

COVID-19 Y SALUD MENTAL

Eva Fernández Bretón

Médica Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario La Paz (Madrid). Formación MIR Psiquiatría (2014-2016)

Lucía García San Miguel

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Ministerio de Sanidad

Los efectos en la salud mental de la pandemia por COVID-19 son directos por la propia enfermedad y también derivados de la situación que la propia pandemia ha generado. Los grupos especialmente vulnerables son los hospitalizados, las personas con enfermedad mental previa, con situaciones difíciles provocadas por el aislamiento y la crisis económica y los trabajadores sanitarios, aunque los efectos psicológicos afectan a toda la población.

En personas hospitalizadas por COVID-19, un estudio evaluó las comorbilidades psicológicas de 41 pacientes: 43,9% referían algún síntoma psiquiátrico, 12,2% tenían trastorno por estrés post-traumático (TEPT) y 26,8% tenían ansiedad o depresión. Estos síntomas eran más frecuentes en pacientes con dificultades de afrontamiento y que referían estar estigmatizados. El apoyo social percibido fue el factor protector más importante⁽¹⁾.

Las personas con enfermedad mental previa son especialmente susceptibles. En un estudio de 76 pacientes psiquiátricos y 109 controles en China, las puntuaciones en las escalas de ansiedad y depresión fueron significativamente mayores en pacientes psiquiátricos. Las preocupaciones sobre su salud, impulsividad e ideación suicida fueron también mayores. Un tercio cumplían criterios de TEPT, y un cuarto de insomnio⁽²⁾. Además, las personas con enfermedades mentales pre-existentes pueden tener un mayor riesgo de recaída debido al estrés

asociado con la pandemia de COVID-19⁽³⁾. Por otra parte, las personas con trastorno mental pueden ser un colectivo de riesgo para enfermedad por COVID-19. Un estudio encontró un mayor riesgo de neumonía en pacientes psiquiátricos⁽⁴⁾. Algunos de los factores que se sugieren que pueden aumentar el riesgo son la presencia de más comorbilidades que la población general, la vida dentro de las instituciones cerradas o las barreras de acceso a la atención sanitaria. Así, en Wuhan se detectó un agrupamiento de 50 infectados por coronavirus en una institución psiquiátrica⁽⁵⁾.

Tanto la mayor prevalencia de la sintomatología citada anteriormente como muchas de las situaciones provocadas por la epidemia (aislamiento, dificultades económicas, miedo, consumo de alcohol) pueden influir en el riesgo de suicidio⁽⁶⁾. Un modelo analizó cómo influiría el desempleo asociado a la COVID-19 con el suicidio usando datos de 63 países tomando una estimación de empleos perdidos por la crisis facilitado por la Organización Internacional del Trabajo (entre 5,3 millones a 24,7 millones). Estimaron que el número de suicidios causados por el desempleo estaría entre 2.135 y 9.570 por año⁽⁷⁾. Por otra parte, se ha observado que los suicidios consumados disminuyen en tiempos de guerra en población general, probablemente por la sensación de “deber” social. Uno de los modelos explicativos de suicidio más aceptados, la teoría interpersonal, expone que los factores psicológicos fundamentales

para realizar un suicidio son el sentimiento de falta de pertenencia y de carga para otras personas. En situaciones donde se necesita la colaboración de todos, se refuerza el sentimiento de comunidad y esto puede ejercer un cierto papel protector^(8,9). Aunque este último factor pueda influir, el efecto conjunto del resto de consecuencias psicológicas de una epidemia probablemente tiene un peso mayor. Inmediatamente después de la epidemia del SARS se encontró que entre la población mayor (la que tiene más riesgo de suicidio consumado de base) se produjo un exceso de mortalidad por suicidio^(10,11).

Los trabajadores sanitarios son un grupo especialmente expuesto a padecer problemas de salud mental debido al estrés y la sobrecarga a la que están sometidos. En una encuesta realizada a 1.257 trabajadores sanitarios en China durante la epidemia de SARS-CoV-2, el 50,4% refería síntomas de depresión, el 44,6% de ansiedad y el 34% de insomnio. En el análisis multivariante, se encontró que ser mujer, personal de enfermería, residente de Wuhan, o trabajador de primera línea aumentaba el riesgo de la aparición de dichos síntomas⁽¹²⁾. En otra encuesta realizada también en China se encontró que los trabajadores sanitarios tenían una prevalencia significativamente mayor respecto a la población general de insomnio (38,4 vs 30,5), ansiedad (13 vs 8,5), depresión (12,2 vs 9,5), somatización (1,6 vs 0,4) y síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo (5,3 vs 2,2)⁽¹³⁾. En un tercer estudio, la incidencia de ansiedad entre el personal sanitario fue del 23,04%, siendo mayor en mujeres (25,67% vs. 11,63 en hombres) y en el personal de enfermería (26,88% vs. 14,29% en médicos)⁽¹⁴⁾.

En una encuesta realizada en población general en China en la que participaron

1.210 personas, el 53,8% clasificó el impacto psicológico de la pandemia como moderado o grave, 16,5% refirieron sintomatología depresiva moderada a grave y 28,8% ansiedad moderada a grave. Las mujeres, los estudiantes y el peor estado de salud percibido se relacionaron con mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión⁽¹⁵⁾. En Italia se objetivaron niveles elevados de estrés en comparación con los niveles basales recogidos en estadísticas europeas. También se encontraron mayores niveles de ansiedad en las mujeres y en las personas jóvenes, así como en las personas que tenían algún familiar o conocido diagnosticado⁽¹⁶⁾.

INTERVENCIONES DE SALUD PÚBLICA EN SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA

En respuesta a la epidemia de COVID-19 se implementaron en China varias medidas y planes que enfatizan la necesidad de lidiar con los problemas concurrentes de salud mental que surgen en una circunstancia así. El 26 de enero de 2020, la Comisión Nacional de Salud de China publicó unos principios de intervención psicológica de emergencia para la crisis de la COVID-19. Se establecieron rápidamente líneas telefónicas de atención a la salud mental, proporcionando a la población consejos y servicios de apoyo psicológico. El teléfono e internet se han usado ampliamente para proporcionar servicios de salud mental, y las redes sociales (WeChat, Weibo) se han usado para compartir estrategias, guías, y programas educativos. Además, la Asociación China de Salud Mental publicó varios manuales de autoayuda para la atención a la salud mental. Además, muchos de los hospitales de China iniciaron programas de telemedicina. El 26 de enero de 2020 el Hospital Oeste de Sichuan, uno de los más importantes de China lanzó

un programa de atención online gratuito con más de 100 profesionales de diferentes especialidades⁽¹⁵⁾.

En Corea del Sur se siguió una estrategia similar. El K-CDC distribuyó folletos para el público. La Asociación de Neuropsiquiatría de Corea además de redactor varias guías sobre la atención a la salud mental en cinco grupos: población general, padres de niños pequeños, personas en cuarentena, profesionales sanitarios en contacto directo con pacientes COVID-19 y otros profesionales sanitarios. El Centro Nacional para la Salud Mental ofreció atención psicológica para la población cuarentenada en Daegu y para aquellos que habían regresado de Wuhan. También se establecieron líneas telefónicas de atención psicológica⁽¹⁷⁾.

Para las personas que refieran síntomas de estrés, ansiedad, depresión, insomnio o TEPT se recomienda seguir un enfoque gradual⁽¹⁸⁾. Para población general con sintomatología leve pueden ser útiles materiales de autoayuda que cubran sus síntomas y preocupaciones, y podrán ser atendidos por un profesional de salud mental si la sintomatología se agrava o perdura. Otras recomendaciones útiles para personas con síntomas leves son limitar la exposición a noticias sobre la pandemia y mantener rutinas y actividades estructuradas.

Los profesionales sanitarios se pueden beneficiar del acceso a una atención psicológica específica individualizada a demanda⁽¹⁹⁾. El Instituto Nacional de Salud y Excelencia en el Cuidado de Reino Unido (NICE) recomienda una vigilancia activa del personal sanitario una vez haya pasado la crisis, asegurando que aquellos trabajadores que lo precisen puedan recibir una atención precoz⁽²⁰⁾.

Las personas con niveles importantes de estrés, ansiedad o depresión deben ser preguntadas por la existencia de ideación suicida cuando son atendidas. A las personas diagnosticadas con COVID-19 y las personas con enfermedad mental previa se les recomienda mantener contacto social a través del teléfono/ordenador⁽²¹⁾, así como encuentros cara a cara si esto es posible y siempre manteniendo la distancia de seguridad⁽²²⁾. Además, es útil promover los servicios de telemedicina en salud mental para intentar disminuir la barrera a la atención. Los servicios online de salud mental, cuando se implementaron, facilitaron el desarrollo y alcance de estrategias de salud mental en países en una fase más avanzada de la epidemia, como China o Corea del Sur⁽²³⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Psychological morbidities and fatigue in patients with confirmed COVID-19 during disease outbreak: prevalence and associated biopsychosocial risk factors* | medRxiv [Internet]. [citado 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.08.20031666v1>.
2. Hao F, Tan W, Jiang L, Zhang L, Zhao X, Zou Y et al. *Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry*. Brain Behav Immun. 27 de abril de 2020.
3. Yao H, Chen J-H, Xu Y-F. *Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic*. Lancet Psychiatry. 2020;7(4):e21.
4. Seminog OO, Goldacre MJ. *Risk of pneumonia and pneumococcal disease in people with severe mental illness: English record linkage studies*. Thorax. febrero de 2013;68(2):171-6.

5. *Collective infections of coronavirus among 50 patients and 30 health workers in one psychiatric hospital in Wuhan* (título original en chino: 武汉精神卫生中心院内感染，约80名医患确诊新冠肺炎--上观) [Internet]. [citado 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.jfdaily.com/news/detail?id=208584>.
6. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. *The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis*. Lancet Lond Engl. 25 de julio de 2009;374(9686):315-23.
7. Nordt C, Warnke I, Seifritz E, Kawohl W. *Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-11*. Lancet Psychiatry. marzo de 2015;2(3):239-45.
8. Wasserman IM. *The impact of epidemic, war, prohibition and media on suicide: United States, 1910-1920*. Suicide Life Threat Behav. 1992;22(2):240-54.
9. Chu C, Buchman-Schmitt JM, Stanley IH, Hom MA, Tucker RP, Hagan CR et al. *The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research*. Psychol Bull. diciembre de 2017;143(12):1313-45.
10. Chan SMS, Chiu FKH, Lam CWL, Leung PYY, Conwell Y. *Elderly suicide and the 2003 SARS epidemic in Hong Kong*. Int J Geriatr Psychiatry. febrero de 2006;21(2):113-8.
11. Cheung YT, Chau PH, Yip PSF. *A revisit on older adults suicides and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong*. Int J Geriatr Psychiatry. diciembre de 2008;23(12):1231-8.
12. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N et al. *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*. JAMA Netw Open. 02 de 2020;3(3):e203976.
13. Zhang W-R, Wang K, Yin L, Zhao W-F, Xue Q, Peng M et al. *Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China*. Psychother Psychosom. 9 de abril de 2020;1-9.
14. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. *[Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19]*. Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi Zhonghua Laodong Weisheng Zhiyebing Zazhi Chin J Ind Hyg Occup Dis. 4 de marzo de 2020;38(0):E001.
15. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS et al. *Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China*. Int J Environ Res Public Health. 06 de 2020;17(5).
16. Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C et al. *A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors*. Int J Environ Res Public Health. 02 de 2020;17(9).
17. Jung SJ, Jun JY. *Mental Health and Psychological Intervention Amid COVID-19 Outbreak: Perspectives from South Korea*. Yonsei Med J. 2020;61(4):271-2.
18. Cohen GH, Tamrakar S, Lowe S, Sampson L, Ettman C, Linas B et al. *Comparison of Simulated Treatment and Cost-effectiveness of a Stepped Care Case-Finding Intervention vs Usual Care for Posttraumatic Stress Disorder After a Natural Disaster*. JAMA Psychiatry. 01 de 2017;74(12):1251-8.
19. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. *Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic*. BMJ. 26 de 2020;368:m1211.

20. Overview | *Post-traumatic stress disorder* | Guidance | NICE [Internet]. [citado 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>.
21. Merchant RM, Lurie N. *Social Media and Emergency Preparedness in Response to Novel Coronavirus*. JAMA. 23 de marzo de 2020.
22. Galea S, Merchant RM, Lurie N. *The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention*. JAMA Intern Med. 10 de abril de 2020.
23. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y-T, Liu Z, Hu S et al. *Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak*. Lancet Psychiatry. 2020;7(4):e17-8.