








OPEN

Recibido: 26 mayo, 2020 - Aceptado: 2 julio, 2020 - Online first: 7 septiembre, 2020

DOI: <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>

# Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social

## *Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation*

Jairo Ramírez-Ortiz<sup>a,b</sup> , Diego Castro-Quintero<sup>a</sup> , Carmen Lerma-Córdoba<sup>a</sup> ,  
Francisco Yela-Ceballos<sup>a</sup> , Franklin Escobar-Córdoba<sup>a,b,c</sup> 

<sup>a</sup> Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia

<sup>b</sup> Hospital Universitario Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia

<sup>c</sup> Fundación Sueño Vigilia Colombiana. Bogotá, Colombia.

**Correspondencia:** Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Oficina 202, Facultad de Medicina, Campus Universitario. Bogotá D. C., Colombia. **Email:** [feescobar@unal.edu.co](mailto:feescobar@unal.edu.co)

### Resumen

#### ¿Qué sabemos acerca de este problema?

Se conoce, por estudios en epidemias previas a la COVID-19, que cerca de la tercera parte de la población afectada necesitó atención por servicios de salud mental, principalmente por presentar trastornos de ansiedad, estrés postraumático y depresión.

#### ¿Qué aporta de nuevo de este estudio?

Este artículo presenta los estudios que se han desarrollado sobre las alteraciones en la salud mental, secundarias a la pandemia de la COVID-19. Además, se brindan recomendaciones y pautas de intervención psicoterapéutica y farmacológica.

#### Cómo citar este artículo:

Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colombian Journal of Anesthesiology*. 2020;48(4):e930.

### Palabras clave

Pandemias; aislamiento social; infecciones por coronavirus; trastornos de ansiedad; depresión; trastornos por estrés postraumático.

### Abstract

The 2019 coronavirus pandemic (COVID-19) is a public health emergency of international concern, which poses a major challenge to mental health as a result of its unprecedented impact in this 21st century. Research in past epidemics has revealed a deep and wide range of psychosocial consequences at the individual and collective level. There are multiple associated psychological disturbances, ranging from isolated symptoms to complex disorders with marked impairment of functionality, such as insomnia, anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder. Therefore, it is necessary for mental health services to develop strategies that allow them to react skillfully and provide support to health workers and the affected population so as to reduce the psychological impact as well as the development of psychiatric symptoms. The purpose of this reflection article is to show the possible consequences on the mental health of the population as a result of social isolation due to the COVID-19 pandemic.

### Keywords

Pandemics; social isolation; coronavirus infections; anxiety disorders; depression; stress disorders; post-traumatic.

Read the English version of this article on the journal website [www.revcolanest.com.co](http://www.revcolanest.com.co)

Copyright © 2020 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.).

Este es un artículo de acceso abierto bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## INTRODUCCIÓN

La ineludible atención en la transmisión y repercusiones físicas de la COVID-19 en el mundo probablemente pueden minimizar el interés público sobre las consecuencias psicosociales que se están presentando en las personas contagiadas por el brote (1). Es de resaltar que los temas de salud mental que están emergiendo pueden evolucionar a problemas de salud a mediano plazo. En las epidemias del síndrome respiratorio agudo grave (SARS, por sus siglas en inglés) SARS-CoV en 2003 y el síndrome respiratorio del medio oriente (MERS-CoV, por sus siglas en inglés) en el 2012 —cuyo número de afectados por la infección no es equiparable a los de la pandemia actual—, se pudo evidenciar que cerca del 35 % de los sobrevivientes del primer brote tuvieron sintomatología psiquiátrica durante la fase de recuperación temprana (2,3), y en el caso del MERS-CoV, alrededor del 40 % de las personas afectadas requirieron una intervención psiquiátrica (4).

De por sí, las personas que están en aislamiento social, con movilidad restringida y pobre contacto con los demás son vulnerables a sufrir complicaciones psiquiátricas que van desde síntomas aislados hasta el desarrollo de un trastorno mental, como insomnio, ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático (TEPT) (5). Ya en el contexto de una pandemia es importante tener en consideración la pérdida de funcionalidad que puede acompañar a la enfermedad adquirida, y esto, a su vez, representarse en desmoralización y desamparo, llegando a configurar un estado de duelo (5). Por otra parte, las personas sometidas al estrés del brote pueden manifestar angustia marcada y un deterioro significativo en el funcionamiento social u ocupacional, configurando trastornos de la adaptación y en caso de persistir con ánimo triste se puede presentar un trastorno depresivo mayor (TDM) (5). También, la proximidad a eventos que amenazan la vida y la supervivencia, como la enfermedad propiamente, puede precipitar el desarrollo del TEPT. Tanto, que se ha postulado que el efecto

combinado de la pérdida y la amenaza pueden explicar la concurrencia frecuente de TEPT y depresión (6).

Si bien son muchos los afectados en una pandemia, el especial interés se debe dirigir a las poblaciones vulnerables: 1) enfermos y sus familias, 2) personas con condiciones médicas preexistentes físicas y/o mentales, 3) trabajadores de la salud, especialmente enfermeros y médicos que trabajan directamente con pacientes y población en cuarentena (1). Cabe mencionar que los pacientes con antecedentes de enfermedad mental requieren especial atención (7), pues la interrupción del tratamiento debido a las dificultades en el seguimiento, limitaciones en la atención especializada, pobre control de dosificación y baja disponibilidad de psicofármacos, puede precipitar comportamientos imprudentes por compromiso del juicio y, por ende, participar en conductas de riesgo que generen dificultades para seguir instrucciones y órdenes públicas generales, lo que se traduce en riesgo de violación de las medidas destinadas a controlar el brote (5,8).

Otro grupo muy afectado es el personal de salud, en quienes se ha visto —después de un brote— la aparición de trastornos mentales, en especial TEPT hasta en un 20 % (9), trastornos depresivos o desarrollo de reacciones de ajuste con niveles aumentados de ansiedad. Esto se debe principalmente al aislamiento social, a la separación de los seres queridos impuesta en algunas ocasiones por el compromiso laboral; a la exposición directa a la enfermedad y el miedo a contraer la infección mientras prestan el servicio (8,10); a los dilemas éticos que enfrentan relacionados con la asignación de recursos escasos a pacientes igualmente necesitados y la atención para los pacientes gravemente enfermos con recursos limitados o inadecuados (11). ¿Cómo equilibrar sus propias necesidades de salud física y mental con las de los pacientes?, ¿cómo alinear su deseo y deber con los pacientes con los de sus familiares y amigos? (11). Evidenciar la muerte masiva de pacientes y de personal sanitario, estar en entornos sobrecargados de estrés, con escasez de personal o

de reemplazos son un factor de riesgo para desarrollar un síndrome de Burnout (5). El objetivo de este artículo es mostrar las posibles consecuencias en la salud mental de la población como resultado del aislamiento social obligatorio debido a la pandemia de la COVID-19.

## ANTECEDENTES

### Impacto psicosocial de las epidemias SARS-CoV (2003) y MERS-CoV (2012)

Son múltiples los efectos psicosociales que puede experimentar una población expuesta a una epidemia. Así, por ejemplo, después del brote del SARS-CoV en Taiwán se evidenció una perspectiva pesimista de la vida en alrededor de un 10 % de la población en los meses posteriores al brote, acompañada de una prevalencia de morbilidad psiquiátrica del 11,7 % (12). Durante la misma época, en Singapur, cerca del 27 % de los trabajadores de la salud informaron síntomas psiquiátricos luego de la epidemia (13). Así mismo, se halló que el 20 % de los médicos y enfermeros sufrieron TEPT, y el análisis mostró que aquellos que percibieron apoyo de supervisores y colegas fueron menos propensos al TEPT (9). En esa línea de investigación, un estudio en Hong Kong informó que el 89 % de los trabajadores de la salud que se encontraban en situaciones de alto riesgo manifestaron síntomas psicológicos (14,15). Otro estudio de cohorte realizado en la misma región halló que en los profesionales de salud había tasas más altas de TEPT en comparación con los sobrevivientes del SARS-CoV (40,7 % vs 19 %) (3). La incidencia acumulada de trastornos mentales en los sobrevivientes fue del 58,9 %, distribuidos así: 44 % trastornos depresivos, 47,8 % TEPT en algún momento después del brote, 13,3 % trastorno de pánico, 6,6 % agorafobia y 1,1 % fobia social (3). Treinta meses después de la SARS-CoV, la prevalencia de los trastornos mentales en el último mes fue de 33,3 %, siendo el TEPT el diagnóstico más común (25,6 %), seguido de los trastornos depresivos (15,6 %).

Además, el 61 % de los sobrevivientes de SARS-CoV que tenían diagnóstico actual de TEPT también sufrían de otros trastornos psiquiátricos (3).

### Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

Según las características del aislamiento social, muchos eventos pueden llegar a ser traumáticos (5). En un estudio realizado en Canadá después del brote del SARS-CoV se identificaron factores de estrés psicológico en los trabajadores de salud como: percepción de que se está en riesgo de contraer la infección, el impacto del brote en la vida laboral, ánimo depresivo, trabajar en una unidad de alto riesgo, cuidar un solo paciente con SARS-CoV vs. cuidar muchos pacientes con SARS-CoV (6). En consecuencia, en trabajadores de la salud en China seguidos durante tres años, se encontró que el 10 % de ellos experimentaron altos niveles de síntomas atribuibles al TEPT (16), y aquellos que habían estado en cuarentena, los que habían trabajado en turnos atendiendo pacientes con SARS-CoV y los que habían tenido amigos o familiares que habían contraído SARS-CoV tenían 2 a 3 veces más probabilidades de tener síntomas de TEPT en comparación con aquellos que no habían tenido esas exposiciones (16). Además, para 2006 mantuvieron la sintomatología: cerca del 40 % de la muestra tenía aún síntomas de TEPT (16). Otro estudio francés mostró el impacto en sobrevivientes de un brote pandémico con pacientes que requirieron manejo intrahospitalario en unidad de cuidados intensivos secundario a la infección del virus H1N1, en quienes el 40 % desarrollaron TEPT (17).

### Depresión y ansiedad

En la situación actual de confinamiento global en el hogar debido al brote de la COVID-19, la mayoría de las personas están expuestas a situaciones estresantes sin precedentes y de duración desconocida.

Esto puede no solo aumentar los niveles de estrés, ansiedad y depresión durante el día, sino también interrumpir el sueño. Es importante destacar que, debido al papel fundamental que juega el sueño en la regulación de las emociones, la alteración del sueño puede tener consecuencias directas en el funcionamiento emocional al día siguiente (18). Son varios los factores que se pueden relacionar con manifestaciones depresivas y ansiosas en los pacientes que se encuentran en cuarentena por una pandemia, ambas se pueden considerar una reacción normal ante el estrés generado (5). Perder el control en este contexto es frecuente dado que la situación impide en muchos casos que la persona tenga certeza del resultado final o conozca el tiempo exacto en el que se resolverá la crisis. Esa sensación de incertidumbre, así como las limitaciones secundarias a las medidas de aislamiento social preventivo, la posibilidad de que los planes a futuro se vean cambiados de forma dramática y la separación brusca del contexto social o familiar del paciente son catalizadores frecuentes de cuadros de depresión y ansiedad (19), los cuales, en circunstancias de aislamiento social, se pueden presentar como parte de un trastorno adaptativo o una reacción de ajuste que, en muchas ocasiones, no amerita un tratamiento farmacológico (8). Se ha estipulado una prevalencia de TDM de un 7 % después de un brote (1). Otros estudios mostraron que el 10-35 % de los sobrevivientes del SARS-CoV manifestaron síntomas sugestivos de ansiedad, depresión o ambas durante la fase de recuperación temprana (2,3) y cerca del 44 % de los pacientes sobrevivientes con algún trastorno psiquiátrico, correspondieron a trastornos depresivos (3). Como factores de riesgo se han propuesto: sexo femenino, bajo nivel socioeconómico, conflictos interpersonales, uso frecuente de redes sociales, baja resiliencia y falta de apoyo social (1,20).

En cuanto a la estigmatización, durante el brote del SARS-CoV alrededor del 20 % de la población relacionada con el campo de la salud percibía discriminación por parte de algunas personas con las que interactuaban (21), y, específicamente en Singapur, hasta el 49 % de los trabajadores de la sa-

lud tuvo sensaciones similares al interactuar con la población (21).

Respecto a la disposición y capacidad para presentarse a trabajar durante eventos catastróficos, en una encuesta realizada a personal médico en New York (22), se encontró que los profesionales se presentarían a trabajar al servicio de salud en mayor proporción en eventos como una tormenta de nieve (80 %) o un desastre ambiental (84 %), y en menor disposición en eventos en los que se percibe un riesgo propio, como en el brote de SARS-CoV (48 %), un evento radiológico (57 %), y un evento químico (68 %) (22). Cabe anotar que una de las medidas que ha mostrado que los profesionales se sientan más seguros en sus lugares de trabajo y que ayuda en su bienestar es garantizar los elementos de protección personal (EPP). Se observó que estas personas estarían más dispuestas a trabajar ante un evento catastrófico si contaban con los EPP adecuados, dado que la percepción de riesgo personal y hacia la familia es uno de los factores que más influyen en la disminución de la voluntad para presentarse a trabajar en tales situaciones (22). Tanto en el brote de SARS-CoV, como en la actual pandemia de la COVID-19, se puede encontrar que uno de los factores que influyen en la alta tasa de reacciones de ajuste y morbilidades psiquiátricas es que se trata de un nuevo virus de comportamiento impredecible y altamente contagioso que ha requerido aislamiento social obligatorio (9), la amenaza inminente para su vida y salud física —en lo que respecta al personal de salud—, así como el miedo a una infección cruzada a familia y amigos. Además, durante la práctica, los médicos se exponen a dilemas profesionales debidos a la falta de recursos y la desproporción de casos clínicos, lo cual también es un factor estresante (11).

### COVID-19 Y PERTURBACIONES EN LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN AFECTADA

En una pandemia, el miedo incrementa los niveles de estrés y ansiedad en individuos sanos e intensifica los síntomas en aquellos

con trastornos mentales preexistentes (23). Los pacientes diagnosticados con COVID-19 o sospecha de estar infectados pueden experimentar emociones intensas y reacciones comportamentales, además de miedo, aburrimiento, soledad, ansiedad, insomnio o rabia (23). Estas condiciones pueden evolucionar en trastornos como depresión, ataques de pánico, TEPT, síntomas psicóticos y suicidio (19), especialmente prevalentes en pacientes en cuarentena, en quienes el estrés psicológico tiende a ser mayor (24).

Un estudio realizado a 1.210 habitantes de 194 ciudades de China, mediante la aplicación de las escalas Impact of Event Scale-Revised y Anxiety and Stress Scale, mostró que el 53,8 % de los participantes presentaba un impacto psicológico moderado o fuerte (7); el 16,5 %, síntomas depresivos moderados a fuertes; el 28,8 %, síntomas de ansiedad moderada a fuerte; y el 8,1 %, niveles de estrés moderados a fuertes (7). La mayoría de los encuestados (84,7 %) pasaron 20-24 horas/día en casa; el 75,2 % estaban preocupados porque sus familiares adquirieran la COVID-19 y el 75,1 % estaban satisfechos con la cantidad de información de salud disponible (7).

Otro estudio que se realizó en una etapa temprana del brote de COVID-19 a principios del 2020, informó una prevalencia de insomnio del 34,0 % en profesionales de atención médica de primera línea (14). Comparado con un estudio realizado a 1.563 profesionales de la salud encontró que cerca 36,1 % presentaba trastornos del sueño, adicional se reportó que más de la mitad (50,7 %) de los participantes manifestaban síntomas depresivos y 44,7 % síntomas de ansiedad (25,26).

Otro estudio transversal con una población de 1.257 trabajadores de la salud en 34 hospitales de atención para pacientes con COVID-19 en China, con el uso del 9-item Patient Health Questionnaire, encontró que entre el personal médico y de enfermería que trabaja en Wuhan, el 34,4 % tuvo trastornos leves (PHQ-9 promedio: 5,4), el 22,4 % tuvo alteraciones moderadas (PHQ-9 promedio: 9,0) y el 6,2 %, alteraciones graves (PHQ-9 promedio: 15,1) inmediatamente después de la epidemia (14). Además, el 36,3 % había accedido a mate-

riales psicológicos, como libros sobre salud mental, el 50,4 % había accedido a recursos psicológicos disponibles a través de los medios de comunicación, como información en línea sobre salud mental y métodos de afrontamiento, y el 17,5 % había participado en asesoramiento o psicoterapia (14).

Existen dos caras de la moneda frente a las consecuencias que puede traer una pandemia, especialmente aquellas relacionadas con el aislamiento social. Si bien la gran mayoría de consecuencias en la salud mental que se han podido encontrar en estudios previos realizados en los últimos brotes epidemiológicos y en la actual pandemia han sido negativos, también es necesario evaluar los impactos positivos que se pueden obtener de un aislamiento social en esta situación. En una encuesta realizada a familias en Hong Kong al final de la epidemia de SARS-CoV, se informó que el 60 % se preocupaban más por los sentimientos de los miembros de sus familias, dos tercios prestaban más atención a su salud mental después del brote y el 35-40 % invirtieron más tiempo en descansar y hacer ejercicio (27).

## RECOMENDACIONES

Dentro las medidas por implementar en un corto plazo están principalmente la utilización de primeros auxilios psicológicos (5), con los cuales se propende por una relación respetuosa y de apoyo entre pacientes y terapeutas, evaluando necesidades críticas, e intervenir tempranamente llevando a un plano de "normalidad esperable", las reacciones de estrés o duelo (5). Este modelo de intervención busca brindar ayuda y apoyo inmediato a personas que están experimentando angustia debido a una crisis reciente e implica una escucha activa sin ejercer presión para hablar; no es una medida intrusiva, pues se reconoce que las personas tienen el derecho a aceptar o rechazar la intervención (28). Los primeros auxilios psicológicos son un primer paso vital para garantizar cuidado, tranquilidad y apoyo, no son un tratamiento para el problema de salud mental ni pretenden ser una solución a largo plazo (29). Así mismo, incentivar y apoyar el pensamiento positivo sobre el

futuro, y educar en técnicas para disminuir los niveles de estrés y de hiperactivación, como la respiración profunda o diafragmática, relajación muscular progresiva e imágenes guiadas (5). Igualmente, debe existir un apoyo temprano al equipo de salud, de manera que se prepare adecuadamente al personal para el trabajo y desafíos asociados, en el marco de una relación de respeto y transparencia, sin falsas garantías o esperanzas, brindando una evaluación completa y precisa de lo que enfrentarán, sin eufemismos y en un lenguaje sencillo (11). Esto se podría lograr mediante el uso de debates basados en las rondas de Schwarz (30) y grupos Balint (31). Es importante resaltar que la evitación es un síntoma central del trauma (11), el personal que está "demasiado ocupado" o repetidamente "no disponible" para asistir a estas discusiones y, si está relacionado con una disminución del desempeño por una mala salud mental, indudablemente afectará de forma directa la capacidad operativa y la salud de los miembros del equipo. Por lo tanto, debe ser de interés para los líderes conocer el estado de salud física y mental de sus dirigidos y comunicarse con ellos constantemente para la identificación y apoyo tempranos (11).

Entre las medidas que se pueden implementar a largo plazo o después de un brote está el uso de terapias centradas en el trauma. La terapia cognitivo-conductual tiene como objetivo disminuir o desestructurar pensamientos automáticos negativos, catastróficos y pesimistas sobre el futuro (5). Además, se debe tener un enfoque de apoyo con intervenciones psicoterapéuticas centradas en la recuperación del sentido de autonomía y un particular énfasis en favorecer la aceptación de la pérdida (5). En este grupo resalta la terapia de procesamiento cognitivo (CPT, por sus siglas en inglés), pues está enfocada en el trauma, tiene por objetivo resolver las creencias y atribuciones disfuncionales relacionadas con el evento traumático; por ejemplo, creencias relacionadas con la COVID-19 podrían ser "si salgo, me enfermaré y moriré" o "estoy completamente impotente, no puedo hacer nada", para luego ser confrontadas por medio de la consideración de probabilidades,

sopesar la evidencia, revisar excepciones, reconocer patrones de pensamiento problemáticos como el “salto a conclusiones” (32). Otros tipos de terapia que se podrían implementar son la desensibilización y re-procesamiento por movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés) para TEPT. Las terapias mencionadas se complementan con tratamiento psicofarmacológico, principalmente con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o noradrenalina (ISRS/ISRN), durante 6 a 12 meses para prevenir recaídas y recurrencia de síntomas (5).

Las medidas que pueden tener impacto para afrontar las dificultades propias del servicio estarán encaminadas en reflexionar y aprender de las experiencias difíciles para crear una narración significativa en lugar de traumática (11), dentro de lo cual está compartir la experiencia con un compañero, implementar de forma sistemática y organizada horarios de descanso, además de eventos en los que los esfuerzos que se aprecien y se reconozcan verbalmente de manera continua (5).

Es importante traducir el conocimiento científico en medidas pragmáticas de salud pública de forma oportuna, así como preparar a la comunidad para prevenir y mitigar las secuelas neuropsiquiátricas de un brote; esto representa un paso crucial para reducir las consecuencias y costos a largo plazo (tabla 1) (5). Al desarrollar estrategias de salud mental se deben considerar tres factores principales: 1) contar con equipos multidisciplinarios de salud mental que incluyen psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, psicólogos clínicos y otros profesionales de la salud mental; 2) tener una comunicación clara, que implica actualizaciones periódicas y precisas en el brote de COVID-19; y 3) establecer servicios de asesoramiento psicológico vía telemedicina (11,33-35). Mientras que las intervenciones se deberían desarrollar sobre tres ejes clave: 1) comprender el estado de salud mental en diferentes poblaciones afectadas por el brote de COVID-19; 2) identificar las personas con alto riesgo de suicidio y agresión; 3) proporcionar adecuadas intervenciones

psicológicas para los necesitados (26). Otra recomendación útil es la priorización o jerarquización de las intervenciones, con lo cual las poblaciones se podrían clasificar en cuatro niveles (26): Nivel 1, incluye a aquellos que son más vulnerables a problemas de salud mental —pacientes hospitalizados con infección confirmada o condición física grave, profesionales de salud de primera línea y personal administrativo—; Nivel 2, pacientes aislados con síntomas de infección, contactos cercanos y pacientes en clínicas donde se atiendan los brotes; Nivel 3, individuos con contactos cercanos en los niveles 1 y 2, es decir, familiares, colegas, amigos y rescatistas voluntarios; Nivel 4, personas que son involucradas en las medidas de prevención y control de la epidemia, por ejemplo, personas sanas durante el aislamiento social (26).

Teniendo en cuenta que el tiempo de confinamiento en un brote se puede utilizar para generar cambios positivos en estilos de vida más saludables y mejorar las relaciones interfamiliares, se pueden

**TABLA 1.** Recomendaciones en salud mental durante la pandemia de COVID-19.

Recomendación	Objetivo
Proporcionar información útil (5,36).	Es importante que las personas entiendan los datos correctamente, para reducir el exceso de estrés (por ejemplo, ansiedad, depresión, etc.) provocado por una percepción inapropiada (37).
Trabajar con funcionarios de salud pública para formular comunicaciones apropiadas a la cultura de la población, con el fin de movilizar a una preparación sin generar el pánico (5,36).	Entregar información permanente sobre el progreso de las medidas definidas puede disminuir efectivamente el estrés y concientizar a sobre la participación pública (37).
Trabajar con funcionarios de salud pública y entidades de salud para proporcionar apoyo a los pacientes en cuarentena y/o aislamiento social (5,36).	Asegurar el suministro de servicio de tratamiento médico. Es fundamental establecer un servicio médico para tratar la enfermedad e informar para que la población sepa cómo acceder a él. Las personas pueden obtener ayuda a tiempo si están infectadas y mejorar su sentido de control sobre los riesgos, para evitar la percepción excesiva de riesgo social (37).
Trabajar con funcionarios y entidades de salud locales para garantizar apoyo psicosocial y de otro tipo para el personal de salud (5,36).	Proporcionar más servicios de entretenimiento para mejorar la calidad de vida. Las personas pueden estar más dispuestas a cooperar cuando se satisfacen sus necesidades vitales y de entretenimiento, como compras en línea, entretenimientos, etc. (37).

**FUENTE:** Autores, a partir de Huremovic (5); Manderscheid (36); Li y colaboradores (37).

**CUADRO 1.** Recomendaciones para enfrentar el estrés.**En lo posible, continuar con las rutinas habituales**

- Mantenerse ocupado y concentrarse en las actividades diarias.
- Distribuir el tiempo para comer, hacer ejercicio y descansar.
- Evitar drogas psicoactivas y alcohol.
- Mantenerse en contacto con familia y amigos.
- No saturarse de información sobre la pandemia.
- Prestar atención a la información sobre cómo permanecer saludable y seguro.
- Tratar de hablar con alguien sobre sus sentimientos, si se tiene miedo o si se está preocupado.

**Considere la respuesta de los niños**

- Expresar sentimientos en conjunto, como familia, y explicar que las personas se pueden sentir preocupadas, lo cual es normal cuando se vive una situación estresante.
- Darles información que puedan entender.
- Hay que comunicarles que como familia se protegerán y transmitirles seguridad.
- Expresarles cariño, abrazarlos con bastante frecuencia.
- Mantener sus rutinas con risas y juegos.
- Enseñarles hábitos de autocuidado frente a la enfermedad infecciosa, como el lavado de las manos.

**FUENTE:** Autores, a partir de Elizarrarás-Rivas y colaboradores (38).

diseñar campañas de salud mental encaminadas a fortalecer esta área y que estos cambios se puedan mantener en el tiempo (27). En este momento, la población general que se encuentra confinada en sus residencias y en especial los profesionales de la salud, el personal de apoyo, administrativo y de servicios generales de las entidades de salud que enfrentan en la primera línea de combate a la COVID-19 tienen una alta demanda de trabajo, una gran incertidumbre y miedo, elevada exposición al virus y al ambiente hospitalario, agravado por la estigmatización asociada a la condición de trabajador de la salud, las obligaciones familiares y la demanda de atención a las manifestaciones emocionales de los pacientes y sus familiares, hace que este grupo poblacional ponga a prueba su capacidad de resiliencia ante la adversidad presente. Se conoce que esta situación de pandemia puede desencadenar diversas reacciones cognitivas, comportamentales, afectivas y físicas en el personal sanitario, que van a necesitar ayuda psicológica y/o psiquiá-

trica. Por lo anterior, se requiere que dicho personal cuide su salud mental y no dude en acudir a los servicios de salud mental que por telemedicina ofrecen en la actualidad la mayor parte de las aseguradoras en salud (Cuadro 1).

**CONCLUSIONES**

Las pandemias, con el aislamiento social subsecuente, han impactado de forma significativa la salud mental, tanto durante como después del brote, con respuestas emocionales patológicas mantenidas a largo plazo, enmarcadas en trastornos mentales con alta discapacidad, como el TEPT, el TDM y los trastornos de ansiedad, principalmente. La actual pandemia emergente de la COVID-19 implicará un aumento en la psicopatología de la población general, en especial de los trabajadores de la salud, generando un segundo brote o epidemia sobre la salud mental de los mismos, por lo cual resulta imprescindible implementar estrategias encaminadas a anticipar dicho

impacto, en las que se haya priorizado conforme a la identificación de las poblaciones vulnerables o de alto riesgo. Dentro de las intervenciones tempranas están los primeros auxilios psicológicos y grupos de apoyo multidisciplinarios para luego complementarse con terapias de corte cognitivo-conductual centradas en el trauma.

**Conflicto de intereses**

Ninguno declarado por los autores.

**Financiación**

Ninguna.

**Agradecimientos**

Ninguno.

**Contribución de los autores**

**J R-O, D C-Q, C L-C, F Y-C y F E-C.** Contribución en la búsqueda, análisis de la literatura médica referenciada y participación en la elaboración del artículo.

**REFERENCIAS**

1. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry*. 2020:20764020915212. DOI: 10.1177/0020764020915212.
2. Wu KK, Chan SK, Ma TM. Posttraumatic stress after SARS. *Emerg Infect Dis*. 2005;11(8):1297-300. DOI: 10.3201/eid1108.041083.
3. Mak IW, Chu CM, Pan PC, Yiu MG, Chan VL. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(4):318-26. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2009.03.001.
4. Kim H-C, Yoo S-Y, Lee B-H, Lee SH, Shin H-S. Psychiatric findings in suspected and confirmed middle east respiratory syndrome patients

- quarantined in hospital: A Retrospective chart analysis. *Psychiatry Investig.* 2018;15(4):355-60. DOI: [10.30773/pi.2017.10.25.1](https://doi.org/10.30773/pi.2017.10.25.1).
5. Huremovic D. Psychiatry of pandemics: A mental health response to infection outbreak. Switzerland: Springer International Publishing; 2019. DOI: [10.1007/978-3-030-15346-5](https://doi.org/10.1007/978-3-030-15346-5).
  6. Styra R, Hawryluck L, Robinson S, Kasapinovic S, Fones C, Gold WL. Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak. *J Psychosom Res.* 2008;64(2):177-83. DOI: [10.1016/j.jpsychores.2007.07.015](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.07.015).
  7. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(5). DOI: [10.3390/ijerph17051729](https://doi.org/10.3390/ijerph17051729).
  8. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(4):e15-e6. DOI: [10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X).
  9. Chan AO, Huak CY. Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occup Med (Lond).* 2004;54(3):190-6. DOI: [10.1093/occmed/kqh027](https://doi.org/10.1093/occmed/kqh027).
  10. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ.* 2020;368:m1211. DOI: [10.1136/bmj.m1211](https://doi.org/10.1136/bmj.m1211).
  11. Xiang YT, Jin Y, Cheung T. Joint international collaboration to combat mental health challenges during the coronavirus disease 2019 pandemic. *JAMA Psychiatry.* 2020. DOI: [10.1001/jamapsychiatry.2020.1057](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1057).
  12. Peng EY, Lee MB, Tsai ST, Yang CC, Morisky DE, Tsai LT, et al. Population-based post-crisis psychological distress: an example from the SARS outbreak in Taiwan. *J Formos Med Assoc.* 2010;109(7):524-32. DOI: [10.1016/S0929-6646\(10\)60087-3](https://doi.org/10.1016/S0929-6646(10)60087-3).
  13. Lee SM, Kang WS, Cho AR, Kim T, Park JK. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Compr Psychiatry.* 2018;87:123-7. DOI: [10.1016/j.comppsy.2018.10.003](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.003).
  14. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open.* 2020;3(3):e203976. DOI: [10.1001/jamanetworkopen.2020.3976](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976).
  15. Chua SE, Cheung V, Cheung C, McAlonan GM, Wong JWS, Cheung EPT, et al. Psychological effects of the sars outbreak in hong kong on high-risk health care workers. *Can J Psychiatry.* 2004;49(6):391-3. DOI: [10.1177/070674370404900609](https://doi.org/10.1177/070674370404900609).
  16. Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry.* 2009;54(5):302-11. DOI: [10.1177/070674370905400504](https://doi.org/10.1177/070674370905400504).
  17. Luyt CE, Combes A, Becquemin MH, Beigelman-Aubry C, Hatem S, Brun AL, et al. Long-term outcomes of pandemic 2009 influenza A(H1N1)-associated severe ARDS. *Chest.* 2012;142(3):583-92. DOI: [10.1378/chest.11-2196](https://doi.org/10.1378/chest.11-2196).
  18. Altena E, Baglioni C, Espie CA, Ellis J, Gavriloff D, Holzinger B, et al. Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy. *J Sleep Res.* 2020. DOI: [10.1111/jsr.13052](https://doi.org/10.1111/jsr.13052).
  19. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(3):228-9. DOI: [10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8).
  20. Mowbray H. In Beijing, coronavirus 2019-nCoV has created a siege mentality. *BMJ.* 2020;368:m516. DOI: [10.1136/bmj.m516](https://doi.org/10.1136/bmj.m516).
  21. Park JS, Lee EH, Park NR, Choi YH. Mental health of nurses working at a government-designated hospital during a MERS-CoV outbreak: A Cross-sectional study. *Arch Psychiatr Nurs.* 2018;32(1):2-6. DOI: [10.1016/j.apnu.2017.09.006](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.006).
  22. Qureshi K, Gershon RR, Sherman MF, Straub T, Gebbie E, McCollum M, et al. Health care workers' ability and willingness to report to duty during catastrophic disasters. *J Urban Health.* 2005;82(3):378-88. DOI: [10.1093/jurban/jti086](https://doi.org/10.1093/jurban/jti086).
  23. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2020;74(4):281-2. DOI: [10.1111/pcn.12988](https://doi.org/10.1111/pcn.12988).
  24. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet.* 2020;395(10227):912-20. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
  25. Y Zhang C, Yang L, Liu S, Ma S, Wang Y, Cai Z, et al. Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak. *Front Psychiatry.* 2020;11. DOI: [10.3389/fpsy.2020.00306](https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00306).
  26. Li W, Yang Y, Liu ZH, Zhao YJ, Zhang Q, Zhang L, et al. Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *Int J Biol Sci.* 2020;16(10):1732-8. DOI: [10.7150/ijbs.45120](https://doi.org/10.7150/ijbs.45120).
  27. Lau JT, Yang X, Tsui HY, Pang E, Wing YK. Positive mental health-related impacts of the SARS epidemic on the general public in Hong Kong and their associations with other negative impacts. *J Infect.* 2006;53(2):114-24. DOI: [10.1016/j.jinf.2005.10.019](https://doi.org/10.1016/j.jinf.2005.10.019).
  28. Minihan E, Gavin B, Kelly BD, McNicholas F. Covid-19, mental health and psychological first aid. *Irish J Psychol Med.* 2020;1-12. DOI: [10.1017/ipm.2020.41](https://doi.org/10.1017/ipm.2020.41).
  29. Fox JH, Burkle FM, Bass J, Pia FA, Epstein JL, Markenson D. The effectiveness of psychological first aid as a disaster intervention tool: Research analysis of peer-reviewed literature from 1990-2010. *Disaster Med Public Health Prepar.* 2012; 6(03), 247-52. DOI: [10.1001/dmp.2012.39](https://doi.org/10.1001/dmp.2012.39).
  30. Flanagan E, Chadwick R, Goodrich J, Ford C, Wickens R. Reflection for all healthcare staff: A national evaluation of Schwartz Rounds. *J Interprof Care.* 2020;34(1):140-2. DOI: [10.1080/13561820.2019.1636008](https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636008).
  31. Roberts M. Balint groups: a tool for personal and professional resilience. *Can Fam Physician.* 2012;58(3):245-7.
  32. Moring JC, Dondanville KA, Fina BA, Hassija C, Chard K, Monson, et al. Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder via telehealth: Practical considerations during the COVID-19 pandemic. *J Traum Stress.* 2020. DOI: [10.1002/jts.22544](https://doi.org/10.1002/jts.22544).

33. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Braz J Psychiatry*. 2020. DOI:10.1590/1516-4446-2020-0008.
34. Ohannessian R, Duong TA, Odone A. Global telemedicine implementation and integration within health systems to fight the COVID-19 pandemic: A call to action. *JMIR Public Health Surveill*. 2020;6(2):e18810. DOI: 10.2196/18810.
35. Moazzami B, Razavi-Khorasani N, Dooghaie Moghadam A, Farokhi E, Rezaei N. COVID-19 and telemedicine: Immediate action required for maintaining healthcare providers well-being. *J Clin Virol*. 2020;126:104345. DOI: 10.1016/j.jcv.2020.104345.
36. Manderscheid RW. Preparing for pandemic Avian influenza: ensuring mental health services and mitigating panic. *Arch Psychiatr Nurs*. 2007;21(1):64-7. DOI: 10.1016/j.apnu.2006.10.003.
37. Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The Impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: A study on active Weibo users. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(6). DOI: 10.3390/ijerph17062032.
38. Elizarrarás-Rivas J, Vargas-Mendoza JE, Mayoral-García M, Matadamas-Zárate C, Elizarraras-Cruz A, Taylor M, et al. Psychological response of family members of patients hospitalised for influenza A/H1N1 in Oaxaca, Mexico. *BMC Psychiatry*. 2010;10:104. DOI: 10.1186/1471-244X-10-104.