

La opinión del experto

Impacto de la pandemia de COVID en la salud mental de la población general y de los trabajadores sanitarios

Bouza, E.^{1*}, Arango, C.^{2*}, Moreno, C.³, Gracia, D.⁴, Martín, M.⁵, Pérez, V.⁶, Lázaro, L.⁷, Ferre, F.⁸, Salazar, G.⁹, Tejerina-Picado, F.¹⁰, Navío, M.¹¹, Granda Revilla, J.¹², Palomo, E.¹³, Gil-Monte, P. R.¹⁴

***Ambos autores han contribuido igualmente a la realización de este manuscrito**

1.- CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES CB06/06/0058), España. Patrono de la Fundación de Ciencias de la Salud. Servicio de Microbiología y Enfermedades Infecciosas Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Universidad Complutense. Madrid.

2 y 3.- Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERSAM, Facultad de Medicina, UCM.

4.- Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud.

5.- Psiquiatra. Director médico de los centros de Hermanas Hospitalarias en Navarra y País Vasco.

6.- Director Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions del Parc de Salut Mar de Barcelona.

7.- Jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona. IDIBAPS. CIBERSAM. Catedrática de Psiquiatría de la Universitat de Barcelona.

8.- Jefe Servicio Psiquiatría Adultos. Instituto Psiquiatría y Salud Mental Hospital Gregorio Marañón Madrid.

9.- Instituto de Psiquiatría, Psicología y Neurociencias, King's College Londres. South London and Maudsley NHS Foundation Trust, Londres.

10.- Médico adjunto. Servicio de Microbiología y Enfermedades Infecciosas /VIH del Hospital General Universitario Gregorio Marañón e Investigador Predoctoral del Grupo de Investigación Clínica en VIH/SIDA del Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón.

11.- Jefe de Sección de Psiquiatría, Hospital 12 de Octubre. Madrid. Coordinadora oficina Salud Mental y Adicciones. Servicio Madrileño de Salud. CIBERSAM.

12.- Periodista. Madrid.

13.- Doctor en Farmacia. Director Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid.

14.- Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSCO), Universitat de València.

Introducción

La pandemia de COVID-19 cumplirá próximamente 3 años de evolución con consecuencias catastróficas y bien conocidas en la salud física y la mortalidad de los habitantes del planeta. Sus consecuencias sobre la salud mental han sido igualmente enormes y su análisis se ha llevado a cabo en momentos distintos de la pandemia y con enfoques lógicamente parciales. Por otro lado, las condiciones para alterar la salud mental de los individuos y de los grupos que la pandemia ha supuesto han sido diferentes en distintos lugares.

El patronato de la Fundación de Ciencias de la Salud se planteó, en su momento, una serie de preguntas sobre las consecuencias sobre la salud mental de la pandemia de COVID-19 tanto en la población general, con o sin buena salud mental previa, como sobre el colectivo de trabajadores sanitarios. Muy particularmente, preocupaban esas consecuencias en la población española. Por ello, se reunió a una serie de expertos en distintas materias relacionadas con el tema que han tratado de ir dando respuesta a dichas preguntas a la luz de la evidencia científica y de su propia opinión y experiencia. Tras la exposición del tema, en cada una de las preguntas y con la discusión de todo el grupo, se llegó a una conclusión de consenso que trataba de resumir el estado del arte sobre el tema.

El documento que sigue a continuación es el resultado de ese proceso. Todos los autores han revisado el manuscrito final y han dado su aprobación al mismo.

El documento está dividido en una primera parte que evalúa el impacto de la pandemia en la salud mental de la población general y una segunda sobre su impacto en los sanitarios.

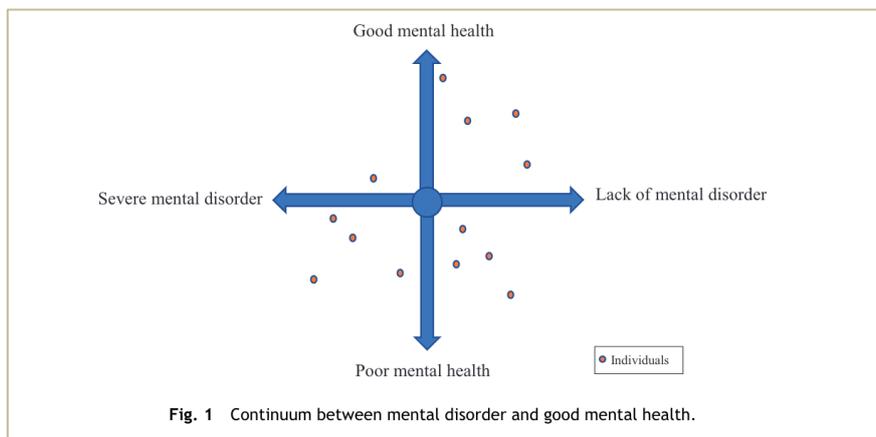
PRIMERA PARTE: IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN

¿Qué es y cómo se define la Salud Mental? ¿Dónde están los límites de lo patológico? ¿Cuáles son los conceptos o indicadores que mejor reflejan la Salud Mental de una sociedad?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera buena salud mental un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Al igual que define buena salud, no sólo como la falta de enfermedad, lo mismo hace con la salud mental (1).

Por el contrario, el trastorno mental es una alteración *clínicamente significativa y sostenida* de tipo emocional, cognitiva y/o de comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Estos síntomas dificultan que la persona se adapte al *entorno cultural y social* en el que vive, lo que puede provocar alguna forma de *malestar subjetivo* (Figura 1).

Figura 1.- Esquema dimensional tanto de la salud mental y los trastornos mentales siendo fundamental para estos últimos su impacto en la funcionalidad de la persona



Una buena salud mental está compuesta por múltiples dimensiones que afectan distintas áreas de la vida de la persona. En una revisión reciente sobre este tema identificamos catorce ítems para definir una buena salud mental (Tabla 1)(2) (3).

Tabla 1.- Ítems necesarios para definir la salud mental

1. Conocimiento sobre salud mental	8. Estrategias de autocuidado
2. Actitud hacia los trastornos mentales	9. Habilidades sociales
3. Autopercepción y valores	10. Relaciones familiares y significativas
4. Capacidades cognitivas	11. Salud física
5. Funcionamiento académico/laboral	12. Salud sexual
6. Emociones	13. Sentido de la vida
7. Comportamientos	14. Calidad de vida

Conclusión

La salud mental es algo que va más allá de la falta de enfermedad y se mide de forma dimensional y dinámica. Los límites sobre salud mental y trastorno mental vienen definidos por cómo los problemas de salud mental influyen en el funcionamiento (social, laboral, académico, familiar, etc.) de la persona. Son múltiples las variables que miden la salud mental de una población, más aún si se tienen en cuenta las interacciones entre ellas.

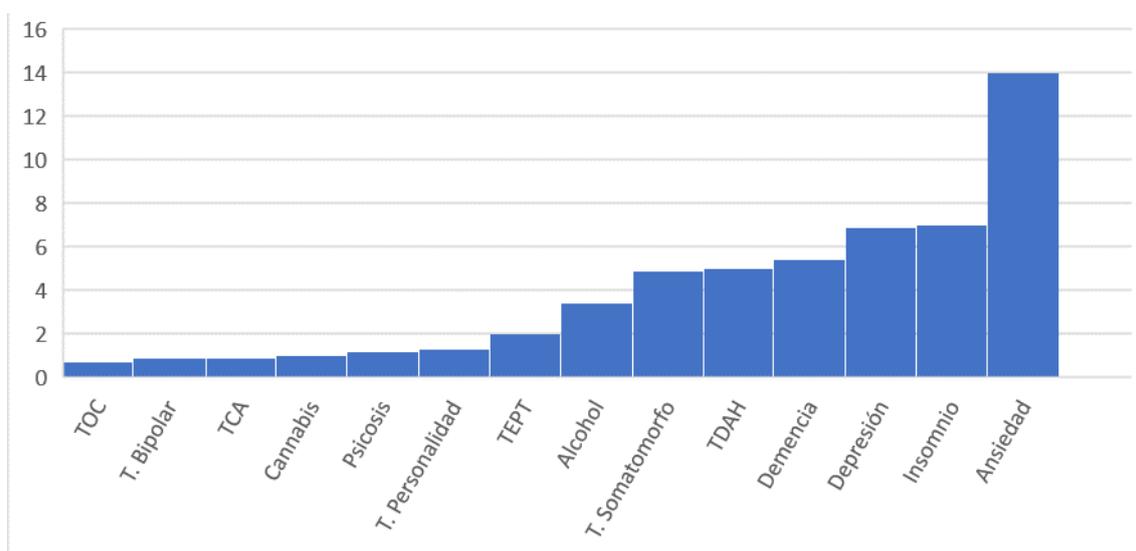
¿Cuáles son los trastornos mentales más prevalentes?

Los estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de los trastornos mentales en la comunidad en los países de Europa Occidental, incluyendo España, indican, con un nivel de acuerdo muy consistente que los más comunes son los trastornos por ansiedad, los trastornos del sueño y los trastornos afectivos (4, 5). Muchos estudios se realizaron de forma

previa a la Gran Recesión de 2008 y a la pandemia COVID, por lo que desde una perspectiva actual hay que considerar estas valoraciones como conservadoras.

En concreto, las estimaciones señalan que cada año el 38,2 % de la población europea sufre de un trastorno mental, lo que, ajustado por edad y comorbilidad, corresponde a 164,8 millones de personas afectadas. Los trastornos frecuentes son los trastornos de ansiedad (14,0%), insomnio (7,0%), depresión mayor (6,9%), somatomorfo (6,3%), y dependencia de alcohol y drogas (4%). Otros trastornos menos frecuentes, pero de gran repercusión personal y asistencial, por la gravedad que pueden revestir, son los trastornos psicóticos, fundamentalmente esquizofrenia (1,2%), el trastorno bipolar (0,9%) y los trastornos de personalidad (1,3%). También hay que destacar la prevalencia de la discapacidad intelectual (1%), que no es un trastorno mental, pero que es un factor de riesgo para la presencia de trastornos mentales y alteraciones conductuales (Figura 2).

Figura 2.- Prevalencia anual (%) de los trastornos mentales en Europa



TOC: trastorno obsesivo compulsivo. TCA: trastorno de la conducta alimentaria. TEPT: trastorno por estrés postraumático. TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad

En cuanto a entidades que se concentran en un tramo de edad, podemos destacar el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, con una prevalencia del 5% en menores de 18 años, y las demencias, que tienen una prevalencia del 5,8% en mayores de 60 años. A excepción de los trastornos por consumo de sustancias y el retraso mental, no se aprecian variaciones culturales o nacionales destacables.

La carga de las enfermedades mentales es inmensa, a causa de la discapacidad funcional que producen. Se estima que el 30,1% de la carga total de enfermedad expresada en DALYs corresponde a trastornos neuropsiquiátricos. Las entidades más relevantes en este sentido son la depresión (7,2%), la demencia (3,7%) y el alcoholismo (3,4%). Aunque muchas fuentes, en distintos países, señalaban aumentos en las tasas de baja por enfermedad, jubilación anticipada y tratamiento debido a trastornos mentales, las tasas en la comunidad

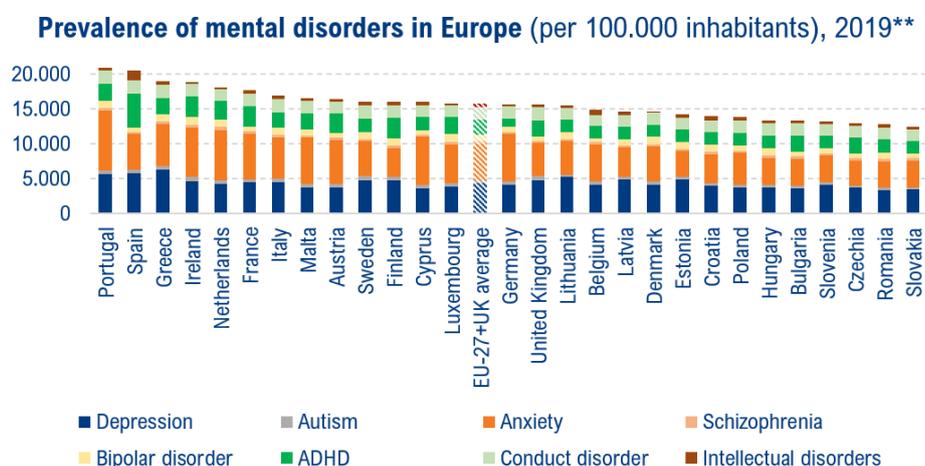
no tendían a aumentar en la época anterior a la pandemia, con algunas excepciones (por ejemplo, la tasa de demencia, relacionada con el envejecimiento poblacional).

En Europa, los trastornos mentales son la segunda causa de enfermedades no transmisibles y representan el 15% de la carga asociada a discapacidad (en términos de años con discapacidad – YLD). En total se producen 16.9 millones de YLD (Figura 3).

No cabe duda de que la pandemia COVID-19 ha impactado de forma negativa en la salud mental de la población, como no podía ser de otra manera. En este sentido, una gran cantidad de trabajos “ad hoc”, basados en encuestas transversales realizadas a través de internet sobre muestras de conveniencia, han informado que las personas que respondían a dichas encuestas estaban estresadas, insomnes, ansiosas y deprimidas (6). Esta información es valiosa por su inmediatez, pero los datos más fiables provienen de estudios longitudinales con inicio previo a la pandemia, lo que permite valorar el impacto de la misma.

Estos estudios indican que la primera fase de la pandemia, con el confinamiento asociado, produjo un aumento en los niveles de estrés psicológico clínicamente apreciable, así como en síntomas de tipo ansioso y depresivo (7, 8). Sin embargo, estos niveles se reducían por lo general pasados 6 meses, aunque hay una gran heterogeneidad en cuanto a la magnitud de esta mejoría (9, 10). En cuanto a la primera fase, los más afectados fueron los jóvenes menores de 35 años, las mujeres, y las personas que vivían con niños. En cuanto al sector de población con una afectación más prolongada, las personas con trastornos mentales preexistentes, discapacidad o en situaciones socioeconómicas de desventaja social mostraron peor resiliencia a largo plazo (11). No obstante, y dado que los efectos de la pandemia todavía se mantienen, todavía es demasiado pronto para hacer un análisis completo de su impacto sobre la salud mental.

Figura 3.- Prevalencia de trastornos mentales en Europa por 100.000 habitantes



(**) For ADHD, conducts disorders and intellectual disorders, the prevalence among <20 years old is considered.

Conclusión

Los trastornos mentales más prevalentes en la comunidad son los trastornos por ansiedad, los trastornos del sueño y los trastornos afectivos, fundamentalmente la depresión. La pandemia COVID-19 ha afectado negativamente a la salud mental, especialmente en la primera fase de la misma, coincidiendo con la situación de

confinamiento. Las manifestaciones clínicas fueron sobre todo síntomas depresivos, ansiosos y de estrés. Los efectos a largo plazo parecen menores, pero aún son precisos estudios que aclaren esta cuestión.

¿De qué datos disponemos de enfermedad mental durante la pandemia de COVID-19 en el mundo? ¿Cuál ha sido la situación en España?

El impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental se ha estudiado desde distintas ópticas. Los primeros estudios publicados, basándose en datos de pandemias previas, alertaban sobre el potencial impacto del confinamiento en el aumento de síntomas como la irritabilidad, el bajo estado de ánimo, el insomnio o los síntomas postraumáticos, poniendo en valor la utilidad de estrategias como el altruismo para contrarrestarlos (12). Estudios posteriores, con datos recogidos durante la pandemia COVID-19, han confirmado el efecto del confinamiento sobre la salud mental, con aumento de ansiedad (OR = 2.79; 95%, CI: 1.467–5.324) y depresión (OR = 2.0; 95%, CI: 0.883–4.527) identificando como factores de riesgo la presencia de vulnerabilidad psicosocial, enfermedad mental previa y la mayor duración del confinamiento (13).

Varios meta-análisis han identificado porcentajes elevados de prevalencia de depresión, ansiedad, insomnio o distrés (13-15) coincidiendo con la pandemia. Un meta-análisis que incluyó 48 estudios con datos representativos de la población general y con datos pre y post pandemia estimó un incremento del 27,6% en los casos de depresión mayor y del 25,6% en los de trastornos de ansiedad a nivel global en 2020, siendo mayor el impacto en aquellas regiones donde el impacto de COVID-19 fue mayor (14). En un estudio con 55.589 participantes de 40 países que completaron un cuestionario anónimo “online” entre abril de 2020 y marzo de 2021, los porcentajes fueron menores a los de estudios previos, detectándose probable depresión en 17,8% y distrés en 16,71% (16). No obstante, el riesgo de depresión fue mayor en los participantes con historia previa de problemas de salud mental (31.82% vs. 13.07%), siendo el riesgo más alto para personas con trastorno bipolar y autolesiones (RR= 5.88) y no detectándose aumento de la clínica suicida en aquellas personas sin trastorno mental previo (16).

Una de las poblaciones que se han estudiado como de especial vulnerabilidad es la de personas que han contraído COVID-19. El mayor estudio de seguimiento a 2 años, que incluía a 1.487.712 pacientes con COVID-19, mostró, en comparación con otras infecciones respiratorias, un aumento de riesgo transitorio de depresión y ansiedad durante los primeros meses con disminución posterior y riesgo aumentado de niebla cognitiva, demencia o trastornos psicóticos que se mantuvo tras 2 años de seguimiento (17). En los niños el patrón difería, no detectándose aumento de riesgo de ansiedad o depresión, pero sí aumento de déficit cognitivo, insomnio o trastornos psicóticos, además de otras alteraciones neurológicas a los 6 meses de seguimiento. Es interesante señalar que estos resultados fueron similares con independencia de las variantes de COVID-19 predominantes (17). De los datos previos se infiere que las personas con problemas previos de salud mental y aquellas que han contraído COVID, son grupos de población en los que se deben implementar estrategias de diagnóstico e intervención dado su mayor riesgo de psicopatología.

España ha sido uno de los países más afectados por el COVID en los primeros momentos de la pandemia. Como ejemplo, en Madrid hubo que reconvertir el 60% de las camas de hospitalización psiquiátrica y reducir en 75% los profesionales atendiendo

urgencias psiquiátricas para atender a los pacientes con COVID-19 (18). En relación al efecto sobre la salud mental, en general, los resultados van en la línea de lo comunicado previamente. Un meta-análisis reciente, incluyendo 28 estudios con 38 muestras individuales y más de 82.000 participantes (en el que se incluían población general, estudiantes y trabajadores sanitarios) encontró prevalencias de síntomas de ansiedad del 20% (95%, CI: 15–25%), de síntomas de depresión del 22% (95%, CI: 18–28%) y de síntomas de insomnio del 57% (95%, CI: 48–66%) (15). Un estudio llevado a cabo en Cataluña, tras la primera ola (entre mayo y octubre de 2020), coincidiendo con el inicio del levantamiento de las restricciones a la actividad, en el que participaron más de 9.500 personas de una cohorte representativa de la población general, encontró mayor prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con trastornos mentales previos (37,8% vs 10,1% y 25,4% vs 4,9% respectivamente), siendo vivir solo un predictor de depresión grave en las personas con trastorno mental previo (RR = 1.6; 95%, CI: 1.2–2.2) y la presencia de conflictos interpersonales y falta de estabilidad financiera predictores de trastorno mental en aquellos sin antecedentes previos (19). Estos datos contrastan con los datos de atención primaria, en los que se documenta un aumento inicial de los diagnósticos de ansiedad, con una reducción posterior, y una tasa de diagnósticos de depresión menor a la esperada a lo largo de la pandemia (20).

Conclusión

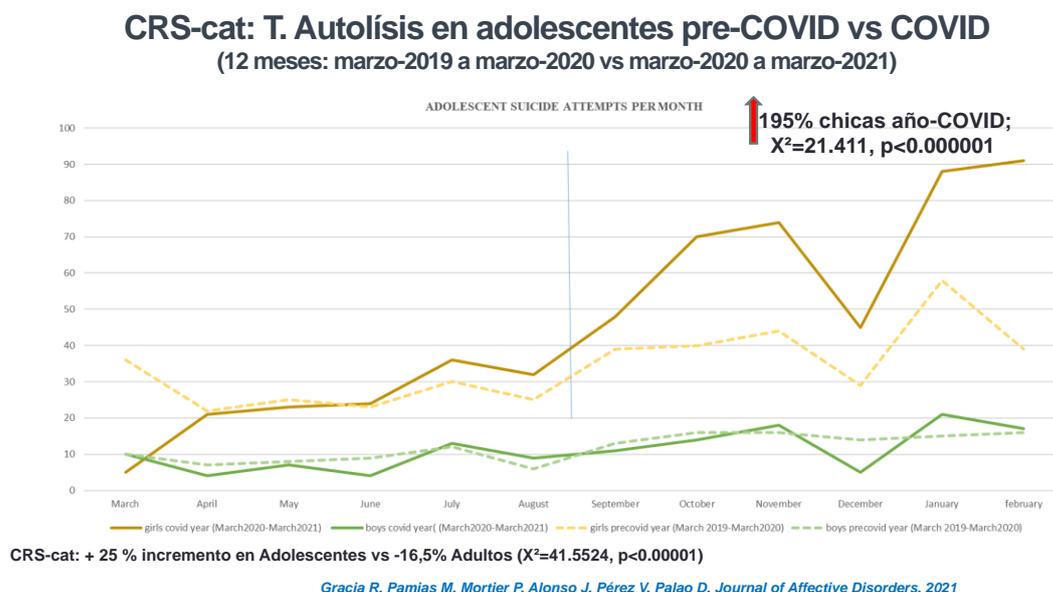
La pandemia COVID-19 ha supuesto un impacto sobre la salud mental de la población, reflejado sobre todo en un aumento de los casos de ansiedad y depresión. En las personas con problemas previos de salud mental y en las que han tenido infección por COVID-19, el impacto ha sido mayor. Los resultados de los estudios llevados a cabo en España han arrojado resultados similares. Aún hay pocos datos de las consecuencias de la pandemia a medio plazo, especialmente en población vulnerable, que permitan prepararse para hacer frente a las necesidades futuras.

¿Es verdad que existe una desviación significativa de la incidencia de suicidios? ¿Ha tenido un impacto particular en la población mayor? ¿Qué intervenciones se han realizado? ¿Por parte de quién?

Hay pocos datos sobre la asociación de las pandemias y los suicidios (21). Los suicidios son prevenibles y necesitan una detección temprana, una concienciación y unas intervenciones adaptadas a las circunstancias socioculturales (22, 23).

Desde el inicio de la pandemia, los expertos preveían una “tormenta perfecta” con un aumento de la conducta suicida en la población general (24, 25). Sin embargo, los datos de los primeros meses no confirmaron el aumento de la conducta suicida, e incluso, en muchos países la conducta suicida disminuyó durante los meses de aislamiento. Por el contrario, tras esos primeros meses, hemos asistido a un aumento muy importante de la conducta suicida, especialmente en forma de tentativas en mujeres jóvenes en las que, según los datos de Código Riesgo Suicida de Catalunya, la conducta suicida se ha multiplicado por tres coincidiendo con los últimos meses de las limitaciones a la movilidad debido al COVID-19. En los suicidios consumados solo contamos con los datos del INE 2020, año en que en España batimos los records históricos de suicidio consumado siendo este aumento especialmente importante en varones mayores de 70 años (26, 27) (Figura 4).

Figura 4.- Evolución de los suicidios en adolescentes en Cataluña (1919-1920)



Por desgracia, los malos datos sobre el aumento de la conducta suicida en jóvenes aún persisten. En 2022 y a falta de los datos del INE 2021/22 todo apunta a que la crisis económica consecuencia de la pandemia y de la guerra de Ucrania va a tener como consecuencia el aumento en las cifras de suicidio.

Contrariamente a lo anterior, un estudio en Canadá investigó el impacto potencial de la pandemia en la ideación suicida de los adultos. Para ello, compararon la ideación suicida autodeclarada en 2020 frente a la de 2019. El porcentaje de adultos que informaron de ideación suicida desde el inicio de la pandemia (2,44%) no fue significativamente diferente del porcentaje que informó de ideación suicida en los últimos 12 meses en 2019 (2,73%)(28).

Conclusión

Los datos de que disponemos confirman el aumento de la conducta suicida durante la pandemia, según los datos del INE 2020. El aumento de muertes por suicidio ha sido especialmente importante en varones mayores de 70 años. Los registros de conducta suicida (ideación + tentativa) confirman un aumento especialmente en mujeres jóvenes.

¿Qué lecciones relativas a la Salud Mental hemos aprendido para el futuro? ¿Qué sería evitable?

La pandemia COVID-19 ha sido inesperada, súbita y se ha globalizado en un tiempo muy rápido, obligando a tomar medidas excepcionales en muy poco tiempo que han afectado también a los servicios de salud mental. Un estudio desarrollado por Naciones Unidas con datos de 130 países reveló una interrupción en servicios críticos de salud mental en el 93% de los países, destacando la interrupción en más del 60% de ellos para poblaciones vulnerables y en más del 30% de los servicios de emergencia o el acceso a medicamentos (29).

La adaptación de los sistemas de salud mental a la pandemia ha requerido combinar medidas de control de la infección y cambios en el acceso a la salud mental con la aparición de nuevas necesidades (30). Esto ha supuesto, en un primer momento, reorganizar la asistencia, priorizando los casos de COVID frente a los casos psiquiátricos (disminuyendo el número de camas disponibles para psiquiatría y, por tanto, las estancias medias de los ingresos para hacer frente a la demanda contando una capacidad de asistencia limitada) y reasignar a los profesionales de psiquiatría a otras actividades como la asistencia a personal sanitario o la comunicación con los familiares de pacientes ingresados o fallecidos por COVID-19 (31). Una de las principales prioridades ha sido mantener la asistencia a los pacientes con trastorno mental grave o con discapacidad, especialmente difícil en un contexto de cierre de recursos intermedios como hospitales de día, centros de día o unidades de rehabilitación, y facilitar la dispensación de medicamentos.

La dificultad de acceso a los centros sanitarios y la necesidad de mantener el seguimiento, fundamentalmente de los pacientes más vulnerables, han hecho que se desarrollen en un tiempo récord nuevas modalidades de asistencia. Un ejemplo es la telemedicina que, a pesar de estar disponible anteriormente, ha tenido un avance muy importante, minimizándose barreras previas, entre ellas tecnológicas, relacionadas con la privacidad y seguridad y con la percepción de clínicos y usuarios (30). La experiencia generada ha permitido ver las posibilidades que la telemedicina puede ofrecer a nivel asistencial y plantear su implementación como una oportunidad para el desarrollo de nuevas modalidades de atención, teniendo en cuenta, no obstante, que no debería reemplazar a los tratamientos presenciales cuando estos sean necesarios y considerando las dificultades de acceso de algunas poblaciones. Junto con la telemedicina, el desarrollo de programas de hospitalización a domicilio o de nuevas formas de asistencia integradas en la comunidad, la facilitación de las prescripciones online o la utilización de la medicina digital para llevar a cabo procesos de cribado y diagnóstico diferencial son otras estrategias que han empezado a desarrollarse (30).

La capacidad de respuesta del sistema sanitario durante la pandemia ha sido desigual, siendo las poblaciones con perfil socioeconómico más desfavorecido las que han experimentado más impacto en su salud mental (13). Como ejemplo, el cierre de los centros educativos y la pérdida de oportunidad no solo académica sino también de socialización que ha conllevado, ha impactado especialmente en menores en situaciones evolutivas más vulnerables (pre y adolescencia) y en aquellos con compromiso previo de la capacidad de socialización, como los menores con discapacidad (32). El impacto sobre los profesionales sanitarios y de primera línea ha sido especialmente relevante, siendo una de las áreas de actuación que se han priorizado en los momentos álgidos de la pandemia por parte de los sistemas de salud mental, evidenciándose la necesidad de que los sistemas sanitarios pongan en el centro la prevención y la atención a los problemas de salud mental de sus trabajadores (30). Las limitaciones en las posibilidades de asistencia desde la atención primaria durante la pandemia han supuesto un factor añadido cuyo impacto sobre el sistema sanitario y la salud mental en particular debe ser evaluado.

Conclusión

La salud mental se ha visto gravemente afectada durante la pandemia, particularmente en los más vulnerables. Los sistemas de salud mental en el futuro

tendrán que ser más flexibles y adaptarse a las necesidades de cada momento, priorizando los casos más graves y asegurando la asistencia a aquellos más lábiles.

Se hace precisa la integración de la investigación en la asistencia, la implementación de indicadores de calidad asistencial y la inclusión de los usuarios en el diseño de los nuevos servicios y en la evaluación de los mismos.

¿Cuál ha sido el impacto de la pandemia en la salud mental de la población adolescente?

Durante los últimos dos años, los niños y adolescentes han estado expuestos a unos acontecimientos sin precedentes: confinamiento en sus hogares, cierre de colegios, disminución de la relación social, temor a infectarse ellos o sus familiares, pérdida de seres queridos, además de incorporar la incertidumbre en sus vidas. Las restricciones han impactado especialmente en los adolescentes, quienes, por su etapa vital, necesitan la relación con los iguales para su desarrollo y para el fomento de la socialización y autonomía futura.

Numerosos factores de riesgo han contribuido al deterioro de la salud mental en esta población. Entre ellos destacan la existencia de un problema de salud mental previo o pertenecer a algún subgrupo de población vulnerable (discapacidad física, grupos minoritarios). Respecto a los factores familiares, se ha observado un estrés parental alto en hogares con conflictos familiares previos, hogares monoparentales, familias con bajos ingresos y familias con hijos con necesidades educativas especiales. Entre los factores comunitarios destaca el menor acceso y contacto social, sobre todo con iguales. Todos los factores adversos citados pueden tener un efecto acumulativo en el deterioro de la salud mental del adolescente. De todas formas, no hay que olvidar que la familia ha sido un importante factor protector: una mayor cercanía y comunicación con los padres y la existencia de rutinas estructuradas, tiempo limitado de pantallas, menor exposición a noticias sobre la pandemia y horarios de sueño adecuados durante el confinamiento se ha relacionado con menor psicopatología a lo largo de la pandemia (33).

Si bien existen diversos estudios sobre la salud mental de niños y adolescentes a lo largo de la pandemia, los hallazgos se han mostrado a veces inconsistentes debido a la variabilidad en el momento de la evaluación, el uso de evaluaciones con padres, las diferentes restricciones en los diferentes países o los diferentes contextos sociales. Existen dos revisiones sistemáticas sobre el impacto del COVID-19 en la salud mental de esta población. La primera, realizada sobre el impacto del confinamiento (61 artículos que incluyen 54.999 niños y adolescentes) (34), nos informa de que el confinamiento provocó en los adolescentes aislamiento y soledad, irritabilidad y rabia, aburrimiento y miedo y sintomatología ansiosa y depresiva. Además, se reagudizaron en este tiempo algunos trastornos previos, como los de la conducta alimentaria, en los cuales pudo existir una menor monitorización del peso y las conductas relacionadas con la comida. Finalmente se observó una mayor exposición a internet y redes sociales que se relacionó con un incremento de la ansiedad.

Otra revisión sistemática sobre cambios en la salud mental en niños y adultos jóvenes durante la pandemia que incluyó 21 estudios realizados en 11 países sobre un total de 96.000 sujetos de edades inferiores a los 24 años (35), refiere un deterioro progresivo

en la salud mental, fundamentalmente en adolescentes y adultos jóvenes. Se observa un incremento de los niveles de ansiedad, depresión y estrés psicológico, un incremento del afecto negativo, y existencia de un mayor aislamiento y sentimiento de soledad durante la pandemia. El hecho de un empeoramiento mayor en adolescentes mayores se puede deber a la mayor necesidad de contacto social y de relaciones interpersonales a estas edades. Por otra parte, se ha observado un mayor deterioro de la salud mental en chicas, probablemente debido al incremento de la depresión y ansiedad durante la pubertad y al empeoramiento de los trastornos de la conducta alimentaria, no sólo durante el confinamiento sino a lo largo de toda la pandemia. Por otra parte, se ha observado una disminución del uso de los servicios de salud mental, sobre todo en las fases iniciales de la pandemia. Desafortunadamente, muchos de estos estudios no son longitudinales, por lo que es difícil establecer diferencias por grupos de edad, género, o entre diferentes culturas o políticas sanitarias.

Cabe, finalmente, señalar que la pandemia ha originado un rápido cambio en la utilización de los servicios asistenciales, con un incremento de la telemedicina. En ocasiones la falta de privacidad o la dificultad de medios en las familias con menores medios económicos han dificultado su uso, habiendo resultado más exitosa para adultos que para adolescentes. Es por ello que, a lo largo de la pandemia, se ha tendido en la medida de lo posible a retornar a la atención presencial. Por otra parte, se han desarrollado intervenciones dirigidas a mejorar los síntomas ansiosos y depresivos y otros problemas relacionados y relevantes de tratar como el afecto negativo, el manejo de emociones, la intolerancia a la incerteza, el sentimiento de soledad y los problemas con iguales. Un aspecto importante será trasladar intervenciones específicas para el cuidado de la salud mental en esta población a otros espacios como los centros escolares y la atención primaria (36), además de los ya realizados en los centros de atención específicos de salud mental.

Conclusión

La pandemia COVID-19 ha provocado efectos negativos particularmente en la salud mental de los adolescentes, sobre todo en los que previamente eran vulnerables, destacando los que ya presentaban alguna patología de salud mental previa. Tanto en el confinamiento como durante toda la pandemia se ha dado un aumento del aislamiento social y de síntomas de ansiedad y depresión. La pandemia ha incidido fundamentalmente en mujeres adolescentes aumentando notablemente los trastornos de la conducta alimentaria.

¿Cómo ha influido la pandemia en la adicción a drogas y otras adicciones (redes sociales, videojuegos, compra compulsiva, pornografía)?

El impacto de la pandemia COVID en las adicciones a sustancias y otras adicciones sin sustancia (redes sociales, videojuegos, compra compulsiva, pornografía) ha sido claramente constatado (37).

Ha habido una tendencia en la población general hacia un mayor consumo de alcohol durante la pandemia. La proporción de personas que consumieron alcohol durante la misma osciló entre 21,7% y 72,9% y la de las que consumieron otras sustancias entre 3,5% y 17,5% en muestras de población general (38). Fueron factores de riesgo para un mayor consumo de alcohol la soledad, el sexo masculino, la edad avanzada, los

niveles más altos de educación, la pérdida de ingresos, el desempleo, la mala salud física (sobrepeso), y trastornos previos de la salud mental tales como el miedo, la angustia, la impulsividad, la depresión, la ansiedad y la desesperanza (39).

El consumo de cannabis y nicotina mostró tendencias crecientes, al igual que el consumo de cocaína, mientras que el consumo de MDMA (éxtasis) mostró una disminución (40).

Análisis periódicos de aguas residuales en ciudades europeas sugieren que el uso de la mayoría de las drogas ha sido más bajo durante los confinamientos iniciales, pero que fue recuperándose posteriormente. Una comparación con 2019 mostraba un consumo general similar de la mayoría de las drogas con la excepción de la MDMA y la metanfetamina, dos drogas para las cuales los niveles observados en 2020 fueron más bajos en la mayoría de las ciudades participantes (41).

Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (41), "el mercado de las drogas fue notablemente resistente a la interrupción causada por la pandemia". El tráfico de drogas se adaptó a las nuevas condiciones con cambios en las rutas y métodos de tráfico, mejorando aún más la presencia digital del mercado de las drogas. Cualquier reducción en el consumo observado durante los confinamientos iniciales desapareció rápidamente a medida que se flexibilizaron las medidas de distanciamiento social. En términos generales, parece haber habido un menor interés de los consumidores en las drogas generalmente asociadas con eventos recreativos, como la MDMA, y un mayor interés en las relacionadas con el uso doméstico. Sin embargo, "la flexibilización de las restricciones durante el verano se asoció con un repunte en los niveles de uso". Además, "los datos de encuestas sugieren que aquellos que usaban drogas ocasionalmente antes de la COVID-19 pueden haber reducido o incluso dejado de consumirlas durante la pandemia, pero los usuarios más regulares pueden haber aumentado su consumo..."(42).

En cuanto a las adicciones sin sustancias o comportamentales, revisaremos algunas de ellas:

Apuestas:

Respecto al juego de apuestas, una de las consecuencias de las restricciones mundiales por el COVID-19 fue el cierre de locales urbanos (salas de juego, bingos y casinos) y la cancelación de eventos deportivos. A pesar de ello, el juego no disminuyó su popularidad y, de hecho, la oferta del juego en línea aumentó, lo que llevó a la mayoría de los países a establecer una serie de restricciones y recomendaciones (Reino Unido, Portugal, España, Australia). Los estudios realizados con datos obtenidos de grandes operadores de juego online en Europa confirmaron que durante la pandemia hubo una importante disminución del gasto en juegos de azar (43).

Pornografía:

Pornhub, web porno líder mundial, informó de un aumento en el uso de la pornografía en varios países, con un aumento del tráfico global de más del 11 % desde finales de febrero hasta el 17 de marzo de 2020. Incluso los países sin acceso fácil a internet también informaron de aumentos en el rango de 4 a 24%. Además, las búsquedas de pornografía con los términos "coronavirus", "corona" y "covid" llegaron a más de 9,1 millones. Estos datos pueden dar una idea de cómo las personas pueden hacer frente

al confinamiento forzado, el estrés y/o el acceso gratuito a la pornografía. Las circunstancias relacionadas con la pandemia de COVID-19 también pueden limitar el sexo casual y otros comportamientos, por lo que las personas pueden usar la pornografía como una estrategia de afrontamiento (44).

Compra Compulsiva:

Los compradores compulsivos suelen tener deudas inmanejables, lo que crea problemas económicos y emocionales para ellos y sus familias. Por lo tanto, la compra compulsiva más que un gasto excesivo, se considera un comportamiento repetitivo e incontrolable, generalmente desencadenado por estados emocionales negativos, donde las recompensas positivas a corto plazo refuerzan el comportamiento y provocan consecuencias negativas tardías. Tal comportamiento gratificante, de compra compulsiva, se ha observado entre supervivientes de desastres naturales, como han sido el huracán Katrina y la COVID-19. En Estados Unidos, en los seis meses posteriores a que se iniciara la pandemia, la compra compulsiva online se incrementó, especialmente tras la ayuda económica que dio el gobierno y en las personas que tenían más dinero para gastar. Por tanto, el factor más determinante para la compra compulsiva fue la posición económica (45).

Videojuegos:

El confinamiento y las cuarentenas de la pandemia del coronavirus (COVID-19) generaron mayor implicación en los juegos en línea. Iniciativas como #PlayApartTogether que promueven los juegos para socializar y reducir el estrés intentaron lograr resultados positivos. Aunque los juegos pueden ser una estrategia de afrontamiento saludable para la mayoría, también pueden presentar riesgos para algunas personas vulnerables. Así los periodos de aislamiento social con actividad basada en la tecnología plantean el peligro de consolidar patrones de estilo de vida poco saludables, lo que dificulta la readaptación una vez superada la crisis del COVID-19. No obstante, hubo un aumento del 75% en la actividad de juegos en línea coincidiendo con los confinamientos iniciales, y en países como Italia, se detectó un aumento del 70 % en el tráfico de Internet relacionado con los juegos de Fortnite. Steam, un distribuidor líder de juegos, declaró más de 20 millones de usuarios activos simultáneos, y las plataformas de transmisión en vivo YouTube Gaming y Twitch comunicaron un aumento del 10% en la audiencia (46).

Redes Sociales:

Durante la pandemia se constató que un aumento importante del uso de las redes sociales como Facebook, Instagram, Twitter y TikTok (47). Se encontró un aumento estadísticamente significativo en el número de mujeres que seguían cuentas de Instagram centradas en la apariencia. Además, se encontraron relaciones significativas entre la frecuencia de uso de Instagram y la insatisfacción corporal.

Estos datos sugieren que el confinamiento ha tenido un impacto en el uso de las redes sociales, y esto podría estar relacionado con un mayor impulso por la delgadez y el riesgo de trastornos alimentarios entre las mujeres adolescentes y jóvenes (48).

Conclusión

La pandemia incrementó el abuso de alcohol y los consumos de nicotina, cannabis y cocaína. Disminuyó el consumo de los estimulantes sintéticos durante

los periodos de confinamiento, pero repuntó dicho consumo al levantarse las restricciones.

Respecto a las adicciones sin sustancia o comportamentales durante la pandemia, el juego de apuestas quedó muy limitado. La pornografía experimentó un incremento notable y hubo un aumento de la compra compulsiva. El aumento del uso de los videojuegos por encima del 70% no se puede considerar enteramente disfuncional pues en gran parte supuso un modo de adaptación del ocio que fue considerado óptimo en esa situación.

El uso de las redes sociales durante la pandemia permitió mantener la conectividad social y evitar el aislamiento si bien entre los pacientes con alteraciones de la imagen corporal fue nocivo.

¿Pueden objetivarse los niveles de estrés?

Para responder a esta pregunta debemos reflexionar sobre dos cuestiones: el concepto de estrés y su evaluación.

Existen diferentes conceptualizaciones del estrés dependiendo de la disciplina científica desde la que se estudia. Esto tiene consecuencias sobre su evaluación y sobre los resultados obtenidos. Para la medicina y para la psicología clínica, el estrés es una condición interna del organismo que aparece como respuesta a una situación de amenaza. Este concepto toma como referencia el modelo del "Síndrome de adaptación general" propuesto por Hans Selye, y se refleja en expresiones del tipo "siento estrés". Se asocia con la experiencia de ansiedad.

Sin embargo, la psicología de la salud ocupacional adopta una perspectiva psicosocial del estrés que incorpora las condiciones del entorno que desencadenan la respuesta de estrés. El estrés se define como un desequilibrio sustancial percibido entre las demandas del entorno y la capacidad de respuesta del individuo bajo condiciones donde percibe que el fracaso para afrontar las demandas tiene consecuencias negativas importantes para él. Se enfatizan las características del entorno y su valoración por el individuo frente a la respuesta del organismo de la perspectiva clínica. Este concepto se refleja en expresiones del tipo "en mi trabajo hay mucho estrés". Se considera que un entorno con altos niveles de estrés puede ser manejado de manera exitosa por algunas personas de tal manera que no experimentarán niveles altos de ansiedad a pesar de percibir el estrés, ni síntomas clínicos.

Adoptar una u otra perspectiva tiene implicaciones sobre la evaluación del estrés y los resultados obtenidos. Mientras que la perspectiva clínica evalúa síntomas en el individuo la perspectiva psicosocial evaluará la percepción de demanda y control que el individuo tiene de su entorno. Por tanto, el contenido de los instrumentos de evaluación será diferente, al igual que los resultados ofrecidos. Por ejemplo, el ISTAS21 (49) es un instrumento para evaluar el estrés laboral a través de la percepción que los trabajadores tienen de sus condiciones de trabajo, mientras que el STAI (50) evalúa los niveles de ansiedad y el CESQT (51) evalúa los niveles del síndrome de quemarse por el trabajo o burnout, una respuesta al estrés laboral crónico, pero los tres instrumentos se utilizan para la evaluación del estrés laboral.

La forma habitual de evaluar el estrés es mediante entrevista y cuestionarios o test psicométricos. La entrevista nos ofrece datos cualitativos que los expertos deben

interpretar para poder diagnosticar si la causa de un problema de salud es el estrés. De manera adicional a ese diagnóstico, los cuestionarios permiten cuantificar los niveles de estrés percibidos por una persona, considerando puntos de referencia obtenidos a partir de una o varias muestras extraídas de una población que representa al individuo que se evalúa, y cuyas puntuaciones en el cuestionario se distribuyen siguiendo el patrón de la curva normal. Ahora bien, los cuestionarios utilizados deben haber sido validados, esto es, deben ser válidos y fiables. Considerando la validez, un cuestionario debe tener suficiente validez de contenido, validez de constructo (factorial, convergente y discriminante) y validez predictiva. Además, deben existir criterios normativos o baremos para interpretar las puntuaciones y poder clasificar de manera fiable en un determinado nivel de estrés a los sujetos que responden al test. Todos estos análisis han debido ser calculados con muestras suficientemente grandes, representativas de la población y seleccionadas con criterios metodológicos adecuados (52).

Entonces ¿se pueden ofrecer determinaciones objetivas de los niveles de estrés que experimenta una persona? La respuesta es sí, con un alto grado de probabilidad, al menos $p < 0.05$, y siempre que se cumplan determinados requisitos. Al menos: (a) estar de acuerdo en el fenómeno que queremos evaluar (causa vs. consecuencia), (b) que el constructo que se evalúa responda al concepto que queremos evaluar (validez de contenido), (c) si se aplica un test, que sea válido y fiable, (d) que los baremos o criterios de clasificación y diagnóstico se hayan obtenido con muestras de tamaño suficientemente grande y representativas de la población de la que proceden los sujetos a evaluar, (e) que los baremos estén actualizados, y (f) que se sepan aplicar esos baremos e interpretar el resultado obtenido.

Sin embargo, para determinar los niveles de estrés nos encontramos el problema de que no es un fenómeno directamente observable. Debemos evaluarlo de manera indirecta a través de la observación de determinados indicadores que definen al estrés (validez de contenido y concurrente) y de las respuestas que ofrecen las personas en el proceso de evaluación, por lo que el grado de sinceridad de sus respuestas puede ser un hándicap para objetivar las determinaciones del estrés.

Conclusión

Pueden objetivarse los niveles de estrés con un alto grado de probabilidad. Para ello, deben tenerse en cuenta las diferentes perspectivas para conceptualizarlo (clínica vs. psicosocial). Estas perspectivas determinan los procedimientos y los instrumentos de evaluación que se utilizan para evaluarlo y pueden ofrecer datos divergentes para un mismo sujeto o conjunto de ellos. Además, al evaluar el estrés se deben utilizar instrumentos válidos y fiables y deben ser aplicados por profesionales expertos que sepan utilizarlos e interpretar los resultados. Como limitación para obtener determinaciones objetivas hay que señalar que es necesario que las personas sean sinceras en sus respuestas a los instrumentos de evaluación.

¿Cuál ha sido el impacto de la pandemia de COVID-19 en personas con trastornos del espectro autista?

Los síntomas principales del trastorno del espectro autista (TEA) son las alteraciones en la interacción social y la comunicación y la existencia de patrones de comportamiento

e intereses repetitivos y restrictivos, pudiendo existir otra psicopatología añadida. Las personas con TEA y sus familias han padecido especialmente los efectos adversos durante la pandemia, sobre todo durante el confinamiento. El cierre abrupto provocó una disminución de las oportunidades de contacto social e interacción con iguales, hecho de especial importancia en esta población. Este mayor aislamiento social, y las medidas de distancia social han podido influir en el desarrollo y mantenimiento de las habilidades sociales y comunicacionales, y en la disminución del bienestar emocional de las personas con TEA. En niños, los síntomas de estos trastornos se vieron claramente agravados con una exacerbación de los problemas comportamentales y emocionales, fundamentalmente en los niños en los que ya existían estos problemas previamente (53). Además, no hay que olvidar que la afectación puede ser muy diferente dependiendo del funcionamiento inicial del paciente, y de la existencia o no de lenguaje. En nuestro medio, un estudio evalúa el estado psicosocial en niños y adolescentes con TEA en tratamiento en una unidad especializada, durante y posteriormente al confinamiento, observándose un empeoramiento en la sintomatología nuclear del TEA, un aumento del uso de nuevas tecnologías y la aparición de síntomas de ansiedad. Este empeoramiento clínico y funcional originó un aumento del uso de medicación de rescate fundamentalmente durante el confinamiento (54). En población adulta, los sujetos más jóvenes, de sexo femenino, y con diagnóstico previo de otro trastorno mental presentaron mayor dificultad para hacer frente a los efectos de la pandemia (55). No obstante, también hay que considerar que el hecho de que las demandas sociales se redujeran durante la pandemia ha podido beneficiar, mejorando sus síntomas, a sujetos con TEA, fundamentalmente adultos (56).

El empeoramiento de los síntomas típicos del TEA y de la psicopatología añadida se ha asociado con un incremento de los niveles de estrés parental. A lo largo de la pandemia las familias han experimentado altos niveles de carga de cuidador, ansiedad e incremento de los conflictos familiares. Estos niveles de estrés parental se han asociado a una menor edad de los hijos con TEA. También se ha señalado que el empeoramiento del trastorno es menor en las familias con buen soporte emocional y alta capacidad de adaptación a los cambios (57).

Por otra parte, los padres han señalado una pérdida del soporte asistencial desde las instituciones. En niños y adolescentes, el cierre de los colegios, los cuales desempeñan una importante labor de socialización además de aportar estructura y rutinas, y la falta de acceso a las intervenciones terapéuticas, han introducido un estrés significativo, siendo especialmente importante en niños con necesidades educativas especiales. La disrupción de rutinas y la impredecibilidad debido a la pandemia ha incrementado las preocupaciones de los padres y provocado un aumento de necesidades de cuidado de la población con TEA. Hay que señalar la necesidad de una cuidada planificación de la estructuración y organización del tiempo y el uso de estrategias de regulación emocional en esta población.

Finalmente, hay que incidir en que uno de los efectos negativos de la pandemia ha sido la lista de espera en los dispositivos asistenciales para la realización del posible diagnóstico y tratamiento de este trastorno. Así, ha quedado patente la necesidad de disponer de estrategias alternativas para realizar evaluaciones diagnósticas e intervenciones terapéuticas. A nivel terapéutico, se han estudiado experiencias mediante telemedicina que han resultado efectivas en el tratamiento de estos pacientes en situaciones de pandemia (58). En este punto no se puede olvidar a las familias con

menos recursos, las cuales suelen tener una carga intrafamiliar mayor y una necesidad de visitas más elevada, debiendo facilitárseles un fácil acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento.

Conclusión

Durante la pandemia se han acrecentado los problemas de los pacientes con trastornos del espectro autista. Se han agravado tanto los síntomas principales del trastorno y se ha producido la aparición de un importante estrés en los padres y cuidadores.

SEGUNDA PARTE: IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA SALUD MENTAL DE LOS SANITARIOS

¿Cuáles han sido los trastornos de la salud mental sufridos por los sanitarios? ¿Ha habido diferencias significativas con los de la población general?

Aunque muchos de los estudios realizados sobre la salud mental en los trabajadores sanitarios tienen serias limitaciones metodológicas ya que suelen estar basados en encuestas voluntarias y no en estudios epidemiológicos con evaluaciones sistemáticas, todos ellos confirman que durante la pandemia el personal sanitario estuvo expuesto a un alto nivel de estrés y sufrió importantes problemas de salud mental.

Datos de una encuesta nacional en los EE.UU en personal sanitario, voluntario, auto-seleccionado, mostraron en una serie de 1.685 participantes que casi la mitad de los trabajadores sanitarios informaron de síntomas psiquiátricos graves, incluida la ideación suicida, durante la pandemia de COVID-19. Un 31% de ellos tenían ansiedad leve, 33% ansiedad clínicamente significativa, 29% síntomas depresivos leves y un 17% síntomas depresivos de moderados a graves. Un 5% de los participantes manifestó ideas suicidas (59).

En un meta-análisis sobre el impacto en la salud mental de los trabajadores sanitarios, se partió de una búsqueda de 18.609 artículos, de los que se eligieron 44 para el análisis final y 29 se sometieron al metaanálisis. El insomnio, la ansiedad, la depresión, el trastorno de estrés post traumático (TEPT) y el estrés fueron algunos de los problemas psicológicos a los que se enfrentó el personal sanitario. En general, la prevalencia conjunta de estos problemas de salud mental fue mayor entre los médicos, las enfermeras y el personal de mayor edad en el análisis de subgrupos (60)

En España, el estudio MINDCOVID, financiado por el ISCIII, elaboró una encuesta en la que participaron más de 9.000 profesionales (61). Según este estudio, hasta un 45% de las personas encuestadas estaban expuestas a riesgo de tener enfermedades mentales, las más frecuentes fueron la depresión, los trastornos de ansiedad, el estrés postraumático y el abuso de tóxicos. Los datos del estudio confirmaron que el principal factor de riesgo para padecerlos era tener antecedentes de trastornos mentales previos y que los datos de prevalencia prácticamente doblaban a los de la población general. Los datos de seguimiento de este estudio confirman la alta prevalencia de riesgo y la persistencia de los trastornos mentales en los profesionales que los presentaron en las primeras fases.

Conclusión

Los datos de que disponemos confirman el aumento del riesgo de padecer una enfermedad mental al que estuvieron expuestos los profesionales sanitarios durante las primeras fases de la pandemia, riesgo que en muchos profesionales parece persistir en el momento actual.

¿Cuáles han sido los factores de riesgo de sufrir uno de estos trastornos?

El malestar psicológico se ha asociado de manera general con el sexo femenino y ser más joven. Dentro de las categorías profesionales, parece que el personal de enfermería sufrió un mayor malestar psicológico, particularmente si trabajaban en primera línea, comparado con otros profesionales con menor contacto directo con pacientes o personas infectadas (62) (63).

Dentro de los factores de riesgo para desarrollar depresión, se han encontrado la presencia previa de un mal estado de salud mental o la presencia de enfermedades orgánicas pre-existentes, el sexo femenino, trabajar en un hospital secundario y estar en primera línea teniendo contacto directo con personas infectadas como los factores de riesgo más evidentes (64).

Por otro lado, vivir en zonas rurales, tener contacto con pacientes infectados por COVID y la presencia de enfermedades orgánicas se asociaron con síntomas obsesivo-compulsivos en trabajadores sanitarios.

Por último, no poder acceder a intervenciones terapéuticas o preventivas en momentos de necesidad y las barreras para la implementación de dichas intervenciones también tuvo un impacto negativo en la salud mental de los profesionales. La falta de equipo o de tiempo por parte del personal o la falta de habilidades necesarias para proporcionar intervenciones de apoyo para los trabajadores de primera línea han sido algunas de esas barreras que han impedido que los trabajadores obtuvieran la ayuda necesaria para hacer frente a la pandemia (65).

Se encontraron algunas diferencias geográficas, aunque no para todas las condiciones evaluadas. Específicamente, se encontró una mayor prevalencia de síntomas de trastorno de estrés postraumático en profesionales trabajando en Norte-América que en Asia.

Conclusión

La bibliografía consultada sugiere que hubo diversos factores de riesgo para sufrir distintos trastornos de salud mental durante la pandemia. El sexo femenino, el ser enfermera, la proximidad a los pacientes con COVID-19, el ejercicio en un medio rural y padecer enfermedades psiquiátricas u orgánicas previas, fueron algunos de los factores más frecuentemente repetidos en diversos estudios.

¿Han sido estas manifestaciones uniformes a lo largo de todas las oleadas de la pandemia?

Ha habido cambios en la salud mental de los trabajadores a lo largo de las oleadas de la pandemia y hay distintos factores que podrían explicar algunos de estos cambios (34, 62, 63):

En la primera oleada de la pandemia, los trabajadores sanitarios, así como el resto de la población general, se enfrentaron a una amenaza nueva, con más preguntas que respuestas y con mucha información inconcluyente (cuando no contradictoria o de baja calidad) en los medios de comunicación. El miedo a lo desconocido tuvo un gran impacto y, en general, la respuesta fue de adaptación rápida a lo que estaba ocurriendo, acatando en la mayoría de los casos tanto los profesionales sanitarios como la población general las distintas normas que se iban estableciendo por parte de las administraciones públicas.

Durante la primera ola, se activaron distintos mecanismos de afrontamiento a nivel psicológico por parte de la población general y de los profesionales sanitarios, que mostraron en muchos casos unos enormes niveles de resiliencia y capacidad de adaptación. Sin embargo, estos mecanismos, en algunos casos, se vieron agotados y no fueron sostenibles a medio o largo plazo, resultando en la aparición de problemas de salud mental. Por ejemplo, se ha visto que el impacto de las medidas de confinamiento en la salud mental de las personas, incluyendo de los profesionales sanitarios y de sus familias, fue mayor en las consecuentes oleadas de la pandemia en comparación con la primera oleada. Los problemas económicos y sociales asociados a la pandemia también tuvieron un impacto mayor a lo largo de las distintas olas y se asociaron con problemas de salud mental.

Hay que destacar que los trabajadores sanitarios recibieron muchas muestras de apoyo y de cariño durante la primera ola de la pandemia. Muchas personas salieron a la calle y a los balcones para agradecer a los profesionales sanitarios la labor que estaban realizando. Aunque no desaparecieron, el número de agresiones a trabajadores sanitarios disminuyó en algunos países y mayoritariamente se observó un ambiente de respeto y de aprecio a la labor de los mismos. A lo largo de las siguientes olas, estas muestras de apoyo disminuyeron y en líneas generales se volvieron a los niveles previos. Hay que tener en cuenta, además, tal y como se señala previamente, que muchas personas en estos momentos ya estaban observando como mermaba su capacidad de adaptación.

Por último, hay que destacar los cambios en la morbilidad y la mortalidad del virus a lo largo de las distintas variantes. Inicialmente hubo un infra diagnóstico de las personas infectadas en todo el mundo, que impidió conocer con exactitud cuál era la morbilidad y la mortalidad de la COVID-19 dado que se tenía datos fundamentalmente de las personas que estaban ingresadas en el hospital. Tras la aparición de variantes con mayor morbilidad y mortalidad, la COVID-19 mutó y empezó a replicarse más en vías respiratorias altas, lo que disminuyó la mortalidad y la necesidad de hospitalización en las personas infectadas. Esto ha llevado a una relajación en las medidas de protección, y también a un menor miedo y por lo tanto a una potencial reducción de problemas agudos de salud mental. Esta tendencia, sin embargo, no se ha observado en trastornos de salud mental y problemas de salud mental crónicos, que siguen apareciendo.

Conclusión

Las alteraciones de la salud mental de los trabajadores sanitarios no han sido iguales en las distintas oleadas de la pandemia. En la primera oleada, la respuesta fue de adaptación rápida a lo que estaba ocurriendo, activándose distintos mecanismos de afrontamiento a nivel psicológico que mostraron unos enormes

niveles de resiliencia y capacidad de adaptación. Los trastornos de salud mental en profesionales sanitarios han sido mayores en oleadas posteriores.

¿En qué modo y medida ha influido la pandemia en la situación del “burnout” de los sanitarios?

Como se señaló en el webinar “Burnout en médicos españoles. Antes y después de la pandemia”, organizado por la Fundación de Ciencias de la Salud en junio de 2020, durante los momentos más críticos de la pandemia de COVID-19, los sanitarios vieron cómo se deterioraron sobremanera algunas de sus condiciones de trabajo y cómo se incrementaron varias exigencias profesionales inductoras de estrés laboral (66). Se señalaba en ese webinar que, entre ellas, se encontraban las demandas emocionales y el trabajo emocional, la sobrecarga de trabajo, la exposición a riesgos y peligros, la falta de apoyo social en el trabajo, y la percepción de falta de justicia organizacional y de falta de justicia social.

El cambio que indujo ese deterioro de las condiciones de trabajo ocurrió de manera repentina, en un periodo de tiempo muy breve, por lo que las personas activaron estrategias de afrontamiento para controlar las nuevas demandas y sus consecuencias. El resultado se plasmó en respuestas derivadas de la exposición a altos niveles de estrés laboral agudo, a saber: cansancio físico, agotamiento emocional, fatiga por compasión, sentimientos de impotencia y de vulnerabilidad, miedo y angustia, y percepción de abandono e indiferencia por parte de la organización para la que trabajaban. Pero en aquel momento el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (*burnout*) no se incrementó como un problema de salud derivado de las nuevas condiciones de trabajo.

También se avanzó en aquel webinar que el incremento en los niveles del SQT vendría después, pasado el momento del estrés agudo derivado del trabajo, pues se trata de una respuesta al estrés laboral crónico que no se ha manejado con éxito. Es a partir de 2022 cuando se esperaba ver aumentar de manera más clara los niveles de prevalencia del SQT como resultado de la exposición crónica a esas condiciones de trabajo deterioradas, que no han cambiado después de la exposición de los profesionales a sucesivas olas de incremento en el número de contagios con demanda asistencial sanitaria y hospitalizaciones.

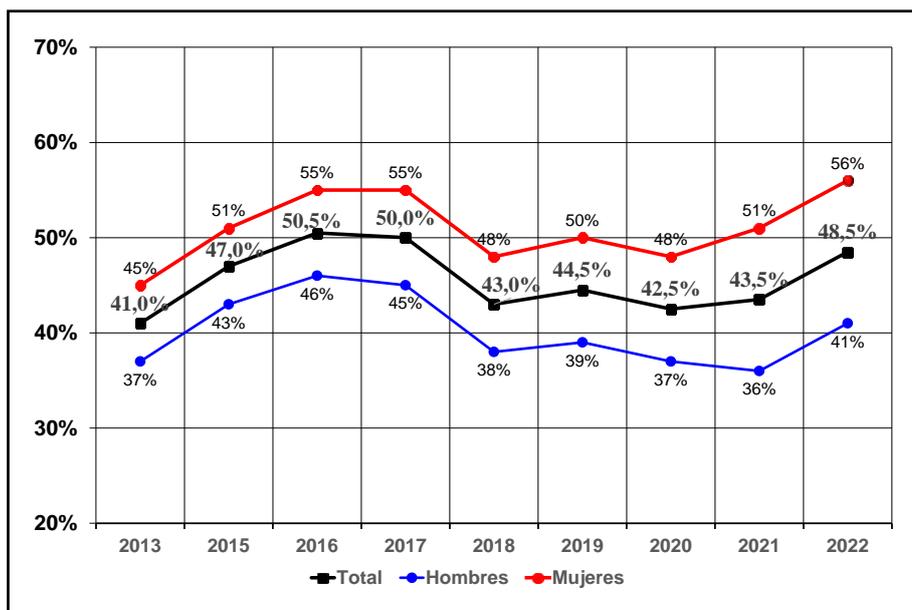
No obstante, no es de esperar en un futuro inmediato un aumento exponencial. Las personas tenemos estrategias de afrontamiento para manejar el estrés y para prevenir los problemas de salud, y es de esperar que la mayoría de los profesionales que trabajan en sanidad consiga manejar las nuevas condiciones laborales por un tiempo, bien mediante recursos personales o, en el caso de las respuestas al estrés, recurriendo a la ayuda de profesionales de la salud. También es de esperar que gobiernos y organizaciones reaccionen a tiempo para evitar un colapso del sistema de salud.

Los estudios empíricos realizados en EEUU en profesionales de la medicina presentan resultados dispares. Hay estudios que obtienen un incremento en los niveles del SQT entre 2020 y 2021 pero con diferencias no significativas (67). En otros, los niveles se incrementan (p. e., 2018 = 40%, 2021 = 61%), pero no se realizan pruebas estadísticas de contraste para valorar si el cambio resulta significativo (68). Y hay estudios que

concluyen que los niveles de SQT mejoran en 2020/2021 cuando se comparan con los obtenidos en 2017 (69).

Interesantes son los resultados de los estudios anuales realizados por la organización Medscape¹ en médicos estadounidenses (70). En la figura 5 se observa que en 2021 se inicia un repunte en los porcentajes de casos de SQT, aunque ese incremento no alcanza los valores obtenidos en 2016 y 2017.

Figura 5.- Tendencia anual de porcentajes de SQT en médicos estadounidenses (series anuales de Medscape).



¹ Falta información sobre el instrumento utilizado para recoger datos y el procedimiento utilizado para clasificar a los sujetos como caso de “burnout”, lo que puede cuestionar los niveles de prevalencia anual. Sin embargo, el hecho de utilizar el mismo procedimiento de recogida de datos todos los años da validez a la tendencia observada en los resultados.

En el caso de profesionales de enfermería los resultados presentados por Medscape en 2021 (71) indican también un incremento, pasando en el grupo de enfermeras registradas de un 12% de participantes con niveles altos y muy altos de SQT antes de la pandemia a un 37% después.

En España los estudios, con muestras más pequeñas y específicas que los de EEUU, presentan un incremento significativo en los niveles del SQT evaluados antes, durante y después de las primeras olas de la pandemia (72).

La disparidad de los resultados puede estar influida por variables como la zona geográfica de realización del estudio, tamaño y composición de la muestra, instrumento utilizado para recoger datos y criterio para identificar niveles del SQT.

Conclusión

Según se define por la OMS en el CIE-11, el SQT es resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Por este motivo, durante las primeras olas de la pandemia no se observó un incremento en su prevalencia.

Sin embargo, en la actualidad los estudios de prevalencia indican un ligero incremento en los niveles del SQT en los sanitarios. No obstante, es de esperar que la capacidad de los profesionales para adaptarse y afrontar el entorno laboral estresante junto con la reacción de los gobiernos y de la dirección de las organizaciones sanitarias para modificar las condiciones de trabajo prevengan ese incremento. Las diferencias observadas en los resultados de los estudios pueden estar influidas por el procedimiento utilizado para realizar el estudio (p. e., características de la muestra y cuestionario utilizado para la recogida de datos).

¿Cómo y cuánto se ha intervenido? ¿Con qué resultados?

Dado el alto riesgo de enfermedad mental para los profesionales sanitarios desde las primeras fases de la pandemia la mayor parte de los servicios de interconsulta pusimos en marcha servicios para profesionales de los centros sanitarios y se establecieron programas específicos para la prevención y promoción de la salud mental y proyectos como el one2one del hospital del Mar demostraron una gran utilidad atendiendo a cientos de profesionales en dispositivos específicos. Inicialmente la evolución de la salud mental de nuestros profesionales siguió los modelos clásicos de reacción al stress con una primera fase de miedo seguida por la fase de impacto, heroísmo y por último desilusión-cansancio y recuperación. Sin embargo, esta primera fase fue seguida de una 2, 3, 4 y 5 fases que no permitió recuperar la salud mental de nuestros profesionales, de hecho 30 meses después del inicio de la pandemia el número de profesionales de baja laboral por enfermedad mental es muy alto y no es menos preocupante el número de profesionales que abandona su profesión por cansancio y decepción. De hecho, en estos momentos los modelos de estrés agudo no pueden explicar la situación, que por su evolución responde en estos momentos a un modelo de indefensión aprendida que a los modelos clásicos de adaptación al stress.

La indefensión aprendida es un estado psicológico que se produce cuando los acontecimientos son incontrolables... cuando no podemos hacer nada para cambiarlo, cuando hagamos lo que hagamos ocurrirá lo mismo. (Seligman, 1983). Según este modelo cuando una persona percibe que no tiene control sobre una circunstancia o que no la puede predecir su nivel de motivación puede disminuir considerablemente, no se esfuerza ya por resolver el problema, y se va adaptando a la condición que está experimentando por considerar que no es eficaz.

Como consecuencia, comenzará a postergar las decisiones y acciones para salir de dicha circunstancia adoptando un rol claramente pasivo. Como resultado también se ve afectada la esfera emocional del individuo, se comienzan a experimentar y manifestar síntomas depresivos, acompañándose de ansiedad y miedo, insatisfacción persistente y quejas somáticas.

Conclusión

La salud mental de nuestros profesionales se identificó desde el primero momento como uno de los mayores riesgos para las personas y para el sistema sanitario. Los programas de prevención y promoción se pusieron en marcha desde los primeros días y aunque tenemos indicadores de actividad, no se han hecho evaluaciones sistemáticas de su efectividad. En estos momentos las tasas

de trastornos mentales en nuestros profesionales siguen siendo muy elevadas respondiendo a modelos de stress crónico como la indefensión aprendida.

¿Cuáles han sido los trastornos mentales tras COVID en trabajadores sanitarios?

El desarrollo de trastornos mentales por parte de trabajadores sanitarios como consecuencia de la atención a pacientes en el contexto de brotes epidémicos por nuevos agentes microbiológicos es un hecho previamente descrito, siendo la epidemia por SARS de 2003 o el brote de Ébola de 2014 ejemplos del impacto que pueden producir estas situaciones en la salud mental de trabajadores sanitarios en primera línea de atención a estos pacientes.

Estos brotes epidémicos comparten factores de riesgo similares entre ellos como son: altas cargas de trabajo, la necesidad de realizar la actividad médica bajo incómodos equipos de protección y el miedo tanto a contraer la enfermedad como a transmitírsela a familiares y convivientes. Todas estas circunstancias pueden tener un impacto severo en la salud mental de estos trabajadores, pudiendo aparecer cuadros de trastorno de stress post-traumático, depresión y situaciones de abuso de sustancias (73). En ocasiones, estos cuadros aparecen sobre trastornos mentales previos siendo la atención sanitaria una profesión con tasas significativas de suicidio (74).

La pandemia por SARS-CoV-2 ha producido un importante impacto en la salud mental de los sanitarios siendo la depresión, la ansiedad y el stress post-traumático los cuadros clínicos más prevalentes. Un meta-análisis de 65 estudios que incluía casi 98.000 profesionales sanitarios de varios continentes estima una prevalencia de depresión del 21,7%, de ansiedad del 22,1% y del 21,5% en el caso de cuadros de stress post-traumático. Este estudio únicamente consideraba las tres patologías como presentes si la sintomatología era por lo menos moderada o si era considerada como clínicamente relevante, excluyendo así los cuadros más leves que probablemente conlleven una menor disfuncionalidad. Estas estimaciones son considerablemente elevadas cuando se comparan con población general, fuera de un contexto epidémico, que se sitúan en torno al 3.5-4.5%, lo que evidencia el fuerte impacto que suponen los cuadros epidémicos en población sanitaria a nivel mental (75).

La pandemia de SARS-CoV-2 presenta ciertos condicionantes específicos, fundamentalmente debido a la alta incidencia que ha presentado la enfermedad a nivel mundial y al colapso sanitario asociado, que ha provocado situaciones como las siguientes de forma generalizada: la muerte de muchos pacientes sin acompañamiento familiar y de los trabajadores sanitarios, la necesidad de llevar trajes de protección imposibilitando el contacto físico y en ocasiones verbal con los pacientes, la transmisión de información a familiares sobre la muerte o la mala evolución de un paciente mediante soporte telefónico y no en presencia física o las palabras de despedida de pacientes a sus familiares mediante soporte telemático y en presencia del trabajador sanitario. Estas situaciones descritas son expresadas de forma habitual por trabajadores sanitarios en primera línea de atención a estos pacientes y ejemplifican los sentimientos de ansiedad, frustración y de abandono referidos en ocasiones por los trabajadores sanitarios y que suponen una alta carga emocional (76).

Un estudio analizando la prevalencia de stress post-traumático a los 8 meses y realizado en trabajadores sanitarios chinos (fundamentalmente enfermeras) en los primeros

meses de pandemia, identifica como factores de riesgo el aislamiento social, la presencia de enfermedades crónicas y la insatisfacción con el puesto de trabajo. Por el contrario, el recibir una adecuada información sobre las características de la infección por SARS-CoV-2, tener una buena estructura familiar y el desarrollo de la actividad clínica en estructuras adecuadamente preparadas aparecían como factores protectores (77). En un estudio realizado en trabajadores sanitarios en Francia se identifican como factores de riesgo el sexo femenino, la profesión de enfermería, puestos de trabajo considerados como de bajo rango y bajos niveles de experiencia (78).

Ciertas medidas e intervenciones han demostrado eficacia en preservar la salud mental de trabajadores sanitarios. El entrenamiento en el autocuidado de los propios profesionales es una primera medida dado que con frecuencia estos tienden a priorizar el cuidado de los pacientes ya que pueden considerar el dedicar tiempo para su autocuidado como una actitud egoísta. Asimismo, la normalización y el reconocimiento de los trastornos mentales en este contexto en profesionales sanitarios y la limitación del tiempo de trabajo debe ser una prioridad.

La utilización de consejos psicológicos a través de medios telemáticos o presenciales, grupos de soporte o terapia de grupo son reflejados por los usuarios como beneficioso, aunque ciertos estudios reflejan las dificultades de acceso a estos recursos (79). En un estudio evaluando trabajadores sanitarios en Estados Unidos un 20% de los trabajadores que consideraban que precisaban de soporte o atención para su salud mental no tenían acceso a estos servicios y en aquellos lugares en los que si se ofertaba solo acudían un 11% y casi un tercio de los trabajadores desconocían que esta atención era ofertada por su centro (80).

Conclusión

La COVID-19 ha producido un impacto relevante en la salud mental de los trabajadores sanitarios siendo los cuadros de depresión, ansiedad y stress post-traumático los más frecuentemente desarrollados.

Es necesario el desarrollo y puesta en práctica de medidas de prevención y asistencia psicológica a los profesionales sanitarios para evitar o mitigar en la medida de lo posible el desarrollo de patología mental asociada al ejercicio de su actividad asistencial.

¿Cómo ve la autoridad sanitaria este problema?

El Comité Permanente Interinstitucional de Naciones Unidas para la asistencia humanitaria recomendó desde el primer momento que las actuaciones en Salud Mental y Apoyo Psicosocial fueran un componente central de cualquier respuesta de Salud Pública (81) y formaran parte de la estrategia integral dirigida a prevenir las infecciones, salvar vidas y reducir al mínimo sus efectos tal y como aconseja la OMS (82).

En España, la respuesta fue heterogénea en función de los territorios. En la Comunidad de Madrid se impulsó una respuesta temprana a través de un Plan de Respuesta Asistencial Prioritaria en Salud Mental en la crisis por COVID19 (83) ya en mayo de 2020, sin solución de continuidad con los planes previo y posterior y siguiendo una senda de inversión mantenida en el tiempo con la contratación de profesionales como máxima prioridad. Este plan COVID autonómico se concibe alineado con las directrices que Naciones Unidas publica en un documento específico (84) y que incluye la

importancia de la promoción de la salud mental desde un enfoque poblacional en las actuaciones de postcrisis en diferentes sectores. Así mismo, contempla como necesario cubrir la atención de emergencia a los problemas de salud mental, y psicosocial. La tercera propuesta del documento de Naciones Unidas habla de la oportunidad de construir una organización de atención a la salud mental para el futuro, de calidad, para apoyar la recuperación de la sociedad, lo que requiere de una inversión específica, dirigida a tres focos: 1. Atención a los profesionales sanitarios, 2. Refuerzo de los servicios comunitarios, y 3. Participación de los usuarios y valoración de la experiencia en primera persona.

En el caso de los profesionales sanitarios se realiza una atención específica tanto a nivel hospitalario, como extrahospitalario y de atención primaria con diversos enfoques en las distintas fases pandémicas. Además, en nuestro medio contamos con un Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE) pionero y único entre las comunidades autónomas que trabaja en estrecha relación con los servicios de riesgos laborales y que ha sido reforzado desde el primer momento con el incremento de más de un tercio de su plantilla.

Volviendo al marco general, las enfermedades neuropsiquiátricas, situadas previamente en primera línea de carga de enfermedad en Europa, adquieren una especial relevancia en el actual contexto postpandémico. La salud mental se reconoce como área de elevado riesgo de afectación en todos los grupos de edad, y especialmente en adolescentes, jóvenes, y en poblaciones vulnerables, resultando imprescindible desarrollar medidas específicas y añadidas a las habituales hasta el momento.

Nos encontramos en un escenario mundial inédito que puede suponer una oportunidad de revertir el gap histórico global de que, siendo los problemas de salud mental muy extendidos, son poco tratados y carecen de recursos suficientes, así como el desfase entre la estimación y la asignación de recursos para aplicar los planes de salud mental (85).

Conclusión

El Comité Permanente Interinstitucional de Naciones Unidas recomendó desde el primer momento que las actuaciones en Salud Mental y Apoyo Psicosocial fueran un componente central de cualquier respuesta de Salud Pública. En España, la respuesta fue heterogénea en función de los territorios.

¿Tiene la prensa conocimiento sobre este tema? ¿Qué papel debería jugar?

El correcto abordaje de los problemas de salud mental en los medios de comunicación es una de las principales preocupaciones de la directiva de la Asociación Nacional de Informadores de Salud (ANIS). Por este motivo, se han organizado congresos monográficos y ponencias específicas para los más de 600 comunicadores que forman parte de la asociación.

Además, se ha colaborado con el Ministerio de Sanidad en la publicación, en julio de 2020, de un documento de recomendaciones a medios de comunicación que tiene como objetivo facilitar el abordaje de las informaciones relativas a la conducta suicida y contribuir a su prevención.

Respecto a los sanitarios, son numerosos los reportajes e informaciones que se publican desde hace años sobre los problemas inherentes de estas profesiones respecto a la salud mental.

Iniciativas como PAIME han tenido amplia cobertura, especialmente en medios especializados. El impacto de la pandemia sobre la salud mental y el burnout ha sido uno de los aspectos que más se ha recalcado. Y, desde nuestro punto de vista, la percepción de la ciudadanía de este problema ha sido notable, especialmente durante el confinamiento.

Conclusión

El problema de la salud mental tanto de la población en general como de los trabajadores de la salud es conocido por los medios de comunicación que han organizado congresos monográficos sobre este tema.

¿Qué reflexiones desde la perspectiva de la ética plantean los problemas de la salud mental en la población general y en los sanitarios, motivados por la pandemia?

La Psiquiatría clásica distinguía dos tipos de factores en la producción de los trastornos mentales, que denominaba “endógenos” y “exógenos”. Los exógenos eran factores medioambientales, por tanto, externos al individuo, que al actuar sobre él acababan alterando su equilibrio psíquico. Los endógenos, por el contrario, se caracterizaban por ser internos al propio individuo. Además de esto, tradicionalmente se les consideraba desconocidos, si bien esto ha ido variando como consecuencia, sobre todo, de los avances de la bioquímica y la genética. En la Psiquiatría clásica esto daba lugar a dividir los trastornos mentales en dos grandes capítulos, conocidos con los nombres de “psicosis” y “neurosis”. Es verdad que dentro de las psicosis se incluían no solo las llamadas endógenas (esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva), sino también otras de causa exógena, como las producidas por el alcohol, las drogas, ciertos microorganismos como *Treponema pallidum*, o algunos metales pesados. Pero las psicosis por antonomasia eran las endógenas. Exactamente lo contrario de lo que sucedía en las neurosis, en las que la causa del trastorno estaba siempre en el conflicto con algún elemento procedente del medio.

El virus causante de la actual pandemia no parece que produzca *per se* trastornos psíquicos, como era clásico en el caso paradigmático del *Treponema pallidum* y la parálisis general progresiva. El virus actual no está demostrado que sea la causa desencadenante de ninguna enfermedad psiquiátrica mayor, si bien, como veremos inmediatamente, eso no impide que pueda coadyuvar a su desarrollo (17). Los trastornos fundamentales diagnosticados a lo largo de esta pandemia pertenecen más bien al ámbito de lo que en la terminología clásica se denominaban neurosis, trastornos debidos a factores nosógenos del medio que acaban alterando el equilibrio mental de las personas.

La pandemia de COVID ha alterado de modo muy importante el entorno vital de los seres humanos. Ha obligado a un riguroso confinamiento durante meses, alterando tanto las relaciones familiares como las profesionales y laborales. La consecuencia ha sido un aumento muy significativo del número de conflictos interpersonales. Cuando la persona ya era portadora de una predisposición latente a padecer un desorden mental,

esta crisis lo ha disparado. De ahí que también haya incidido en la aparición de trastornos psiquiátricos mayores. Pero sobre todo ha aumentado el número de conflictos interpersonales, disparando las respuestas exageradas o anómalas. Esto explica que hayan aumentado los casos de ansiedad, depresión, disconfort, auto y heteroagresiones, etc.

Como era de esperar, estos trastornos han sido tanto más frecuentes cuanto más “débiles” son las personas. Las situaciones de “crisis”, y esta de la pandemia lo ha sido en un alto grado, ponen a prueba los llamados mecanismos de resiliencia, afectando más a las personalidades más débiles, o que por razones distintas se encuentran en un mal momento. Esto es fundamental tenerlo en cuenta. Las situaciones de crisis ponen a prueba la fortaleza psíquica de las personas y hacen que las más débiles fracasen en su respuesta, de modo que ésta empieza a presentar síntomas exagerados o anómalos de disconfort, ansiedad, insomnio, angustia, agresividad, etc. Para ayudarles a superar la situación, la Psiquiatría utiliza dos tipos de tratamientos, unos farmacológicos y otros psicoterápicos. Estos últimos buscan reeducar al paciente, fortaleciendo su psiquismo y dotándole de mecanismos para el afrontamiento de las situaciones de crisis. Estos mecanismos, al mejorar la relación del paciente con su medio, le permitirán disminuir su sufrimiento y atenuarán el efecto de esos síntomas que alteran su vida.

¿Y la ética? ¿Qué función puede jugar en este contexto? ¿Puede resultar de alguna utilidad?

Una primera constatación importante es que nuestra relación con el medio se halla condicionada por nuestra propia vitalidad interna. Cuenta Ortega y Gasset en un texto que se titula “Vitalidad, alma, espíritu”, cómo el nivel de nuestra vitalidad es determinante del modo como nos enfrentamos con el medio. Escribe Ortega: “¿Quién no lo ha experimentado? Al separarnos de cierta persona con quien hemos conversado un buen rato nos sentimos tonificados. Y no porque aquella persona sea muy inteligente, ni porque se haya mostrado bondadosa: no le debemos ni una enseñanza ni un favor. Sin embargo, salimos del trato con ella como refrescados, llenos de confianza en nosotros mismos, optimistas, saturados de impulsos y plenitud, con una firme fe en la existencia. Si queremos analizar los motivos de esta corroboración y aumento de vitalidad, no hallamos ninguno concreto. Mas hay otras personas cuya proximidad, por breve que sea, nos deja maltrechos y extenuados, llenos de desconfianza y como si la existencia hubiese cobrado un agrio sabor. Al separarnos de ellos somos menos que antes y, por decirlo así, hemos perdido calorías. Y es que, en efecto, hay dos clases de seres: unos, dotados de vitalidad rebosante, que se mantienen en ‘superávit’; otros, de vitalidad insuficiente, siempre en ‘déficit’. El exceso de aquéllos nos contamina favorablemente, nos corrobora y nutre; el defecto de éstos nos sorbe vida, nos deprime y mengua” (86).

Hay personas de alta vitalidad y de baja vitalidad. Y, por supuesto, también hay casos en que la vitalidad, tanto alta como baja, adquiere tintes patológicos, como sucede en los trastornos maníacos y los depresivos. Pero dejando aparte estos casos claramente patológicos, es claro que todos tenemos lo que Zubiri llamaba un “tono vital”, y que ese es muy distinto en unas situaciones y en otras. El ejemplo paradigmático de esto lo tenemos actualmente en la guerra de Ucrania. Los soldados ucranianos luchan por una causa que consideran justa e importante, y por eso tienen una alta “moral de combate”, en tanto que los soldados rusos parece que están luchando por una causa que no entienden y que les cuesta asumir como propia, o que abiertamente no comparten. Los

primeros están demostrando una altísima moral, en tanto que los segundos parecen tener la moral por los suelos. Ni que decir tiene que esto de la moral depende de muchos factores, uno de los cuales es la educación. Se lucha por ideas y por ideales; si se prefiere, por creencias. Esto, que en la cultura occidental está tan abandonado, resulta fundamental siempre, pero sobre todo en las situaciones de crisis. Un pueblo desmoralizado estará al albur del viento que más sople, será un juguete en manos de cualquiera. Y lo mismo cabe decir de la persona desmoralizada.

De ahí la importancia de la moral; es decir, de la ética. Esto se percibe con toda claridad especialmente en las situaciones de crisis. La ética es el intento de responder a la pregunta que en algún momento de su vida se hace todo ser humano: “qué debo hacer”. Quien sea capaz de hacerse la pregunta y tenga clara su respuesta, es decir, que sepa qué debe hacer, es muy difícil que no lo lleve a cabo con determinación y convencimiento. Y ése es también muy difícil que se “queme”, o que se deprima ante las circunstancias adversas. En este sentido, la ética es un eficazísimo antídoto contra la depresión y el desaliento, y contra no todos, pero sí algunos de los trastornos que Benjamin Rush y James Prichard bautizaron con el nombre de *moral insanity*, que los psiquiatras franceses denominaron *folie morale* y que en la psiquiatría alemana del siglo XIX se conoció con el nombre de *moralisches Irresein*. En la ética alemana del siglo XIX hubo un término que jugó un importantísimo papel. Fue el de *Gesinnung*, palabra difícil de traducir, pero que, entre otras posibles acepciones, tiene la de “disposición de ánimo”. En la ética kantiana es el elemento fundamental de la vida moral de las personas.

La disposición de ánimo tiene una indudable base biológica. Entre nosotros, López Ibor se ocupó ampliamente de ella (87). Pero sobre esa base, digamos, biológica o de primera naturaleza, se levanta la que nosotros construimos con nuestros actos, hábitos y modos de vida, es decir, lo que los clásicos llamaban segunda naturaleza. Pero no todos los actos y hábitos contribuyen en idéntica medida a la formación de las disposiciones de ánimo básicas o fundamentales. Los decisivos son los que se aprenden, por lo general de modo inconsciente, durante las primeras etapas de la vida. De ahí que entre los rasgos genéticamente determinados y lo adquirido a lo largo de la vida en contacto con el medio, haya que situar un espacio intermedio, que los filósofos alemanes, sobre todo a partir de Kant, designaron con la palabra *Gesinnung*. La *Gesinnung* no tiene que ver tanto con los actos concretos cuanto con las “actitudes” que el ser humano aprende durante las primeras etapas de su vida, en la época de máxima plasticidad cerebral, y que constituyen la base sobre la que luego se asientan los diferentes actos. La *Gesinnung*, como afirmó el filósofo Max Scheler, consiste en la “orientación” de la propia vida(88) . Ni que decir tiene que este tema rebasa con mucho los límites de esta breve nota. Pero era importante traerlo a colación para advertir que las reacciones de los seres humanos, sobre todo ante las situaciones de crisis, están fuertemente condicionadas, y hasta determinadas, no solo por lo que antiguamente se llamaba el “temperamento”, y hoy la “información genética”, sino también por lo que en la antigua terminología se entendía por “carácter”. El temperamento es “físico”, en tanto que el carácter tiene un amplio componente aprendido, y por tanto “moral”. Ambos se ponen a prueba en las situaciones de crisis, como la actual. La respuesta humana a las crisis no solo viene determinada en las personas por su condición física, es decir, por su temperamento, sino también por su carácter, o por lo que Aranguren llamaba su “talante” definitorio de su condición moral. Y este es, a mi modo de ver, el gran agujero negro de la actual situación, lo desatendida que está la formación de los niños y jóvenes

en este elemento, determinante en buena parte del carácter de las personas y del funcionamiento de las sociedades. En sus formas más desviadas, estas personas conforman el grupo de las llamadas psicopatías o sociopatías. Pero queda el otro amplio grupo de personas, las consideradas “normales”, poseedoras de talentos con muy distintos grados de resiliencia. Son las situaciones de crisis, como la actual, las que se encargan de hacer esto evidente, y también de desestabilizar a las más débiles o peor preparadas.

Conclusión

Las situaciones de crisis ponen a prueba los recursos de las personas, tanto los físicos (enfermedades, discapacidades, déficits biológicos) como los morales (resiliencia moral de las personas, “alta moral” y “baja moral”, etc.). Los recursos morales se adquieren en la educación, en interacción con los demás seres humanos, y conforman el depósito de valores y creencias de las personas. Las crisis desencadenan claudicaciones no solo físicas sino también morales.

Declaración de transparencia

A efectos de transparencia, le informamos de que GSK ha colaborado en la financiación de la presente publicación. Su contenido refleja las opiniones, criterios, conclusiones y/o hallazgos propios de los autores, los cuales pueden no coincidir necesariamente con los de GSK. GSK recomienda siempre la utilización de sus productos de acuerdo con la ficha técnica aprobada por las autoridades sanitarias.

Bibliografía

1. Kocarnik JM, Compton K, Dean FE, Fu W, Gaw BL, Harvey JD, et al. Cancer Incidence, Mortality, Years of Lif1. World Health Organization. ICD-11: International classification of diseases (11th revision). 2019.
2. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, De Micheli A, Nieman DH, Correll CU, Kessing LV, et al. What is good mental health? A scoping review. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2020;31:33-46.
3. Fusar-Poli P, Brambilla P, Solmi M. Learning from COVID-19 pandemic in northern italy: Impact on mental health and clinical care. *J Affect Disord.* 2020;275:78-9.
4. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2005;15(4):357-76.
5. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011;21(9):655-79.
6. The Lancet P. COVID-19 and mental health. *Lancet Psychiatry.* 2021;8(2):87.
7. Pierce M, Hope H, Ford T, Hatch S, Hotopf M, John A, et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(10):883-92.
8. Prati G, Mancini AD. The psychological impact of COVID-19 pandemic lockdowns: a review and meta-analysis of longitudinal studies and natural experiments. *Psychol Med.* 2021;51(2):201-11.

9. Patel K, Robertson E, Kwong ASF, Griffith GJ, Willan K, Green MJ, et al. Psychological Distress Before and During the COVID-19 Pandemic Among Adults in the United Kingdom Based on Coordinated Analyses of 11 Longitudinal Studies. *JAMA Netw Open*. 2022;5(4):e227629.
10. Robinson E, Sutin AR, Daly M, Jones A. A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies comparing mental health before versus during the COVID-19 pandemic in 2020. *J Affect Disord*. 2022;296:567-76.
11. Pierce M, McManus S, Hope H, Hotopf M, Ford T, Hatch SL, et al. Mental health responses to the COVID-19 pandemic: a latent class trajectory analysis using longitudinal UK data. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(7):610-9.
12. 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.
13. Henssler J, Stock F, van Bohemen J, Walter H, Heinz A, Brandt L. Mental health effects of infection containment strategies: quarantine and isolation-a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2021;271(2):223-34.
14. Anonymous. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021.
15. Zhang SX, Chen RZ, Xu W, Yin A, Dong RK, Chen BZ, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Symptoms of Anxiety, Depression, and Insomnia in Spain in the COVID-19 Crisis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(2).
16. Fountoulakis KN, Karakatsoulis G, Abraham S, Adorjan K, Ahmed HU, Alarcón RD, et al. Results of the COVID-19 mental health international for the general population (COMET-G) study. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2022;54:21-40.
17. Taquet M, Sillett R, Zhu L, Mendel J, Camplisson I, Dercon Q, et al. Neurological and psychiatric risk trajectories after SARS-CoV-2 infection: an analysis of 2-year retrospective cohort studies including 1 284 437 patients. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(10):815-27.
18. United Nations Policy Brief. COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. Available at: <http://unsdgunorg/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-healthpdf>. 2020.
19. Goldberg X, Castaño-Vinyals G, Espinosa A, Carreras A, Liutsko L, Sicuri E, et al. Mental health and COVID-19 in a general population cohort in Spain (COVICAT study). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2022;57(12):2457-68.
20. Raventós B, Pistillo A, Reyes C, Fernández-Bertolín S, Aragón M, Berenguera A, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on diagnoses of common mental health disorders in adults in Catalonia, Spain: a population-based cohort study. *BMJ Open*. 2022;12(4):e057866.
21. Banerjee D, Kosagisharaf JR, Sathyanarayana Rao TS. 'The dual pandemic' of suicide and COVID-19: A biopsychosocial narrative of risks and prevention. *Psychiatry Res*. 2021;295:113577.
22. Anonymous. COVID-19 and suicide. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(6):451.
23. Sher L. Psychiatric disorders and suicide in the COVID-19 era. *Qjm*. 2020;113(8):527-8.

24. Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019- A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry*. 2020.
25. Thomas SP. Focus on Depression and Suicide in the Era of COVID-19. *Issues Ment Health Nurs*. 2020;41(7):559.
26. Gracia R, Pamias M, Mortier P, Alonso J, Pérez V, Palao D. Is the COVID-19 pandemic a risk factor for suicide attempts in adolescent girls? *J Affect Disord*. 2021;292:139-41.
27. Pérez V, Elices M, Prat B, Vieta E, Blanch J, Alonso J, et al. The Catalonia Suicide Risk Code: A secondary prevention program for individuals at risk of suicide. *J Affect Disord*. 2020;268:201-5.
28. Liu L, Capaldi CA, Dopko RL. Suicide ideation in Canada during the COVID-19 pandemic. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2021;41(11):378-91.
29. World Health Organization. COVID-19 disrupting mental health services in most countries. Survey, 5 October 2020. Available at: <https://www.who.int/news-room/detail/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>. 2020.
30. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(9):813-24.
31. Arango C. Lessons Learned From the Coronavirus Health Crisis in Madrid, Spain: How COVID-19 Has Changed Our Lives in the Last 2 Weeks. *Biol Psychiatry*. 2020;88(7):e33-e4.
32. Chaabane S, Doraiswamy S, Chaabna K, Mamtani R, Cheema S. The Impact of COVID-19 School Closure on Child and Adolescent Health: A Rapid Systematic Review. *Children (Basel)*. 2021;8(5).
33. Rosen ML, Rodman AM, Kasperek SW, Mayes M, Freeman MM, Lengua LJ, et al. Promoting youth mental health during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *PLoS One*. 2021;16(8):e0255294.
34. Panchal U, Salazar de Pablo G, Franco M, Moreno C, Parellada M, Arango C, et al. The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021:1-27.
35. Kauhanen L, Wan Mohd Yunus WMA, Lempinen L, Peltonen K, Gyllenberg D, Mishina K, et al. A systematic review of the mental health changes of children and young people before and during the COVID-19 pandemic. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022:1-19.
36. Chavira DA, Ponting C, Ramos G. The impact of COVID-19 on child and adolescent mental health and treatment considerations. *Behav Res Ther*. 2022;157:104169.
37. Király O, Potenza MN, Stein DJ, King DL, Hodgins DC, Saunders JB, et al. Preventing problematic internet use during the COVID-19 pandemic: Consensus guidance. *Compr Psychiatry*. 2020;100:152180.
38. Roberts A, Rogers J, Mason R, Siriwardena AN, Hogue T, Whitley GA, et al. Alcohol and other substance use during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2021;229(Pt A):109150.

39. Li J, Wang H, Li M, Shen Q, Li X, Zhang Y, et al. Effect of alcohol use disorders and alcohol intake on the risk of subsequent depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*. 2020;115(7):1224-43.
40. Manthey J, Kilian C, Carr S, Bartak M, Bloomfield K, Braddick F, et al. Use of alcohol, tobacco, cannabis, and other substances during the first wave of the SARS-CoV-2 pandemic in Europe: a survey on 36,000 European substance users. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2021;16(1):36.
41. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *European Drug Report 2021: Trends and Developments*. Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2021.
42. EMCDDA Trendspotter briefing. *Impact of COVID-19 on drug services and help-seeking in Europe*. Lisbon. 2020.
43. Gainsbury SM, Swanton TB, Burgess MT, Blaszczynski A. Impacts of the COVID-19 Shutdown on Gambling Patterns in Australia: Consideration of Problem Gambling and Psychological Distress. *J Addict Med*. 2021;15(6):468-76.
44. Mestre-Bach G, Blycker GR, Potenza MN. Pornography use in the setting of the COVID-19 pandemic. *J Behav Addict*. 2020;9(2):181-3.
45. Maraz A, Yi S. Compulsive buying gradually increased during the first six months of the Covid-19 outbreak. *J Behav Addict*. 2022.
46. King DL, Delfabbro PH, Billieux J, Potenza MN. Problematic online gaming and the COVID-19 pandemic. *J Behav Addict*. 2020.
47. Masciantonio A, Bourguignon D, Bouchat P, Balty M, Rimé B. Don't put all social network sites in one basket: Facebook, Instagram, Twitter, TikTok, and their relations with well-being during the COVID-19 pandemic. *PLoS One*. 2021;16(3):e0248384.
48. Vall-Roqué H, Andrés A, Saldaña C. The impact of COVID-19 lockdown on social network sites use, body image disturbances and self-esteem among adolescent and young women. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021;110:110293.
49. Moncada S, Llorens C, Andrés R, Moreno N. Manual del método CoPsoQ-istas21 (versión 2) para la evaluación y la prevención de los riesgos psicosociales. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS)-CCOO. 2014 [Consultado 15 Jul 2022]. Available at: [https://copsogistas21net/ficheros/documentos/v2/manual%20Copsogistas21%20\(24-07-2014\).pdf](https://copsogistas21net/ficheros/documentos/v2/manual%20Copsogistas21%20(24-07-2014).pdf). 2014.
50. Spielberger RD, Gorsuch RL, RE L. *STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*, . 9ª ed rev Madrid: TEA ediciones. 2015.
51. Gil-Monte PR. CESQT. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. . Manual, 2ª ed Madrid: TEA ediciones. 2019.
52. Gil-Monte P.R. Evaluación de factores y riesgos psicosociales en el trabajo: el uso de cuestionarios. . En: Gil-Monte PR, coord Manual de Psicología Aplicada al trabajo y a la prevención de los riesgos laborales Madrid: Pirámide; 2014 p 429-460. 2014.
53. Panda PK, Gupta J, Chowdhury SR, Kumar R, Meena AK, Madaan P, et al. Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for

- COVID-19 Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Trop Pediatr.* 2021;67(1).
54. Salmerón-Medina M, Tàpia-Córcoles A, Palou-Artola E, Nicolau-Palou R, Calvo-Escalona R. [Analysis of the impact of COVID-19 on youngsters with autistic spectrum disorder]. *Rev Neurol.* 2022;74(6):181-8.
 55. Bal VH, Wilkinson E, White LC, Law JK, Feliciano P, Chung WK. Early Pandemic Experiences of Autistic Adults: Predictors of Psychological Distress. *Autism Res.* 2021;14(6):1209-19.
 56. Lugo-Marín J, Gisbert-Gustemps L, Setien-Ramos I, Español-Martín G, Ibañez-Jimenez P, Forner-Puntonet M, et al. COVID-19 pandemic effects in people with Autism Spectrum Disorder and their caregivers: Evaluation of social distancing and lockdown impact on mental health and general status. *Res Autism Spectr Disord.* 2021;83:101757.
 57. Isensee C, Schmid B, Marschik PB, Zhang D, Poustka L. Impact of COVID-19 pandemic on families living with autism: An online survey. *Res Dev Disabil.* 2022;129:104307.
 58. Marino F, Chilà P, Failla C, Minutoli R, Vetrano N, Luraschi C, et al. Psychological Interventions for Children with Autism during the COVID-19 Pandemic through a Remote Behavioral Skills Training Program. *J Clin Med.* 2022;11(5).
 59. Young KP, Kolcz DL, O'Sullivan DM, Ferrand J, Fried J, Robinson K. Health Care Workers' Mental Health and Quality of Life During COVID-19: Results From a Mid-Pandemic, National Survey. *Psychiatr Serv.* 2021;72(2):122-8.
 60. Ghahramani S, Kasraei H, Hayati R, Tabrizi R, Marzaleh MA. Health care workers' mental health in the face of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2022:1-10.
 61. Alonso J, Vilagut G, Mortier P, Ferrer M, Alayo I, Aragón-Peña A, et al. Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed).* 2021;14(2):90-105.
 62. Aymerich C, Pedruzo B, Pérez JL, Laborda M, Herrero J, Blanco J, et al. COVID-19 pandemic effects on health worker's mental health: Systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry.* 2022;65(1):e10.
 63. Salazar de Pablo G, Vaquerizo-Serrano J, Catalan A, Arango C, Moreno C, Ferre F, et al. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2020;275:48-57.
 64. Zhang WR, Wang K, Yin L, Zhao WF, Xue Q, Peng M, et al. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychother Psychosom.* 2020;89(4):242-50.
 65. Hao Q, Wang D, Xie M, Tang Y, Dou Y, Zhu L, et al. Prevalence and Risk Factors of Mental Health Problems Among Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry.* 2021;12:567381.
 66. Bouza E, Gil-Monte PR, Palomo E. Work-related burnout syndrome in physicians in Spain. *Rev Clin Esp (Barc).* 2020;220(6):359-63.

67. Melnikow J, Padovani A, Miller M. Frontline physician burnout during the COVID-19 pandemic: national survey findings. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):365.
68. The Physicians Foundation. Survey of America's physicians COVID-19 impact edition: a year later. Available at: <https://physiciansfoundationorg/physician-and-patient-surveys/the-physicians-foundation-2021-physician-survey/>. 2021.
69. Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Wang H, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2020. *Mayo Clin Proc.* 2022;97(3):491-506.
70. Kane L. Physician burnout & depression report 2022: stress, anxiety, and anger. Available at: Medscape Psychiatry 2022 (21 de enero) <https://www.medscape.com/slideshow/2022-lifestyle-burnout-6014664> 19.
71. Stokowski LA, Bastida D, McBride M, E. B. Medscape nurse career satisfaction report 2020. Available at: <https://www.medscape.com/slideshow/2020-nurse-career-satisfaction-6013455>. 2020.
72. Seda-Gombau G, Montero-Alfá JJ, Moreno-Gabriel E, Torán-Monserrat P. Impact of the COVID-19 Pandemic on Burnout in Primary Care Physicians in Catalonia. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(17).
73. Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *Bmj.* 2020;369:m1642.
74. Peterson C, Stone DM, Marsh SM, Schumacher PK, Tiesman HM, McIntosh WL, et al. Suicide Rates by Major Occupational Group - 17 States, 2012 and 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018;67(45):1253-60.
75. Li Y, Scherer N, Felix L, Kuper H. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2021;16(3):e0246454.
76. Bennett P, Noble S, Johnston S, Jones D, Hunter R. COVID-19 confessions: a qualitative exploration of healthcare workers experiences of working with COVID-19. *BMJ Open.* 2020;10(12):e043949.
77. Pan L, Xu Q, Kuang X, Zhang X, Fang F, Gui L, et al. Prevalence and factors associated with post-traumatic stress disorder in healthcare workers exposed to COVID-19 in Wuhan, China: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry.* 2021;21(1):572.
78. Vancappel A, Jansen E, Ouhmad N, Desmidt T, Etain B, Bergey C, et al. Psychological Impact of Exposure to the COVID-19 Sanitary Crisis on French Healthcare Workers: Risk Factors and Coping Strategies. *Front Psychiatry.* 2021;12:701127.
79. Søvold LE, Naslund JA, Kousoulis AA, Saxena S, Qoronfleh MW, Grobler C, et al. Prioritizing the Mental Health and Well-Being of Healthcare Workers: An Urgent Global Public Health Priority. *Front Public Health.* 2021;9:679397.
80. Bryant-Genevier J, Rao CY, Lopes-Cardozo B, Kone A, Rose C, Thomas I, et al. Symptoms of Depression, Anxiety, Post-Traumatic Stress Disorder, and Suicidal Ideation Among State, Tribal, Local, and Territorial Public Health Workers During

- the COVID-19 Pandemic - United States, March-April 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021;70(48):1680-5.
81. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings Interim Briefing Note addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 outbreak Version 15 February 2020. 2020.
 82. World Health Organization. Coronavirus disease (covid-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. Available at: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19pdf?sfvrsn=bcabd401_0. 2020.
 83. Comunidad de Madrid. Plan de Respuesta Asistencial Prioritaria en Salud Mental en la crisis por COVID19 (PRAP-SM19) Available at: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050142pdf>. 2020.
 84. United Nations. Policy brief. COVID-19 and the need for action on mental health. Available at: https://www.un.org/sites/un2un.org/files/un_policy_brief_covid_and_mental_health_final.pdf. 2020.
 85. World Health Organization;. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: 2022 Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2022.
 86. José Ortega y Gasset. Vitalidad, alma, espíritu³. en Obras Completas, Madrid, Taurus, vol II, 2004, p 57.
 87. Juan José López Ibor. Las neurosis como enfermedades del ánimo, . Madrid, Gredos. 1966.
 88. Max Scheler. Ética, . Madrid, Caparrós, 2001, p 189. 2011.