



4

Atención psicosocial durante la primera ola de la pandemia por COVID-19 en pacientes, familiares, sanitarios y población desde un hospital general

Beatriz Rodríguez Vega, Marta Torrijos Zarcero, Ainoa Muñoz-Sanjosé, Susana Cebolla, Ángela Palao Tarrero, Pablo Aguirre, Jesús Martí, Blanca Amador, Javier Curto, Laura Blanco, Daniel Fidel, Victoria Bonán, Cristina Rocamora, M^a Fe Bravo Ortiz



Beatriz Rodríguez Vega¹

**Marta Torrijos Zarcero², Ainoa Muñoz-Sanjosé¹, Susana Cebolla¹,
Ángela Palao Tarrero¹, Pablo Aguirre¹, Jesús Martí², Blanca Amador²,
Javier Curto¹, Laura Blanco³, Daniel Fidel³, Victoria Bonán¹,
Cristina Rocamora⁴, M^a Fe Bravo Ortiz¹**

¹Psiquiatra. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

²Psicólogo/a clínico. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

³Enfermero/a especialista en Salud Mental. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

⁴Psicóloga general sanitaria. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Índice

1. Introducción
2. Intervenciones “en contexto natural”
3. Medidas e indicadores de aplicabilidad
4. Datos de aplicabilidad
5. Discusión
6. Bibliografía

1. Introducción

España es uno de los cinco países que ha reportado más casos de COVID-19 en Europa (3.056.035 hasta el 14 de febrero de 2021); en abril del 2020, llegó a ser el segundo país con más muertes por coronavirus, solo por detrás de Bélgica. El 18 de enero de 2021, España se identificó como el cuarto país con más muertes por coronavirus. La Comunidad de Madrid ha sido el epicentro de la pandemia, especialmente durante la primera ola, cuando hubo 71.881 casos, 42.425 ingresos hospitalarios, 3.608 ingresos en unidades de cuidados intensivos (UCI) y 8.421 muertes¹. El Hospital Universitario La Paz es un hospital general público en Madrid (cubre un área de más de 500.000 personas y tiene alrededor de 7.390 trabajadores) fue reconvertido en un hospital para COVID-19 durante la crisis. Desde el 25 de febrero (fecha en que ingresó el primer caso) hasta el 19 de abril de 2020², ingresaron más de 2.200 pacientes con COVID-19 y la mayoría de las plantas fueron convertidas en plantas para COVID-19, las cirugías no urgentes se cancelaron y las camas de las UCI fueron cuadruplicadas.

La elevada tasa de casos en la Comunidad de Madrid conllevó una gran cantidad de estrés, especialmente para los profesionales sanitarios, quienes estaban a cargo de atender a las personas, pacientes y familiares, y a fin de cuentas, a toda la población, con recursos limitados. Basado en experiencias previas, la epidemia por sí sola y la implementación de medidas de control puede conducir a un miedo extendido en la población, y también a la estigmatización y exclusión social de los pacientes confirmados, sus familiares y el personal sanitario, lo que se asocia con consecuencias psicológicas y emocionales^{3,4}.

La cuarentena que se impuso trajo como consecuencia costes psicológicos derivados de la separación de los seres queridos, la pérdida de libertad, las preocupaciones por la familia y la propia seguridad, la frustración y el aburrimiento. Las consecuencias más severas han sido descritas entre el personal sanitario que tiene que hacer cuarentena y las personas que ya sufrían previamente trastornos psicológicos⁵.

De acuerdo con las recomendaciones realizadas por las Naciones Unidas, la necesidad de proveer una respuesta psicosocial coordinada que minimice el impacto psicosocial en los grupos de riesgo (pacientes y familiares, profesionales sanitarios, personas con problemas psicológicos previos) y en la población al completo debe ser integrada en un plan general para la prevención y el control de la pandemia y se debe adaptar dinámicamente a las diferentes fases⁶. El equipo de salud mental del Hospital La Paz se encargó de desarrollar estas acciones para el cuidado y el apoyo de pacientes y familiares y de los profesionales del hospital, en el contexto de la pandemia de COVID-19. Además, adaptó su actividad clínica habitual a través de teléfono y las videollamadas.

Diseñamos un grupo de acciones de acuerdo con nuestra experiencia clínica en situaciones

de epidemia y pandemia previas, como la del virus del Ébola en 2014⁷, datos de China⁸ y otras epidemias, como el síndrome respiratorio agudo severo (SARS)⁹ o el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS)¹⁰, y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud^{11,12} y las Naciones Unidas⁶.

Las guías internacionales recomiendan **compartir y publicar la experiencia** de los equipos de salud mental en estas situaciones de crisis, como mecanismo para reunir, movilizar y coordinar recursos^{11,13}.

Este informe resume el grupo de acciones realizadas “en contexto natural” y llevadas a cabo por el equipo de salud mental del Hospital La Paz en Madrid durante la primera ola de la pandemia de COVID-19, y aporta datos preliminares de la **aplicabilidad** de dichas acciones.

2. Intervenciones “en contexto natural”

El protocolo fue diseñado con la intención de amortiguar el impacto psicosocial que la fase aguda de la pandemia de COVID-19, desde febrero de 2020, tuvo en pacientes y familiares, profesionales sanitarios en primera línea y población general.

Un equipo compuesto por profesionales de psicología clínica, psiquiatría y enfermería de salud mental del Hospital Universitario La Paz implementó la intervención. El equipo estuvo también integrado con el resto de los servicios y especialidades del hospital, garantizando una aproximación multidisciplinar.

El Plan de Intervención de Salud Mental está compuesto por numerosas acciones dirigidas a diferentes poblaciones (Figura 1), que se detallan a continuación.

2.1. Acciones dirigidas a cuidar la salud mental de los pacientes ingresados por COVID-19

- Evaluación e intervención presencial o telefónica de los pacientes con síntomas de estrés, otra psicopatología o en riesgo de alteraciones emocionales.
- Videollamadas con familiares: a causa del aislamiento y confinamiento, a los familiares no se les permitía visitar y acompañar a los pacientes en el hospital, por lo que facilitamos la comunicación entre pacientes (con síntomas leves-moderados) y sus familiares a través de videollamadas.

Respuesta psicosocial integral a la crisis por COVID-19
en el Hospital Universitario La Paz

Profesionales

Familiares

Pacientes

Población general

Medios: entrevistas, vídeos breves mostrando nuestro trabajo, webinars

Llamadas de información y apoyo
a familiares en el Servicio de
Urgencias y UCIs

Atención a los usuarios
de los Centros
de Salud Mental

Encuentro *online*
diario de regulación
emocional

Intervenciones
basadas en
mindfulness in situ

Apoyo en
situaciones de duelo

Atención
individual a pacientes
hospitalizados

Atención individual
teléfono/video-
llamada o
presencialmente

Videollamada entre pacientes
y miembros de la familia

Encuentro *online*
de apoyo mutuo

Intervenciones para
ayudar a hacer
despedida

Curso online de
estrés agudo,
trauma y duelo

Grupos focales

Videos breves y
pancartas
informativas

Estudio
HEROES

F01

Figura 1.

Acciones del Plan
de Intervención de
Salud Mental.

COVID-19: enfermedad por coronavirus del 2019; UCI: unidades de cuidados intensivos.

2.2. Acciones dirigidas a los usuarios de los servicios de salud mental del área durante la pandemia COVID-19

Muchos de los pacientes que estaban previamente en tratamiento tuvieron grandes dificultades para acceder a los servicios de salud y eran más vulnerables a la pandemia y a sus consecuencias emocionales. Nuestro equipo tuvo que adaptar su método de trabajo para ser capaces de dar seguimiento a nuestros pacientes habituales. Al principio de la crisis, los seguimientos se hicieron fundamentalmente a través de llamadas telefónicas o videollamadas, compensando la reducción de los contactos presenciales¹⁴.

2.3. Acciones dirigidas a cuidar la salud mental de los familiares

- **Apoyo en proceso de duelo:** nuestro equipo desarrolló, junto al de cuidados paliativos del Hospital Universitario La Paz, un protocolo de atención al duelo para la pandemia COVID-19¹⁵. Fue habilitada una línea de teléfono específica para facilitar el contacto con el equipo. Los médicos informaban a los familiares del mal pronóstico del paciente y les ofrecían apoyo por parte de nuestro equipo. El equipo de salud mental apoyó a los familiares que afrontaban la pérdida de un ser querido, tanto en momentos previos al fallecimiento (duelo anticipado) como alrededor del momento del fallecimiento o después de este. El apoyo podía ser proporcionado por teléfono, videollamada o de manera presencial. Las intervenciones de presencia física fueron comunes cuando un miembro de la familia acudía

al hospital para despedirse de su ser querido. En esos casos, recibíamos a la persona afectuosamente, le acompañábamos desde la entrada del hospital hasta el lugar donde estaba su familiar, les explicábamos (junto con el equipo de enfermería) las normas de seguridad que tenían que seguir y les ayudábamos a vestirse con el equipo de protección para protegerse ellos mismos del virus. Les dejábamos solos con su ser querido, pero estábamos disponibles para entrar en la habitación si lo necesitaban. Le ofrecíamos al familiar una llamada de seguimiento algunos días después de ese encuentro para valorar la necesidad de seguimiento posterior.

- **Envío de cartas, fotos, audios o vídeos:** algunas personas no podían acudir al hospital para despedirse a causa de su propia situación de aislamiento o por miedo al contagio u otros impedimentos. En esos casos, tratábamos de realizar un papel mediador para facilitar las despedidas y el duelo posterior. Los familiares nos enviaban cartas, fotos, audios o grabaciones de vídeo dirigidas a sus seres queridos (a través de una cuenta de correo electrónico corporativa), y miembros de nuestro equipo se las leían o las mostraban a los pacientes, cualquiera que fuera su estado de consciencia.
- **Comunicación con familiares de pacientes** ingresados en el servicio de urgencias o en REAs: los médicos psiquiatras de nuestro equipo se coordinaban con los especialistas de urgencias y unidades nuevas de cuidados críticos para apoyarles en la comunicación con la familia sobre información médica o noti-

cias sobre la evolución de los pacientes, así como en la gestión de la respuesta empática a las reacciones de las familias.

2.4. Acciones dirigidas a cuidar la salud mental de los profesionales

- **Intervención breve in situ basada en mindfulness para los profesionales sanitarios:** se realizaron grupos de práctica de *mindfulness* y compasión de 5 a 10 minutos, llevadas a cabo por miembros del equipo de salud mental, supervisados por profesores de *mindfulness* certificados en programas estandarizados. Los miembros del equipo iban dos veces cada día a las UCI, a las plantas y al servicio de urgencias, para ofrecer y llevar a cabo esta intervención *in situ*, que era introducida a los profesionales, explicándoles algunos puntos clave para facilitar la aceptabilidad y la adherencia:
 - **El autocuidado** es realmente importante, porque los profesionales son los medios más valiosos que tiene el sistema para hacer frente a la crisis, y no es posible cuidar a otros si uno no se cuida a uno mismo.
 - **El entrenamiento de la mente y la regulación emocional** es tan importante como el que se realiza para ponerse y quitarse el equipo de protección individual.
 - Entrenar la habilidad para construir un espacio propio de respiración y calma, de pausa, incluso cuando en el exterior todo se mueve rápido y de forma confusa, es realmente

importante para tomar mejores decisiones y realizar acciones exitosas y, por lo tanto, para sentirse empoderado.

La presencia del equipo de salud mental en las plantas y UCI transmitía también de forma implícita que no estaban solos en la primera línea. En cada sesión, entrenábamos tres elementos: la atención focalizada, los movimientos conscientes y la actitud de compasión. Apoyar el bienestar y la salud mental de los profesionales sanitarios de primera línea requiere intervenciones *in situ*, proactivas y flexibles por parte de los equipos de salud mental¹⁶.

- **Llamadas y videollamadas** individuales para los profesionales sanitarios de primera línea: se estableció un número de teléfono y un correo electrónico corporativo para los profesionales que buscaran atención psicológica. Esto resultó un recurso muy valioso para los profesionales en cuarentena. Una vez que realizaban el primer contacto, el profesional y el psicólogo o psiquiatra del equipo tenían una videollamada o una cita telefónica para la evaluación, valorando cuándo era necesario iniciar la intervención. A veces, solo un encuentro fue suficiente para encontrar un renovado sentimiento de calma y autoeficacia para lidiar con la crisis.
- **Reuniones diarias** para compartir información sobre las intervenciones que sirvieron también como grupo de apoyo mutuo: reuniones *online*, de una hora de duración, vía Zoom de lunes a viernes, con más de 50 equipos de salud mental de toda España, para compartir experiencias, reflexiones, emociones y hacer un breve entrenamiento en intervencio-

nes cortas basadas en *mindfulness*. Se promovían sentimientos de humanidad compartida entre los profesionales.

- **Curso online de estrés agudo, trauma y duelo**, coorganizado por la Oficina Regional de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y el equipo de salud mental del Hospital La Paz: curso *online* de 12 horas dirigido a difundir entre los profesionales de salud mental los principios básicos de la intervención en crisis y las particularidades del estrés agudo, el trauma y el duelo.
- **Grupos focales** de reflexión con los profesionales sanitarios de primera línea. Se condujeron una serie de grupos de reflexión que sirvieron también como señal del final del periodo agudo de la crisis en la primera ola. Dos profesionales de salud mental del equipo condujeron cada grupo, que incluía diez participantes como máximo. Los protocolos internacionales recomiendan llevar a cabo este tipo de grupos de reflexión con el objetivo de analizar la experiencia vivida y aprender de ella^{17,18}. Estos grupos promueven el bienestar y las emociones saludables, e inspiran y guían a los profesionales para hacerse conscientes de posibles aprendizajes y del crecimiento personal durante la crisis. Por otro lado, estos grupos también sirvieron como espacios de detección de posibles necesidades físicas y psicológicas de los profesionales y, en base a ellas, diseñaron intervenciones psicosociales apropiadas para la segunda fase de la pandemia y para el futuro.
- **Recursos de autocuidado y manejo del estrés:** nuestro grupo desarrolló

y distribuyó guías y material digital con estrategias de manejo del estrés y promoción de la salud mental y el bienestar (por ejemplo, el vídeo informando sobre estrategias de autocuidado, disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=7-YvRoW1MtE> o meditaciones guiadas grabadas para practicar individualmente). Colocamos hojas informativas en cada planta, en las UCI y en diferentes lugares del servicio de urgencias. En estas hojas informativas, invitábamos a los profesionales a hacer pausas cortas (de 3 a 5 minutos) durante el día de trabajo, tomar un respiro, hacer espacio para mirar en el interior de cada uno con aceptación y amabilidad y encontrar un punto de apoyo interno, y después continuar y proceder con lo que fuera necesario en ese momento.

2.5. Acciones dirigidas a los medios y a la población general

Se llevaron a cabo reuniones diarias *online* de regulación emocional basada en *mindfulness*: ofrecimos un espacio diario (de lunes a domingo), de una hora de duración, vía Zoom, desde el 18 de marzo hasta el 17 de mayo, titulado “*Volviendo a Casa Juntos*”. Estaba dirigido a la población general, para entrenar habilidades de regulación emocional basadas en *mindfulness* y prácticas de compasión. Estas reuniones fueron lideradas por personas de nuestro equipo, junto a un grupo de profesores certificados en programas internacionales de *mindfulness* que, de forma altruista, apoyó la acción. Las sesiones estaban abiertas a la sociedad al completo, con el objetivo de mitigar el sufrimiento de las per-

sonas, debido al impacto inmediato del virus, las consecuencias físicas y emocionales del aislamiento, el miedo a la infección, el miedo a la propia muerte o a la pérdida de seres queridos, las consecuencias económicas de la

crisis y la incertidumbre sobre el futuro como fuente de distrés⁶. Cada ser humano en el mundo tiene el derecho de recibir en esta situación intervenciones dirigidas a promover la resiliencia y focalizadas en fortalezas.

3. Medidas e indicadores de aplicabilidad

Recogimos datos durante la primera ola de la pandemia, desde el 15 de marzo hasta el 17 de mayo, para conocer cuántas personas habían sido atendidas en cada apartado del protocolo. Consideramos estos datos como indicadores de la actividad llevada a cabo durante los momentos agudos de crisis de la primera ola y, por tanto, como indicadores de la viabilidad de aplicación e implementación del protocolo.

Específicamente, usamos estos indicadores:

- Número total de intervenciones basadas en *mindfulness in situ* con profesionales.
- Número medio de participantes en las intervenciones basadas en *mindfulness in situ*, diariamente.
- Número de intervenciones individuales con profesionales a través de teléfono o videollamadas.
- Número de llamadas de información y apoyo que el equipo realizó a las familias de los pacientes ingresados en el servicio de urgencias y en las UCI, en colaboración con los equipos de estas unidades.
- Número medio de personas conectadas diariamente al punto de apoyo mutuo de profesionales *online*.
- Número de grupos focales conducidos y número total de profesionales que participaron en al menos uno de ellos.
- Número de profesionales que asistieron al curso *online* de “Estrés Agudo, Trauma y Duelo”.
- Número de visitas que tuvo el videoclip para promover conductas de autocuidado entre los profesionales.
- Número de pacientes tratados en el hospital, que bien murieron finalmente o mejoraron y fueron dados de alta.
- Número de videollamadas realizadas entre pacientes y familiares.

- Número de familiares atendidos en duelo.
- Número de seguimientos “extra” (en comparación con el mismo periodo de 2019) a los usuarios del área de salud que cubre el hospital, que ya tenían seguimiento previo en salud mental.
- Número de intervenciones para facilitar las despedidas, a través de vídeos, grabaciones de audios, cartas...
- Número medio de personas conectadas diariamente a la reunión *online* de regulación emocional para la población general.

4. Datos de aplicabilidad

Los datos de aplicabilidad en relación con los indicadores descritos se presentan en la Tabla 1.

En total, nuestro equipo hizo en la primera ola más de 5.932 intervenciones dirigidas a

profesionales (además de las 21.321 visualizaciones del videoclip para promover el autocuidado en profesionales), 1.476 intervenciones dirigidas a pacientes y 2.543 intervenciones dirigidas a familiares.

Intervención	Indicador de aplicabilidad*
Intervención basada en <i>mindfulness in situ</i> con los profesionales: <ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones realizadas • Personas alcanzadas con la intervención 	3.360 intervenciones 497 participantes al día de media
Atención individual a los profesionales sanitarios	162 (133 presencialmente y 29 <i>online</i>)
Llamadas de información y apoyo a familiares de pacientes en el servicio de urgencia y en las UCI	2.200
Encuentro <i>online</i> de apoyo mutuo para profesionales	30-50 participantes cada día
Curso <i>online</i> de estrés agudo, trauma y duelo	420 participantes
Grupos focales: <ul style="list-style-type: none"> • Grupos focales conducidos • Personas que participaron en total 	23 190
Vídeo breve para profesionales	21.321 visualizaciones
Atención individual a pacientes hospitalizados	364
Videollamadas entre pacientes y familiares	76
Intervenciones de apoyo en duelo	208
Citas de seguimiento "extra" entre los usuarios de los centros de salud mental	1.112
Intervenciones para facilitar la despedida	59
Encuentros <i>online</i> para la regulación emocional para la población general	100 participantes diarios

*Cada indicador se encuentra descrito en el apartado: Medidas e indicadores de aplicabilidad.

UCI: unidades de cuidados intensivos.



Tabla 1.

Indicadores de aplicabilidad del protocolo diseñado por el equipo de salud mental del Hospital Universitario La Paz.

5. Discusión

Este artículo resume las acciones llevadas a cabo por el equipo de salud mental en un hospital general público en Madrid (España), durante la primera ola de la pandemia de COVID-19, y muestra datos preliminares sobre su aplicabilidad, indicando que es posible llevar a cabo una cantidad significativa de intervenciones recomendadas por las guías internacionales¹⁹ y alcanzar una gran cantidad de población (especialmente grupos vulnerables) del área de salud que cubre el hospital y otras poblaciones.

En total, llevamos a cabo más de 5.900 intervenciones dirigidas a los profesionales sanitarios, más de 1.450 dirigidas a los pacientes y más de 2.500 dirigidas a los familiares. Incluso alcanzamos la población general con la reunión *online* diaria “*Volviendo a Casa Juntos*”, que tuvo más de 100 personas conectadas cada día durante casi dos meses.

Nuestro equipo tiene amplia experiencia en intervenciones psicoterapéuticas y específicamente en los programas basados en *mindfulness* para regular el estrés emocional en

grupos clínicos desde 2010, así como en realizar intervenciones de apoyo en salud mental y de prevención dirigidas a los profesionales sanitarios del hospital desde 2015. Hemos adaptado nuestra práctica clínica habitual y nuestra experiencia con las intervenciones de regulación emocional basadas en *mindfulness* al contexto de crisis y pandemia y también hemos basado nuestra respuesta en la experiencia en crisis previas como la del Ébola en 2014⁷. Los datos presentados aquí respaldan la posibilidad de implementar estas acciones en contextos de emergencia y situaciones de crisis.

Las acciones diseñadas y llevadas a cabo por nuestro equipo toman en consideración el rol de acompañar y apoyar la salud física y mental de las personas, especialmente durante una crisis. El aislamiento social y la soledad es un factor de riesgo que influye en el aumento de la morbilidad en la salud de las personas²⁰. La resiliencia se ha propuesto como un mediador parcial del efecto del apoyo social sobre la salud mental entre los profesionales sanitarios durante la pandemia COVID-19²¹.

Nuestras acciones se han focalizado en promover la resiliencia y el bienestar. Como respaldan estos datos, es posible llegar a muchas personas con este tipo de acciones, y ahora es tiempo de estudiar si esas acciones realmente han mejorado la resiliencia de las personas que las recibieron.

Las condiciones específicas de esta crisis con las medidas de cuarentena adoptadas por el Gobierno de España condujeron a que usáramos intervenciones *online* en algunas acciones. Usar la tecnología *online* es una buena oportunidad para llegar a mucha gente (por ejemplo, nuestros centros de salud mental han tenido casi 1.000 seguimientos más durante 2020 en comparación con el mismo periodo de 2019 [en 2019: 25.678; en 2020: 26.790], incluso cuando las citas en persona se tuvieron que detener desde mediados de marzo¹⁴, pero hay muchas personas sin la posibilidad de acceder a Internet y no es en absoluto un sustituto del contacto cercano y los encuentros cara a cara. Estas especificidades deben tenerse en cuenta para diseñar futuros planes de acción.

Dada la situación excepcional en las que estas acciones fueron implementadas, la limitación de este informe tiene que ver con no poder presentar datos de eficacia y tolerancia. No hubo posibilidad de desarrollar un protocolo de estudio controlado aleatorizado. Las guías internacionales recomiendan una rápida implementación de estas acciones, porque es esencial asegurar que las personas y la sociedad en su conjunto han sido protegidas lo

mejor posible del impacto del COVID-19 sobre la salud mental⁶, motivo por el cual preparar protocolos de investigación es una tarea difícilmente accesible en este contexto.

De acuerdo con la literatura disponible, debido a las transformaciones de la práctica clínica como resultado de lidiar con la COVID-19, será necesario evaluar rigurosamente estos nuevos programas, y las oportunidades de investigación deben tomar en consideración estos experimentos naturales que han resultado de la respuesta a la crisis COVID-19²². Por otra parte, los protocolos aplicados en pandemias anteriores han mostrado el rol de los aspectos psicosociales para mejorar la resiliencia durante estas situaciones, pero no hay guías específicas para desarrollar dichas acciones²³. Es tiempo de comunicar, analizar y reflexionar sobre la experiencia, y ser capaces de identificar cuáles de estas medidas llevadas a cabo han influido en los aspectos psicosociales de una forma beneficiosa, desarrollar guías multidisciplinarias y coordinadas con el fin de estar preparados para estas situaciones, y llevar a cabo acciones como estrategias de salud tanto a nivel hospitalario como comunitario.

Los datos de este informe apoyan la validez ecológica de intervenciones específicas tempranas dirigidas a cuidar la salud mental de los grupos vulnerables (profesionales sanitarios, pacientes en UCI y sus familiares, pacientes con morbilidad psiquiátrica previa), así como acciones para la población general en contextos agudos de pandemia.

6. Bibliografía

1. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Actualización 150. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). [Internet]. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España; 2020. [Actualizado 28 Jun 2020]. [Consultado 1 Abr 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_150_COVID-19.pdf
2. Borobia A, Carcas A, Arnalich F, Álvarez-Sala R, Monserrat-Villatoro J, Quintana M, *et al.* A Cohort of Patients with COVID-19 in a Major Teaching Hospital in Europe. *J Clin Med.* 2020;9(6):1733.
3. Jiang X, Deng L, Zhu Y, Ji H, Tao L, Liu L, *et al.* Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai. *Psychiatry Res.* 2020;286:112903. [Online antes de impresión].
4. Zhang J, Wu W, Zhao X, Zhang W. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precis Clin Med.* 2020:pbaa006.
5. 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. *Lancet.* 2020;395(10227):912-20.
6. BRIEF, UN Secretary-General Policy. COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. New York: United Nations; 13 May 2020.
7. Rodríguez-Vega B, Amador B, Ortiz-Villalobos A, Barbero J, Palao A, Avedillo C, *et al.* The psychosocial response to the ebola health emergency: Experience in Madrid, Spain. *Clin Infect Dis.* 2015;60(12):1866-7.
8. 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.
9. Wong TW, Yau JKY, Chan CW, Kwong RSY, Ho SMY, Lau CC, *et al.* The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope. *Eur J Emerg Med.* 2005;12(1):13-8.
10. 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.
11. World Health Organization. Interim Briefing Note Addressing Mental Health and Psychosocial Aspects of COVID-19 Outbreak. Developed by the IASC's Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 17 Mar 2020.
12. World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. WHO; 18 Mar 2020.
13. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, *et al.* Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(6):547-60.
14. Mediavilla R, Fernández-Jiménez E, Rodríguez-Vega B, Gotor-Martínez L, Rivelles-Sevilla RV, Rojano-Capilla P, *et al.* Adapting mental health care after the COVID-19 outbreak: Preliminary findings from a public general hospital in Madrid (Spain). *Psychiatry Res.* 2020:289:113077.

15. Lacasta-Reverte MA, Torrijos-Zarcero M, López-Pérez Y, Sanchidrián DC, Manrique TP, Sanmartín CC, *et al.* Impacto emocional en pacientes y familiares durante la pandemia por COVID-19. Un duelo diferente. *Med Paliat.* 2020;27(3):201-8.
16. Rodríguez-Vega B, Palao Á, Muñoz-Sanjosé A, Torrijos M, Aguirre P, Fernández A, *et al.* Implementation of a Mindfulness-Based Crisis Intervention for Front-line Healthcare Workers During the COVID-19 Outbreak in a Public General Hospital in Madrid, Spain. *Front Psychiatry.* 2020;11:562578.
17. Baloian I, Chia E, Cornejo C, Paverini C. Intervención psicosocial en situaciones y desastres: Guía para el primer apoyo psicológico. Santiago de Chile: Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior (ONEMI); 2007.
18. World Health Organization. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva: WHO, 2013.
19. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, *et al.* Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr.* 2020;14(5):779-88.
20. Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, *et al.* An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health.* 2017;152:157-71.
21. Hou T, Zhang T, Cai W, Song X, Chen A, Deng G, *et al.* Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. *PLoS One.* 2020;15(5):e0233831.
22. Goldman ML, Druss BG, Horvitz-Lennon M, Norquist GS, Kroeger Ptakowski K, Brinkley, *et al.* Mental Health Policy in the Era of COVID-19. *Psychiatr Serv.* 2020;71(11):1158-62.
23. Banerjee D, Nair VS. Handling the COVID-19 pandemic: Proposing a community based toolkit for psycho-social management and preparedness. *Asian J Psychiatr.* 2020;51:102152.



Bayer Hispania, S.L.

Avda. Baix Llobregat 3-5
08970 Sant Joan Despí
Barcelona, Spain