

Intervención Tele-Psicológica Grupal Para la Prevención de la Salud Durante el Confinamiento. Un Estudio Preliminar

Tele-Psychological Group Intervention to Prevent Health During Lock Down. A Preliminary Study

Arrigoni Flavia*
Marchena Consejero Esperanza**
Mallart Ortega Israel***
Navarro Guzmán José I.****

Resumen

La gravedad y magnitud inéditas de la propagación pandémica del virus COVID-19 implicó el confinamiento de toda la población española en sus respectivos hogares. Desde el Servicio de Atención Psicológica y Psicopedagógica de la Universidad de Cádiz se implementó un programa grupal en línea para la prevención de la salud destinado a dos grupos considerados de riesgo en el contexto de alerta sanitaria: alumnos del Aula Universitaria de Mayores de la UCA y mujeres que presentaban un diagnóstico de cáncer de mama (actual o en remisión).

Los objetivos generales fueron: Promover el bienestar de personas mayores que conforman la comunidad educativa de la Universidad de Cádiz o que integran una Asociación de mujeres con un diagnóstico de cáncer de mama durante el confinamiento y Evaluar la utilidad clínica de un programa tele-psicológico de prevención de la salud grupal. La investigación respondió a una metodología cuantitativa, exploratorio-descriptiva e interactiva, con un diseño cuasi-experimental pre post test *ex post facto*. Participaron 11 personas con una edad promedio de 60.7 años de edad ($DT=7.4$; rango de 45 a 69). Instrumentos: Escala de

*Universidad de Cádiz. Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento de Psicología; Pontificia Universidad Católica Argentina. Mail de contacto: flavia.arrigoni@uca.es; ORCID: 0000-0001-5664-6167

**Universidad de Cádiz. Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento de Psicología. Mail de contacto: esperanza.marchena@uca.es; ; ORCID: 0000-0002-2043-029X

***Universidad de Cádiz. Mail de contacto: israelmallart@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9060-6812

****Universidad de Cádiz. Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento de Psicología. Mail de contacto: jose.navarro@uca.es; ORCID: 0000-0002-0738-2641

DOI: <https://doi.org/10.46553/RPSI.18.36.2022.p115-131>

Fecha de recepción: 16 de mayo de 2022 - Fecha de Aceptación: 4 de octubre de 2022

Emociones Positivas, Cuestionario de Salud General (GHQ-12), Índice de Felicidad de Pemberton y una ficha sociodemográfica *ad hoc*. Tras la intervención se apreciaron cambios estadísticamente significativos en todas las variables en estudio: emociones positivas ($Z=-1.962$; $p < 0.05$), malestar psicológico ($Z=-2.180$; $p < 0.007$), bienestar psicológico ($Z=-2.030$; $p < 0.02$) e índice de felicidad subjetivo ($Z = -2.846$; $p < 0.04$). Los hallazgos permiten concluir que participar en el programa resultó de utilidad clínica y ayudó a proteger a los participantes del impacto nocivo asociado al confinamiento vivido durante los meses de abril a mayo del año 2020 en España.

Palabras claves: prevención de la salud; confinamiento; tele-psicología; COVID-19

Abstract

The unprecedented severity and magnitude of the pandemic spread of the COVID-19 virus meant that the entire Spanish population was locked down in their respective homes. From the Psychological and Psychopedagogical Care Service of the University of Cadiz, tele-psychology group program for health prevention was implemented for two groups considered at risk in the context of pandemic: students of the Elderly Classroom of the UCA and women who presented a diagnosis of breast cancer (current or in remission). The general objectives of the program were: To promote the well-being of elderly people who belong to the community of the University of Cadiz and of members of an association of women with a breast cancer diagnosis during lockdown and to evaluate the clinical utility of a tele-psychology group health prevention program. The research

responded to a quantitative, exploratory-descriptive and interactive methodology, with a quasi-experimental design pre posttest *ex post facto*. Eleven people with an average age of 60.7 years participated ($DT=7.4$; range of 45 to 69). The instruments used were the Positive Emotions Scale, the General Health Questionnaire (GHQ-12), the Pemberton Happiness Index and an *ad hoc* sociodemographic data sheet. After the intervention, statistically significant changes were observed in all the variables studied: positive emotions ($Z = -1.962$; $p < 0.05$), psychological discomfort ($Z=-2.180$; $p < 0.007$), psychological well-being ($Z=-2.030$; $p < 0.02$) and subjective happiness ($Z = -2.846$; $p < 0.04$). The findings allow us to conclude that participating in the program was of clinical utility and helped to protect the participants from the harmful impact associated with the lockdown during the months of April to May of the year 2020 in Spain.

Key words: health prevention; lockdown; tele-psychology; COVID-19

Introducción

El tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) propuesto por Naciones Unidas (ONU, 2015) refleja el compromiso de las Naciones de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. La promoción de la salud hace referencia a la creación de condiciones individuales y sociales que favorezcan el desarrollo psicológico y psicofisiológico de la persona, y abarca la prevención de la salud (Hosman et al., 2005), la cual instrumenta estrategias tendientes a reducir la incidencia, prevalencia y/o recurrencia de un fenómeno,

así como también el tiempo de permanencia de los síntomas, retardando su aparición o disminuyendo su impacto (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004).

Debido a la propagación por todo el mundo de la nueva enfermedad generada por el COVID-19, para la cual la mayoría de las personas no presentaban inmunidad, el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (2020) declaró como pandemia al brote del SARS-CoV-2/COVID-19. En España, el 14 de marzo del mismo año, se declaró el estado de alarma (Real Decreto, 2020a) y, con el objetivo de mitigar la circulación del virus y prevenir los contagios, se dispuso el aislamiento social, preventivo y obligatorio.

Durante la vigencia de tal medida excepcional, que inicialmente se preveía duraría 15 días naturales, la posibilidad de circulación de las personas se limitó a la realización de actividades esenciales tales como la adquisición de productos de primera necesidad, asistir a un familiar en situación de vulnerabilidad, o recibir atención sanitaria. Sin embargo, tal medida fue renovada en reiteradas ocasiones, hasta cumplimentar 99 días de vigencia del mismo.

Todos los desastres, ya sean naturales o de otra índole, comparten como común denominador su potencial para convertirse en un factor desencadenante de un “shock por desastre”, entendido como “el estrés emocional que experimentan adultos y niños/as” (Gerrard et al., 2020, p. 10) después del mismo.

Si bien un desastre masivo como una pandemia tiene el potencial de impactar a toda la comunidad, claramente la magnitud del impacto tendrá características diferenciales según el grupo de pertenencia de la persona. Así, quienes conformaban

un grupo de riesgo, tal el caso de personas mayores o de quienes presentaban una condición médica específica, se consideraron más susceptibles a desencadenar algún tipo de padecimiento mental o, al menos, es posible que el desastre implicara en ellos un mayor costo emocional (Gerrard et al., 2020; Urzúa et al., 2020).

El clima de incertidumbre, la creciente cifra de muertes en el país, la diversidad de información desde múltiples y contradictorias fuentes, así como la pertenencia a un grupo de riesgo, sumado a ciertos rasgos de personalidad, son solo algunas de las circunstancias que permiten explicar por qué la pandemia y las medidas de confinamiento pueden haber impactado el estatus de salud y bienestar de ciertas personas. El aislamiento implicó la separación de familiares y afectos, una restricción a las habituales fuentes de reforzamiento individual y social, una disrupción en el normal devenir de la propia cotidianidad, pudiendo instalarse en algunas personas el estrés, el miedo, la tristeza, la incertidumbre, la ansiedad. Esto puede haber incrementado el malestar psicológico (bajo estado de ánimo, irritabilidad y tristeza), y/o disminuido las emociones positivas (alegría, esperanza) y el bienestar general de las personas (Consejo General de la Psicología de España, 2020a).

Debido al creciente auge de internet y las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC), el Colegio Oficial de Psicología de Madrid, en colaboración con el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid, editaron la Guía para la Intervención en Tele-psicología (de la Torre Martí y Pardo Cebrián, 2018), para regular la oferta de

servicios psicológicos a través de las TIC. Ante la situación generada por la pandemia, la *European Federation of Psychologists' Association* (EFPA) compartió directrices relacionadas con las consultas psicológicas online (Consejo General de la Psicología de España, 2020b). Dispuso que, durante el período de distanciamiento social que supone la cuarentena, las consultas en línea, especialmente a través de video chat, eran una alternativa viable para ofrecer atención y terapia psicológica.

Producto de la declaración del estado de alarma en España, las instituciones educativas se vieron obligadas a cerrar sus puertas, y, por ende, suspender las clases presenciales. Esto implicó poner en marcha un rápido proceso de reorganización para garantizar la continuidad del ciclo lectivo de manera no presencial. Como consecuencia de las distintas prórrogas del Estado de alarma, como la anunciada mediante el Real Decreto 487/2020 de 10 de abril (Real Decreto, 2020b), se optó por no volver a las universidades al menos hasta el mes de septiembre del 2020. Se mantuvo la vigencia del Real Decreto 463/2020 y de las medidas que lo modifican, aplican y desarrollan, hasta las 00:00 horas del día 21 de junio de 2020 (Real Decreto, 2020c), contabilizándose así un total de 99 días de estado de alarma en el país.

Universidades de todo el mundo comenzaron a utilizar el formato en línea para ofrecer servicios de ayuda al alumnado. La situación de alerta sanitaria implicó la urgencia de diseñar propuestas de intervención capaces de fomentar la salud de las personas, y, sin implicar la presencialidad, favorecer el establecimiento de relaciones interpersonales cercanas, tan necesarias

y protectoras en la situación particular. Fue necesario implementar estrategias de intervención en línea que fomentaran la interacción social, el aprendizaje y la reflexión, preservando el cuidado de la propia salud.

Desde el Servicio de Atención Psicológica y Psicopedagógica (SAP) de la Universidad de Cádiz (UCA), se desarrollaron talleres específicos destinados a diferentes personas. Un grupo considerado de riesgo fue el alumnado del Aula Universitaria de Mayores (AUM). Por circunstancias derivadas de convenios de investigación entre instituciones, se hizo extensiva la propuesta a otro grupo considerado de riesgo en tal contexto, a socias de una asociación de mujeres con un diagnóstico de cáncer de mama (actual o en remisión). A ambos grupos específicos se les ofertó el programa grupal en línea que denominamos Bienestar y Salud, elaborado en base a temáticas que se consideraron de interés para esos colectivos y situación.

Jané-Llopis (2004) caracteriza a las intervenciones psicológicas eficaces para la prevención de la salud mental: aquellas que potencian el desarrollo de las condiciones individuales, sociales y del entorno para mejorar la calidad de vida de la persona; cuentan con terapeutas con conocimientos sólidos sobre los principios de la terapias cognitivo-conductuales, y que, además, sean capaces de establecer un ambiente colaborativo basado en la empatía, la aceptación incondicional y la autenticidad (Rogers, 1980).

Osma (2019) toma de Mrazek y Haggerty (1994) el concepto de prevención selectiva de la salud la cual se dirige a personas o grupos cuyo riesgo de desarrollar

un trastorno mental es significativamente más alto que el resto de la población, debido a la presencia de factores de riesgo de tipo biológico, psicológico o social. En nuestro estudio, durante la pandemia, tanto el grupo de mujeres con un diagnóstico de cáncer de mama como el alumnado del AUM fueron considerados como grupo de riesgo ya sea por la edad y características personales. Es decir que la intervención tele-psicológica propuesta respondió a una estrategia de prevención selectiva de la salud.

Durante la cuarentena en España, y a partir del mes de abril del año 2020, desde el SAP de la UCA, se diseñó e implementó un programa de intervención en línea. Para su diseño se tomaron diversos aportes. En primer lugar, el Protocolo Unificado Transdiagnóstico de Barlow y su equipo de la Universidad de Boston (2019). Se trata de una intervención cognitivo conductual estructurada, compuesta por ocho módulos que permite mejorar la regulación emocional de las personas a través del entrenamiento de habilidades de regulación emocional tales como flexibilidad cognitiva, identificación de conductas emocionales y propuesta de conductas alternativas, entre otras. En segundo lugar, el Programa Vivir con vitalidad (Fernández-Ballesteros et al., 2004) que aborda dominios de funcionamiento en los que la persona puede experimentar un mayor control sobre acciones que contribuyen a su bienestar y ajuste personal (Caprara et al., 2016). También se consideraron aspectos del Programa PARE (Arrigoni, 2020), las orientaciones psicológicas frente al aislamiento brindadas tanto por la Organización Mundial de la Salud (2012), como por la American Psychological Association (APA, 2020) y la Inter-Agency

Standing Committee (2007, 2020).

La intervención psicológica implementada constó de 8 sesiones grupales en línea de frecuencia semanal y dos horas de duración. Los objetivos generales perseguidos fueron promover el bienestar de personas mayores que conforman la comunidad educativa de la Universidad de Cádiz o que integran una Asociación de mujeres con un diagnóstico de cáncer de mama, durante el confinamiento y evaluar la utilidad clínica de un programa psicológico de prevención de la salud grupal en línea. Los objetivos específicos fueron: (a) incrementar las emociones positivas de los participantes; (b) disminuir el malestar e incrementar el bienestar; y (c) incrementar el índice de felicidad de los participantes.

Método

Se trató de un estudio cuantitativo con enfoque exploratorio-descriptivo, e interactivo. El diseño fue de tipo cuasi-experimental, pre post test *ex post facto* para muestras pareadas. Se trabajó con una muestra incidental de participantes voluntarios, por lo que la misma quedó conformada con las personas que respondieron “activamente a una invitación” (Hernández Sampieri y Mendoza, 2018, p. 387).

Participantes

Participaron 11 personas, 10 mujeres y 1 varón, de los cuales 7 pertenecían al grupo del AUM y 4 al grupo de la Asociación de mujeres con un diagnóstico de cáncer de mama. La edad promedio fue de 60,7 años de edad ($DT = 7.4$; rango de 45 a 69). Los datos sociodemográficos que se tomaron de los participantes se resumen en la tabla 1.

Tabla 1

Frecuencias y Porcentajes de los Datos Sociodemográficos Generales Tomados de los Participantes

		Frecuencia	%
Género	Mujer	10	91
	Hombre	1	9
Estado Civil	Soltero	4	36,4
	Casado	4	36,4
	Viudo	3	27,3
Nº de hijos	0	3	27,3
	2	5	45,5
	3	3	27,3
Nivel de estudios	Primarios	2	18,2
	Secundarios	5	45,5
	Universitarios	4	36,4
Situación laboral	Desempleado	2	18,2
	Trabaja	1	9,1
	Ama de casa	1	9,1
	Jubilado	7	63,6

Instrumentos

Con el fin de evaluar la utilidad clínica del programa implementado, se consideró propicio medir las siguientes variables: salud auto-percibida o evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, emociones positivas y sensación de felicidad subjetiva. Los instrumentos utilizados fueron:

1. *General Health Questionnaire*-Cuestionario de Salud General (GHQ-12; Goldberg y Williams, 1988). Cuestionario auto-administrable de cribado que tiene por objetivo detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos en contextos

como la atención primaria o en población general. Compuesto por 12 ítems, 6 afirmaciones positivas y 6 negativas, que se responden a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos (0-1-2-3), que puede ser transformada en una puntuación dicotómica (0-0-1-1), llamada puntuación GHQ. El análisis factorial agrupa los 12 ítems en dos factores: los ítems 2, 5, 6, 9, 10 y 11 se reúnen en el factor 1 (malestar psicológico) y los ítems 1, 3, 4, 7, 8 y 12 en el factor 2 (bienestar psicológico; Villa et al., 2013). El GHQ-12 ha sido validado en España y presenta una buena fiabilidad

- con un alfa de Cronbach de 0.76 (Sánchez-López y Dresh, 2008) y consistencia interna en población mayor de 65 años ($\alpha=0.90$; Rocha et al., 2011).
2. Escala de Emociones Positivas-EEP (Barlow et al., 2019). Ha sido diseñada para evaluar el estado de ánimo positivo e “incluye ítems relacionados, respectivamente, con la frecuencia e intensidad del estado emocional positivo experimentado durante la última semana” (Sandín et al., 2019, p. 211). Consta de 5 ítems y la persona responde según una escala de medida de 5 puntos (0 equivale a *nada* y 4 a *Extrema*). La puntuación final es obtenida por la sumatoria simple de las puntuaciones en cada ítem. Evalúan frecuencia e intensidad de las emociones positivas, posibilidad de realizar tareas en presencia de emociones positivas, y en qué medida las emociones positivas mejoraron la habilidad para hacer tareas, y vida social y relaciones. Una mayor puntuación refleja mayor frecuencia e intensidad de emociones positivas.
 3. Índice de Felicidad de Pemberton-PHI. El mismo ha sido validado en población española por Hervás-Torres y Vázquez (2013). Fue diseñado como una medida breve de bienestar. La persona debe realizar una evaluación retrospectiva respecto a diversas áreas de su vida. Incluye bienestar recordado y experimentado (el día de ayer), aunque tales mediciones pueden hacerse por separado. El PHI recordado contiene un total de 11 ítems que valoran el bienestar en distintos ámbitos (general, eudaimónico, hedonista y social); y 10 ítems relacionados con el bienestar experimentado el día de ayer. En este estudio se consideró solo la escala de Bienestar Recordado. Para su cálculo se hace la sumatoria de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los 11 ítems, invirtiendo el puntaje del ítem 10. Las opciones de respuesta de cada ítem van de 0 a 10, donde 0 corresponde a *totalmente en desacuerdo* y 10 a *totalmente de acuerdo*. (rango de puntuación de 0 a 110). El PHI es de dominio público, sin derechos de autor registrado. El alfa de Cronbach es de 0.91 (Hervás-Torres y Vázquez, 2013).
 4. Ficha sociodemográfica ad hoc. Incluyó variables sociodemográficas tales como edad, género, estado civil, nivel de instrucción, profesión u ocupación, situación laboral, convivencia.

Procedimiento

Durante los meses de abril y mayo del año 2020 se desarrolló el Programa Bienestar y Salud. Todos los encuentros, así como las evaluaciones pre y post intervención fueron dirigidos por una psicóloga con más de 15 años de experiencia clínica miembro del equipo de investigación. Para la evaluación pre y post test se construyó un formulario de Google, en el cual se incluyeron las técnicas seleccionadas. Estas fueron completadas

a través de una entrevista individual en línea sincrónica con cada participante (vía Meet). La participación fue voluntaria y los participantes dieron su consentimiento informado.

Los criterios de inclusión fueron: leer y hablar español en forma fluida, estar inscripto en el curso 2019-2020 del Aula Universitaria de Mayores (Campus Cádiz), tener acceso a internet y recursos tecnológicos para participar en línea (Smartphone o computadora), poseer conocimientos mínimos del manejo de las TICs, tener disponibilidad horaria para participar de las sesiones y realizar las tareas para la casa, y comprender y aceptar el contenido del consentimiento informado.

Intervención

El programa constó de ocho sesiones en línea sincrónicas, grupales, de frecuencia semanal y dos horas de duración. Las temáticas seleccionadas como eje de cada encuentro fueron, en orden: (a) Orientaciones psicológicas frente al aislamiento, (b) Estilo de vida saludable, (c) Psicología Positiva, (d) Flexibilidad cognitiva, (e) Higiene del sueño, (f) Entrenamiento cognitivo, (g) Envejecimiento activo, y (h) Os damos la palabra. Entre sesiones se asignaban tareas para la casa: autoregistro de emociones, práctica de relajación, entre otras.

El programa Bienestar y Salud priorizó el uso de técnicas de relajación que han probado ser efectivas para el manejo de la ansiedad (de Ornelas Maia et al., 2017; Weekly et al., 2018), se nutrió de los aportes de Walsh (2011) sobre los cambios de estilos de vida terapéuticos y los postulados del modelo PERMA de Seligman (Instituto Europeo de Psicología Positiva, 2020).

Se centró en la psicología positiva la cual se interesa por las experiencias subjetivas positivas, los rasgos individuales positivos, es decir, en todo aquello que permite mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de patologías (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Las emociones positivas tornan a las personas en seres más creativos, socialmente integrados y saludables (Fredrickson, 2002), y el sentido del humor es considerado como una herramienta útil para mitigar el estrés y fortalecer el sistema inmune (Lefcourt, 2002). La modalidad de abordaje propuesta grupal ha probado ser efectiva para incrementar el repertorio de emociones positivas (de Ornelas Maia et al., 2015; Coto-Lesmes et al., 2020). Las TICs pueden ser utilizadas para promover y entrenar las emociones positivas, mejorar la calidad de la experiencia personal e incrementar el bienestar de las personas (Baños et al., 2017)

Análisis de Datos

Para el análisis de datos se utilizó el SPSS 21. En primer lugar, se analizaron las características sociodemográficas de la muestra total (N=11) y se obtuvieron los estadísticos descriptivos de los distintos instrumentos utilizados (se calculó la media y desviación estándar). Atendiendo a que el tamaño de la muestra fue inferior a 50 (N=11), para el análisis de la normalidad de la distribución se utilizó la Prueba de normalidad de Shapiro Wilk.

Se realizó un análisis multivariado de la varianza (MANOVA) para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones pre y post intervención de las variables estudiadas, estableciendo el nivel de significancia en $p < 0.05$. Para el análisis de la significancia,

se utilizó la prueba no paramétrica Wilcoxon test atendiendo a la distribución no normal de los datos.

Resultados

Análisis Descriptivo

Los estadísticos descriptivos (medias y desviaciones típicas) de los resultados pre- y post test de los instrumentos administrados en el presente estudio y las diferencias de las medias pre post intervención figuran en la

Tabla 2.

Los resultados del test de normalidad de la prueba Shapiro Wilk mostró una distribución no normal ($p < 0.05$) para todas las variables en estudio (emociones positivas, malestar y bienestar psicológico, felicidad subjetiva). Se estableció el nivel de significancia en $p < 0.05$. Para el análisis de la significancia, se utilizó la prueba no paramétrica Wilcoxon test debido a la distribución no normal de los datos.

Tabla 2

Datos Estadísticos Descriptivos (Medias y Desviaciones Típicas) de los Resultados Pre- y Post Test

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica	Incremento/ Reducción
Pretest Puntuación Total Barlow-EEP	3.00	20.0	11.45	4.78	+ 2.18
Postest Puntuación Total Barlow-EEP	8.00	19.0	13.63	3.69	
Pretest Puntuación Total Bienestar GHQ-12	0.00	6.0	2.45	2.38	+ 1.73
Postest Puntuación Total Bienestar GHQ-12	1.00	6.0	4.18	1.32	
Pretest Puntuación Total Malestar GHQ-12	.00	5.0	2.45	1.91	
Postest Puntuación Total Malestar GHQ-12	.00	3.0	0.72	1.10	-1.73
Pretest Puntuación Total PHI-Pemberton	52.00	105.0	77.63	15.52	+ 12.55
Postest Puntuación Total PHI -Pemberton	64.0	110.0	90.18	13.30	

Notas generales. EEP: Escalas de Afecto Positivo; GHQ-12: *General Health Questionnaire* 12; PHI: Índice de Felicidad de Pemberton.

Utilidad Clínica

En cuanto a la Escala de emociones positivas (Barlow et al., 2019), del análisis de los resultados obtenidos en las mediciones post test fue posible observar un incremento de las emociones positivas experimentados por la persona tras la intervención. La prueba no paramétrica de Wilcoxon test arrojó diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y post test ($Z = -1.962$; $p < 0.05$). Numéricamente, se incrementaron 2.18 puntos (Figura 1).

En relación a los datos obtenidos a partir del GHQ-12, el análisis factorial agrupa los 12 ítems en dos factores: factor 1 (malestar psicológico); y factor 2 (bienestar psicológico; Villa et al., 2013). En relación al malestar psicológico (factor 1), en las mediciones post test de los participantes, se observó una disminución del mismo,

existiendo diferencias estadísticamente significativas entre el pre y el post test ($Z = -2.180$; $p < 0.007$). Por otro lado, en relación a la variable bienestar psicológico (factor 2), los resultados obtenidos de la prueba no paramétrica Wilcoxon test arrojaron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y post test ($Z = -2.030$; $p < 0.02$). En cualquier caso, el bienestar psicológico se incrementó en 1.73; y el malestar se redujo en 1.73 puntos también (Figura 2).

Del análisis de los datos resultantes del Índice de Felicidad de Pemberton, se observó un incremento en la felicidad subjetiva tras su participación en el programa. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y post test ($Z = -2.846$; $p < 0.04$). El incremento cuantitativo medio observado en el post test

Figura 1

Variaciones de las Puntuaciones Pre-Post Obtenidas por los Participantes en la Escala de Emociones Positivas-EEP

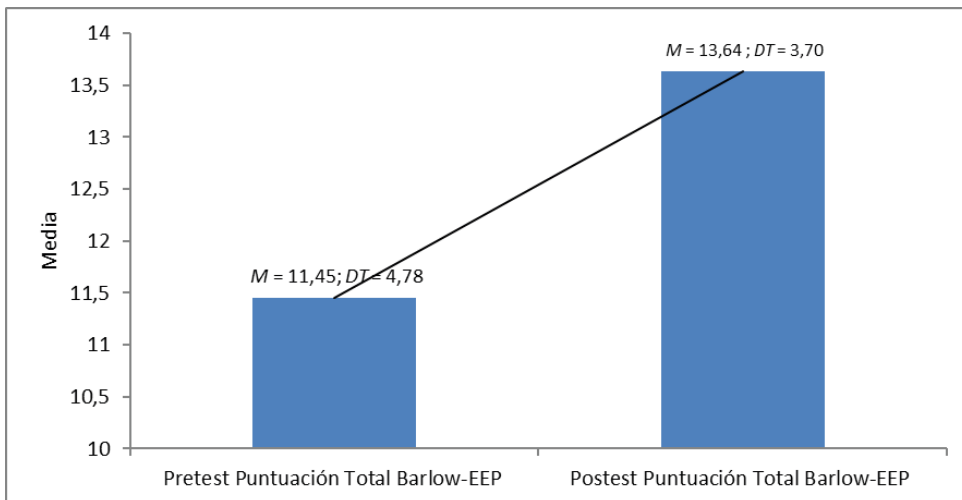
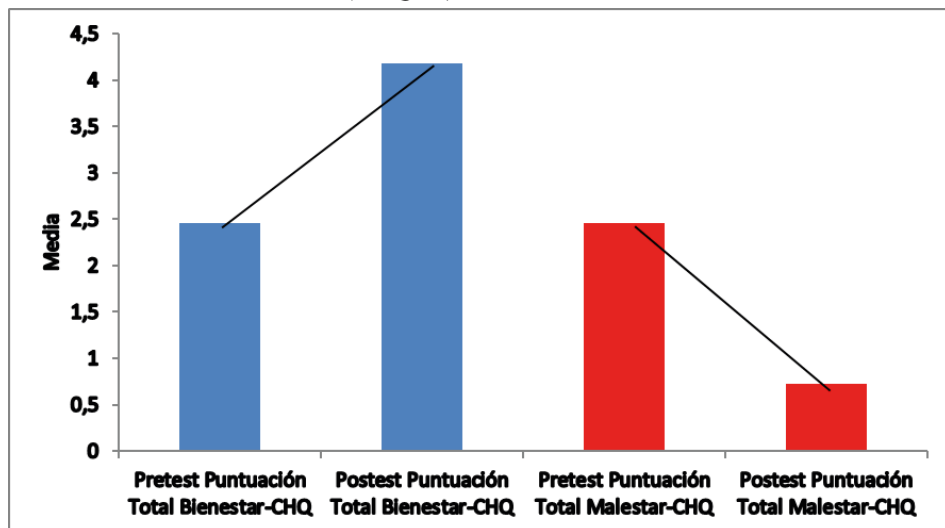


Figura 2

Variaciones de las Puntuaciones Pre-Post Test Obtenidas por los Participantes en el Factor 1 (Malestar Psicológico) y en el en el Factor 2 (Bienestar Psicológico) del Cuestionario de Salud General (GHQ-12)



fue de 12,55 puntos (Figura 3).

En síntesis, el MANOVA mostró cambios estadísticamente significativos en las cuatro variables en estudio (Tabla 3).

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo fundamental valorar la utilidad clínica de una intervención tele-psicológica aplicado en pleno confinamiento total en España debido a la pandemia por COVID-19.

Tras la participación en el Programa, los participantes reconocieron experimentar más frecuentes y más intensas emociones positivas. A nivel subjetivo, se estima que la experiencia positiva es experimentada como bienestar y satisfacción (en relación al

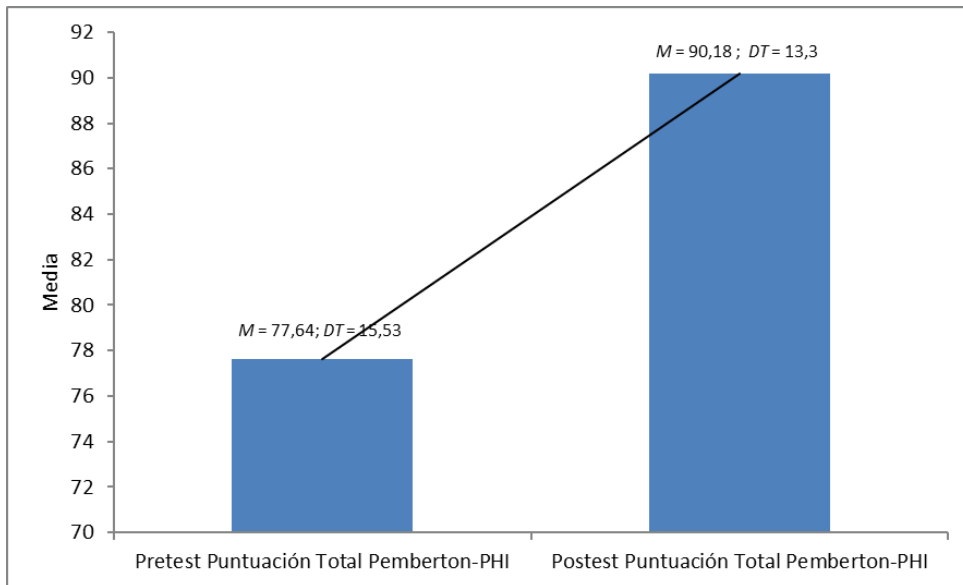
pasado); como experiencia óptima, alegría y felicidad (en el momento presente); y optimismo, esperanza y fe en relación al futuro (APA, 2020).

Asimismo, se observó un incremento de la felicidad percibida en los participantes.

La presente propuesta responde a una perspectiva positiva en salud mental (Rosen et al., 2020), que entiende que las prácticas psicológicas deben promover factores psicosociales positivos que mejoren el bienestar de las personas desde un encuadre cognitivo conductual. Tras la intervención, se observó un incremento del bienestar psicológico y, consecuentemente, una reducción del malestar psicológico. El programa reivindica la importancia

Figura 3

Variaciones de las Puntuaciones Medias Pre-Post Obtenidas por los Participantes en el Índice de Felicidad de Pemberton-PHI.

**Tabla 3**

Valores Medios, Desviación Estándar (SD) de los Resultados Pre y Post Test y Nivel de Significancia

Pruebas Administradas	Pre test		Post test		Z
	Media	SD	Media	SD	
Escala de Emociones Positivas	11.45	4.78	13.63	3.69	-1.962*
General Health Questionnaire-12: Escala Bienestar	2.45	2.38	4.18	1.32	-2.180*
General Health Questionnaire-12: Escala Malestar	2.45	1.91	0.72	1.10	-2.030*
Índice de Felicidad de Pemberton	77.63	15.52	90.18	13.30	-2.846*

(*) $p < 0.05$

terapéutica de poner énfasis en los recursos y potencialidades, y no en los déficits y vulnerabilidades de los participantes.

Atendiendo a que la propuesta fue completamente online, y desarrollada enteramente durante el confinamiento, sus resultados son prometedores en lo que respecta a la aplicación de programas de prevención de la salud en línea. “Los tratamientos psicológicos dispensados a través de internet representan un modelo emergente para mejorar el acceso a las Terapias Cognitivo Conductuales basada en la evidencia” (Sandín et al., 2020, p. 197).

Se estima como una fortaleza del presente estudio el haber sido desarrollado durante la situación inédita de confinamiento obligatorio y estricto en España; y el haber tenido como destinatarios a miembros de dos grupos considerados de riesgo en la situación de pandemia.

Las personas mayores son más vulnerables a sentirse solas debido a ciertos cambios y pérdidas asociados con la edad (Ausín et al., 2017). Durante la situación de alerta sanitaria falleció un gran número de ancianos. En la sociedad se gestaron serios debates éticos: ¿en un contexto de pandemia y de escasez de medios sanitarios para atender a la totalidad de la población enferma, tiene el mismo derecho una persona mayor que una más joven, de acceder al tratamiento? Los lineamientos previstos para las intervenciones en crisis (tal el caso de una pandemia) prevén que debe salvarse, en primer lugar, a quien más posibilidades de supervivencia tenga. Debido a que las personas mayores son los que menos posibilidades tienen, un difícilísimo y crudo debate ha quedado al descubierto en la sociedad. Este debate seguramente ocupará

un espacio en la agenda política, y puede haber intensificado en las personas mayores la sensación de “estar de más” en el contexto mundial actual.

Asimismo, muchos tratamientos e intervenciones fueron suspendidas durante la pandemia, por lo que la situación de las mujeres con una condición médica específica puede haber resultado altamente disruptiva para el psiquismo de las mismas.

En lo que respecta a las limitaciones del estudio, cabe señalar el tipo de estudio (*ex post facto*), y el tamaño y tipo de muestra. Todo esto impide generalizar los resultados y los mismos deben ser considerados solo como preliminares.

Conclusión

Los hallazgos de este estudio preliminar permiten concluir que, participar en una intervención tele-psicológica grupal de dos meses duración, con énfasis en un estilo de vida saludable y en el entrenamiento en técnicas de relajación, parece haber protegido a las personas participantes del impacto de los eventos estresantes asociados al confinamiento estricto durante la pandemia.

Los resultados permiten acreditar las bondades de la intervención psicológica aplicada en pleno confinamiento, ya que, a pesar de lo adverso de tal contexto, los participantes no solo no empeoraron, sino que evidenciaron una tendencia a la reducción del malestar psicológico subjetivo, y una tendencia al incremento de las emociones positivas, bienestar psicológico y felicidad percibida. En síntesis, la intervención en línea resultó de utilidad clínica en relación a los objetivos perseguidos.

Referencias

- American Psychological Association. (2020). COVID-19 Pandemic. Free APA Publishing Resources. Recuperado el 3 de julio de 2020 a partir de: <https://www.apa.org/>
- Arrigoni, F. (2020). Una aproximación al quehacer de trabajadores de apoyo a la salud que trabajan con personas con discapacidad intelectual. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 20(2), 128-140. <https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3635>.
- Ausín, B., Muñoz, M., & Castellanos, M. (2017). Loneliness, sociodemographic and mental health variables in Spanish adults over 65 years old. *The Spanish Journal of Psychology*, 20, E46. <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.48>
- Baños, R., Carrillo, A., Etchemendy, E., & Botella, C. (2017). Positive technologies for understanding and promoting positive emotions. *The Spanish Journal of Psychology*, 20, E50. <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.42>
- Barlow, D., Farchione, T., Sauer-Zavala, S., Murray Latin, H., Ellard, K., Bullis, J., Bentley, K., Boettcher, H., & Cassiello-Robbins, C. (2019). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Manual del paciente* (2ª ed.). Madrid: Alianza.
- Caprara, M., Fernández-Ballesteros, R., & Alessandri, G. (2016). Promoting aging well: evaluation of Vital-Aging-Multimedia Program in Madrid, Spain. *Health Promotion International*, 31, 515–522. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav014>
- Consejo General de la Psicología de España (2020a). *Recomendaciones dirigidas a la población para un afrontamiento eficaz ante el brote de coronavirus-Covid-19*. *Infocoponline*. Recuperado el 19 de marzo de 2020 a partir de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8627
- Consejo General de la Psicología de España (2020b). El rol de los psicólogos en Europa frente al coronavirus-comunicado de la EFPA. *Infocoponline*. Recuperado el 19 de marzo de 2020 a partir de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8636
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Activación Conductual en formato grupal para ansiedad y depresión. Una revisión sistemática. *Terapia Psicológica*, 38(1), 63-84. Recuperado a partir de <http://www.teps.cl/index.php/teps/article/view/271>
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M., & García, L. (2004). Vivir con vitalidad-M@: Un programa europeo Multimedia. *Intervención Psicosocial*, 13(1), 63-85.
- Fredrickson, B. (2002). Positive emotions. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 120–134). Oxford: Oxford University Press.

- Gerrard, B., Girault, E., Appleton, V., Giraurdo, S., Shaffer, S., Gallegos-Lemos, D., Korzeniowski, C., & Norton, S. (2020). *En Tiempos de Desastre: ¿Cómo hacer frente al estrés emocional de una gran catástrofe?* (D. Gallegos-Lemos, S. Sanbria Bohórquez, C. Kozeniowski, E. Ponce de Leon Reeves & S. R. Norton, Trad.). Recuperado el 2 de julio de 2020 a partir de: <https://www.disastercopingresources.com/disastershock-manual>
- Goldberg, D.P. & Williams, P. (1988). *Users' Guide to the General Health Questionnaire*. Wmdsor: NFER-Nelson.
- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C.P. (2018). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Hervás-Torres, G., & Vázquez, C. (2013). Construction and validation of a measure of integrative well-being in seven languages: The Pemberton Happiness Index. *Health & Quality of Life Outcomes*, 11, 66. <http://doi.org/10.1186/1477-7525-11-66>
- Hosman, C., Jané-Llopis, E., & Saxena, S. (2005). *Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Oxford: Oxford University Press.
- Instituto Europeo de Psicología Positiva (2020). Modelo PERMA. Recuperado el 1 de julio de 2020 a partir de: <https://www.iepp.es/>
- Inter-Agency Standing Committee (2007). *Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes*. Recuperado el 2 de julio de 2020 a partir de https://www.who.int/mental_health/emergencias/iasc_checklist_spanish.pdf?ua=1
- Inter-Agency Standing Committee (2020). Briefing note on addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 Outbreak- Version 1.0. Reference group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Recuperado el 1 de julio de 2020 a partir de <https://interagencystandingcommittee.org/>
- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89, 67-77.
- Lefcourt, H. (2002). Humor. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 619–631). Oxford: Oxford University Press.
- Mrazek, P. & Haggerty, R. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy.
- Organización de Naciones Unidas (2015). *Objetivos y metas de desarrollo sostenible*. Recuperado el 1 de julio de 2020 a partir de: <https://www.un.org/>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado*. Extraído el 1 de julio de 2020 de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78545>
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía*

- para trabajadores de campo. Recuperado el 1 de julio de 2020 de https://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/es/
- Organización Mundial de la Salud (2020). *¿Qué es una pandemia?* Recuperado el 1 de julio de 2020 de https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/
- de Ornelas Maia, A. C. C., Nardi, A., & Cardoso, A. (2015). The utilization of unified protocols in behavioral cognitive therapy in transdiagnostic group subjects: A clinical trial. *Journal of Affective Disorders, 172*, 179–183. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.023>
- de Ornelas Maia, A. C. C., Sanford, J., Boettchen, H., Nardi, A., & Barlow, D. (2017). Improvement in quality of life and sexual functioning in a comorbid sample after the unified protocol transdiagnostic group treatment. *Journal of Psychiatric Research, 93*, 30-36. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.05.013>
- Osma, J. (2019). *Aplicaciones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la desregulación emocional*. Madrid: Alianza.
- Real Decreto 463/2020a, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE-A-2020-3692. Publicado en *Boletín Oficial del Estado, 67*, de 14 de marzo de 2020, 25390-25400. Recuperado a partir de: <https://www.boe.es/>
- Real Decreto 487/2020b, de 10 de abril, por el que se proroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Publicado en *Boletín Oficial del Estado, 101*, de 11 de abril de 2020, 28858-28861. Recuperado a partir de: <https://www.boe.es/>
- Real Decreto 555/2020c, de 5 de junio, por el que se proroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Publicado en el *Boletín Oficial del Estado, 159*, de 6 de junio de 2020, 38027-38036. Recuperado a partir de: <https://www.boe.es/>
- Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 11*(1), 125-139.
- Rogers, C. (1980). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós.
- Rosen, A., Gilld, N., & Salvador-Carulla, L. (2020). The future of community psychiatry and community mental health services. *Current*

- Opinion in Psychiatry*, 33, 375–390. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000620>
- Sánchez-López, M., & Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20(4), 839-843.
- Sandín, B., Valiente, R., García-Escalera, J., Pineda, D., Espinosa, V., Magaz, A., & Chorot, P. (2019). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes a través de internet (iUP-A): Aplicación web y protocolo de un ensayo controlado aleatorizado. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24, 197-215. <https://doi.org/10.5944/rppc.26460>
- Sandín, B., Valiente, R.M., García-Escalera, J., Pineda, D., Espinosa, V., Magaz, M., & Chorot, P. (2020). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes a través de internet (iUP-A): Aplicación web y protocolo de un ensayo controlado aleatorizado. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24,197-215. <https://doi.org/10.5944/rppc.26460>
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- de la Torre Martí, M., & Pardo Cebrián, R. (2018). Guía para la intervención en telepsicología. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Recuperado el 2 de julio de 2020 a partir de: <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/guia-para-la-intervencion-telepsicologica>
- Urzúa, A., Vera-Villaruel, P., Caqueo-Úrizar, A., & Polanco-Carrasco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia Psicológica*, 38(1), 103-118. <http://www.teps.cl/index.php/teps/article/view/273>
- Villa, I., Zuluaga, C., & Restrepo, L. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(3), 532-545.
- Walsh, R. (2011). Lifestyle and Mental Health. *American Psychologist*, 66 (7), 579–592. <http://doi.org/10.1037/a0021769>
- Weekly, T, Walker, N., Beck, J., Akers, S., & Weaver, M. (2018). A Review of Apps for calming, relaxation, and mindfulness *Interventions for Pediatric Palliative Care Patients*. *Children*, 5 (2), 16. <https://doi.org/10.3390/children5020016>