

Estado: El preprint ha sido publicado como artículo en una revista

CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA COVID 19 EN LA SALUD MENTAL ASOCIADAS AL AISLAMIENTO SOCIAL

Jairo Ramírez-Ortiz, Diego Castro-Quintero, Carmen Lerma-Córdoba, Francisco Yela-Ceballos, Franklin Escobar-Córdoba

DOI: 10.1590/SciELOPreprints.303

Este preprint fue presentado bajo las siguientes condiciones:

- Los autores declaran que son conscientes de que son los únicos responsables del contenido del preprint y que el depósito en SciELO Preprints no significa ningún compromiso por parte de SciELO, excepto su preservación y difusión.
- Los autores declaran que la investigación que dio origen al manuscrito siguió buenas prácticas éticas y que las aprobaciones necesarias de los comités de ética de investigación se describen en el manuscrito, cuando corresponda.
- Los autores declaran que se obtuvieron los términos necesarios del consentimiento libre e informado de los participantes o pacientes en la investigación y se describen en el manuscrito, cuando corresponde.
- Los autores declaran que la preparación del manuscrito siguió las normas éticas de comunicación científica.
- Los autores declaran que el manuscrito no fue depositado y/o previamente puesto a disposición en otro servidor de preprints.
- El autor que presenta declara que todos los autores responsables de la preparación del manuscrito están de acuerdo con este depósito.
- Los autores declaran que en el caso de que este manuscrito haya sido enviado previamente a una revista y esté siendo evaluado, han recibido el consentimiento de la revista para realizar el depósito en el servidor de SciELO Preprints.
- Los autores declaran que si el manuscrito se publicará en el servidor SciELO Preprints, estará disponible bajo licencia [Creative Commons CC-BY](#).
- El manuscrito depositado está en formato PDF.
- El autor que hace el envío declara que las contribuciones de todos los autores están incluidas en el manuscrito.
- Si el manuscrito está siendo revisado y publicado por una revista, los autores declaran que han recibido autorización de la revista para hacer este depósito.

Enviado en (AAAA-MM-DD): 2020-05-02

Postado en (AAAA-MM-DD): 2020-09-08

**CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA SALUD
MENTAL ASOCIADAS AL AISLAMIENTO SOCIAL**

**CONSEQUENCES OF THE COVID-19 PANDEMIC IN MENTAL
HEALTH ASSOCIATED WITH SOCIAL ISOLATION**

Jairo Ramírez-Ortiz ^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0002-0232-4071>

Diego Castro-Quintero ¹, <https://orcid.org/0000-0001-8589-8427>

Carmen Lerma-Córdoba ¹, <https://orcid.org/0000-0002-4863-2504>

Francisco Yela-Ceballos ¹, <https://orcid.org/0000-0001-6982-3775>

Franklin Escobar-Córdoba^{1,2,3} <https://orcid.org/0000-0002-0561-4883>

¹ Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría. Sede Bogotá D.C., Colombia.

² Hospital Universitario Nacional de Colombia, Bogotá D.C., Colombia

³ Fundación Sueño Vigilia Colombiana. Bogotá D. C, Colombia

Correspondencia: Prof. F. Escobar-Córdoba. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Oficina 202, Facultad de Medicina, Campus Universitario. Tel. 3165000 Ext. 15117-15187 - Telefax: 57 (1) 6036282 - Bogotá DC. - Colombia. E-mail: feescobarc@unal.edu.co

Resumen

La pandemia por coronavirus 2019 (COVID-19) es una emergencia de salud pública de preocupación internacional, con impactos sin precedentes en el siglo XXI y hoy representa un gran desafío a la salud mental. Estudios en epidemias anteriores han revelado una profunda y amplia gama de consecuencias psicosociales a nivel individual y comunitario durante los brotes. Son múltiples las alteraciones psicológicas asociadas que van desde síntomas aislados hasta trastornos complejos con un deterioro marcado de la funcionalidad, tales como insomnio, ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático. En este contexto es necesario que las entidades de salud mental desarrollen estrategias que permitan reaccionar con destreza y que logren un soporte al personal de salud y a la población afectada, en aras de reducir el desarrollo del impacto psicológico y de los síntomas psiquiátricos. Este artículo de reflexión tiene por objetivo, mostrar las posibles consecuencias en la salud mental de la población que pueden llegar a suceder como resultado del aislamiento social debido a la pandemia del COVID-19.

Palabras Claves

Pandemias; Aislamiento Social; Infecciones por Coronavirus; Trastornos de Ansiedad; Depresión; Trastornos por Estrés Postraumático (DeCS).

Summary

The 2019 coronavirus pandemic (COVID-19) is a public health emergency of international concern, with unprecedented impacts in the 21st century and today represents a major challenge to mental health. Research in past epidemics has revealed a deep and wide range of psychosocial consequences at the individual and community levels during outbreaks. 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 with skill and to achieve support for health personnel and the affected population, in order to reduce the development of psychological impacts and psychiatric symptoms. The purpose of this reflection article is to show the possible consequences on the mental health of the population that may happen as a result of social isolation due to the COVID-19 pandemic.

Key words

Pandemics; Social Isolation; Coronavirus Infections; Anxiety Disorders; Depression; Stress Disorders, Post-Traumatic (MeSH)

INTRODUCCIÓN

La ineludible atención en la transmisión y repercusiones físicas del COVID-19 en el mundo probablemente pueden minimizar el interés público de las consecuencias psicosociales que se están presentando en las personas afectadas 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, teniendo como referentes 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 son equiparables a la pandemia actual, se pudo evidenciar que cerca del 35% de los sobrevivientes del primer brote reportaron 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 de una intervención psiquiátrica. (4)

De por sí las personas que están aislamiento social, con movilidad restringida y pobre contacto con los demás son vulnerables a presentar 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 funcionamiento 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 presentar 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 lo

es 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 debe estar dirigido a las poblaciones vulnerables, incluyendo 1) enfermos y sus familias, 2) personas con condiciones médicas preexistentes físicas y/o mentales, 3) trabajadores de la salud, especialmente enfermeras y médicos que trabajan directamente con pacientes y en cuarentena. (1) Cabe mencionar que los pacientes con antecedentes de enfermedad mental requieren especial atención, (7) pues la interrupción en el cumplimiento del tratamiento secundario 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, que se traduce en riesgo de violación de las medidas destinadas a controlar el brote. (8)

Otro grupo muy afectado es el personal de salud, en quienes se ha visto la aparición de trastornos mentales posterior a un brote, 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, separación de seres queridos impuesta en algunas ocasiones por el compromiso social; la exposición directa a la enfermedad, miedo a contraer la infección mientras prestan el servicio, (8, 10) dilemas éticos en relación a la asignación de recursos escasos a pacientes igualmente necesitados y brindar 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 que pueden llegar a suceder como resultado del aislamiento social obligatorio debido a la pandemia del COVID-19.

RESULTADOS

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 reportaron síntomas psiquiátricos luego de la epidemia. (13) Así mismo, se halló que el 20% de los médicos y enfermeras sufrieron TEPT, 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 reportó que el 89% de los trabajadores de la salud que se encontraban en situaciones de alto riesgo informaron 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) 30 meses posterior al SARS-CoV la prevalencia de los trastornos mentales en el último mes fue de 33.3%, siendo el TEPT el diagnóstico más prevalente (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 de un solo paciente con SARS-CoV vs cuidar de 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 estos 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, mantuvieron la sintomatología para el año 2006, 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 del 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. Ésa 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 en un 7% después de un brote. (20) Otros estudios mostraron que el 10-35% de los sobrevivientes del SARS-CoV reportaron tener 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 apoyo social. (20)

La estigmatización se ha reportado en 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 salud presentó sensaciones similares al interactuar con la población. (21)

La disposición y capacidad para presentarse a trabajar durante eventos catastróficos, en una encuesta realizada a personal médico en New York (22) se reportó que los profesionales se presentarían a trabajar al servicio de salud en mayor proporción en eventos como una tormenta de nieve (80%), 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 personal de riesgo y hacia la familia, es uno de los factores que más influyen en disminución de la voluntad para reportarse a trabajar en tales situaciones. (22)

Tanto en el brote del SARS-CoV como en la actual epidemia del COVID-19, se puede encontrar que uno de los factores que influyen en la alta tasa de reacciones de ajuste y morbilidades psiquiátricas se encuentra la

presencia de un nuevo virus de comportamiento impredecible y altamente contagioso que ha requerido aislamiento social obligatorio, (9) las amenazas inminentes a sus vidas y salud física en lo que respecta al personal de salud, así como miedos de una infección cruzada a familia y amigos. Además, los médicos durante su práctica se exponen a dilemas profesionales debido 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 de aquellos con trastornos mentales preexistentes, (23) a saber, 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 desórdenes 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)

En una encuesta online reciente del 31 de enero al 2 de febrero de 2020, (n=1210) en 194 ciudades en China, el impacto psicológico se evaluó mediante Impact of Event Scale-Revised, y el estado de salud mental se evaluó mediante Depression, Anxiety and Stress Scale. (7) Reportándose que el 53.8% de los evaluados calificó el impacto psicológico del brote como moderado o severo; el 16.5% síntomas depresivos moderados a severos; el 28,8% síntomas de ansiedad moderada a severa; y el 8.1% niveles de estrés moderados a severos. (7) La mayoría de los encuestados

(84,7%) pasaron 20-24 horas/día en casa; el 75.2 % estaban preocupados de que sus familiares adquirieran el COVID-19 y el 75.1% estaban satisfechos con la cantidad de información de salud disponible (7).

Un 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) Otra encuesta al final de fecha similar encontró que la prevalencia de mala calidad del sueño en los profesionales de atención médica de primera línea era del 18,4%. (25) Un estudio con (n=1563) profesionales de la salud encontró que más de la mitad (50.7%) de los participantes reportaban síntomas depresivos, 44.7% de ansiedad, y 36.1% trastornos del sueño. (26)

En un estudio transversal con (n=1257) 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, se 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% presentaba alteraciones moderadas (PHQ-9 promedio:9.0) y el 6.2% presentaba alteraciones graves (PHQ-9 promedio:15.1) inmediatamente después de la epidemia. (14) Además, el 36,3% había accedido a materiales 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 reportar 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 reportó que el 60% se preocupaban más por los sentimientos de los miembros de sus familias y 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 a 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" o mejor dicho esperable las reacciones de estrés o duelo. (5) Así mismo incentivar y apoyar el pensamiento de corte positivo sobre el futuro y educar en técnicas para disminuir 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 (28) y grupos Balint. (29) 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 a 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)

Dentro de las medidas que se pueden implementar a largo plazo o después de un brote, están 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, 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) Otros tipos de terapia que se podrían implementar son la desensibilización y reprocesamiento 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)

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 se aprecie y se reconozca continuamente de forma verbal los esfuerzos. No menos importante es la

inclusión de diferentes líderes espirituales en el acompañamiento de los trabajadores de salud. (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) Tres factores principales deben ser considerados al desarrollar estrategias de salud mental: 1) Equipos multidisciplinarios de salud mental que incluyen psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, psicólogos clínicos y otros profesionales de la salud mental; 2) Comunicación clara que implica actualizaciones periódicas y precisas en el brote de COVID-19; y 3) Establecer servicios de asesoramiento psicológico vía Telesalud. (11, 30-32) Mientras que las intervenciones se deberían desarrollar sobre tres ejes claves: 1) Comprender el estado de salud mental en diferentes poblaciones influenciadas por el brote de COVID-19. 2) Identificar a 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 La población incluye a aquellos que son más vulnerables a problemas de salud mental, como pacientes hospitalizados con infección confirmada o condición física severa, profesionales de salud de primera línea y personal administrativo. Nivel 2 Incluye pacientes aislados con síntomas de infección y contactos cercanos y pacientes en clínicas donde se atiendan los brotes. Nivel 3 Incluye aquellos individuos con contactos cercanos en los niveles 1 y 2, es decir, familiares, colegas, amigos y rescatistas voluntarios que participa en la respuesta epidémica. (26) Nivel 4 La población incluye a

las personas afectadas por las medidas de prevención y control de epidemias, personas susceptibles y el público. (26)

Tabla 1. Recomendaciones en salud mental durante la pandemia COVID-19

Proporcionar información útil (5, 33).	Es importante que las personas entiendan los datos correctamente para reducir el exceso de estrés (p. ej., ansiedad, depresión, etc.) provocadas por una percepción inapropiada. (34)
Trabajar con funcionarios de salud pública para formular comunicaciones apropiadas a la cultura de la población, y así motivar como movilizar para una preparación sin generar el pánico. (5, 33)	Expandir conciencia y participación pública del progreso continuo en las medidas de toma de decisiones. Ya que la indignación puede venir principalmente por errores y deficiencias en la prevención y el control de la epidemia. (34)
Trabajar con funcionarios de salud pública y entidades de salud para proporcionar apoyo a los pacientes en cuarentena y/o aislamiento social. (5, 33)	Asegurar el suministro de servicio de tratamiento médico. Es fundamental establecer un servicio médico para tratar la enfermedad y dejar que las personas sepan cómo acceder a él. Las personas pueden obtener ayuda a tiempo si están infectadas. Puede mejorar sentido de control de las personas sobre los riesgos, evitando así la percepción excesiva de riesgo social. (34)
Trabajar con funcionarios y entidades de salud locales para garantizar apoyo psicosocial y de otro tipo para el personal de salud. (5, 33)	Proporcionar más servicios de entretenimiento en la puerta para abordar la buena calidad de vida. Las personas pueden estar más dispuestas a cooperar cuando se cumplen sus requisitos de vida y entretenimiento, como compras en línea, entretenimientos. (34)

Teniendo en cuenta que el tiempo de confinamiento en un brote puede ser utilizado para generar cambios positivos en estilos de vida más saludables y mejorar las relaciones interfamiliares; se pueden 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 al COVID-19 tienen una alta demanda de trabajo, una gran incertidumbre y miedo, elevada exposición al virus agresor 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 coloque 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 de ayuda psicológica y/o psiquiátrica. Por lo anterior, se requiere que el personal de salud cuide de 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 (Tabla 2).

Tabla 2. Recomendaciones para enfrentar el estrés. (35)

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.
 Dar información que puedan entender.
 Hay que comunicar que como familia se protegerán y transmitir seguridad.
 Expresar cariño – abrazarlos con bastante frecuencia.
 Mantener sus rutinas con risas y juegos.
 Enseñar hábitos de autocuidado frente a la enfermedad infecciosa como el lavado de las manos.

CONCLUSIONES

Las pandemias con el aislamiento social subsecuente han impactado de forma significativa en 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 del 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 importante para lo cual resulta imprescindible el desarrollo de estrategias dirigidas a la preparación, educación y fortalecimiento de la salud mental de la población afectada.

CONTRIBUCION DE LOS AUTORES

Todos los autores contribuyeron en la búsqueda y análisis de la literatura médica referenciada y participaron en la elaboración del escrito.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno declarado por los autores.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

AGRADECIMIENTOS

Ninguno.

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 Mar 31:20764020915212. PubMed PMID: 32233719. Epub 2020/04/03.
2. Wu KK, Chan SK, Ma TM. Posttraumatic stress after SARS. *Emerg Infect Dis*. 2005 Aug;11(8):1297-300. PubMed PMID: 16102324. PMCID: PMC3320475. Epub 2005/08/17. eng.
3. Mak IW, Chu CM, Pan PC, Yiu MG, Chan VL. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009 Jul-Aug;31(4):318-26. PubMed PMID: 19555791. PMCID: PMC7112501. Epub 2009/06/27.
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 4;15(4):355-60.
5. Huremovic D. *Psychiatry of pandemics : a mental health response to infection outbreak*. 2019. English.
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 Feb;64(2):177-83. PubMed PMID: 18222131. PMCID: PMC7094601. Epub 2008/01/29.
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 Mar 6;17(5). PubMed PMID: 32155789. PMCID: PMC7084952. Epub 2020/03/12.
 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 Apr;7(4):e15-e6. PubMed PMID: 32085839. PMCID: PMC7129426. Epub 2020/02/23.
 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 May;54(3):190-6. PubMed PMID: 15133143. PMCID: PMC7107861. Epub 2004/05/11.
 10. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ.* 2020 Mar 26;368:m1211. PubMed PMID: 32217624. Epub 2020/03/29.
 11. Xiang YT, Jin Y, Cheung T. Joint International Collaboration to Combat Mental Health Challenges During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Psychiatry.* 2020 Apr 10. PubMed PMID: 32275289. Epub 2020/04/11. eng.
 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 Jul;109(7):524-32. PubMed PMID: 20654792. PMCID: PMC3106105. Epub 2010/07/27.
 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 Nov;87:123-7. PubMed PMID: 30343247. PMCID: PMC7094631. Epub 2018/10/22. eng.
 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 Mar 2;3(3):e203976. PubMed PMID: 32202646. PMCID: PMC7090843. Epub 2020/03/24. eng.
 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. *The Canadian Journal of Psychiatry.* 2004 2004/06/01;49(6):391-3.
 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

May;54(5):302-11. PubMed PMID: 19497162. PMCID: PMC3780353. Epub 2009/06/06. eng.

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 Sep;142(3):583-92. PubMed PMID: 22948576. Epub 2012/09/06. eng.

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 Apr 4. PubMed PMID: 32246787. Epub 2020/04/05. eng.

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 Mar;7(3):228-9. PubMed PMID: 32032543. PMCID: PMC7128153. Epub 2020/02/08. eng.

20. Mowbray H. In Beijing, coronavirus 2019-nCoV has created a siege mentality. *Bmj*. 2020 Feb 7;368:m516. PubMed PMID: 32033967. Epub 2020/02/09. eng.

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 Feb;32(1):2-6. PubMed PMID: 29413067. PMCID: PMC7127092. Epub 2018/02/08. eng.

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 Sep;82(3):378-88. PubMed PMID: 16000654. PMCID: PMC3456052. Epub 2005/07/08.

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 Apr;74(4):281-2. PubMed PMID: 32034840. Epub 2020/02/09. eng.

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.

25. Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020 Apr;7(4):e21. PubMed PMID: 32199510. Epub 2020/03/23.

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. PubMed PMID: 32226291. PMCID: PMC7098037. Epub 2020/04/01. eng.

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 Aug;53(2):114-24. PubMed PMID: 16343636. PMCID: PMC7132442. Epub 2005/12/14.

28. 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 Jan-Feb;34(1):140-2. PubMed PMID: 31390225. Epub 2019/08/08. eng.

29. Roberts M. Balint groups: a tool for personal and professional resilience. *Can Fam Physician.* 2012;58(3):245-7. PubMed PMID: 22423015. eng

fre.

30. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Braz J Psychiatry.* 2020 Apr 3. PubMed PMID: 32267343. Epub 2020/04/09.

31. 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 Apr 2;6(2):e18810. PubMed PMID: 32238336. PMCID: PMC7124951. Epub 2020/04/03. eng.

32. 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 Apr 4;126:104345. PubMed PMID: 32278298. PMCID: PMC7129277. Epub 2020/04/12. eng.

33. Manderscheid RW. Preparing for pandemic Avian influenza: ensuring mental health services and mitigating panic. *Arch Psychiatr Nurs.* 2007 Feb;21(1):64-7. PubMed PMID: 17258112. Epub 2007/01/30. eng.

34. 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 Mar 19;17(6). PubMed PMID: 32204411. Epub 2020/03/25.

35. Elizarraras-Rivas J, Vargas-Mendoza JE, Mayoral-Garcia M, Matadamas-Zarate 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 Dec 3;10:104. PubMed PMID: 21129214. PMCID: PMC3016311. Epub 2010/12/07. eng.