

TUTORÍAS DE GESTIÓN

3º ENFERMERIA

LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LA PANDEMIA DE COVID-19



Autores:

Lidia Alberca Ramos
Laura Arizcun Ramos
Raquel Bolívar Soria
Adrián Buitrago Caraballo
Nerea Cristóbal Bayo
Lucía Cuño Galán
Belén Doncel Moreno
Irene López de Castro Prieto
Beatriz López González
Alejandro Lozano Andrés
Tutor: Daniel Cuesta Lozano

ÍNDICE

1. Resumen / Abstract	2
2. Objetivos Generales	3
3. Objetivos Específicos.....	3
4. Metodología.....	4
5. Introducción	5
6. Atención a la salud mental.....	6
7. Atención a la salud mental en los profesionales sanitarios	6
8. Atención a la salud mental en las personas con patologías agudas o crónicas ...	10
9. Atención a la salud mental de embarazadas y recién nacidos	13
10. Atención a la salud mental en la infancia y adolescencia	14
11. Atención a la salud mental de personas mayores en soledad	17
12. Atención a la salud mental en las residencias de mayores.....	20
13. Salud mental y los cambios laborales	23
14. Planificación de estrategias de mejora	27
15. Conclusión	30
16. Bibliografía	31

1. Resumen / Abstract

La finalidad de este trabajo reside en estudiar el impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la salud mental en los diferentes grupos poblacionales. Se ha puesto el foco en las distintas etapas de la vida, tales como la infancia o la vejez; así como en los profesionales sanitarios y los pacientes que han vivido la pandemia desde dentro de los centros asistenciales. Asimismo, personas de alto riesgo como pacientes con patologías crónicas, con enfermedades mentales previas, contagiadas del virus que han permanecido en su domicilio, teletrabajadores y desempleados. Posteriormente, se han abordado distintas posibles intervenciones que se deberán tener en cuenta tanto en la pandemia actual de COVID-19 como en futuras crisis sanitaria.

The purpose of this work is to study COVID-19's pandemic impact on the mental health of the different populational groups. The spotlight has been put on the different stages of life, such as childhood or old age people, as well as health professionals and patients who have lived the pandemic from within the care centres. Likewise, high risk people like patients with chronic illnesses, with previous mental health problems, infected of the virus that have stayed at home, teleworkers and unemployed. Lately, possible interventions have been approached that should be considered in the actual pandemic of COVID-19 and in future health crisis.

2. Objetivos Generales

- Analizar el impacto de la pandemia de la COVID-19 sobre la salud mental de la población.
- Estudiar los aspectos éticos y legales que se han visto afectados durante la pandemia.
- Desarrollar los aspectos socioeconómicos que han influido en la salud mental en la pandemia.
- Abordar las cuestiones sanitarias y las posibles intervenciones que se podrían aplicar en el campo de la salud mental.

3. Objetivos Específicos

- Estudiar la repercusión en la salud mental de los profesionales sanitarios durante la pandemia de COVID-19.
- Analizar la repercusión en la salud mental de los pacientes, tanto de salud mental como personas ingresadas en el hospital, durante la pandemia de COVID-19.
- Reflexionar sobre las consecuencias de la pandemia en la salud mental, durante las diferentes etapas de la vida.

4. Metodología

Para la realización de esta monografía, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica basada en una serie de palabras claves indexadas en el DeSC, tales como COVID-19, Cuarentena, Salud Mental y Profesionales Sanitarios, entre otras.

En base a las palabras claves, se procedió a realizar la búsqueda en bases de datos como PubMed, Scielo y la página web del Ministerio de Sanidad y del Boletín Oficial del Estado, así como distintas fuentes periodísticas. Algunas de las ecuaciones de búsqueda que usaron empleando los operadores booleanos:

- Mental Health AND (Children AND Teenagers)
- Elderly AND (Mental Health OR Lock-down)

Con el fin de facilitar la búsqueda, se emplearon filtros para que únicamente se mostraran artículos y revisiones sistemáticas en español, catalán o inglés del año 2020 y de acceso abierto.

5. Introducción

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró la situación de pandemia mundial como consecuencia de la crisis sanitaria provocada por la COVID-19. Tres días más tarde, por el **Real Decreto 463/2020**, se declaró el estado de alarma para la gestión de la crisis sanitaria provocada por esta enfermedad infecciosa en todo el territorio español. Con la publicación del Boletín Oficial del Estado, se decretaron las medidas necesarias para hacer frente a la situación, englobando aspectos como la duración de este estado de emergencia o la limitación de movilidad de las personas, lo que ha afectado a ámbitos tan importantes como la educación, la economía y la sanidad (1).

Todas estas medidas de contención establecidas, unidas a la epidemia paralela del miedo y la incertidumbre, han tenido un impacto muy fuerte en el día a día todos los españoles, viéndose repercutida de forma directa, entre otras, su salud mental.

6. Atención a la salud mental

La salud mental se define como un estado de bienestar en el que la persona puede enfrentarse a los factores estresantes de su vida, a la vez que trabaja productivamente y contribuye al bienestar de su comunidad (2).

Por lo tanto, la promoción y protección de la salud mental es fundamental para el funcionamiento tanto personal como social y de la comunidad, ya que influye en nuestros sentimientos, nuestra capacidad cognitiva, nuestras relaciones interpersonales y nuestra forma de trabajar (2).

Debido a ello, una correcta salud mental constituye un factor fundamental de los países y de la propia persona para hacer frente a la pandemia de la COVID-19. De esta forma, sus efectos en el ámbito tanto económico como social constituye un factor de riesgo para la salud mental de la población. Al estrés que provoca la incertidumbre, el miedo o la muerte de seres queridos, se le suma la desinformación generalizada, los confinamientos y la pérdida de empleo, pudiendo agravar aún más esta situación (3).

Cabe destacar, que ante una falta de educación en salud mental y de una mala promoción de la misma, las personas recurren a soluciones nocivas para hacer frente al desequilibrio que sufren en su salud mental, con acciones como las adicciones a drogas o las apuestas, incrementando los efectos negativos propios de la pandemia (3).

Además, muchas de las actividades beneficiosas para el desarrollo de la salud mental, como la actividad física o la estimulación cognitiva, se encontraron limitadas en la crisis de la COVID-19, al recurrir al confinamiento y aislamiento como medidas de protección (3).

Estos factores sociales, unidos a los específicos de cada persona, contribuyen a una peor atención a la salud mental y, por lo tanto, a una mayor prevalencia de enfermedades mentales derivadas de la pandemia (3).

7. Atención a la salud mental en los profesionales sanitarios

Durante el contexto de la pandemia COVID-19, la salud mental de los profesionales sanitarios se ha visto afectada al ser uno de los grupos más vulnerables por encontrarse en primera línea de actuación.

Dentro de dicha vulnerabilidad, hay una serie de factores de riesgo predominantes que pueden provocar alteraciones de la salud mental dentro del personal sanitario, entre ellos destacan (4, 5):

- Edad: en estudios realizados se ha observado que las personas menores de 35 años son más propensas a padecer ansiedad y depresión.
- Sexo femenino.
- Profesión enfermera.
- Familia a cargo.
- Entorno.
- Educación y experiencia laboral.
- Tiempo de jornada laboral.
- Miedo a ser contagiados y, a su vez, a contagiar así su entorno más cercano.
- Uso de equipos de protección individual poco apropiados a la situación
- Preocupación por la contención del virus.

Las alteraciones en salud mental más frecuentes en el personal durante la pandemia han sido:

Estrés

Supone uno de los motivos principales de preocupación para los profesionales sanitarios. Diferentes estudios han concluido que la incidencia del estrés es de alrededor del 70% en los trabajadores y, dentro de estos, un 55% presentaban niveles moderados o graves de estrés. Se ha determinado que hay varios elementos desencadenantes del incremento de estos niveles, como son: aumento de la jornada laboral, la enfermera con familiares a su cargo, incertidumbre sobre la duración de la pandemia, aumento de la carga de trabajo, trabajar en situación de riesgo biológico, etc. También se detectó que el bienestar psicológico de los profesionales sanitarios se veía menos perjudicado que los no profesionales debido a la posesión de información sanitaria oficial y verídica sobre la COVID-19 (4, 6).

Ante dicho estrés se han manifestado distintas reacciones emocionales como ansiedad, tristeza, frustración; conductuales tales como aislamiento o llanto; físicas como por ejemplo cansancio, cefalea, fatiga, insomnio y cognitivas, entre las que se encuentran confusión, déficit de atención y concentración, obsesión, negación, etc. (7)

La falta de recursos materiales y humanos, la sobrecarga de trabajo y el pronóstico desconocido de los pacientes, origina que los profesionales se vean obligados a tener que decidir sobre situaciones complejas en un corto espacio de tiempo, ocasionando dilemas ético-morales relacionados con los principios de equidad, discriminación y solidaridad. Relacionado con esto, resulta contrario al artículo 14 y 43 de la Constitución Española el hecho de excluir a pacientes de la posibilidad de acceder a tratamientos y

recursos de asistencia médica. Discriminar a las personas por la etapa de vida en la que se encuentren viola el derecho de igualdad y dignidad que los seres humanos tenemos por el mismo hecho de serlo. Los Comités de Ética Asistencial han servido de gran ayuda para supervisar y elaborar protocolos relacionados con la bioética y la toma de decisiones interdisciplinarias en cuanto a la salud, haciendo que no se produjera o se paliara el conflicto entre el principio de beneficencia y no maleficencia (8).

Esta situación de estrés en los trabajadores progresará, en la mayoría de los casos, a síndromes ansioso-depresivo y estrés postraumático; de manera que, tras la crisis sanitaria, tendrán dificultades para recuperarse física y mentalmente (8).

Ansiedad

Ha sido una de las principales secuelas que ha generado la pandemia de la COVID-19 en los profesionales sanitarios, especialmente los que trabajan en áreas con alto riesgo de contagio. Diferentes estudios realizados en sanitarios muestran que el 31% de los profesionales que han trabajado directamente con pacientes infectados del SARS-COV-2 desarrollaron ansiedad severa. Se ha visto que los niveles de ansiedad generados en los profesionales sanitarios españoles han sido incluso mayores en comparación con los sanitarios de otras nacionalidades (4).

El aumento de la carga laboral junto con la prolongación de las horas de trabajo han sido elementos fundamentales para el desarrollo de esta. Asimismo, la falta de equipos de protección individual adecuados para enfrentar la situación y evitar la transmisión del patógeno ha sido otro de los factores clave para el aumento de la ansiedad. Por ello, el miedo al contagio a personas de su entorno (100%) y a sus pacientes (80%) se ha incrementado, siendo esta la preocupación más frecuente manifestada por los profesionales sanitarios. A su vez, la discriminación y aislamiento social se enfatizó, favoreciendo la ansiedad (7).

Muchos de los sanitarios se han enfrentado a situaciones extremas donde los pacientes morían a causa del déficit de material, lo que generó un sentimiento recurrente de impotencia que afectó de forma directa a su salud mental (7).

Insomnio

Numerosos estudios estiman que la falta de sueño es uno de los elementos que se correlaciona directamente con altos niveles de estrés y ansiedad. El 23,6% del personal sanitario manifestó una mala calidad del sueño durante este periodo, siendo los trabajadores de primera línea los más perjudicados. Además, se ha visto que existen otros aspectos que afectan negativamente al descanso, como es el caso de la categoría

sanitaria, puesto de trabajo (especialmente en unidades de aislamiento), ausencia de elementos de protección, bajo nivel de estudios, miedo a la transmisión del patógeno, falta de apoyo social, entre otros (4).

Depresión

Es uno de los principales problemas de salud mental de los trabajadores por el estrés y aumento de trabajo. La pandemia ha generado situaciones de sufrimiento intenso del personal sanitario ante una muerte en aislamiento, donde las familias se encuentran con un gran sentimiento de tristeza por no poder acompañar a sus seres queridos (9).

Un estudio en China desarrollado durante la pandemia señalaba que más de la mitad de los profesionales que participaron referían síntomas depresivos. Se ha visto que la incidencia de dicho problema es mayor respecto a la población general (12% frente a 9,5%). El hecho de pertenecer al sexo femenino, ser profesional enfermera y trabajador en primera línea, y tener antecedentes de problemas en salud mental favorece en mayor medida su aparición (9). Además, el estrés mencionado anteriormente es un agente causal de la sintomatología depresiva en el personal sanitario joven. Dicha clínica se ha presentado en forma de desesperación, pesadumbre, frustración, cambios de humor, déficit de atención y concentración, cansancio, etc. Por ello, es importante ofrecer soporte emocional en estas situaciones para aumentar la resiliencia de los trabajadores (10).

De esta forma, los cuatro factores desarrollados anteriormente perjudican gravemente la salud mental de los profesionales sanitarios, lo que conlleva una serie de consecuencias, tanto a corto como a largo plazo, a nivel individual, económico y social.

Por una parte, el deterioro de la salud mental perjudica en la esfera personal a los trabajadores sanitarios, materializándose en cansancio físico y mental, conductas poco saludables, trastornos emocionales, entre otros. Esto repercute en el desempeño de las funciones laborales, disminuyen la motivación laboral, capacidad de atención, toma de decisiones y comprensión, llegando incluso a producirse una mala praxis. Por ello, el deterioro de la salud mental de los sanitarios influye negativamente en la población, ya que la calidad de la asistencia y cuidados proporcionados se ve afectada.

En consecuencia, se ha de resaltar la importancia de preservar la salud, tanto física como mental, en los profesionales sanitarios, fomentando la educación sobre aspectos relacionados de la COVID-19, garantizando las medidas de protección y aumentando la preocupación sobre las necesidades básicas de los trabajadores. De esta forma,

diferentes autores proponen establecer intervenciones de salud mental dirigidas a los profesionales sanitarios y desarrollar espacios de descanso dentro del área laboral.

8. Atención a la salud mental en las personas con patologías agudas o crónicas

Desde el comienzo de la pandemia, se han reportado millones de casos en todo el mundo a causa del virus del SARS-CoV-2, haciendo que la mayoría de los sistemas sanitarios se hayan visto desbordados y se haya dificultado el acceso a los mismos. Esto ha dado lugar a que la mayor parte de la atención se haya dirigido a los pacientes infectados, posponiendo la atención del resto de población y pacientes.

La pandemia de la COVID-19 ha supuesto un gran impacto a nivel emocional sobre los pacientes, no sólo en aquellos que han tenido que ser hospitalizados a causa de esta patología, sino también en aquellos con problemas de salud previos. Tal ha sido la afectación sobre ellos, que en la gran mayoría han aparecido nuevos problemas de salud o se han agravado los preexistentes, obligando a que pacientes sin una patología psiquiátrica o bajo tratamiento psicofarmacológico de larga evolución, requiriesen ayuda psicológica y farmacológica (11).

Los individuos con COVID-19 y sus familiares han tenido que hacer frente a importantes estresores, como el distanciamiento social de sus seres queridos, lo que, a su vez, ha aumentado la sensación de incertidumbre con respecto a su estado de salud y ha supuesto un aumento de las cargas familiares y económicas. Además, la incertidumbre y la tensión de muchos pacientes y familiares ha aumentado el riesgo de angustia psicológica. Sin embargo, los aspectos de salud mental de todos ellos han sido constantemente pospuestos (12).

Tal ha sido el efecto de la pandemia y la hospitalización sobre ellos, que muchos de los pacientes afirman haber sentido una gran presión psicológica y otros problemas de salud mental, apareciendo sentimientos de soledad, negación, ansiedad, tristeza, insomnio e hipersomnia, desesperación, irritabilidad o síntomas obsesivo-compulsivos. Además, se han encontrado altos niveles de síntomas de estrés postraumático y de depresión en este tipo de pacientes tras el alta hospitalaria. A su vez, en algunos de ellos se ha registrado riesgo de autoagresión y de agresión a los demás, ideas y planes suicidas y agitación psicomotora (11, 13).

Debido al elevado nivel de propagación del virus, los centros hospitalarios se han tenido que adaptar a esta situación, de manera que los pacientes hospitalizados con

COVID-19 han tenido que ser aislados, no solo del resto de pacientes y profesionales, sino que también de sus familiares y allegados. Esto ha causado una gran disminución y limitación de su fuente de apoyo psicosocial, y, como resultado, la aparición de consecuencias sobre la salud mental de los pacientes (14).

Algunos estudios afirman que los niveles de ansiedad fueron significativamente mayores que los niveles de depresión entre los adultos, tanto en los pacientes como en los familiares, especialmente en las mujeres. Este aumento de la ansiedad se puede explicar en muchos de los casos por el sentimiento de soledad y de que el resto de las personas les evitaban, por el desconocimiento y por la falta de control (42%), llegando muchos de ellos a manifestar “Ojalá supiese cuánto durará todo esto” u “Ojalá pudiese conocer cuál es mi pronóstico”. Asimismo, muchos de ellos se sentían tristes (45%), estaban preocupados por el bienestar de sus familiares (32%), sentían miedo a contagiar a otras personas (25%) y, tan solo un 17,5% se encontraban preocupados acerca de su bienestar en la hospitalización y acerca de su propia salud (32,5%) (12).

De esta forma, se ha demostrado que en los pacientes se ha producido un aumento exponencial de las tasas de ansiedad y estrés debido a la restricción de las visitas y el gran desconocimiento e incertidumbre sobre la situación. Asimismo, algunos pacientes han desarrollado síntomas de carácter afectivo y psicótico a causa del tratamiento farmacológico frente al virus, haciendo que su situación y su estancia hospitalaria fuese incluso más compleja (14).

Las personas con patologías crónicas también se han visto afectados por la pandemia y el confinamiento, aumentando en muchas ocasiones el riesgo de complicaciones y de mortalidad, especialmente en aquellos que se contagiaron. Al contrario de estudios anteriores, en los que se afirmaba que los pacientes crónicos desarrollan un mayor nivel de ansiedad y depresión, algunos estudios realizados en países como Grecia contradijeron que esto fuese así. De esta forma, estas nuevas investigaciones afirmaban que en los pacientes crónicos se ha producido un aumento de los niveles de estrés y somatización, mientras que los niveles de ansiedad y depresión se han mantenido en niveles similares a los de los pacientes sanos. Esto puede deberse a que los pacientes han desarrollado una serie de mecanismos que les han permitido sentir un mayor apoyo, lo que ha dado lugar a efectos positivos sobre la salud mental. Por ello, dado que los pacientes con alguna enfermedad crónica tienen necesidades adicionales de cuidados y de apoyo, es crucial que se desarrollen y se realicen programas de intervención en los que el centro sean los individuos con patologías crónicas (15).

Por otro lado, los pacientes con enfermedades mentales previas han sido en muchas ocasiones desestimados debido a su condición de población marginada. En estos pacientes se han presentado una serie de problemas que han dificultado aún más su situación, como son el incremento del riesgo de infección causada por el deterioro cognitivo y la escasa conciencia de riesgo, la discriminación a la que se han expuesto cuando algún paciente daba positivo y, además, debido a la pandemia se han aumentado los síntomas reactivos (estrés, depresión, ansiedad), lo que ha podido llegar a complicar aún más la salud mental y la enfermedad previa de estos pacientes (16).

Todo ello se ha visto aún más agravado debido a que muchos de los servicios de salud mental han tenido que destinar una gran parte de sus camas a pacientes con COVID-19, como es el caso de Madrid, donde un 60% de las camas de estos servicios fueron reorganizadas y adaptadas para atender a los pacientes infectados, reduciéndose en un 75% la atención a personas con enfermedades de salud mental. Esto en muchos casos obligó a que los pacientes tuviesen que ser trasladados a centros privados o se tuviese que prestar una atención por vía telefónica. Asimismo, los grupos de apoyo y las asociaciones dedicadas a la atención de estas personas tampoco se han podido reunir durante la pandemia, dificultando no solo el estado de los propios pacientes, sino también el de sus familias, que en muchas ocasiones se han visto desbordados.

Para los familiares de todos estos pacientes, la pandemia ha supuesto una gran fuente de estrés y ansiedad, no solo por la pandemia en sí misma o por el estado de salud física y mental de sus familiares, sino porque en muchas ocasiones se ha producido un aumento de los sentimientos de soledad, de rechazo por parte de la sociedad, muchos manifiestan que el resto de personas llegaban a evitarles, y de preocupación, ya que sentían que el hospital no estaba protegiendo lo suficiente a sus familiares. Además, ni siquiera podían contactar con sus familiares, por lo que muchos han tenido que hacer frente a la muerte de un ser querido sin poder despedirse de ellos, pudiendo dar lugar a la aparición de sentimientos como la ira o el resentimiento, que complican aún más el duelo y pueden favorecer la aparición de un duelo patológico. Por todo ello, aunque en muchas ocasiones hayan sido olvidados, en los familiares esta situación también ha generado un gran estrés, que ha favorecido la aparición de síntomas a nivel de la salud mental (12, 14, 3).

En definitiva, a lo largo de la pandemia se ha producido una afectación desde el punto de vista bioético, ya que tanto el principio de no maleficencia como el de justicia no se han visto respetados. Esto se debe a que el aislamiento y la incomunicación que

han experimentado los pacientes y sus familiares ha aumentado en gran manera la aparición de problemas para la salud mental, agravándose aún más su situación. Además, en casos como el de los pacientes con enfermedades de salud mental o problemas crónicos, en los que es necesario una atención continuada, el cierre de servicios de salud mental o de centros de salud, ha supuesto que estos pacientes reciban una menor atención en favor de los pacientes con COVID-19, incumplándose así el principio de justicia.

9. Atención a la salud mental de embarazadas y recién nacidos

Uno de los grupos considerados vulnerables dentro de la población general es el conformado por mujeres embarazadas y los recién nacidos. El embarazo es una etapa tanto de bienestar como de gran susceptibilidad desde un punto de vista de la salud mental, en la que pueden incidir factores ambientales y psicosociales adversos, incluida la exposición a un virus (17).

Durante la pandemia por COVID-19 se han dado situaciones como la restricción de movimientos, el miedo a contagiarse o el distanciamiento físico y social, que ha implicado un menor apoyo social de familiares y amigos. Esto ha constituido una gran fuente de estrés que puede tener consecuencias negativas tanto en la embarazada como en el feto en desarrollo (17).

Varios estudios afirman que, durante la pandemia, la prevalencia de los síntomas depresivos entre las mujeres embarazadas ha aumentado del 26% en enero de 2020 al 34,2% en febrero del 2020, con el aumento simultáneo de los síntomas de ansiedad. De esta manera, se pueden producir consecuencias a corto y largo plazo para la salud de las madres y sus hijos (18).

Otro de los aspectos que ha provocado un aumento del estrés, es la incertidumbre ocasionada por el efecto de la infección en el nacimiento y el crecimiento fetal, además del posible riesgo de transmisión vertical. Sin embargo, la afectación del recién nacido por COVID-19 es bastante escasa, pudiendo llegar a ser algo más severo en casos excepcionales, como en bebés prematuros. Actualmente, no hay evidencia que demuestre una mayor susceptibilidad a la infección por COVID-19 en mujeres embarazadas que en mujeres no embarazadas. De la misma forma, no existen indicios que apoyen la transmisión vertical debido a la ausencia del virus en el líquido amniótico, en la sangre del cordón umbilical y en la leche materna, en muestras de mujeres infectadas por COVID-19 (18, 19).

Cabe destacar que la lactancia materna tiene un gran número de beneficios tanto para la salud de la madre como para la del bebé. Ante una mujer infectada por Sars-CoV-2 se recomienda que, en caso de que decida optar por la lactancia materna, amamante de forma directa manteniendo las medidas adecuadas de higiene respiratoria, como el lavado de manos antes y después del contacto con el recién nacido y el uso de mascarillas, siempre y cuando su estado de salud lo permita. El recién nacido tiene la necesidad de mantener un contacto estrecho con su madre y más en esta etapa vital, por lo que la separación de ella puede tener efectos negativos sobre el vínculo madre-hijo, teniendo una gran importancia tanto a medio como a largo plazo (20).

Esta situación excepcional a la que se ha enfrentado, y tiene que seguir enfrentándose la población, ha repercutido notoriamente en el sistema sanitario. Muchos de los servicios sociosanitarios habituales han tenido que adaptarse para garantizar la seguridad de los ciudadanos. La atención primaria ha sido la responsable del seguimiento del embarazo, realizándose por medio de las nuevas tecnologías de la comunicación para proporcionar el apoyo social y emocional que necesitan las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio de la forma más personalizada posible. Se ha demostrado que la reducción de este apoyo en los primeros meses de la pandemia está asociada con un mayor nivel de estrés, teniendo repercusiones negativas en la salud tanto física como mental de las madres y de los recién nacidos (21).

Es por esto por lo que se han elaborado nuevas herramientas, como grupos de apoyo o de preparación para la maternidad, por medio de las redes sociales o la apertura de foros para resolver dudas, liderados por grupos de matronas especializadas en esta área de la salud (21).

10. Atención a la salud mental en la infancia y adolescencia

Si bien la pandemia del Sars-CoV-2 afectó a todos los sectores de la sociedad, hay grupos de la misma que se han visto especialmente perjudicados por los efectos de esta. Entre estos grupos destacan los infantes y adolescentes, quienes han tenido que modificar la mayor parte de sus rutinas, actividades diarias y formas de socialización como consecuencia del confinamiento.

Aproximadamente, cuatro de cada cinco profesionales que prestan atención directa a la población infantil, considera que el confinamiento tuvo efectos adversos y consecuencias negativas para la salud mental de este grupo poblacional, siendo la principal causa la conflictividad en el hogar, propiciada por las limitaciones en la libertad de circulación y la suspensión de la actividad docente presencial, regulado por el **Real**

Decreto 463/2020 (22, 1). La crisis económica secundaria a la pandemia también ha favorecido un aumento de la tensión y el estrés en la unidad familiar que incrementa aún más la conflictividad y las agresiones (22).

A pesar de que durante la pandemia no se observara que los niños desarrollasen síntomas graves debido a la infección, sí que se han observado importantes secuelas a nivel psicosocial derivadas del propio confinamiento. Algunas de las circunstancias a las que se puede achacar este hecho incluyen; la deprivación de la interacción social con niños de su misma edad, la falta de actividades a las que dedicar su tiempo libre, las dificultades originadas por la docencia online; el excesivo uso de las redes sociales en el caso de los adolescentes, propiciando la aparición de trastornos del sueño a causa de la exposición a la luz azul; el distrés de los padres por su incorporación al teletrabajo, o incluso la pérdida de su empleo, y la pérdida del apoyo de los mayores en la crianza del niño. No obstante, se realizaron excepciones para niños con trastornos graves, como podría ser el autismo, permitiendo que estos pudiesen salir durante la cuarentena mediante la instrucción del 19 de marzo del 2020 del Ministerio de Sanidad (23, 24).

Sin embargo, una encuesta realizada a profesionales del ámbito educativo y socio-sanitario reveló que casi la mitad de estos consideraban que no deberían darse excepciones al confinamiento en la población infantil. Casi el 60% opinaban que las consecuencias en la salud mental de los menores van a prevalecer a largo plazo, siendo de mayor gravedad en el caso de niños de estratos sociales más vulnerables y pertenecientes a familias numerosas, ya que han estado sometidas al hacinamiento durante meses. Por tanto, las diferencias en salud de la población infantil se pueden ver agravados tras el período de la pandemia (23).

Algunos de los síntomas que se han observado en los niños, son un aumento del insomnio, de estados depresivos, ansiedad, irritabilidad, agotamiento emocional y miedo, todo ello favorecido por la incertidumbre que les transmitía el resto de la sociedad. También, se debe tener en cuenta el agravamiento de situaciones de maltrato infantil o violencia de género, y los constantes duelos que se hayan podido producir por la muerte de familiares cercanos, dado que sus mayores han sido el grupo de riesgo más afectado a nivel de morbilidad, así como la hospitalización de un familiar durante meses (23, 25).

En muchos casos, a los niños no se les explicaba lo que estaba sucediendo durante la pandemia, por lo que al principio se veían desorientados debido a la desinformación y sobreinformación mediática, y no entendían las implicaciones del confinamiento y el motivo por el que no podían volver al colegio y ver a sus amigos. Por tanto, resultaba

imprescindible una comunicación directa con los niños para explicarles de manera adaptada a su comprensión la situación que estaban viviendo (24, 25).

Se han distinguido tres tipos de sintomatologías presentes en niños y adolescentes basadas en el estado de salud mental previo de cada uno (25):

- Población no susceptible: compuesta por aquellos que no tuviesen ningún trastorno mental previo a la pandemia. En estos jóvenes y niños se mostraban manifestaciones como sensación de incomodidad, distrés, estado de alarma o desasosiego. Todos ellos, se describen como síntomas reactivos-adaptativos, y pueden desencadenar trastornos fóbicos por miedo a contraer la enfermedad y obsesivos compulsivos con las medidas de prevención.
- Población susceptible: en este caso, son niños que tenían un problema subyacente y la pandemia ha actuado como factor desencadenante de aparición de un trastorno de salud mental. Se manifiestan síntomas de ansiedad y depresión, como trastornos del sueño, pesadillas, ideas obsesivas, irritabilidad y dependencia entre otros. Incluso puede aparecer un trastorno de estrés postraumático, aunque no de forma tan frecuente.
- Población con problemas de salud mental: población infanto-juvenil en la que ya existía un trastorno mental identificado, y que la pandemia ha podido actuar como agravante, siendo en este caso un factor desestabilizador. No obstante, en algunos casos el confinamiento ha tenido efectos positivos, disminuyendo síntomas emocionales por la sensación de protección al estar siempre en casa.

En España no existe un programa de atención a la salud mental infanto-juvenil a nivel político. En 2018 el Comité de Derechos del Niño instó a España a que adoptara una política nacional de salud mental infantil y que asegurara la disponibilidad de personal y servicios necesarios. Organizaciones como UNICEF han solicitado al Gobierno de manera urgente la inclusión de una estrategia nacional de salud mental en el plan de respuesta de la COVID-19 (26).

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades americano realizó un estudio de las principales complicaciones a las que se enfrentan los menores en el territorio nacional, incluyéndose cambios en las rutinas, interrupciones en la continuidad del aprendizaje y de la atención sanitaria, la suspensión de eventos de importancia social como pueden ser las comuniones y la pérdida de la sensación de seguridad en los menores. Se considera urgente actuar sobre los hábitos de vida de los menores, así como enseñarles medidas preventivas que deberán ser incluidas en su cotidianidad. De

igual manera, se tendrá que fomentar la comunicación entre niños mediante los medios que estén a su alcance, tales como videollamadas o llamadas telefónicas (27).

Desde un punto de vista bioético, los confinamientos estrictos van contra el principio de no maleficencia, pues se está favoreciendo la aparición de trastornos de salud mental en la infancia y la adolescencia. Se recomienda optar por puntos intermedios que permitan la prevención de la transmisión comunitaria del COVID-19 y al mismo tiempo la promoción de la salud mental.

11. Atención a la salud mental de personas mayores en soledad

Las personas mayores y con problemas de salud previos a la pandemia de la COVID-19 tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones que pueden dar lugar a la muerte de la persona si se contagia del virus. Las estadísticas permiten conocer que alrededor de un 80% de los fallecimientos registrados en EE.UU. y Alemania se dieron en personas de 65 años o más (3). De esta forma, es comprensible que las personas mayores y con enfermedades crónicas tengan mucha más preocupación de infectarse y de no tener una atención adecuada. Un importante factor de riesgo asociado a la mortalidad en los ancianos es la soledad. Además, se han obtenido datos sobre malos tratos y estigmatización en las personas mayores.

La medida de prevención principal ante el SARS-CoV-2 ha sido el aislamiento social derivado del confinamiento, lo cual ha generado muchos problemas a nivel de salud mental en todas las etapas de la vida (28). Las personas se tuvieron que quedar confinados en sus hogares, y establecer el distanciamiento social y físico con el fin de preservar la salud pública y contener los contagios. Esto ha provocado grandes repercusiones tanto en la salud física como en la salud mental de las personas mayores debido a que son uno de los grupos de mayor vulnerabilidad.

En estudios realizados durante los meses de la pandemia, se ha reportado un aumento de la sintomatología de enfermedades como la ansiedad, depresión, insomnio o trastorno por estrés postraumático debido a factores predisponentes, como el aislamiento social y la cuarentena (28).

Se considera normal que, en una situación de pandemia, los individuos manifiesten sentimientos de estrés y preocupación siendo las respuestas habituales: miedo a morir y enfermar, evitar acudir a los servicios de salud por miedo al contagio o por temor a ser puesto en cuarentena exhaustiva, sentimiento de impotencia, miedo a perder a familiares, angustia por separarse de ellos, desesperanza, aburrimiento, soledad y tristeza (28).

Salud mental antes de la pandemia

La prevalencia de trastornos mentales en las personas mayores era de un 12%, cifra que se veía incrementada en la población hospitalizada por motivos médicos, donde ascendían hasta un 40-50%. Las principales alteraciones de la salud mental eran: trastornos depresivos, siendo estos los de mayor prevalencia, demencias, ansiedad, trastornos somatomorfos y síndromes psiquiátricos (28).

Efectos de la pandemia sobre la salud mental

Antes de decretarse la alerta sanitaria, ya se vivía bajo una amenaza de epidemia en la que toda la población tuvo que cambiar sus planes, se produjo un aislamiento social repentino, con una importante sobrecarga de información por parte de los medios de comunicación favoreciendo la aparición de trastornos como la ansiedad y la depresión (28).

Estudios realizados en Dinamarca (Sønderskov) revelaron que la salud mental se ha visto negativamente afectada por la pandemia del COVID-19 sobre todo en las personas con una edad comprendida entre los 60-80 años (28).

Las variables que han hecho más vulnerable a la población mayor han sido (28):

- Menor acceso a la información: el hecho de no tener información precisa ha podido ocasionar preocupaciones excesivas.
- Abandono de las actividades sociales: en algunos casos creando situaciones de mayor dependencia.
- Soledad: las personas mayores que residían en instituciones geriátricas dejaron de recibir las visitas de sus familiares y algunas personas que vivían solas pasaron a no tener contacto con familiares.
- Defunciones de personas cercanas.
- Trastorno mental previo: se ha producido un empeoramiento de los cuadros bases de las personas mayores con patologías de salud mental.

Soledad

Estudios recientes han llegado a la conclusión que las personas más afectadas por este sentimiento durante la cuarentena son los jóvenes y niños, mucho más que en las personas mayores. Tanto niños como jóvenes han vivido el confinamiento en un periodo importante de crecimiento y desarrollo social. Las relaciones sociales suponen un apoyo esencial y permiten generar un sentimiento de pertenencia y la propia personalidad. La investigación muestra que esta soledad experimentada por la población más joven se

relaciona con afecciones mentales futuras, como la depresión y ansiedad. Además del estrés que genera el confinamiento, la reducción del acceso a la atención médica debido al colapso del sistema sanitario puede llegar a empeorar afecciones mentales previas (29, 30).

No obstante, las personas confinadas no han sido las únicas afectadas por la soledad durante la pandemia. Los pacientes ingresados en el hospital han tenido que adaptarse a las medidas de seguridad sanitaria estipuladas, las cuales implicaban que no podían ser visitados por sus familiares. Esta situación se ve exacerbada al final de la vida del paciente, ya que estas medidas, a pesar de ser necesarias, atentaban contra los derechos de una muerte digna y el acompañamiento al final de la vida. Debido a esto, se ha elevado el número de muertes en soledad. La deshumanización de la muerte tiene graves consecuencias, ya que deriva en duelos patológicos en las personas próximas al fallecido (31).

Como solución a la soledad de los pacientes ingresados, tanto en enfermos de COVID-19 como personas ingresadas por otros motivos, se han lanzado diferentes alternativas. Entre ellas, el acompañamiento mediante dispositivos tecnológicos que podían ser propiedad del hospital, aunque esto solo es viable si el hospital tiene acceso a internet. Además, en muchas ocasiones era necesaria la ayuda de una tercera persona, normalmente un profesional sanitario, que sujetara el dispositivo o que hiciera posible la videoconferencia con los familiares y conocidos del paciente. Sin embargo, esta solución solo evidencia la brecha digital y las desigualdades socioeconómicas. Por eso, varias empresas y organizaciones donaron estos dispositivos a hospitales y centros asistenciales o, por solidaridad, los profesionales sanitarios cedían sus propios móviles (31).

A pesar de que los estudios muestran que las personas mayores son las que menos sentimiento de soledad han desarrollado durante el confinamiento, puede deberse a que, de manera normal, ya existen muchas personas mayores en soledad. No tienen conocimiento de otras herramientas de comunicación modernas, para ellos la rutina es muy importante y esta situación ha alterado completamente sus hábitos de vida y a muchos les ha costado entenderlo y adaptarse. Desde el domicilio, había pocas cosas que se pudieran hacer para amenizar el confinamiento a las personas que viven en soledad. El poder mantener una conversación con los vecinos desde la terraza, los conciertos que ofrecían algunas personas e incluso juegos entre los integrantes de una comunidad de vecinos cada uno desde su casa, se convirtieron en una buena alternativa a ver la televisión durante todo el día.

Por otro lado, las personas mayores que estaban en residencias también se han visto afectadas por la soledad durante esta pandemia. Los medios y los recursos de los que disponen las instituciones geriátricas han hecho que sean las grandes afectadas por el COVID-19, de manera que, entre las diferentes medidas de seguridad que se plantearon, las personas mayores dejaron de recibir visitas de sus familiares (30).

En general, el aislamiento social de las personas mayores se ha visto relacionado con varios problemas de salud. Las personas que viven en soledad tienen un mayor riesgo de problemas cardiovasculares y de salud mental. Asimismo, se ha demostrado que la pérdida de las relaciones sociales tiene implicaciones en la disminución del estado cognitivo y de ánimo. Además, provoca un aumento de las concentraciones de cortisol, lo que conduce a un empeoramiento del funcionamiento inmunitario, problemas en el sueño y el descanso y un aumento del peso corporal. Las personas que se sienten solas o aisladas tienen más probabilidades de desarrollar síntomas de depresión y ansiedad (30).

Las medidas de aislamiento han sido muy efectivas para evitar los contagios de la COVID-19, pero ahora la sanidad tiene un papel muy importante en la detección precoz y la prevención. Se deben controlar todos estos riesgos para que con el tiempo no se produzca un aumento de la morbilidad asociada a los trastornos afectivos, que son mayores en la población marginal o con vulnerabilidad social (30).

12. Atención a la salud mental en las residencias de mayores

Para poder tener una mejor idea del impacto de la pandemia por COVID-19 en las personas mayores en España, debe de conocerse de antemano que la población mayor de 65 años en el país está cercana al 19% del total (8.764.204 personas), viviendo un 4% en residencias (32).

En el período de tiempo comprendido entre el 6 de marzo al 27 de abril del 2020, lo que supondría la etapa inicial de la conocida como “primera ola” del COVID-19, en España se registraba un total de 23.521 defunciones por coronavirus. De este número, un 67% eran personas con discapacidad y personas que estaban en residencias. De estos datos, se deduce que, en aquel momento, esta situación ya perjudicaba alrededor del 3-4% de personas en residencias (33).

Al comienzo de esta situación, la actuación en instituciones geriátricas fue lenta, al igual que en el resto del país. Esto se debe a que no se siguieron las recomendaciones de diversos organismos internacionales, los cuales informaban que la población en

residencias era especialmente vulnerable; además de dejarse influir por los medios de comunicación, que aseguraban que la mortalidad del COVID-19 era baja (32).

Se pueden destacar una serie de causas posibles por las que ha habido una mayor afectación en las residencias al comienzo de la pandemia, en comparación con el resto de la población (33).

Principalmente, debido al inicial desbordamiento que hubo en los hospitales, se tuvieron que tomar diversas decisiones que no beneficiaron a la población más mayor. Dado que no había suficientes recursos para atender a todos los enfermos de COVID-19, se decidió dar menos prioridad y prestar una menor atención a aquellas personas que provenían de residencias, muchas veces sin llegar a ser trasladados al hospital. Muchas personas murieron en las residencias esperando a que los hospitales pudieran admitir a más personas. De estos eventos, se evidenció la falta de recursos, tanto de equipamiento, material y espacio disponible, como de personas para atender a los enfermos (33).

Además, pudo influir en esta situación el descontrol inicial que se dio por parte del sector encargado de las residencias, y de la administración que se llevó a cabo también por el sector privado (33).

Otra de las razones por las que las residencias fueron afectadas de una manera tan grave fue por el funcionamiento de las mismas. Sin generalizar, algunas compartían el modo de actuar en el que la persona mayor simplemente estaba viviendo en la residencia, sin ánimo de promover su independencia o teniendo en cuenta sus preferencias, además de que una parte del personal que allí trabajaba no estaba cualificado para poder hacer frente a una situación como la que se ha dado durante los comienzos del COVID-19. Existía un modelo de atención estándar a seguir, que en muchos casos era inflexible para poder adecuarse a las necesidades de cada residente. Si bien, en otro gran número de residencias se llevaba a cabo de manera exitosa la innovación del sistema de atención. En muchos otros casos, no se progresaba y se quedaban anclados en un modelo más simple, que no ponía el foco de atención en la persona y en sus necesidades. A raíz de esto, los servicios basados en la fisioterapia, prevención y enfermería no eran tan eficaces, dado que no se adecuaban a la persona en concreto (33).

Por tanto, se concluye que es importante contar con un buen sistema de detección por parte de los sanitarios que trabajan en las residencias, que sepan responder a los momentos de crisis para que a los residentes se les garantice una buena calidad de

atención sanitaria si la precisan, no viéndose discriminados en el proceso de acceso a la misma (33).

Es necesario llevar a cabo un cambio en la manera en la que se enfoca la salud de las personas que viven en residencias geriátricas, no simplemente incluyendo más profesional sanitario, sino intentando promover su autonomía para que su bienestar aumente y se mantengan lo más activos posible, evitando los sentimientos de soledad y el aislamiento. De esta manera, también se les debería considerar como al resto de población que no vive en residencias a la hora de acceder a los servicios sanitarios (33).

Con respecto a las medidas y decisiones tomadas dentro de estas instituciones para intentar poner a salvo a los residentes, existen ciertas consideraciones éticas a tener en cuenta. Se parte de que las intervenciones iniciales fueron establecidas por el Ministerio de Sanidad a modo de recomendación, y a lo largo del tiempo, cada comunidad autónoma decidió adoptar las medidas en la forma que creían más conveniente, no existiendo una uniformidad establecida con respecto a lo que hacer concretamente. Esta situación confundió a los profesionales sanitarios, dado que desde otro lado se criticaban las decisiones que se tomaban cuando estas no eran siempre las mismas que las que mostraban en una residencia en específico los medios de comunicación. La presión mediática, sumada al hecho de no tener directrices claras a seguir y al gran desconocimiento que se tenía de la situación, hizo que se dieran diversas situaciones en las que se incumplieron los principios éticos biosanitarios en las residencias (34).

Como se ha mencionado anteriormente, se produjo una desatención a las personas que viven en residencias, que se veían discriminadas con respecto al resto de la población enferma de COVID-19 a la hora de su traslado a un hospital. Sin embargo, se consideraron personas de especial vulnerabilidad y, por ello, deberían haber tenido preferencia en cuanto a su asistencia. Esta situación puso de manifiesto un problema que ha estado silente hasta ahora, y nadie ha asumido la responsabilidad de atender con más prontitud a las personas de las residencias. No se mostró solidaridad con estas personas, dejándolas prácticamente abandonadas; de manera que se vulneraron los principios éticos de justicia y equidad para poder disponer de atención sanitaria (34).

Además, a esto se le sumó la situación del confinamiento, que hizo que las personas en las residencias no vieran a sus seres queridos. Por las circunstancias que atravesaba el país y por su propia salud, se vieron obligados a no poder salir de la residencia, originándose en ellos un sentimiento de soledad y tristeza aún mayor. En esos momentos, se pasó del confinamiento al aislamiento, dado que los residentes se encontraban en su habitación, la cual no debían abandonar por indicaciones del

Ministerio de Sanidad, además de ser reubicados según una clasificación establecida en la **Orden SND/265/2020** (35). Eso hizo que se restringiera su movimiento aún más y que no pudieran relacionarse con sus compañeros que también residían allí. Se ha vulnerado así el derecho de autonomía de los mismos residentes, dado que no se les preguntó si querían quedarse allí, viviendo esos meses de manera tan solitaria (34).

Por una parte, el aislamiento se llevó a cabo para asegurar la máxima protección de los residentes, pero también tuvo lugar para que las mismas residencias atendieran a los enfermos de COVID-19 allí y no los derivaran a los hospitales para no sobrecargar más el sistema que estaba desbordándose. Se puso toda la presión del cuidado y atención de los enfermos en el mismo personal sanitario que trabajaba en las residencias, como se indica mediante la **Orden SND/275/2020** (36); en la que se especifica la necesidad de modificar la utilidad del centro para llevar a cabo un uso sanitario del mismo (36).

Además de esto, y por el poco equipamiento de protección para los mayores del que disponían los sanitarios que debían entrar a las habitaciones de los residentes, se vulneró el principio de no maleficencia. Esto se explica ya que no podían hacer nada para evitar contagiar el COVID-19, siendo los únicos que podrían transmitirlo a los residentes si estaban contagiados y no se habían dado cuenta en el momento de la asistencia (34).

Cabe destacar que en los protocolos de ingreso a las unidades de cuidados intensivos durante la pandemia se excluían a las personas mayores de 80 años dado que, según la justificación, tenían menos probabilidad de sobrevivir y no les quedarían tantos años de vida con buena calidad como a las personas que eran más jóvenes. Todo esto vulnera tanto la beneficencia y la justicia, como la dignidad de estas personas, ya que la falta de recursos obligaba a los profesionales a decidir sobre quien tenía acceso a una atención especializada. Además, las justificaciones de su exclusión se basan en afirmaciones inexactas, que no pueden tenerse en cuenta dado que sería generalizar y que están basadas en prejuicios que condicionan la opinión hacia los mayores de 80 años (34).

13. Salud mental y los cambios laborales

Teletrabajo

Debido a la pandemia causada por el SARS-CoV-2 que se presentó en España a mediados del mes de marzo del pasado 2020, se tuvieron que adoptar nuevas formas de trabajo que implicarían una “ausencia-presencia” del trabajador de su puesto laboral

de físicamente en la empresa, pero que garantizaría el servicio desde su propio domicilio (37). De esta forma, se creó el **Real Decreto-ley 28/2020**, el 22 de septiembre sobre el trabajo a distancia, que recoge los derechos del teletrabajo y de los trabajadores a los que afecta (38).

El teletrabajo se puede definir como el trabajo realizado a distancia, fuera de los establecimientos o lugares habituales de la empresa, a partir del cual se prestan los servicios gracias a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. Además, se puede destacar que esta nueva forma de trabajo alberga la posibilidad de enviar el trabajo al trabajador, en vez de enviar al trabajador al trabajo (37).

El término teletrabajo surge en la década de los 70, con el objetivo de liberar la contaminación ambiental por el exceso de vehículos que se utilizaban para el desplazamiento al puesto laboral y para desahogar los largos atascos que se formaban en horas punta. En la actualidad, su uso es totalmente dispar a este, ya que su causa está totalmente relacionada con la salud y el confinamiento que se impuso, y no con aspectos ambientales o meteorológicos. El elemento básico del teletrabajo es la informática y es el propio trabajador quien, con el uso de esta, realiza la actividad laboral, ya que sin alguno de estos dos elementos no sería posible conseguir los objetivos (37).

El teletrabajo no se limita únicamente a la realización de las tareas laborales en casa y durante un horario determinado, sino que la propia empresa tiene potestad para decidir dónde (zona rural o urbana), a tiempo parcial o completo, el tipo de conexión... Esta forma de trabajo presenta una serie de ventajas e inconvenientes a nivel del empleado y la empresa (37).

<i>Ventajas</i>	<i>Desventajas</i>
TRABAJADOR	
Ahorro de tiempo y dinero en el transporte	Escasa división del ámbito laboral y personal
Mayor disponibilidad horaria	Falta de adhesión a la empresa
Mayor confianza en los trabajadores	Alteraciones en la salud mental y física
Confort hogareño	Alteraciones sobre la vista, ergonomía...
Facilita el trabajo en las personas con minusvalía	Falta de participación en sindicatos
Organización de necesidades	
Refuerzo del vínculo con la comunidad total	
EMPRESA	
Flexibilidad y economía de costos en la empresa	Mayor dificultad en el trabajo en equipo
Contratación y conservación del personal	Mayor necesidad de motivar al trabajador
Reducción del ausentismo laboral	Costos de equipos
Inexistencia de conflictos de convivencia entre el personal	Cambios organizativos
Mejora en los plazos de entrega de los trabajos	Perdida de la comunicación personal y directa con el trabajador
Mejora la productividad	Dificultad en el control directo

Tabla 1. Ventajas e inconvenientes del teletrabajo. Elaboración propia (37).

En cuanto a la implantación del teletrabajo en la vida diaria de las personas durante la pandemia, ha tenido un número de repercusiones negativas sobre la salud, extendiéndose no solo a nivel físico, sino también a nivel mental. Las alteraciones sobrevenidas por la situación en ambos niveles son de igual importancia tratarlas, ya que constituyen una parte fundamental del ser humano biopsicosocial (39, 40).

Uno de los principales factores predisponentes de las repercusiones sobre la salud mental es el aislamiento social. Las personas describen la situación como extraña y agobiante, ya que dejan de acudir diariamente a su puesto de trabajo, relacionarse con más personas, evadirse de su rutina de vida, establecer vínculos afectivos... Todo ello genera situaciones de estrés e irritabilidad, llegando a ser imperceptible, pero que, de igual manera, tiene repercusiones negativas en la vida de los trabajadores. Muchas de las personas que han sufrido esta situación reflejan que el estar encerrado en casa realizando su actividad profesional con aparente "normalidad", afectó a su nivel de sueño y alimentación, reduciéndolos por desgana y apatía. En algunos casos, las personas que tenían niños pequeños o mayores a su cargo han percibido problemas para atender las necesidades de ambos, por lo que en muchas ocasiones alguna de las tareas quedaba relegada. Entre las alteraciones de salud mental que con mayor frecuencia han propiciado esta situación destacan el bajo estado de ánimo, TOC, estrés postraumático, depresión, ansiedad, angustia, rabia, tristeza, entre otras (39, 40).

Como tratamiento paliativo para evadir la ansiedad, los expertos recomiendan (39, 40):

- Sueño reparador de 6-8h.
- Buenos hábitos alimenticios, lo que mejora las alteraciones de salud física producidas por el sedentarismo generado por el teletrabajo.
- Realizar ejercicio en ámbito doméstico (30-60 minutos dos veces al día).
- Canalizar el estrés con actividades yoga o *mindfulness*.
- Mantenerse en contacto con sus familiares y amigos.
- Actividades en familia, más allá de las tecnologías de la información y la comunicación.

En cuanto a las alteraciones en la salud física, se ha observado que, de forma muy general, personas que desarrollan sus actividades laborales mediante el teletrabajo o de sin él, han empeorado su calidad de vida, la alimentación, el ejercicio y han aumentado el sedentarismo y los hábitos tóxicos. En los ciudadanos sometidos a esta situación se pueden observar cambios en distintos aspectos relacionados con la salud (41):

- Aumento de peso por el incremento del tiempo que se permanece sentado y el cambio en la alimentación, debido a la falta de tiempo para preparar comidas elaboradas o más saludables.
- Reducción notable de la realización de actividad físico por falta de motivación o limitación del tiempo. Los expertos recomiendan programas de aumento de movilización, como levantarse de la silla cada 30 minutos, realizar pequeñas series de ejercicios en casa; si el trabajo lo permite, pasear o llevar a cabo estiramientos, con el fin de favorecer la ergonomía.
- Debido al estrés se ha acudido como método de evasión a los hábitos tóxicos. Ha aumentado el consumo de tabaco y alcohol.
- Se ha incrementado la incidencia de la automedicación en la población. Muchas personas han recurrido a fármacos como benzodiacepinas y antidepresivos para reducir el malestar en su vida diaria.

Como conclusión, se podría decir que el teletrabajo ha tenido siempre un aspecto positivo y negativo, ya que esta forma de trabajo no ha surgido este último año como consecuencia de la pandemia, sino que se ha empleado en muchos ámbitos, durante un largo periodo de tiempo. Como consecuencia de la situación vivida y como mejor medida preventiva de expansión del virus, se impuso el teletrabajo unido a otras medidas de contención, lo que hizo darle una visión más negativa, como se ha descrito anteriormente en el análisis de las repercusiones físicas y psicológicas.

ERTE y desempleo

La ley que contempla la legalidad y la seguridad sobre los ERTes (Expediente de Regulación Temporal de Empleo) se ha ido modificando a lo largo del tiempo desde que entró en vigor. La primera ley que se recoge en el BOE sobre los ERTes es el **Real Decreto-ley 8/2020**, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social de la COVID-19 (42).

Esta ley recoge una serie de medidas extraordinarias que hacen frente al impacto económico y social de la pandemia, estableciendo así una serie de directrices de protección al desempleo para los casos relacionados directos con la COVID-19. Entre ellas, el desempleo de sectores no imprescindibles que durante el confinamiento tuvieron que cerrar empresas y que, aún a día de hoy, cuentan con empleados en ERTE por la falta de recursos económicos de contratación (43).

Un ERTE establece la protección del conjunto de trabajadores afectados por esta situación de desempleo y engloba medidas específicas de suspensión temporal de contratos y reducción de jornada temporales. Estos dependen de los acuerdos llegados

entre cada empresa y el Estado, el cual asegura entre un 80-100% del sueldo que recibían los empleados cuando realizaban su jornada habitual de trabajo. Aun con todas estas medidas de garantías de subsistencia económica, muchas familias temían por su situación, especialmente las personas autónomas, las cuales no tenían tanta facilidad a la hora de acceder a este tipo de ayudas (43).

Al igual que con el teletrabajo, la situación de desempleo en la mayoría de las familias supone un estado de inquietud y ansiedad por el desconocimiento de su situación laboral. Durante la pandemia, la mayoría de las personas en ERTE no conocían si el día de mañana conservarían su empleo. Aunque dentro de esta ley se recoge que el despido de un empleado en ERTE no cuenta con la base legal suficiente, se mantiene cierto grado de incertidumbre que provoca efectos negativos sobre la salud (43).

Dentro de los efectos perjudiciales sobre la salud de las personas en desempleo se puede destacar que, aumentaron las cifras de ansiedad, miedo, tristeza, depresión, angustia, apatía; aumento la habituación tóxica, crecimiento drástico en la automedicación de ansiolíticos... (43)

En resumen y en relación con la situación general de la pandemia, el desempleo ha ocasionado un sinnúmero de alteraciones en la salud de las personas; sobre todo en la salud mental, ya que se debe hacer frente de manera súbita a una situación totalmente desconocida.

14. Planificación de estrategias de mejora

La pandemia de la COVID-19 ha supuesto un gran problema para la población en general, por lo que las enfermeras pueden tener un papel muy importante a la hora de realizar intervenciones que minimicen el impacto de la pandemia en la salud mental de la comunidad.

Como una de las principales medidas adoptadas por la Comunidad de Madrid, se ha creado un Plan de Respuesta Asistencial prioritaria en Salud Mental en la postcrisis por coronavirus que pretende aumentar los recursos económicos y humanos destinados al área de la salud mental. Este contempla la contratación de 23 psiquiatras, 36 psicólogos clínicos, dos enfermeras y un terapeuta ocupacional, reforzando así las plantillas de diferentes unidades de Salud Mental de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud. Se han predestinado 3.379.444 euros a la implementación de este plan (44).

Algunas de las estrategias propuestas incluyen aspectos como (45, 46, 47, 48):

Intervenciones grupales:

- Creación de grupos de ayuda mutua para los diferentes grupos poblacionales. Reunir, por ejemplo, enfermeras que hayan experimentado las mismas vivencias puede resultar beneficioso para aprender y enriquecerse de las experiencias de las demás.

Intervenciones dirigidas a la población general:

- Fomentar el interés por la salud mental mediante las consultas telefónicas programadas con enfermeras de atención primaria.

Intervenciones dirigidas a los profesionales sanitarios:

- Creación de equipos de apoyo psicológico y emocional a los profesionales sanitarios en cada centro de atención, con un número telefónico de contacto central; de manera que se preste atención individualizada a cada profesional que la solicite.
- Fomentar el autocuidado en los profesionales sanitarios, respetando su descanso durante los turnos de trabajo y promoviendo actividades de ocio fuera del horario laboral.

Intervenciones dirigidas a los pacientes enfermos de COVID-19, tanto hospitalizados como en domicilio:

- Proporcionar a los pacientes ingresados las herramientas necesarias para que identifiquen sensaciones de miedo o ansiedad y enseñar técnicas de pensamiento dirigido para reducirlas.
- Apoyo emocional a los pacientes ingresados, proporcionando los medios necesarios para que mantenga su actividad social activa.
- Contacto telefónico o por videoconferencia con los pacientes en domicilio para identificar síntomas de ansiedad, depresión y estrés.

Intervenciones dirigidas a la población infantil:

- Promoción y educación sobre la COVID-19 a la población infantil por parte de enfermeras escolares o de atención primaria, adaptada a su capacidad de comprensión mediante cuentos o canciones.
- Enseñar a la población infantil diferentes formas para expresar sus sentimientos y emociones, como dibujos, representaciones teatrales o juegos.

Intervenciones dirigidas a las personas mayores:

- Formar a los cuidadores y familiares de personas mayores en domicilio sobre actividades físicas y cognitivas para fomentar la estimulación y evitar la inmovilidad.

- Evitar sobre informar a las personas mayores con datos que no puedan comprender relacionados con la pandemia, para reducir la ansiedad y el miedo.

Intervenciones dirigidas a las personas en desempleo y con teletrabajo:

- Proporcionar información acerca de los programas de orientación laboral a las personas desempleadas.
- Fomentar el establecimiento de una rutina, la separación de espacios y el descanso activo en los teletrabajadores.

15. Conclusión

Tras evaluar las consecuencias a nivel psicológico sobre la salud mental durante la pandemia por COVID-19, es necesario mejorar el tratamiento y las medidas preventivas de estas alteraciones. Asimismo, se debería analizar la organización y gestión de la atención de la salud mental para mejorar la actuación sanitaria en posibles pandemias o situaciones adversas futuras. Es importante garantizar que la población conozca en todo momento el alcance de la situación, la forma de actuar ante estos escenarios y las posibles consecuencias a nivel general, para favorecer la seguridad, el bienestar y la adaptación.

De aquí deriva la importancia del concepto de resiliencia, definido como la capacidad que tienen las personas para afrontar las situaciones de estrés y mejorar sus repercusiones sobre la salud mental. Esta habilidad ha sido una característica fundamental presente en toda la población para poder hacer frente a las consecuencias de la pandemia y el confinamiento (49).

16. Bibliografía

1. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 [Internet]. España: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado; 2020 [citado el 15 de enero del 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>
2. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Ginebra: OMS; 30 de marzo del 2018 [citado el 15 de enero del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
3. Naciones Unidas. Informe de políticas: la COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 13 de mayo del 2020 [citado el 15 de enero del 2021]. Disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_COVID_and_mental_health_spanish.pdf
4. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR, Ruiz-Frutos C. Impacto del SARS-CoV-2 (COVID-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. Revista Española Salud Pública [Internet]. 23 de julio del 2020 [citado el 15 de enero del 2021]; 94. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/REVISIONES/RS94C_202007088.pdf
5. Dosil Santamaría M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo Rodríguez I, Jaureguizar Alboniga-Mayor J, Picaza Gorrotxategi M. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. Revista de Psiquiatría y Salud Mental [Internet]. 21 de mayo del 2020 [citado el 15 de enero del 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-pdf-S1888989120300604>
6. Asociación Madrileña de Calidad Asistencial. Reflexiones y recomendaciones para planificar actuaciones para la prevención y abordaje de Reacciones de Estrés Agudo en trabajadores sanitarios y otro personal de apoyo a la labor sanitaria con motivo de la crisis ocasionada por Covid-19 [Internet]. Madrid: Asociación Madrileña de Calidad Asistencial; 2020 [citado el 15 de enero del 2021]. Disponible en: <https://calidadasistencial.es/wp-seca/wp-content/uploads/2020/04/SECA-COVID-19-Prevencion-Estres-Agudo.pdf>

7. Sociedad Española de Psiquiatría. Cuidando la salud mental del personal sanitario [Internet]. España: Sociedad Española de Psiquiatría; 2020 [citado el 15 de enero del 2021]. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEP%20COVID19-Salud%20Mental%20personal%20sanitario.pdf>
8. Ministerio de Sanidad. Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020 [citado el 15 de enero del 2021]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf
9. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Información científica-técnica: enfermedad por coronavirus, COVID-19 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 18 de mayo del 2020 [citado el 15 de enero del 2021]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/ITCoronavirus%20%2819%20mayo%29.pdf>
10. Bueno Ferrán M, Barrientos-Trigo S. Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. Enfermería Clínica [Internet]. 11 de mayo del 2020 [citado el 15 de enero del 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862120303028>
11. Paredes Pérez PM, Elias Dawaher J, Chérrez Paredes MF. Impacto del COVID-19 en la salud mental de los pacientes hospitalizados. Revista de la facultad de ciencias médicas [Internet]. 31 de agosto del 2020 [citado el 15 de enero del 2021]; 38(2):2661-6777. Disponible en: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/3234>
12. Dorman-Ilan S, Hertz-Palmor N, Brand-Gothelf A, Hasson-Ohayon I, Matalon N, Gross R, et al. Anxiety and Depression Symptoms in COVID-19 Isolated Patients and in Their Relatives [Internet]. Israel: Public Mental Health; 14 de octubre del 2020 [citado el 15 de enero del 2021]. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.581598/full>
13. Vindegaard N, Eriksen Benros M. COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. Brain, Behavior, and Immunity [Internet]. Octubre del 2020 [citado el 15 de enero del 2021]; 89:531-542. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889159120309545?via%3Dihub>

14. González-Rodríguez A, Labad J. Salud mental en tiempos de la COVID: reflexiones tras el estado de alarma. Medicina clínica [Internet]. Noviembre del 2020 [citado el 15 de enero del 2021]; 155(9):392-394. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-avance-resumen-salud-mental-tiempos-covid-reflexiones-S002577532030525X>
15. Louardi M, Pelekasis P, Chrousos GP, Darviri C. Mental health in chronic disease patients during the COVID-19 quarantine in Greece. Cambridge University Press [Internet]. 29 de junio del 2020 [citado el 15 de enero del 2021]; 18(4):394-399. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7360943/>
16. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Internet]. Junio del 2020 [citado el 15 de enero del 2021]; 37(2):1726-4634. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342020000200327&script=sci_arttext
17. Caparros-González RA, Luque-Fernández MA. Salud mental en el período perinatal y estrés materno durante la pandemia COVID-19: influencia sobre el desarrollo fetal. Revista Española Salud Pública [Internet]. 10 de septiembre del 2020 [citado el 15 de enero del 2021]; 94. Disponible en: https://www.msrebs.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/CARTA/RS94C_202009104es.pdf
18. Hessami K, Romanelli C, Chiurazzi M, Cozzolino M. COVID-19 pandemic and maternal mental health: a systematic review and meta-analysis. The journal of MaternalFetal & Neonatal Medicine [Internet]. 1 denoviembre del 2020 [citado el 15 de enero del 2021]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2020.1843155>
19. Caparros-González RA. Consecuencias maternas y neonatales de la infección por coronavirus COVID-19 durante el embarazo: una scoping review. Revista Española Salud Pública [Internet]. 17 de abril del 2020 [citado el 15 de enero del 2021]; 94. Disponible en: https://www.msrebs.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/REVISIONES/RS94C_202004033es.pdf
20. Fernández-Carrasco FJ, Vázquez-Lara JM, González-Mey U, Gómez-Salgado J, Parrón-Carreño T, Rodríguez-Díaz L. Infección por coronavirus COVID-19 y lactancia materna: una revisión exploratoria. Revista Española Salud Pública [Internet]. 27 de mayo de 2020 [citado el 16 de enero del 2021]; 94. Disponible en:

- https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/REVISIONES/RS94C_202005055.pdf
21. Baena-Antequera F, Jurado-García E, Fernández-Carrasco FJ, Rodríguez-Díaz L, Gómez-Salgado J, Vázquez-Lara JM. Atención del embarazo durante la epidemia de COVID-19, ¿un impulso para el cambio?. Revista Española Salud Pública [Internet]. 5 de noviembre del 2020 [citado el 16 de enero del 2021]; 94. Disponible en:
https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/C_ESPECIALES/RS94C_202011157.pdf
22. Valero Alzaga E, Martín Roncero U, Domínguez-Rodríguez A. COVID-19 y salud infantil: el confinamiento y su impacto según profesionales de la infancia. Revista Española Salud Pública [Internet]. 27 de junio del 2020 [citado el 16 de enero del 2021]; 94. Disponible en:
https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/ORIGINALES/RS94C_202007064.pdf
23. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Instrucción de 19 de marzo de 2020, del Ministerio de Sanidad, por la que se establecen criterios interpretativos para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 [Internet]. España: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado; 19 de marzo del 2020 [citado el 16 de enero del 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3898>
24. Paricio del Castillo R, Pando Velasco MF. Salud mental infanto-juvenil y pandemia de COVID-19 en España: cuestiones y restos. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil [Internet]. 2020 [citado el 16 de enero del 2021]. Disponible en;
<https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/355/300>
25. Pedreira Massa JL. Salud mental y COVID-19 en infancia y adolescencia: visión desde la psicopatología y la salud pública. Revista Española Salud Pública [Internet]. 16 de octubre del 2020 [citado el 16 de enero del 2021]; 94. Disponible en:
https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/C_ESPECIALES/RS94C_202010141.pdf
26. UNICEF España. Salud mental e infancia en el escenario de la COVID-19. Propuestas de UNICEF España [Internet]. España: UNICEF España; 2020 [citado el 16 de enero del 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.es/publicacion/salud-mental-e-infancia-en-el-escenario-de-la-COVID-19-propuestas-de-unicef-espana>
27. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Kit de recursos parentales acerca del COVID-19: Infancia temprana [Internet]. Estados Unidos: Centros para el

- control y la prevención de enfermedades; 20 de agosto del 2020 [citado el 16 de enero del 2021]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/parental-resource-kit/early-childhood.html>
28. Oliver Torelló JL, Pascual Barrio B, Amer Fernández J, Gomila Grau MA, Pozo Gordaliza R, Quesada Serra V. Anuri de l'envelliment: Illes Balears 2020 [Internet]. Islas Baleares: Universitat de les Illes Balears; 2020 [citado el 16 de enero del 2021]. Disponible en: https://qifes.uib.es/digitalAssets/618/618129_anuari-envelliment-2020-complet.pdf
29. Losada-Baltar A, Márquez-González M, Jiménez-Gonzalo L, Pedroso-Chaparro MdS, Gallego-Alberto L, Fernandes-Pires J. Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19. Revista Española de Geriátría y Gerontología 2020;55(5):272-278.
30. Mayo Clinic. Como ayudar a los niños a enfrentar la soledad durante COVID-19 [Internet]. Florida: Mayo Clinic; 2020 [citado el 16 de enero del 2021]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/help-kids-cope-with-loneliness-covid19/art-20490135>
31. Consuegra-Fernández M, Fernández-Trujillo A. La soledad de los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas. Revista de bioética y derecho [Internet]. 23 de noviembre del 2020 [citado el 16 de enero del 2021]; 50:1886-5887. Disponibles en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000300006
32. Fernández-Ballesteros Rocío, Sánchez-Izquierdo Alonso Macarena. Impacto del COVID-19 en personas mayores en España: algunos resultados y reflexiones. Clínica y Salud [Internet]. 2020 [citado 2021 Ene 16]; 31(3):165-169. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742020000300007&lng=es
33. Cabrero Gregorio Rodríguez. La crisis del coronavirus y su impacto en las residencias de personas mayores en España. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. Junio del 2020 [citado 16 enero 2021]; 25(6):1996-1996. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000601996&lng=en
34. Gómez Martínez C. Reflexiones éticas en torno a las medidas tomadas en las residencias durante la pandemia. Cuadernos de bioética [Internet]. 2020 [citado el 16 de enero del 2021]; 31(102):231-243. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2020/31/102/231.pdf>

35. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 [Internet]. España: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado; 19 de marzo del 2020 [citado el 16 de enero del 2021]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-3951
36. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, por la que se establecen medidas complementarias de carácter organizativo, así como de suministro de información en el ámbito de los centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 [Internet]. España: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado; 23 de marzo del 2020 [citado el 16 de enero del 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-4010>
37. Bottos A. Teletrabajo: su protección en el derecho laboral. 1 ed. Buenos Aires, Argentina: ediciones Catgedra Jurídica; 2008.
38. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto-ley 28/2020, de 22 de septiembre, de trabajo a distancia [Internet]. España: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado; 23 de septiembre del 2020 [citado el 16 de enero del 2021]. Disponible en: [Disposición 11043 del BOE núm. 253 de 2020](#)
39. Larios-Navarro A, Bohórquez-Rivero J, Naranjo-Bohórquez J, Sáenz-López J. Impacto psicológico del aislamiento social en el paciente comórbido: a propósito de la pandemia COVID-19. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. Diciembre del 2020 [citado el 16 de enero del 2021]; 49(4):227-228. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-avance-resumen-impacto-psicologico-del-aislamiento-social-S0034745020300767>
40. Caballero-Domínguez CC, Campo-Arias A. Problemas de salud mental en la sociedad: Un acercamiento desde el impacto del COVID-19 y de la cuarentena. Scholarly Journals [Internet]. Septiembre del 2020 [citado el 16 de enero del 2021]; 17(3):1-3. Disponible en: [Problemas de salud mental en la sociedad: un acercamiento desde el impacto del COVID 19 y de la cuarentena - ProQuest](#)
41. Fernández-Ballesteros R, Sánchez-Izquierdo Alonso M. Impacto del COVID-19 en personas mayores en España: Algunos resultados y Reflexiones. Clínica y Salud: Investigación Empírica en Psicología [Internet]. 2020 [citado el 16 de enero del 2021]; 31(3): 1130-5274. Disponible en: [Impacto del COVID-19 en Personas Mayores en España: Algunos Resultados y Reflexiones | Revista de psicología \(copmadrid.org\)](#)

42. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19 [Internet]. España: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado; 17 de marzo del 2020 [citado el 16 de enero del 2021]. Disponible en: [BOE.es - Documento BOE-A-2020-3824](https://www.boe.es/Documentos/BOE-A-2020-3824)
43. Servicio Público de Empleo Estatal. Medidas COVID-19 [Internet]. España: SEPE; 2020 [citado el 16 de enero del 2021]. Disponible en: <https://www.sepe.es/HomeSepe/COVID-19/medidas-COVID-19.html>
44. Redacción Médica. Coronavirus: Madrid lanza un nuevo Plan de Salud Mental post Covid-19 [Internet]. Madrid: Redacción Médica; 25 de mayo del 2020 [citado el 16 de enero del 2021]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/autonomias/madrid/coronavirus-madrid-nuevo-plan-salud-mental-post-covid-19-6838>
45. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. Rosa contra el virus [Internet]. Madrid: Editorial Sentir; 2020 [citado el 16 de enero del 2021]. Disponible en: https://www.copmadrid.org/web/img_db/publicaciones/rosa-contra-el-virus-cuento-para-explicar-a-los-ninos-y-ninas-el-coronavirus-y-otros-posibles-virus-5e72423588003.pdf
46. Osasun mentalaren elkartea-Asociación Española de Neuropsiquiatría. Guía de apoyo psicosocial durante esta epidemia de coronavirus [Internet]. España: OME-AEN; 23 de marzo del 2020 [citado el 16 de enero del 2021]. Disponible en: <https://ome-aen.org/guia-de-apoyo-psicosocial-durante-esta-epidemia-de-coronavirus/>
47. Grupo de Salud Mental para la Intervención en la Crisis por Covid-19, Hospitales Universitarios La Paz, Príncipe de Asturias, e Infantil Niño Jesús. Protocolo para la intervención en salud mental durante la epidemia de neumonía por SARS-COV-19 [Internet]. Madrid: Grupo de Salud Mental para la Intervención en la Crisis por Covid-19, Hospitales Universitarios La Paz, Príncipe de Asturias, e Infantil Niño Jesús; 25 de marzo del 2020 [citado el 16 de enero del 2021]. Disponible en: <https://msfcovid19.org/wp-content/uploads/2020/04/EXT006-SM-Hosp-La-Paz-Protocolo-intervenci%C3%B3n-en-salud-mental-COVID19-20200325-V6-OK.pdf>
48. Gobierno del Principado de Asturias-Servicio de Salud del Principado de Asturias. Programa de Atención Psicológica en pandemia de COVID-19 [Internet]. Asturias: Gobierno del Principado de Asturias-Servicio de Salud del Principado de Asturias; 13 de noviembre del 2020 [citado el 16 de enero del 2021]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/973133/Programa+de+Atenci%C3%B3n>

[3n+Psicol%C3%B3gica+en+pandemia+de+COVID+19.pdf/26cab5c4-cba8-c208-2cd7-1701d0372d60](#)

49. Pollock A, Campbell P, Cheyne J, Cownie J, Davis B, McCallum J, et al. Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review [Internet]. United Kingdom: Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group; 5 de noviembre del 2020 [citado el 16 de enero del 2021]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013779/full/es>