

Necesidad de equipos de salud mental para pacientes hospitalizados por SARS-CoV-2 y personal de salud de primera línea

Need of mental health teams for patients hospitalized due to SARS-CoV-2 and front-line health personnel

José Luis Jiménez-López^{1a}, Magali Ivonne Pérez-García^{1b}, Marcela Miranda-Delgado^{1c}

Resumen

La población con mayor riesgo para desarrollar trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19 es la de los pacientes en aislamiento y la del personal médico de primera línea; los malestares que más frecuentemente han sido reportados incluyen: insomnio, ansiedad y depresión. Debido a que el personal de salud mental se considera no esencial para la atención de los pacientes en aislamiento, se desaconseja su ingreso a áreas COVID, por lo que el personal médico de primera línea debe proporcionar intervenciones psicológicas sin saber cómo mitigar la angustia de los pacientes. El personal de salud tampoco recibe atención adecuada debido a algunas barreras para solicitar ayuda, como la falta de tiempo, el estigma y el temor a una intervención no deseada. Las herramientas para la atención a distancia como la telepsiquiatría y el apoyo psicológico en línea no permiten la obtención de datos importantes, como la exploración física. En China se publicaron principios rectores para la atención de la población, los cuales recomendaron la creación de equipos de salud mental. En el presente trabajo se presentan los datos obtenidos por un equipo de salud mental de una unidad del Instituto Mexicano del Seguro Social reconvertida por COVID-19, que muestra diferencias en el malestar emocional y los diagnósticos de trastornos mentales reportados internacionalmente en pacientes en aislamiento y en personal de salud de primera línea, que sugiere la necesidad de equipos integrados por personal de psiquiatría y psicología con evaluaciones presenciales.

Abstract

People vulnerable to mental health problems during the COVID-19 outbreak include hospitalized patients and frontline health professionals; mostly reported discomforts include: insomnia, anxiety and depression. Under strict infection measures, non-essential personnel such as clinical psychiatrists and psychologists are strongly discouraged from entering isolation wards; therefore, frontline health-care workers become the main personnel providing psychological interventions to patients in hospitals without knowing how to mitigate patient distress. Health personnel do not receive adequate care for due to lack of time, stigma associated with using mental health services and fear of unwanted intervention. Remote care tools such as tele-psychiatry and online psychological intervention have disadvantages for conditions requiring physical examination. The National Health Commission of China released guiding principles to reduce the psychosocial effects of the COVID-19 outbreak recommending the creation of mental health teams. In this article we present the data obtained by a mental health team in a COVID-19 hospital of the Mexican Institute of Social Security, showing differences in emotional discomfort and diagnoses of mental disorders in patients in isolation and in frontline health personnel, suggesting the need for teams made up of psychiatry and psychology staff with face-to-face on site assessments.

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional La Raza, Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”, Departamento de Psiquiatría y Psicología. Ciudad de México, México

ORCID: 0000-0002-9653-6541^a, 0000-0002-0730-9938^b, 0000-0002-3116-6615^c

Palabras clave

Trastornos Mentales
Infecciones por Coronavirus
Grupo de Atención al Paciente
Salud Mental

Keywords

Mental Disorders
Coronavirus Infections
Patient Care Team
Mental Health

Fecha de recibido: 06/02/21

Fecha de aceptado: 11/05/21



Comunicación con:
José Luis Jiménez López



Teléfono:
55 5724 5900,
extensión 24058



Correo electrónico:
jimenezpsi@hotmail.com

Introducción

La emergencia médica mundial por la pandemia ocasionada por COVID-19 se está convirtiendo rápidamente en una emergencia también para la psiquiatría y la psicología, debido a que la tolerancia a la incertidumbre, como un mecanismo mental básico subyace al desarrollo de diferentes trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y psicóticos, así como a comportamientos de evitación, agresión y suicidio.¹ Al mismo tiempo, los altos niveles de temor y estrés afectan negativamente a las personas con condiciones de salud mental preexistentes, al producir exacerbaciones de los síntomas, recaídas y actuar como un posible desencadenante de nuevos casos de enfermedad. Estas consecuencias a la salud mental pueden ser particularmente severas no solo para los pacientes gravemente enfermos por COVID-19 sino también para sus cuidadores y los profesionales de la salud que deben soportar la peor parte de la crisis.²

El estudio de Lai *et al.*, sobre la salud mental del personal sanitario expuesto a la actual enfermedad por coronavirus en China, reporta síntomas de depresión en 50%, de ansiedad en 45%, insomnio en 34% y malestar emocional en 71.5%;³ en ese mismo país se reporta estrés en 27% del personal médico y en 40% del personal de enfermería.^{4,5} Un estudio en España reporta 46.7% de estrés en personal de salud.⁶ Wu *et al.* mencionan que las experiencias que pueden experimentar los pacientes debido al aislamiento en un hospital son: soledad, enojo, ansiedad, depresión, insomnio y síntomas de estrés postraumático.^{2,7} Bo *et al.* evaluaron a pacientes hospitalizados por SARS-CoV-2 clínicamente estables, encontrando 96.2% de estrés postraumático previo a su egreso.⁸

Si bien todas las ramas médicas -neumología, infectología, medicina interna, epidemiología, salud pública- se enfrentan a los desafíos que impone dicha enfermedad, la psiquiatría y psicología no están menos involucradas. Sin embargo, aunque puede parecer que están en la periferia de la respuesta médica, existen problemas críticos que se deben abordar desde diferentes frentes.

La primera estrategia de atención sanitaria recomendada mundialmente se basa en las telecomunicaciones, debido a que la atención cara a cara conduciría a la propagación de la infección. Los servicios de salud han incorporado la telemedicina a través de teleconsultas, lo que también ha permitido ampliar el acceso a la atención psiquiátrica y psicológica.^{9,10}

Otra estrategia fue la creación de servicios de atención psicológica telefónica de 24 horas para atender los efectos emocionales derivados del estrés y de las circunstancias

atípicas en las que trabaja el personal de salud, y para dar apoyo a los familiares de las personas hospitalizadas.¹¹

En Corea se crearon Unidades Psiquiátricas COVID-19 Positivo para atender a los pacientes con enfermedad mental que requirieran internamiento, pero se desconoce cuántas continúan funcionando, en dónde están instaladas y cómo operan.¹²

Finalmente, se ha recomendado la creación de equipos de salud mental específicos para la atención de diferentes grupos durante la pandemia, siendo China el primer país en publicar los Principios de Intervención Psicológica en Crisis por COVID-19.¹³

Sin embargo, las necesidades de salud mental de la población (pacientes con COVID-19 confirmado, pacientes con sospecha de infección, familiares en cuarentena y personal médico que los atiende) han sido mal atendidas por problemas en la organización y en la gestión de actividades de intervención, principalmente por funcionar de manera independiente y por la escasez de psiquiatras y psicólogos. Por otra parte, bajo estrictas medidas de protección, el personal de psiquiatría y psicología se considera no esencial, por lo que se desaconseja fuertemente su entrada a salas de aislamiento para pacientes con infección por SARS-CoV-2. De tal manera que los trabajadores sanitarios de primera línea se convierten en el personal que proporciona intervenciones psicológicas a los pacientes en los hospitales; para las personas con sospecha de infección que están en cuarentena o en el hogar, el personal de los servicios de salud comunitarios debe proporcionar atención médica primaria y atención de la salud mental. Aunado a lo anterior, debido a los complejos procesos laborales implementados, pesadas cargas de trabajo y falta de formación estandarizada en psiquiatría y psicología clínica, el personal médico y paramédico de primer contacto no siempre sabe cómo mitigar la angustia psicológica de los pacientes.¹⁴

Como consecuencia de las medidas de protección, la mayoría de los estudios sobre el estado emocional de los pacientes afectados por COVID-19 y del personal de salud que los atiende se han hecho a distancia (encuestas en línea o telefónicas y teleconsultas), incluso en pacientes en aislamiento hospitalario.^{3,8,15}

Equipo de Salud Mental de Respuesta COVID-19

Al declararse la fase 3 de la pandemia en México (abril 21, 2020), algunos hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fueron reconvertidos para atender en su totalidad a pacientes con infección por SARS-CoV-2, y

otros fueron reconvertidos a unidades híbridas para mantener la hospitalización por padecimientos no COVID (80% COVID, 20% no COVID);¹⁶ este último fue el caso de la unidad en donde se creó el Equipo de Salud Mental de Respuesta COVID-19 (ESAMER-CoV).

Siguiendo las recomendaciones para la reconversión de recursos humanos en equipos de respuesta COVID (ERC), el departamento de Psiquiatría y Psicología se reconvirtió en equipo de respuesta COVID para cubrir las necesidades de atención en salud mental demandadas en la unidad médica. Quedó compuesto por un psiquiatra líder con una psiquiatra y una psicóloga clínica de apoyo. Las actividades del equipo se dividen en dos partes, una dirigida a pacientes hospitalizados en áreas de aislamiento COVID y otra al personal de salud.

En el área de aislamiento COVID se evalúa a los pacientes cuya condición física permite mantener una conversación. La entrevista está sistematizada de la siguiente manera: inicia con una pregunta directa, ¿Cómo se siente

emocionalmente? Su respuesta es registrada en la nota psicológica. Quienes reportan sintomatología afectiva sospechosa de trastorno continúan con una entrevista basada en *Mini International Neuropsychiatric Interview*, versión en español,¹⁷ y se inicia tratamiento en quienes se confirma trastorno mental que queda registrado en la nota médico-psiquiátrica. También se efectúan intervenciones psicológicas breves en quienes lo requieren. Para terminar, a los pacientes programados para egreso en breve se les proporciona información relativa a señales de alarma para trastornos de ansiedad y depresivos. Por otra parte, se da respuesta a las interconsultas solicitadas por los médicos tratantes.

Para el personal de salud se realizan grupos de apoyo psicológico siguiendo las recomendaciones de los Principios de Intervención Psicológica en Crisis por COVID-19;¹³ también se otorga consulta individual a quienes lo solicitan y en quienes se identifican signos y síntomas de trastorno mental (cuadros I y II). Cuando se confirma trastorno mental se inicia tratamiento con seguimiento por consultas programadas.

Cuadro I Funciones del líder del Equipo de Salud Mental COVID-19

Profesional de la salud mental	En área de aislamiento COVID	En personal de salud
Psiquiatra	Integra el equipo de salud mental al equipo médico de respuesta COVID	Difunde el servicio en la unidad médica
	Gestiona la capacitación para su equipo sobre el uso de EPP	Programa las actividades de atención grupal e individual
	Gestiona la disponibilidad de los EPP para su equipo	Asesora la intervención grupal
	Asesora al equipo de apoyo en las actividades de prevención y tratamiento de incidencias	Proporciona consulta individual
	Identifica pacientes con reportes de malestar emocional e interconsultas solicitadas en línea	
	Apoya con las necesidades del equipo al interior del área	
	Acompaña a su equipo a la entrada y salida del área COVID, monitoreando el retiro adecuado del EPP a la salida	
	Proporciona apoyo emocional y transmite confianza a su equipo	

EPP: Equipo de protección personal

El líder coordina las actividades desde el exterior del área de aislamiento COVID

Fuente: elaboración propia

Cuadro II Funciones del personal de apoyo del Equipo de Salud Mental COVID-19

Profesional de la salud mental	En área de aislamiento COVID	En personal de salud
Psiquiatra*	Realiza las interconsultas solicitadas	Proporciona consulta individual
	Valora pacientes de reciente ingreso y solicita apoyo psicológico para los que requieren intervención en crisis	
	Evalúa pacientes con varios días en aislamiento	
	Orienta a los pacientes en pre alta sobre señales de alarma de ansiedad (estrés postraumático) y depresión	
Psicóloga clínica*	Intervención en crisis a pacientes de reciente ingreso	Dirige intervención grupal
	Intervención para contención emocional a pacientes con varios días en aislamiento.	Otorga psicoterapia individual
	Proporciona a pacientes y personal de salud apoyo emocional, intervención en crisis y psicoeducación	
	Valora pacientes por solicitud de psiquiatría y del equipo médico COVID	

*Realiza las actividades cara a cara

La atención a personal de salud se efectúa en una sala de usos múltiples

Fuente: elaboración propia

Población atendida por el ESAMER-CoV

Se evaluaron 204 pacientes del área de aislamiento COVID, la mayoría hombres (54%), con edad promedio de 55 años y estancia hospitalaria media de 7 días; al 31% se le diagnosticó trastorno mental. En el cuadro III se muestran los diagnósticos elaborados por Psiquiatría y los síntomas de malestar emocional atendidos por Psicología. Los síntomas de los pacientes con diagnóstico de trastorno mental no fueron cuantificados como malestar emocional.

Con respecto al personal de salud con evaluación grupal en la unidad, participaron 153 personas de Enfermería, 50 de Laboratorio y 6 de Anestesiología. La intervención fue grupal (5 a 6 personas por grupo para mantener la sana distancia), en sesiones semanales de 90 minutos de duración. El mayor malestar emocional referido fue temor al contagio y estrés debido a la incertidumbre.

En lo relativo al personal de salud en consulta individual este grupo estuvo integrado por 55 personas, mayormente mujeres (71%) con edad media de 35 años, quienes se encuentran en tratamiento psiquiátrico y psicológico. En el cuadro IV se presentan sus características clínicas.

Por la reconversión de hospitales y de personal de salud se suspendió la consulta externa, por lo que no se ha pro-

porcionado atención a familiares de los pacientes ni a los derechohabientes en general.

Discusión

Las investigaciones relacionadas con la infección por SARS-CoV-2 se han enfocado en los aspectos médicos de la enfermedad y poco se ha estudiado sobre su impacto en la salud mental.

Los resultados del ESAMER-CoV, aunque concuerdan con lo reportado internacionalmente sobre la alta prevalencia de malestar emocional en pacientes en aislamiento por COVID-19, arrojan datos específicos sobre el tipo y frecuencia del malestar emocional; en la muestra evaluada la preocupación fue el más prevalente (43.6%), seguido por tristeza y temor (23.1% y 11.5%, respectivamente). Un dato interesante es que el 27% no refirió malestar emocional (suele pensarse que por las condiciones de aislamiento necesariamente existe malestar emocional en los pacientes).

Los reportes internacionales sobre la presencia de trastornos mentales también son escasos y parten de lo reportado en otras epidemias similares, como las producidas por el virus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo y el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (SARS-CoV

Cuadro III Frecuencia de diagnósticos elaborados por psiquiatría y psicología en pacientes de área COVID

Trastorno mental*	<i>n</i>	%	Malestar emocional	<i>n</i>	%
Insomnio	22	34.9	Preocupación	83	43.6
Delirium	21	33.3	Tristeza	44	23.1
Ansiedad generalizada	8	12.6	Temor	22	11.5
Episodio depresivo	8	12.6	Enojo	19	10
Estrés postraumático	1	1.5	Sensación de mal pronóstico	10	5.2
Reacción de estrés agudo	1	1.5	Duelo	9	4.7
Trastorno del humor orgánico	1	1.5	Soledad	3	1.5
Esquizofrenia	1	1.5	Total**	190	100.0
Total	63	100.0	Sin malestar	55 ⁺	27 ⁺

*Diagnósticos elaborados de acuerdo a la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud en su décima edición (CIE 10)

**Algunos pacientes reportaron más de un malestar emocional

⁺Del total de pacientes evaluados (204)

Fuente: elaboración propia a partir de las notas archivadas en el departamento clínico de Psiquiatría y Psicología

Cuadro IV Características clínicas del personal sanitario atendido por el equipo de salud mental COVID-19

Diagnóstico*	Categoría						Total (%)
	Residente	Médico	Enfermería	Laboratorista	Nutrición	Limpieza e higiene	
Episodio depresivo	11	2	3	1	2		19 (34.5)
Ansiedad generalizada	5	7	4			2	18 (32.7)
Trastorno de pánico	2	1	2				5 (9)
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	1	1	3				5 (9)
Trastorno de adaptación	1		2	1			4 (7.2)
Trastorno bipolar		2					2 (3.6)
Estrés postraumático		1					1 (1.8)
Insomnio	1						1 (1.8)
Total (%)	21 (38.1)	14 (25.4)	14 (25.4)	2 (3.6)	2 (3.6)	2 (3.6)	55 (100)

*Elaborados de acuerdo a la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud en su décima edición (CIE 10)

Fuente: Notas médicas del departamento clínico de psiquiatría y psicología

y MERS-CoV por sus siglas en inglés, respectivamente), y de reportes con diagnósticos no confirmados con entrevistas estructuradas en la actual pandemia.^{18,19,20} Se reportan mayores prevalencias de insomnio (42%), ansiedad (36%), humor depresivo (33%) y confusión (28%), lo cual coincide con los resultados del ESAMER-CoV en lo que se refiere al insomnio (34.9%) pero difiere en cuanto al delirium (33.3%), la ansiedad (12.6%) y la depresión (12.6%).

Los reportes internacionales sobre trastornos mentales en el personal de salud durante la actual pandemia tampoco son precisos y se refieren a sintomatología, principalmente depresión, ansiedad e insomnio, con predominio en personal de enfermería y médicos.^{3,21,22} Los trastornos mentales diagnosticados por el ESAMER-CoV en personal de salud son específicos y, probablemente, los primeros realizados durante una consulta formal (cara a cara y con entrevista estructurada); se confirma la prevalencia de trastornos depresivos y ansiosos, específicamente de episodio depresivo (34.5%), ansiedad generalizada (32.7%), trastorno de pánico (9%) y trastorno mixto de ansiedad y depresión (9%), y destaca la proporción de residentes atendidos (38.1%), que se sitúa por arriba del personal de enfermería y médico (25.4%). Esto último, favorecido por la existencia de una clínica de salud mental para residentes de la unidad médica.

Finalmente, tanto en los pacientes como en el personal de salud, existe mayor frecuencia de malestar psicológico que de trastornos mentales. Es probable que en el personal de salud la prevalencia de trastornos mentales esté subregistrada por la falta de tiempo y la carga de trabajo que impiden que acuda a una evaluación y que se suman a las barreras para solicitar ayuda, como el estigma y el temor a una intervención no deseada, reportadas en médicos.^{23,24}

Es probable que las diferencias en los resultados del ESAMER-CoV, comparados con lo reportado internacionalmente, se deban a que la evaluación fue realizada por profesionales de la salud mental de manera directa. En futuras investigaciones deberá evaluarse si las intervenciones psicológicas y psiquiátricas recomendadas también reportan diferencias con las realizadas a distancia y por personal médico no perteneciente al área de la salud mental.

En todo el mundo se recomiendan los servicios de consulta remota en situaciones excepcionales, como la actual pandemia, sin embargo, hay deficiencias que no pueden cubrirse, como la obtención de datos psicométricos, pero sobre todo de signos vitales y exploración física. A esta limitación particular de la telepsiquiatría se suman los reportes de que las videollamadas ayudan en algo, pero son inadecuadas para aliviar las consecuencias del aislamiento físico.^{25,26} La evaluación e intervención cara a cara por pro-

fesionales de la salud mental podría mejorar la eficacia de las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación) al complementarla, en los lugares en donde sea posible.

Como consecuencia del reconocimiento del impacto de la pandemia en la salud mental, la Sociedad China de Psiquiatría ha promovido y asesorado la organización de una intervención psicológica en la población afectada, que incluye a pacientes en aislamiento y al personal de salud. El Equipo Médico de Shanghai enviado a Wuhan incluyó cuatro psiquiatras que establecieron el Departamento de intervención psicológica en crisis en el Hospital de la Universidad de Wuhan. El reporte de su experiencia incluye la clasificación de la población en cuatro niveles: en el primero se encuentran los pacientes con síntomas severos y el personal médico de primera línea; en el segundo los pacientes con enfermedad leve, contactos cercanos y pacientes sospechosos. Para las personas de estos dos niveles implementaron la intervención presencial; mientras que para la población de los dos niveles restantes dejaron el apoyo psicológico remoto (telefónico e internet) y concluyeron que los dos abordajes (presencial y remoto) son necesarios para la implementación de una intervención psicológica eficaz porque los servicios de consulta remota no pueden sustituir los servicios presenciales cara a cara.²⁷

La necesidad de atención de las consecuencias de la pandemia en la salud mental de la población ha originado publicaciones en las que se recomienda su atención por equipos de profesionales en esta área;^{2,21,23,28} China publicó principios rectores estructurados en donde se incluye la atención directa de pacientes con infección por SARS-CoV-2 y de personal sanitario.¹³ Hasta ahora no existen publicaciones sobre la creación de equipos de salud mental para la atención en persona de pacientes en aislamiento por COVID-19. El *Presbyterian Columbia University Irving Medical Center* creó el equipo de enlace de cuidados paliativos-psiquiátricos, pero se limita a la población del departamento de cuidados paliativos y con consultas psiquiátricas realizadas de forma remota.²⁹

Conclusiones

De acuerdo con los Principios de Intervención Psicológica en Crisis, desarrollados en China, los pacientes en aislamiento hospitalario con infección por SARS-CoV-2 confirmada y el personal sanitario de primera línea se encuentran en el primer nivel de vulnerabilidad para presentar problemas de salud mental. Las manifestaciones de malestar emocional van desde las referencias limitadas a preocupación y tristeza hasta la aparición de trastornos mentales. La evaluación presencial por psiquiatras y psicólogos clínicos de pacientes en aislamiento por COVID-19

puede complementar las estrategias de atención remota y aportar información más precisa sobre los motivos del malestar emocional y de los trastornos mentales, lo que permitiría intervenciones más efectivas; mientras que disminuir el malestar psicológico y tratar los trastornos mentales adecuadamente podría tener repercusiones importantes en el pronóstico de la enfermedad, dada la conocida influencia que tiene el estado anímico sobre el sistema inmune.

Por otra parte, la protección de la salud mental de los trabajadores médicos y paramédicos es importante para el control de la epidemia y su propia salud a largo plazo.

Un principio básico para hacer frente a la angustia emocional y otros trastornos mentales causados por epidemias y otras emergencias de salud pública es la creación de equipos profesionales compuestos por personal de salud mental. Si la salud mental es tan importante como la física debe también privilegiarse su atención por profesionales en este campo.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

- Flores A, López FJ, Vervliet B, Cobos PL. Intolerance of uncertainty as a vulnerability factor for excessive and inflexible avoidance behavior. *Behav Res Ther.* 2018;104:34-43. doi: 10.1016/j.brat.2018.02.008
- Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(3):228-29.
- 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 Network Open.* 2020;3(3):203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- Jizheng H, Mingfeng H, Tengda L, Rotenda, Ake R, Xiaoping Z. Mental health survey of medical staff in designated hospitals for new coronavirus pneumonia. *Chinese Journal of Occupational Health and Occupational Diseases.* 2020; 38(00):e001-e001. Disponible en: <http://rs.yiigle.com/yufabiao/1183760.htm>
- Mo Y, Deng L, Zhang L, Lang Q, Liao C, Wang N, et al. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *J Nurs Manag.* 2020;28(5):1002-1009. doi: 10.1111/jonm.13014
- Santamaría MD, Etxebarria NO, Rodríguez IR, Albondiga-Mayor JJ, Gorrochategui MP. Impacto psicológico del COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2020;14(2):106-112. doi: 10.1016/j.rpsm.2020.05.004
- Wu KK, Chan SK, Ma TM. Posttraumatic stress after SARS. *Emerg Infect Dis.* 2005; 11(8):1297-1300. doi:10.3201/eid1108.041083
- Bo H-X, Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q, Cheung T, et al. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological Medicine.* Cambridge University Press; 2020;1-2. doi: 10.1017/S0033291720000999
- Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry.* 2020;7(4):e17-e18. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30077-8
- Torous J, Wykes T. Opportunities from the coronavirus disease 2019 pandemic for transforming psychiatric care with telehealth. *JAMA Psychiatry.* 2020;77(12):1205-1206. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.1640
- COVID-19 en España: las 12 claves que han convertido al hospital de Ifema en un referente [Internet]. Madrid, España: Medscape; 2020. Disponible en: <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5905351>
- Cheung EH, Strouse TB, Li, L. Planning for a psychiatric COVID-19-positive unit. *Mdedge psychiatry.* 2020. Disponible en: <https://www.mdedge.com/psychiatry/article/222331/coronavirus-updates/planning-psychiatric-covid-19-positive-unit>
- National Health Commission of China. Principles of the emergency psychological crisis interventions for the new coronavirus pneumonia [Chino] [citado el 07 de Feb de 2020]. Disponible en: <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202001/6adc08b966594253b2b791be5c3b9467>
- Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry.* 2020; 7(4):300-302. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30073-0
- Kong X, Zheng K, Tang M, Kong F, Zhou J, Diao L, et al. Prevalence and factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with COVID-19. *medRxiv.* 2020.03.24.20043075. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.24.20043075>
- Dirección de Prestaciones Médicas. Plan para la atención médica en preparación y respuesta ante la epidemia por COVID-19 en el IMSS 2020. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2020. Disponible en: http://educacionensalud.imss.gob.mx/es/system/files/plan_accion_unidades_medicas_COVID.pdf
- Ferrando L, Bobes J, Gilbert J, Soto M, Soto O. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): Sheehan DV & Lecrubier Y. 1999
- Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(7):611-627. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30203-0
- O'Hanlon S, Inouye SK. Delirium: a missing piece in the COVID-19 pandemic puzzle. *Age Ageing.* 2020;49(4):497-498. doi:10.1093/ageing/afaa094
- Valdés-Flórida MJ, López-Díaz Á, Palermo-Zeballos FJ, Martínez-Molina I, Martín-Gil VE, Crespo-Facorro B, et al. Reactive psychoses in the context of the COVID-19 pandemic: clinical perspectives from a case series. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2020;13(2):90-94. doi: 10.1016/j.rpsm.2020.04.009

21. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):e14. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30047-X
 22. Mo Y, Deng L, Zhang L, Lang Q, Liao C, Wang N, et al. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *J Nurs Manag*. 2020;28(5):1002-1009. doi: 10.1111/jonm.13014
 23. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e15-e16. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30078-X
 24. Givens JL, Tjia J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Acad Med*. 2002;77(9):918-21. doi: 10.1097/00001888-200209000-00024
 25. Chen JA, Chung WJ, Young SK, Tuttle MC, Collins MB, Darghouth SL, et al. COVID-19 and telepsychiatry: early outpatient experiences and implications for the future. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;66:89-95. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2020.07.002
 26. Alsaigh T. Let's Stop the Draconian Visiting Restrictions [Internet]. *Medscape* [citado 27 de mayo de 2020]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.medscape.com/viewarticle/931131#vp>
 27. Jiang X, Deng L, Zhu Y, Ji H, Tao L, Liu L, et al. Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai. *Psychiatry Res*. 2020;28(286):112903. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112903
 28. Banerjee D. The COVID-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play. *Asian J Psychiatr*. 2020;50:102014. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102014
 29. Shalev D, Nakagawa S, Stroeh OM, Arbuckle MR, Rendleman R, Blinderman CD, et al. The creation of a psychiatry-palliative care liaison team: using psychiatrists to extend palliative care delivery and access during the COVID-19 crisis. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(3):e12-e16. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.06.009
-
- Cómo citar este artículo:** Jiménez López JL, Pérez-García MI, Miranda-Delgado M. Necesidad de equipos de salud mental para pacientes hospitalizados por SARS-CoV-2 y personal de salud de primera línea. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2021;59(4):339-46.