado psíquico antes de la pandemia) y las variables clínicas: diagnóstico; antecedentes psiquiátricos; y valoración profesional de evolución clínica. Se establecieron las relaciones con variables de riesgo y protección ante el malestar psíquico, que se incluyeron en el estudio en base a la revisión bibliográfica y los datos brutos obtenidos. Dado el reducido tamaño muestral solo se incluyeron las variables estadísticamente significativas o de clara relevancia para la presencia de ansiedad, depresión y estrés según las puntuaciones en las escalas clínicas (GAD-7, PHQ-9 y EIE-R). Los datos fueron analizados con el paquete estadístico *Statistical Package for Social Sciences SPSS* (v.20). Todos los contrastes son bilaterales con  $p \leq 0,05$  para la significación estadística.

## RESULTADOS

**Descripción de la muestra.** [TABLA 1] La edad media de la muestra fue de 46 años, con predominio de mujeres (71%). Una vez recodificadas algunas categorías, los datos indicaron que el 53% de la muestra no tenía pareja y el 81% contaba con un grado educativo de

Bachiller o universitario. El 46% trabajaba y el 84% convivía con pareja y otros familiares.

En cuanto a las variables clínicas, el diagnóstico mayoritario presente en la muestra al comenzar la atención en el Centro de Salud Mental y, por tanto, previo a la pandemia, fue el *Trastorno de adaptación y reactivo a estrés* (24%), seguido de *Episodio Depresivo* (distinto del episodio adaptativo de la categoría anterior) y *Trastorno Bipolar* (21%) y *Trastornos de ansiedad y fobias* (19%). Apenas hubo un 5% de pacientes con trastornos psicóticos. Aunque se ha omitido en la TABLA 1, el trastorno de personalidad fue el diagnóstico secundario más frecuente (42%). El 82% de pacientes contaba con antecedentes psiquiátricos al iniciar la atención en el Centro de Salud Mental (antes de o durante 2019), principalmente por trastornos depresivos (48%) y por trastornos de ansiedad y fobias (29%). Tras el inicio de la pandemia apenas aparecieron nuevos diagnósticos añadidos (16%).

Los pacientes valoraron su estado psíquico previo a la pandemia mayoritariamente como normal o bueno (58%). Los psiquiatras y psicólogos responsables de los pacientes valoraron la evolución del estado psíquico con la *Escala de Impresión Clínica Global (Evolución clínica, CGI-GI)* y establecieron que el 57% se encontraba en la actualidad clínicamente igual o mejor que antes de la pandemia. Desde el inicio de ésta, los pacientes continuaron recibiendo atención por parte del Centro de Salud Mental por vía telefónica (36%), presencial (16%) o ambas (47%), acorde al paso de los meses y el levantamiento de restricciones.

Los puntos de corte de las escalas clínicas (PHQ-9, GAD-7, EIE-R) indicaron la presencia actual de *Depresión* en el 76% de la muestra de pacientes, *Ansiedad moderada o grave* en el 70% y *Estrés o impacto de la pandemia* en el 57%. Los resultados se detallan en la TABLA 2.

**Análisis estadístico.** Del análisis de los datos brutos se desprendió que la variable género

Tabla 1

Variables	Frecuencia (%)	PHQ-9	GAD-7	EIE-R		
		Depresión sí	Ansiedad sí	Impacto sí		
Variables sociodemográficas	Edad media	46 DT (13,09)	-	-	-	
	Género	Mujer	41 (71%)	79%	80%	70%
		Hombre	17 (29%)	69% $\chi^2=0,641$ $p=0,493$	44% $\chi^2=7,103$ $p=0,012^{(*)}$	31% $\chi^2=6,504$ $p=0,015^{(*)}$
	Estado civil	En pareja	27 (47%)	72%	69%	59%
		Solo	31 (53%)	79% $\chi^2=0,393$ $p=0,751$	70% $\chi^2=0,004$ $p=1$	56% $\chi^2=0,062$ $p=1$
	Escolarización	Graduado Escolar o inferior	11 (19%)	60%	60%	71%
		Bachiller o superior	46 (81%)	80% $\chi^2=1,703$ $p=0,203$	72% $\chi^2=0,535$ $p=0,471$	55% $\chi^2=0,681$ $p=0,683$
	Convivencia	Solo	9 (16%)	78%	67%	63%
		Convive	47 (84%)	79% $\chi^2=0,007$ $p=1$	73% $\chi^2=0,166$ $p=0,696$	58% $\chi^2=0,069$ $p=1$
	Variables clínicas	Diagnóstico	T. adaptación/ T. personalidad	23 (40%)	91%	87%
Otros			35 (60%)	67% $\chi^2=3,980$ $p=0,057$	58% $\chi^2=5,534$ $p=0,022^{(*)}$	43% $\chi^2=5,444$ $p=0,024^{(*)}$
Antecedentes psiquiátricos		Sí, trastorno de ansiedad/ fobias	17 (29%)	82%	77%	69%
		Sí, episodio depresivo/ t. bipolar	28 (48%)	77%	69%	48%
		Sí, t. psicótico	3 (5%)	33%	0%	0%
		No	10 (18%)	75% $\chi^2=3,380$ $p=0,337$	80% $\chi^2=7,767$ $p=0,051$	78% $\chi^2=5,860$ $p=0,119$
Estado psíquico prepandemia		Normal/bueno	23 (42%)	68%	63%	46%
		Malo	32 (58%)	95% $\chi^2=5,339$ $p=0,034^{(*)}$	83% $\chi^2=2,384$ $p=0,140$	71% $\chi^2=3,036$ $p=0,137$
Valoración profesional (CGI-GI)		Igual o mejor	33 (57%)	61%	52%	37%
		Peor	25 (43%)	96% $\chi^2=8,529$ $p=0,004^{(*)}$	92% $\chi^2=10,677$ $p=0,001^{(*)}$	82% $\chi^2=9,926$ $p=0,003^{(*)}$

(\*)  $p \leq 0,05$ .

Efectos de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de pacientes con psicopatología previa

ROSALÍA HILLERS-RODRÍGUEZ et al.

Rev Esp Salud Pública  
Volumen 98  
25/4/2024  
e202404033

Variables	Frecuencia (%)	PHQ-9	GAD-7	EIE-R
		Depresión sí	Ansiedad sí	Impacto sí
Exposición a noticias sobre la COVID-19	40 (69%)	$\chi^2=3,970$ $p=0,084$	$\chi^2=5,889$ $p=0,026^{(*)}$	$\chi^2=3,675$ $p=0,108$
Aislamiento social o soledad	35 (60%)	$\chi^2=5,756$ $p=0,024^{(*)}$	$\chi^2=10,028$ $p=0,003^{(*)}$	$\chi^2=8,281$ $p=0,007^{(*)}$
Salir poco a la calle por miedo al contagio	31 (54%)	$\chi^2=6,119$ $p=0,024^{(*)}$	$\chi^2=10,785$ $p=0,001^{(*)}$	$\chi^2=3,884$ $p=0,079$
Conflictos con convivientes en confinamiento	29 (50%)	$\chi^2=2,071$ $p=0,131$	$\chi^2=9,135$ $p=0,003^{(*)}$	$\chi^2=0,832$ $p=0,398$
Aislamiento en domicilio/cuarentena	15 (26%)	$\chi^2=0,052$ $p=1$	$\chi^2=0,489$ $p=0,733$	$\chi^2=0,314$ $p=0,750$
Problemas laborales o económicos	27 (47%)	$\chi^2=3,713$ $p=0,065$	$\chi^2=5,957$ $p=0,020^{(*)}$	$\chi^2=6,606$ $p=0,019^{(*)}$
Sobrecarga/estrés laboral	28 (48%)	$\chi^2=4,311$ $p=0,056$	$\chi^2=4,139$ $p=0,080$	$\chi^2=6,606$ $p=0,019^{(*)}$
Aumento consumo psicofármacos prescritos	20 (35%)	$\chi^2=5,675$ $p=0,021^{(*)}$	$\chi^2=9,462$ $p=0,002^{(*)}$	$\chi^2=5,638$ $p=0,030^{(*)}$
Aumento consumo psicofármacos autoprescritos	9 (16%)	$\chi^2=3,424$ $p=0,094$	$\chi^2=4,674$ $p=0,045^{(*)}$	$\chi^2=3,598$ $p=0,115$
Hospitalización propia debido a la COVID-19	2 (4%)	$\chi^2=0,675$ $p=1$	$\chi^2=0,929$ $p=1$	$\chi^2=1,623$ $p=0,497$
Hospitalización de seres queridos por la COVID-19	10 (18%)	$\chi^2=0,454$ $p=0,672$	$\chi^2=0,473$ $p=0,479$	$\chi^2=0,201$ $p=0,729$
Fallecimiento de familiares/cercanos por la COVID-19	8 (14%)	$\chi^2=3,062$ $p=0,176$	$\chi^2=1,486$ $p=0,411$	$\chi^2=6,374$ $p=0,014^{(*)}$
Trabajo en entorno hospitalario	4 (7%)	$\chi^2=0,001$ $p=1$	$\chi^2=1,420$ $p=0,544$	$\chi^2=0,069$ $p=1$
Dificultad conciliación vida personal/laboral	15 (26%)	$\chi^2=6,799$ $p=0,011^{(*)}$	$\chi^2=1,149$ $p=0,344$	$\chi^2=1,221$ $p=0,338$
Dificultad contactar con MAP/otros médicos	31 (53%)	$\chi^2=4,260$ $p=0,056$	$\chi^2=2,659$ $p=0,147$	$\chi^2=0,246$ $p=0,774$
Aumento consumo alcohol/otras drogas	6 (10%)	$\chi^2=2,140$ $p=0,317$	$\chi^2=0,596$ $p=0,655$	$\chi^2=0,019$ $p=1$

Factores de riesgo (Sí)

Efectos de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de pacientes con psicopatología previa

ROSALÍA HILLERS-RODRÍGUEZ et al.

Tabla 1 (continuación)

Variables	Frecuencia (%)	PHQ-9	GAD-7	EIE-R
		Depresión sí	Ansiedad sí	Impacto sí
Aplicar medidas protectoras frente a la COVID-19: mascarilla, distancia social...	51 (88%)	$\chi^2=0,422$ $p=1$	$\chi^2=0,591$ $p=0,662$	$\chi^2=0,567$ $p=0,625$
Apoyo familiar/social telemático	45 (78%)	$\chi^2=0,007$ $p=1$	$\chi^2=0,207$ $p=0,738$	$\chi^2=2,501$ $p=0,169$
Vivienda cómoda (amplitud, wifi, terraza...)	40 (69%)	$\chi^2=5,066$ $p=0,040^{(*)}$	$\chi^2=0,083$ $p=1$	$\chi^2=0,608$ $p=0,549$
Limitar tiempo de información sobre pandemia	38 (66%)	$\chi^2=0,903$ $p=0,506$	$\chi^2=3,936$ $p=0,067$	$\chi^2=2,710$ $p=0,134$
Mantenerse activo y ocupado	30 (53%)	$\chi^2=6,512$ $p=0,019^{(*)}$	$\chi^2=0,865$ $p=0,389$	$\chi^2=0,689$ $p=0,559$
Llamar a teléfonos de atención psicológica	12 (21%)	$\chi^2=0,262$ $p=1$	$\chi^2=6,657$ $p=0,011^{(*)}$	$\chi^2=5,539$ $p=0,030^{(*)}$
Convivencia armónica	30 (56%)	$\chi^2=0,894$ $p=0,512$	$\chi^2=1,408$ $p=0,370$	$\chi^2=0,240$ $p=0,770$
Dormir lo suficiente	26 (45%)	$\chi^2=4,969$ $p=0,051$	$\chi^2=8,858$ $p=0,004^{(*)}$	$\chi^2=8,849$ $p=0,004^{(*)}$
Teletrabajar	21 (36%)	$\chi^2=2,075$ $p=0,194$	$\chi^2=0,456$ $p=0,378$	$\chi^2=0,029$ $p=1$
Cuidar la alimentación	21 (36%)	$\chi^2=0,903$ $p=0,506$	$\chi^2=1,368$ $p=0,363$	$\chi^2=2,035$ $p=0,240$
Hacer ejercicio	16 (28%)	$\chi^2=3,648$ $p=0,075$	$\chi^2=0,901$ $p=0,349$	$\chi^2=6,533$ $p=0,023^{(*)}$
Meditar, rezar, relajación	27 (47%)	$\chi^2=0,000$ $p=1$	$\chi^2=0,004$ $p=1$	$\chi^2=1,987$ $p=0,246$

(\*)  $p \leq 0,05$ .

Efectos de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de pacientes con psicopatología previa

ROSALÍA HILLERS-RODRÍGUEZ et al.

Variables		Media (DT)	Frecuencia	%
PHQ-9 Depresión	Depresión	15,98 (7,74)	41	76
	No depresión		13	24
GAD-7 Ansiedad	Ansiedad	12,89 (6,10)	39	70
	No ansiedad	-	17	30
EIE-R Impacto del estresor	Sí	37,51 (19,17)	28	57
	No	-	21	43

tuvo relación con la ansiedad, medida con la *Escala GAD-7*, y así las mujeres indicaron más frecuentemente síntomas de ansiedad comparadas con los varones: 80% frente a 44%;  $p=0,012$ . También se observaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de estrés relacionado con la pandemia como estresor (*Escala EIE-R*): 70% de mujeres frente a 31% varones;  $p=0,015$ .

Respecto a las variables clínicas, los pacientes con trastornos adaptativos y trastornos de personalidad señalaron mayor prevalencia de depresión que el resto de diagnósticos (91% frente a 67%;  $p=0,057$ , solo tendencia a la significación), más ansiedad (87% frente a 58%;  $p=0,022$ ) y mayor estrés/impacto de la pandemia (76% frente a 43%;  $p=0,024$ ).

Según la valoración clínica de los facultativos (*Escala CGI-GI*), los pacientes que evolucionaron peor a raíz de la pandemia tenían mayor prevalencia de depresión que aquellos que estaban clínicamente igual o mejor (96% frente a 61%;  $p=0,004$ ). Lo mismo se detectó en la medida de la ansiedad (92% frente a 52%;  $p=0,001$ ) y respecto al impacto de la pandemia (82% frente a 37%;  $p=0,003$ ).

La prevalencia de depresión, pero no así la ansiedad ni el estrés, estaba relacionada con la valoración subjetiva del estado psíquico previo a la pandemia: aquellos pacientes que

valoraron su estado previo como malo tenían más síntomas de depresión que los que lo consideraron normal o bueno (95% frente a 68%;  $p=0,034$ ).

#### Factores mediadores de riesgo y protección.

Los datos más relevantes fueron los referidos al aislamiento social y la soledad, asociados tanto a la prevalencia de depresión en la *Escala PHQ-9* (88% frente a 59%;  $p=0,024$ ) como a la ansiedad medida con la *Escala GAD-7* (85% frente a 46%;  $p=0,003$ ) y al estrés con la *Escala EIE-R* (73% frente a 32%;  $p=0,007$ ). Salir poco a la calle por temor a infectarse de la COVID-19 mostró relación con depresión (89% frente a 60%;  $p=,024$ ) y ansiedad (87% frente a 46%;  $p=0,001$ ). Tener problemas laborales o económicos estaba asociado a la ansiedad (85% frente a 55%;  $p=0,020$ ) y al estrés (77% frente a 41%;  $p=0,019$ ). Entre los factores protectores frente a la depresión destacaron el contar con una vivienda cómoda (67% frente a 94%;  $p=0,040$ ) y mantenerse activo y ocupado (63% frente a 92%;  $p=0,019$ ); dormir lo suficiente tendió a la significación, mientras que los pacientes que presentaron síntomas de estrés recurrieron más al uso de teléfonos de atención psicológica en momentos de crisis (90% frente a 49%;  $p=,030$ ).

#### Análisis ajustado: regresión logística. [TABLA 3]

Uno de los modelos (*Depresión según Escala PHQ-9*) mostró que una menor prevalencia

Tabla 3  
Regresión logística, variables significativamente asociadas a depresión, ansiedad y estrés.

Variables	PHQ-9			GAD-7			EIE-R		
	B	OR (IC 95%)	P	B	OR (IC 95%)	P	B	OR (IC 95%)	P
Género	-	-	-	1,698	5,465 (0,998-29,917)	0,050	-	-	-
Estado psíquico prepandemia	-4,510	0,011 (0-0,395)	0,014	-	-	-	-	-	-
Exposición a noticias sobre la COVID-19	-	-	-	-1,804	0,165 (0,027-0,988)	0,048	-	-	-
Aislamiento social o soledad	-	-	-	-	-	-	-1,930	0,145 (0,029-0,725)	0,019
Salir poco a la calle por miedo al contagio	-3,219	0,04 (0,002-0,756)	0,032	-	-	-	-	-	-
Conflictos con convivientes en confinamiento	-	-	-	-2,001	0,135 (0,023-0,786)	0,026	-	-	-
Sobrecarga/estrés laboral	-	-	-	-	-	-	-1,854	0,157 (0,032-0,771)	0,023
Dormir lo suficiente	-	-	-	1,852	6,369 (1,103-36,793)	0,039	-	-	-
Hacer ejercicio	-	-	-	-	-	-	1,964	7,131 (1,102-46,159)	0,039

de depresión estaba relacionada con salir más a la calle sin temor a infectarse (OR=0,04; IC 95%=0,002-0,756) y con tener un estado psíquico normal o bueno previo a la pandemia (OR=0,011; IC 95%=0-0,395). Por otra parte, una mayor probabilidad de presentar ansiedad medida con la *Escala GAD-7* estaba asociada al hecho de ser mujer (OR=5,465; IC 95%=0,998-29,917) y a la exposición a noticias

sobre la pandemia (OR=0,165; IC 95%=0,027-0,988). Por su parte, la prevalencia de estrés como efecto de la pandemia (*Escala EIE-R*) se relacionó con factores de riesgo tales como la sobrecarga laboral (OR=0,157; IC 95%=0,032-0,771) y el aislamiento social (OR=0,145; IC 95%=0,029-0,725). Un factor protector ante el estrés de la pandemia fue el ejercicio físico (OR=7,131; IC 95%=1,102-46,159).

Efectos de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de pacientes con psicopatología previa

ROSALÍA HILLERS-RODRÍGUEZ et al.

Rev Esp Salud Pública  
Volumen 98  
25/4/2024  
e202404033



ESTE ESTUDIO TUVO COMO OBJETIVO explorar en una muestra de pacientes con trastornos psíquicos en seguimiento previo en Salud Mental el impacto de la pandemia de la COVID-19 en su estado clínico hasta un año y medio después de su inicio, así como identificar los factores mediadores asociados. Para ello se analizaron las puntuaciones en tres medidas principales: la *Escala de Ansiedad GAD-7*, la *Escala de Depresión PHQ-9* y la *Escala EIE-R* para medir el estrés o impacto de la pandemia como evento estresante.

Entre los resultados destaca que el 70% de los encuestados puntúa por encima del punto de corte para establecer ansiedad. Tras el análisis bruto inicial de los datos y en el análisis ajustado de regresión, las variables significativamente asociadas a la ansiedad son: el género; la exposición a noticias sobre la pandemia; tener conflictos con los convivientes; y no dormir lo suficiente. Ser mujer aumenta en más de cinco veces la probabilidad de tener síntomas de ansiedad respecto a ser varón, dato destacado en algunos estudios sobre el impacto de la pandemia en la población general como el de Moccia *et al.* (2020) (23), donde comprobaron con escalas de medida de estrés psicológico que incluso entre población general sin trastornos mentales, las mujeres presentaban más vulnerabilidad al estrés psicosocial que los varones y, por ello, tenían más probabilidad de desarrollar trastornos psicológicos ante un evento estresante como la aparición del coronavirus. Asimismo, un estudio longitudinal de varias cohortes de Pierce *et al.* (2020) (24) halló en población general durante la pandemia niveles significativamente mayores de sufrimiento psicológico (según la *Escala GHQ-12*) que en periodos prepandemia, especialmente en jóvenes y en mujeres. Como posibles explicaciones a este dato se han propuesto las respuestas neurobiológicas diferenciales de las mujeres al exponerse a estresores (25) o el temperamento ansioso, más prevalente en mujeres, que consiste en una mayor

reactividad conductual y fisiológica ante estímulos estresores (26). No obstante, no hay que descartar el papel de factores socioculturales y de roles, ya que generalmente las mujeres están sometidas a niveles superiores de estrés y se encuentran más limitadas en el acceso a recursos de protección de su salud mental (27), o el hecho de que las mujeres comunican más el malestar subjetivo que los hombres, lo que contribuye a una mayor prevalencia de ansiedad o depresión en aquéllas (28).

El diagnóstico es otra variable de interés en el presente estudio: está relacionado con la ansiedad y el estrés, aunque pierde su significación en el análisis de regresión. Los resultados indican que los diagnósticos previos de trastorno adaptativo o trastorno de personalidad están asociados a una mayor prevalencia de ansiedad y de estrés que el resto de diagnósticos agrupados, que incluyen entre otros el trastorno bipolar, el trastorno depresivo, los trastornos de ansiedad y fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo. Tal como se mencionó en la descripción de la muestra, la asociación entre rasgos de personalidad y trastorno adaptativo no es infrecuente (29), y tales rasgos normalmente median la respuesta emocional causada por eventos vitales estresantes.

Otros estudios también hallaron un efecto diferencial de la pandemia en distintos grupos diagnósticos, como el de Vissink *et al.* (2021) (30), que contó con una muestra relativamente amplia de pacientes con trastornos psicóticos; éstos experimentaron menor impacto negativo ante la pandemia comparados con pacientes con otros diagnósticos, como los trastornos afectivos y los trastornos de personalidad, al medir sus niveles de ansiedad, depresión, estrés y preocupación.

Otro resultado relevante del presente estudio es que los pacientes sin antecedentes psiquiátricos, aparte del diagnóstico actual, presentan mayor prevalencia de ansiedad por la pandemia que los pacientes que cuentan con antecedentes en su historia psiquiátrica.

Podría deberse a que la ausencia de un historial prolongado de sufrimiento psíquico hace que estos pacientes reaccionen con mayor inquietud y ansiedad, dificultando su ajuste a las situaciones de estrés derivadas de la pandemia, a pesar de los meses transcurridos. Otra posible explicación es que cierta cronicidad de la psicopatología podría promover en los pacientes la aplicación de estrategias de afrontamiento y resiliencia eficaces, y ya conocidas, ante situaciones prolongadas de eventos estresantes que van perdiendo su impacto inicial con el paso del tiempo.

La variable de riesgo más destacada en la aparición de ansiedad, por su relevancia y su papel en la salud mental en general, es el aislamiento social y/o soledad, derivado de las restricciones a la movilidad durante el confinamiento y las medidas de distanciamiento y limitación del número de personas en lugares públicos. Conviene tener en cuenta que la población con trastorno mental, comparada con la población general, suele partir ya previamente de una situación de mayor soledad o aislamiento, y que ésta se agudizó con la pandemia, incrementando la probabilidad de sufrir más estrés en su adaptación a dicha situación (17,18). Esta asociación entre aislamiento y ansiedad/estrés ya se estableció en alguna revisión sobre el impacto de las cuarentenas y el aislamiento forzoso en el malestar psíquico de la población general (31).

Las variables significativamente relacionadas con la depresión, tanto en el análisis bruto como en el de regresión, son salir poco a la calle por temor al contagio y el estado mental previo a la pandemia: según la valoración subjetiva de los propios pacientes, quienes estiman estar mal psíquicamente ya antes del inicio de la pandemia, presentan mayor prevalencia de depresión que los pacientes que consideran su estado previo como normal o bueno, lo que hace pensar que la psicopatología preexistente actúa como factor de riesgo para la aparición de depresión ante la ocurrencia de una situación traumática. El dato

se encuentra en la línea de lo señalado por García Álvarez *et al.* (2020) al analizar la afectación psíquica por la pandemia en pacientes con trastornos psiquiátricos, utilizando medidas de ansiedad, estrés, depresión e impacto por evento estresante. Identificaron un impacto psicológico gradual de la pandemia según el estado mental: los pacientes con un trastorno mental en el momento actual y aquellos con trastorno en el pasado fueron los más afectados frente al grupo control sin trastorno, siendo los depresivos los síntomas más prevalentes (6).

En el presente trabajo hay dos variables asociadas significativamente a la prevalencia de depresión en el análisis bruto de los datos: la evolución del estado psíquico valorada por el facultativo (*Escala CGI de evolución clínica*), de forma que los pacientes que empeoran en la pandemia presentan más síntomas de depresión y, en segundo lugar, el aislamiento social o soledad. Los factores protectores ante la depresión destacados en nuestros resultados son contar con una vivienda cómoda y mantenerse activo y ocupado.

Las variables de interés asociadas a la presencia de estrés por la pandemia y que muestran significación tanto en el análisis de los datos brutos como en el modelo de regresión son, de nuevo, el aislamiento social o soledad, así como la sobrecarga o estrés laboral, ya que, a menudo, el cambio al teletrabajo implicó un aumento de las horas dedicadas a las tareas laborales. Los datos revelan como factor protector la práctica de ejercicio físico, que reduce el riesgo de sufrir estrés. El género está significativamente asociado a estrés solo tras el análisis de los datos brutos de la *EIE-R*. Las mujeres reaccionan con mayor intensidad a una situación generadora de estrés que los varones, como ocurrió en el estudio de García Álvarez *et al.* (2020) (6), donde las mujeres son las más afectadas psíquicamente por la pandemia con independencia de presentar un trastorno mental actual, pasado o de carecer de historia psiquiátrica. Por último, otros

factores de riesgo asociados al estrés son los problemas laborales o económicos y el fallecimiento de un familiar por la COVID-19.

En resumen, parece evidente la prevalencia de clínica ansiosa, depresiva y de estrés relacionada con la pandemia de la COVID-19 en la muestra de pacientes más de un año después de su inicio. Se muestra además que algunas variables guardan estrecha relación con la prevalencia de síntomas en las tres medidas empleadas, mientras otras únicamente se asocian con una u otra clínica. Es el caso del aislamiento social o la soledad como factor de riesgo de la aparición o exacerbación de síntomas clínicos, y que en el presente estudio aparece relacionado con síntomas de ansiedad, depresión y estrés.

La presencia en los pacientes de sintomatología relacionada con la pandemia a pesar del paso del tiempo parece ir en contra del patrón habitual de respuesta a estresores externos en los trastornos adaptativos: aparece una intensa respuesta inicial al estresor, frecuentemente en forma de ansiedad, depresión moderada y síntomas de estrés. Bartels *et al.* (2021) (15) señalaron que el cuadro suele atenuarse con el tiempo por un proceso de adaptación al estresor debido a factores de resiliencia, que, sin embargo, pueden llegar a agotarse si la situación de estrés persiste. Por esta razón, los autores señalan la necesidad de una atención asistencial continuada, además de indicar que una de las estrategias de resiliencia más eficaces para los pacientes, aparte de las relaciones sociales con familiares y amigos, fue el contacto con sus profesionales de salud mental. Otra explicación es que la pandemia constituyó en las primeras fases el estresor principal; posteriormente, la interacción entre la situación cambiante causada por la pandemia y los recursos personales de afrontamiento fue más relevante para la respuesta individual al estrés (32). Las personas inician conductas para afrontar el estrés derivado de una situación cambiante y conseguir sus metas personales, que son la pro-

tección contra el virus y mantenerse libre de infección; si la población percibe que la pandemia no remite y aparecen nuevas variantes del virus, influirá en sus conductas de afrontamiento al pensar que las estrategias de regulación han fallado.

Este estudio cuenta con diversas limitaciones: la más evidente es lo reducido de la muestra, que se extrae de un único Centro de Salud Mental, lo cual resta potencia a los modelos estadísticos, limita la validez de los resultados y la generalización de éstos a otras poblaciones de pacientes psiquiátricos. El diseño del estudio solo permite determinar asociaciones entre las variables en vez de causalidad. Apenas hay datos de otros estudios con un diseño similar lo que limita las explicaciones y la comparación de resultados. Igualmente, se carecía de datos anteriores a la pandemia de la COVID-19 en las escalas empleadas, con el fin de evaluar más objetivamente las diferencias entre la situación clínica de los pacientes previa a la pandemia y durante ésta. Por último, existe un probable sesgo de selección de los participantes por presentar los pacientes más dispuestos a responder un determinado perfil colaborador y de alianza con los profesionales. Como aspecto destacable, este estudio se realizó con pacientes que ya contaban con una historia psiquiátrica en el Centro de Salud Mental desde al menos 2019 y con un diagnóstico emitido por el facultativo responsable, basado en criterios clínicos de las clasificaciones internacionales, evitando diagnósticos autoinformados. Los pacientes recibían tratamiento antes de la aparición de la COVID-19 y durante el periodo de recogida de datos continuaban en seguimiento en Salud Mental. Igualmente, en el estudio se incluye la valoración de la evolución psicopatológica por parte del facultativo responsable de cada paciente, y medida por la Escala CGI-GI, en vez de impresiones clínicas estáticas. Tal valoración pudo realizarse gracias a la continuidad del seguimiento a los pacientes, ya que las consultas no se interrumpieron ni siquiera durante el periodo de confinamiento de marzo a junio de

2020, manteniéndose el contacto por vía telefónica hasta el final de éste, cuando se reanudaron las consultas presenciales.

Entre las consideraciones finales, los resultados de este estudio están en la línea de trabajos anteriores que exploraron el impacto de la pandemia de la COVID-19 en el estado mental de población con trastornos psiquiátricos. Establece, en primer lugar, la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y estrés asociados a la pandemia de la COVID-19. En segundo lugar, muestra la asociación entre los síntomas y determinadas variables clínicas, variables mediadoras y el género. Podría concluirse que, una vez pasado el impacto inicial, aún pueden observarse efectos de la pandemia en el estado clínico de pacientes con trastornos psiquiátricos previos al inicio de ésta. Con el paso del tiempo fueron aflorando consecuencias indirectas de la pandemia que afectan a ámbitos diversos: laboral, académico, económico, sanitario y social/relacional, principalmente.

No obstante, el impacto de la pandemia comenzó a atenuarse debido tanto a la media-

ción de factores protectores ante el estrés, señalados en el estudio, como a la interacción de éstos con la capacidad de los pacientes para mantener estrategias eficaces de adaptación y de creciente resiliencia durante el prolongado periodo de convivencia con el virus. Podría presuponerse en los pacientes la puesta en marcha de mecanismos de protección ante la alteración de sus circunstancias vitales en los distintos ámbitos mencionados como consecuencia de la pandemia. En caso de que tal proceso de adaptación no se haya producido plenamente y disminuya la resiliencia, persistirán síntomas clínicos asociados a la pandemia, como los resultados de este estudio indican. Por esto, sería recomendable que esta evidencia guiara la actividad asistencial de los profesionales de Salud Mental en el proceso terapéutico de los pacientes, atendiendo y siendo especialmente sensibles a los cambios en las circunstancias psicosociales derivados de esta situación excepcional que, a pesar del tiempo transcurrido, parecen seguir exigiéndoles reajustes continuados, afectando a su bienestar psíquico y a su evolución clínica. 



dinal study of three Dutch case-control cohorts. *Lancet Psychiatry* 2021; 8: 121-129. [https://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30491-0](https://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30491-0)

14. Pinkham AE, Ackerman RA, Depp CA, Harvey PD, Moore RC. *A Longitudinal Investigation of the Effects of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Individuals with Pre-existing Severe Mental Illnesses*. *Psychiatry Res.* 2020 Dec; 294: 113493. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113493>

15. Bartels C, Hessmann P, Schmidt U, Vogelgsang J, Ruhleder M, Kratzenberg A et al. *Medium-term and peri-lockdown course of psychosocial burden during the ongoing COVID-19 pandemic: a longitudinal study on patients with pre-existing mental disorders*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2021 Nov 25:1-15. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s00406-021-01351-y>

16. Ahrens KF, Neumann RJ, Kollmann B, Brokelmann J, von Werthern NM, Malyshau A et al. *Impact of COVID-19 lockdown on mental health in Germany: longitudinal observation of different mental health trajectories and protective factors*. *Transl Psychiatry.* 2021 Jul 17; 11(1):392. doi: <https://dx.doi.org/10.1038/s41398-021-01508-2>

17. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, Ballard C, Christensen H, Cohen Silver R, Everall I, Ford T, John A, Kabir T, King K, Madan I, Michie S, Przybylski AK, Shafran R, Sweeney A, Worthman CM, Bullmore E. *Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science*. *The lancet. Psychiatry* 2020; 7(6), 547-560. [https://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)

18. Sheridan Rains L, Johnson S, Barnett P, Steare T, Needle JJ, Carr S et al. *Early impacts of the COVID-19 pandemic on mental health care and on people with mental health conditions: framework synthesis of international experiences and responses*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2021 Jan; 56(1):13-24. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s00127-020-01924-7>

19. Bridgland VME, Moeck EK, Green DM, Swain TL, Nayda DM, Matson LA et al. *Why the COVID-19 pandemic is a traumatic stressor*. *PLoS One.* 2021 Jan 11; 16(1):e0240146. doi: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0240146>

20. García-Portilla MP, Basarán MT, Sáiz PA, Parellada M, Bousoño M, Bobes J. *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica 7ª ed.* Madrid: Cyesan; 2015.

21. Báguena MJ, Villarroja E, Beleña Á, Amelia D, Roldán C, Reig R. *Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala Revisada de Impacto del Estrés (EIE-R)*. *Análisis y Modificación de Conducta* 2001; 27(114), 581-604.

22. APA. *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Panamericana; 2014.

23. Moccia L, Janiri D, Pepe M, Dattoli L, Molinaro M, De Martin V et al. *Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the COVID-19 outbreak: an early report on the Italian general population*. *Brain Behav Immun* 2020; 87: 75-79. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.048>

24. Pierce M, Hope H, Ford T, Hatch S, Hotopf M, John A et al. *Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population*. *Lancet Psychiatry.* 2020 Oct; 7(10):883-892. doi: [https://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30308-4](https://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30308-4)

25. Goel N, Workman JL, Lee TT, Innala L, Viau V. *Sex differences in the HPA axis*. *Compr Physiol.* 2014 Jul; 4(3):1121-1155. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/cphy.c130054>

26. Akiskal KK, Akiskal HS. *The theoretical underpinnings of affective temperaments: implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature*. *J Affect Disord.* 2005 Mar; 85(1-2):231-239. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2004.08.002>

27. Bacigalupe A, Cabezas A, Baza-Bueno M, Martín U. *El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020*. *Gac. Sanit.* 2020; 34 (Suppl. 1), 61-67. <https://dxdoi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>

28. Kring AM, Gordon AH. *Sex differences in emotion: expression, experience, and physiology*. *J Pers Soc Psychol.* 1998 Mar;74(3):686-703. doi: <https://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.74.3.686>

29. Doherty AM, Jabbar F, Kelly BD, Casey P. *Distin-  
guishing between adjustment disorder and depressive  
episode in clinical practice: the role of personality disorder.* J Affect Disord. 2014; 168, 78-85. [https://dx.doi.org/  
10.1016/j.jad.2014.06.034](https://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.034)

30. Vissink CE, Van Hell HH, Galenkamp N, Van Rossum  
IW. *The effects of the COVID-19 outbreak and measures  
in patients with a pre-existing psychiatric diagnosis: A  
cross-sectional study.* J Affect Disord Rep. 2021 Apr;4:  
100102. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100102>

31. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wes-  
sely S, Greenberg N, Rubin GJ. *The psychological impact  
of quarantine and how to reduce it: rapid review of the  
evidence.* Lancet (London, England) 2020; 395(10227),  
912-920. [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

32. Liao Q, Xiao J, Cheung J, Ng TWY, Lam WWT, Ni MY,  
Cowling BJ. *Community psychological and behavioural  
responses to coronavirus disease 2019 over one year of  
the pandemic in 2020 in Hong Kong.* Sci Rep. 2021 Nov 18;  
11(1):22480. doi: <https://dx.doi.org/10.1038/s41598-021-00616-9>