



ARTICULO ESPECIAL

Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española



Francisco Buitrago Ramírez*, Ramon Ciurana Misol, María del Carmen Fernández Alonso y Jorge Luis Tizón

Centro de Salud La Paz, Badajoz, España

Recibido el 10 de junio de 2020; aceptado el 12 de junio de 2020
Disponible en Internet el 9 de julio de 2020

PALABRAS CLAVE

Salud mental;
Pandemia COVID-19;
Atención primaria;
Intervenciones
psicosociales

KEYWORDS

Mental health;
COVID-19 pandemic;
Primary care;
Psychosocial
interventions

Resumen En el trabajo se hace una aproximación a las características psicológicas y psicosociales que está adquiriendo la pandemia de la COVID-19 en los países de nuestro medio socio-cultural. Se discute la escasez de investigaciones al respecto y la necesaria aceptación de la incertidumbre para enfrentar la situación, tanto a nivel social, como sanitario y personal.

En consecuencia, se proponen una serie de reflexiones y recomendaciones para los cuidados psicológicos de la población, los trabajadores sanitarios y la organización social basándose en: 1) La existencia de investigaciones psicológicas y psicosociales sobre temas conectados con estos y 2) En las nuevas perspectivas neurocientíficas sobre las emociones y su elaboración en situaciones de crisis.

© 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

COVID-19 pandemic and mental health: Initial considerations from spanish primary health care

Abstract An approach is made to the psychological and psychosocial characteristics that the COVID-19 pandemic is acquiring in the countries of our socio-cultural environment. The scarcity of research in this regard and the necessary acceptance of uncertainty to face the situation, both socially, as well as health and psychological, are discussed.

Consequently, a series of reflections and recommendations are proposed for the psychological care of the population, health workers and social organization based on: 1) The existence of psychological and psychosocial research into connected fields and 2) In the new neuroscientific perspectives on emotions and their elaboration in crisis situations.

© 2020 Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fbuitragor@gmail.com (F. Buitrago Ramírez).

Situación

La enfermedad conocida como COVID-19 o «enfermedad del coronavirus», es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2. El 11 de marzo de 2020 la OMS la categorizó como *pandemia internacional*, una situación que ha puesto a prueba el sistema sanitario de numerosos países y, desde luego, al español. Ante ella, buena parte de los gobiernos y estados de la humanidad han aplicado medidas de emergencia y/o confinamiento excepcionales. El gobierno español decretó el estado de alarma para gestionar la situación el 14 de marzo. El Real Decreto 463/2020 incluía severas medidas de confinación, cuarentena y aislamiento social.

Como analizamos en un trabajo más amplio, cuarentena y aislamiento no son medidas equivalentes y hay que saber diferenciarlas¹.

La pandemia por la COVID-19 está resultando una emergencia de salud pública de gran impacto internacional aunque, de momento, su letalidad no alcance la de otras grandes pandemias de la humanidad, tales como la peste antonina, la de Cipriano, la peste bubónica, la viruela o la mal llamada «gripe española» de 1918². Pero su impacto acrecentado se debe a la particular combinación de epidemia y aislamiento social impuesto, y ello en sociedades desarrolladas, es decir con tupidas redes de contactos sociales y comunicacionales²⁻⁴.

Como toda pandemia, la de la COVID-19 incluye componentes biológicos e infecciosos, pero también componentes psicosociales e impactos sociales y económicos⁵. Al combinarse los componentes biopsicosociales de la epidemia con los componentes psicosociales del confinamiento o aislamiento social ha mostrado una serie de características que hoy podríamos resumir así:

1. Es una epidemia asentada del mundo desarrollado y urbanizado.
2. Es una pandemia que revela la vulnerabilidad sanitaria incluso de esos países y la crisis del aislacionismo sanitario en un mundo globalizado:
 - Ha obligado a plantearse de forma inmediata cómo gestionar momentos críticos de sobrecarga de los sistemas sanitarios: organización, presupuestos, prioridades, necesidades tecnológicas, necesidades de los profesionales (formación, actitudes y aspectos emocionales a reforzar y entrenar), ética y bioética...
 - Durante esta crisis, los trabajadores sanitarios han estado sometidos a una serie de circunstancias que desafían sus capacidades de elaboración emocional, contención y resiliencia: sobrecarga y desbordamiento de la demanda asistencial, riesgo de infección continuado, equipos de protección personal insuficientes e incómodos, necesidad de proporcionar no solo atención sanitaria sino también apoyo psicológico intensivo a pacientes y familiares, existencia de una gran presión emocional en las zonas de atención directa, dilemas éticos y morales, etc.^{3,6,7}.
3. Conlleva una grave pandemia social, no solo biológica. La conjunción de pandemia y confinamiento ha supuesto potentes cambios a nivel psicológico (emociones, pensamientos, valores), grupal (relaciones interpersonales), social (organización social) y también global (relaciones entre bloques y continentes)^{3,5-7}.
4. Ha sacado a la luz otros «virus», distorsiones, disfunciones, inequidades e injusticias negadas, sumergidas y marginadas de nuestro mundo:
 - Por un lado, la peligrosidad de las políticas sanitarias y sociales negadoras de la importancia de los servicios públicos y de la atención primaria de salud (APS).
 - Ha revelado la importancia de las interacciones humanas en nuestras sociedades tanto el contagio biológico y el contagio emocional (la difusión emocional masiva y la difusión de manipulaciones, temores y noticias falsas) como para los aislamientos, más difíciles en países «del Sur».
 - Como en pocas epidemias y pandemias anteriores puede observarse su impacto de clase (afecta mucho más a las poblaciones con escasos recursos económicos o marginadas social o emocionalmente: ancianos institucionalizados, *precariado* y grupos marginales del primer mundo).
 - Ello ha planteado el grave dilema ético, político y también sanitario de dónde invertir los esfuerzos socioeconómicos y hasta qué punto cuidar o descuidar a ese grupo social de «sumergidos», de «cuasi-invisibles».
5. El confinamiento obligado de las personas en el domicilio, un fenómeno prácticamente inédito en la vida de la mayoría de la población española, presenta dificultades específicas y poco estudiadas, que añaden nuevas incertidumbres a la incertidumbre de esta pandemia:
 - Particularmente, en determinados grupos de la población: niños, ancianos, personas institucionalizadas (residencias de ancianos, pisos asistidos, cárceles...), personas con trastornos mentales, mujeres amenazadas por situaciones previas de violencia de género, situaciones de violencia familiar y de maltrato infantil, personas en pobreza extrema, inmigrantes recientes, indocumentados o no, personas sin vivienda o con vivienda sin las condiciones necesarias, personas que viven solas, personas sin techo...
6. La difusión emocional masiva, de todas las emociones primigenias (de las 7 básicas y no solo del miedo)^{8,9}, ha jugado y jugará un enorme papel en sus repercusiones psicosociales y socioeconómicas.
7. El «*shock* del miedo» para una salida de la crisis sin cambios sociales ya se ha puesto en marcha masivamente^{3,5,10}.
8. Todo ello revela la importancia de los componentes psicológicos y psicosociales en los sistemas sanitarios y los sistemas sociales, en particular en los países «desarrollados», más o menos democráticos. Hay que repensar su peso en nuestras concepciones de la salud y los sistemas sociales, y valorar la importancia de la comunicación social (que ya distintos poderes utilizan masivamente en la «*psicopolítica*»⁵).
9. Ello puede ayudar a integrar esos conocimientos científicos hoy negligidos en nuestras perspectivas sanitarias y sociales.

Tabla 1 Factores de vulnerabilidad hacia los problemas psicológicos y psicosociales en los diferentes grupos poblacionales ante situaciones de crisis

Condiciones que influyen en la vulnerabilidad	Factores de riesgo
Edad y sexo	→ Niños y adolescentes → Mujeres y ancianos
Etnia	→ Población inmigrante → Grupos minoritarios
Antecedentes de enfermedades físicas y/o psíquicas	→ Personas discapacitadas → Enfermos psiquiátricos de larga evolución y trastornos mentales anteriores → Enfermedades crónicas
Condiciones económicas y sociales	→ Pobreza y empleo precario → Condiciones de vida desfavorables → Marginación social → Residentes ilegales → Ausencia de redes sociales de apoyo → Viviendas sin condiciones de higiene y/o habitabilidad
Antecedentes de eventos traumáticos	→ Víctimas de la violencia en sus diferentes formas → Poblaciones afectadas frecuentemente por desastres naturales
Condiciones de trabajo en situaciones de epidemias y catástrofes naturales	→ Miembros de los equipos sanitarios, institucionales y comunitarios de respuesta
Institucionalización	→ Residencias de mayores, centros residenciales para la infancia y la adolescencia, cárceles, pisos protegidos, albergues y centros de internamiento para inmigrantes y «sin techo», pisos y centros de ONG → Duración del confinamiento
Investigados en la pandemia en China ^{3,4,6,7,15}	→ Sexo femenino, ancianos y estudiantes → Autopercepción de mal estado de salud → Presencia de síntomas físicos → Preocupación por los familiares → Dificultades con la información → Frustración y aburrimiento → Temores a padecer la infección → Suministros insuficientes → Pérdidas económico-laborales → Estigma social de «recluido» → Sentimiento de privación de libertad → Inexistencia o no utilización del factor protector del sentimiento de solidaridad y apoyo mutuo

ONG: organización no gubernamental.

Fuente: Grupo de Salud Mental del PAPPS¹, Ramonet³, Tizón⁵, Qiu⁶, World Health Organization⁷, Quinlan¹¹, Generalitat de Catalunya¹³ y Zhou²¹.

10. Todo ello puede contribuir a que la salida de la crisis pueda resultar integradora, tanto a nivel científico como social.

Discusión

Las medidas terapéuticas que se han tomado pueden calificarse de inespecíficas y antiguas (que no anticuadas). Con justificación: el desconocimiento de las características epidemiológicas de la COVID-19 y de medidas terapéuticas eficaces. Como consecuencia, se han podido documentar actitudes poblacionales de aceptación, de negación (incluso *negacionistas*), de ira y paranoides, actitudes de oposición abierta (de base política o psicopatológica) e incluso momentos de desbordamiento eufórico...

La investigación científica sobre el impacto en la salud mental de este tipo de fenómenos es hoy muy escasa, aunque, probablemente será muy numerosa en los años venideros. Aún más escasa es la investigación acerca de los resultados de la combinación de una pandemia con un aislamiento social intensivo y generalizado en sociedades tecnológicamente desarrolladas y con confluencias poblacionales masivas. Por ello es importante que tanto la investigación en marcha como las recomendaciones que se ofrezcan estén basadas en conocimientos psicológicos y psicosociales más actualizados de los que sí disponemos. Ya que las medidas son viejas (pero eficaces), que se acompañen de conocimientos psicosociales actualizados.

Se supone que el impacto psicológico será amplio y duradero, aunque la mayoría de los estudios realizados se han centrado en poblaciones reducidas y confinamientos

Tabla 2 Posibles reacciones en situaciones de estrés intenso como la pandemia de la COVID-19

Emociones, sentimientos	→ Emociones primigenias: miedo, ira, tristeza, deseo, apego-cuidados, ansiedades de separación. . .
Conductuales	→ Impotencia
	→ Frustración
	→ Culpa
	→ Irritabilidad
	→ Anestesia o hipoestesia emocional
	→ Hiperactividad
	→ Aislamiento
Cognitivas	→ Evitación de situaciones, de personas o de conflictos
	→ Verborrea
	→ Llanto incontrolado
	→ Dificultad para el autocuidado y el descanso
	→ Dificultad para desconectar del trabajo
	→ Confusión o pensamientos contradictorios
	→ Dificultades de concentración, para pensar de forma clara o para tomar decisiones
	→ Dificultades de memoria
	→ Pensamientos obsesivos y dudas
	→ Pesadillas
	→ Imágenes intrusivas
Físicas	→ Fatiga por identificación con los esfuerzos de los demás
	→ Negación
	→ Sensación de irrealidad
	→ Dificultades respiratorias: presión en el pecho, hiperventilación
	→ Sudoración excesiva
	→ Temblores
	→ Cefaleas
	→ Mareos
	→ Molestias gastrointestinales
	→ Contracturas musculares
	→ Taquicardias
	→ Parestesias
	→ Agotamiento físico
	→ Insomnio
	→ Alteraciones del apetito
Trastornos psiquiátricos ^{1,5,7,14,15}	→ Trastornos por ansiedad excesiva
	→ Depresión
	→ Duelos patológicos
	→ TEPT
	→ Abusos de sustancias y adicciones
	→ Trastornos «psicosomáticos», somatomorfos e hipocondríacos

TEPT: trastorno por estrés postraumático.

Fuente: Grupo de Salud Mental del PAPPS¹, Ramonet³, Tizón⁵, World Health Organization⁷, Klein¹⁰, Clark¹⁴, The Lancet Psychiatry¹⁵ y Zhou²¹.

anteriores^{1,6,7}. En la [tabla 1](#) se resumen los factores de vulnerabilidad para fenómenos psicosociales y en la [tabla 2](#), el tipo de reacciones psicológicas más frecuentes.

Ya hoy resulta evidente que tampoco esta pandemia ha resultado «socialmente igualitaria»: numerosos datos prueban que ha afectado más a los grupos empobrecidos (social y emocionalmente) de nuestras sociedades y al *precarizado*^{11,12}. Las clases trabajadoras y los grupos en semi-marginación, al menos en Europa y en los EE. UU., son los que están pagando la mayor parte de las consecuencias de la crisis, tanto emocionales y socio-económicas, como en cuanto a morbilidad³.

Hay datos aún controvertidos acerca de que en España la COVID-19 afecta más a las mujeres que a los varones¹³. Pero hay que tener en cuenta que la amplia feminización actual de todas las profesiones de cuidados ha colocado a las mujeres en la primera línea de peligro en la pandemia y en la primera línea de esfuerzos en la salida de ella.

Cinco reflexiones consecutivas

Ante la escasez de datos científicos, objetivables y generalizables, sobre estas realidades, creemos que vale la pena realizar una reflexión sobre al menos los siguientes temas:

1. Tras la pandemia, en las familias y los grupos con ingresos familiares más bajos y en el «*precariado*», probablemente aparecerá una alta prevalencia de alteraciones emocionales^{5,11,12}. Pero alteración emocional no equivale a «trastorno mental» y ni una ni otra han de conllevar forzosamente tratamiento psiquiátrico generalizado. Ya en la crisis político-económica posterior al 2008 se había observado el escaso valor sanitario de tratamientos farmacológicos para las manifestaciones psicosociales resumidas en la [tabla 2](#), por lo cual el gobierno británico lanzó adelante el amplio programa IATP para la formación de psicoterapeutas en el NHS¹⁴. Pero desde nuestro punto de vista^{3,5} y el de prestigiosos grupos internacionales¹⁵, no son medidas de salud mental, y menos aún, medidas psiquiátrico-farmacológicas, lo que debe aplicarse para el bienestar emocional de la población durante una crisis social y psicosocial, sino medidas sociales y psicosociales^{2,3,15}. Algo que, por cierto, ya se había descubierto en salud pública y epidemiología: las medidas más eficaces y eficientes son las que se apoyan en mejoras socio-económicas y socio-sanitarias^{2,3}.
2. La posible mayor afectación de las mujeres y la feminización de las profesiones de los cuidados no son elementos que debamos pasar por alto. Es el momento de reivindicar la capacidad de cuidar, para ambos sexos, como una de las actividades fundamentales de la vida; probablemente, la que pueda salvarnos de los desmanes realizados durante siglos primando al guerrero frente a la cuidadora, al líder frente a la sumisa. La ideología neoliberal, belicista o individualista, ha sido confrontada por la ideología y la ética de los cuidados y la reparación^{5,16,17}, mostrando que han de cambiar las actitudes profesionales, la organización y la ética de los servicios sanitarios y comunitarios. Su dominio por los mecanismos del mercado, el triunfo especulativo, la «caridad» o la ideología de la «dependencia» y el victimismo se han mostrado como graves peligros a evitar.
3. Toda epidemia y toda pandemia incluye (y más hoy) componentes biológicos, pero también componentes psicológicos y sociales. No puede seguir sucediendo que los componentes psicológicos utilizados en sus cuidados sean solo los del «sentido común», los apoyados en conocimientos psicológicos anticuados y sectarios, o los apoyados directamente en la psiquiatría biocomercial^{2,5}. También en esta crisis social se ha apelado una y otra vez a tomar medidas «racionales» y «razonables». Pero, cuando se piden estrategias «racionales», en vez de pensar en que se trata de estrategias «basadas en las pruebas o en hipótesis científicas», se está pensando en «basadas en la razón, en la cognición, en las informaciones», una perspectiva del ser humano enormemente parcial y poco científica (y más del ser humano en epidemia y aislado)⁵.
4. Con una perspectiva actualizada de los procesos psicológicos y psicosociales ante la frustración y las pérdidas, y ante los procesos de duelo por las mismas¹⁷⁻²⁰.
5. La crisis de la COVID-19 ha puesto de manifiesto que la sociedad, a pesar de percibirla como una amenaza real, se siente reconfortada (cuidada) con la labor que ejercen cada día una parte de sus conciudadanos: aquellos que garantizan los servicios esenciales de la sociedad. En ese sentido, la dedicación con la que lo hacen y el bienestar que nos producen, son una expresión directa de la *emoción de los cuidados*, del apego (la base para el sentimiento de solidaridad^{5,8}), que hemos de saber modular con otras emociones básicas, tales como el miedo, la ira y la tristeza por lo perdido, la indagación con el juego, la alegría y el sentido del humor como formas de compensar la dura realidad cotidiana²⁰...
6. En los países de los que se tienen datos fiables, la mortalidad de la pandemia ha afectado especialmente a los ancianos institucionalizados en residencias³. Una consecuencia directa: habrá que analizar las causas y tal vez evitar que las residencias para mayores estén gestionadas por empresas cuyo afán de lucro supere el interés por la calidad de la atención a los mayores (y, para rematar, asentadas en su mayoría en paraísos fiscales). No puede admitirse ya la ideología del lucro privado en los sectores públicos esenciales como la sanidad y/o los servicios sociales y, menos aún, la lenidad y la venalidad con la que determinadas administraciones han hecho y siguen haciendo caso omiso de nuestra legislación, que prohíbe la contratación con empresas o particulares que no estén al día en sus contribuciones a la hacienda española.
7. Pero más allá, la pandemia de la COVID-19 nos encara con un amplio reto sanitario y psicosocial: replantearse la forma de vivir y cuidar/cuidarse los mayores en nuestras sociedades, precisamente en las sociedades más envejecidas del planeta.

Recomendaciones

Admitiendo la situación científico-técnica de alta incertidumbre en la que estamos, hemos propuesto anteriormente una serie de recomendaciones^{1,5}, que aquí solo resumiremos.

Recomendaciones generales

Nuestras recomendaciones en este campo, ampliadas en el trabajo original, añaden a otras muchas recomendaciones ya publicadas^{1,21}, la necesidad de partir de una visión renovada de la importancia de las relaciones humanas en la vida personal y social desde una perspectiva neurocientífica^{5,8,9}. Eso implica cambios radicales en las estrategias de comunicación seguidas por los gobiernos, por la administración sanitaria y en los centros de salud:

1. Los medios de comunicación tanto habituales como alternativos juegan y jugarán un papel fundamental en este campo. No pueden ser vehículo de comunicaciones centradas en el miedo, la ira o las mentiras organizadas. Como sanitarios y como ciudadanos hemos de presionar a nivel social y a nivel legislativo por un clima social

En el grupo de SM del PAPPS¹ pensamos que sería mucho más eficaz y eficiente enfocar esas situaciones y los cuidados de las mismas actualizando nuestros conocimientos psicológicos al menos en 2 aspectos:

1. Con una perspectiva actualizada de las emociones, el componente humano más contagiable, mucho más contagiable que cualquier virus^{8,9,17}.

Tabla 3 Recomendaciones específicas a las personas mayores durante la pandemia para ayudar a mantener su salud

Recomendaciones	Lo que hay que hacer	Lo que no hay que hacer
→ Proteger a las personas mayores es fundamental, por su mayor riesgo de complicaciones y la dificultad en la comprensión de las medidas higiénicas y de aislamiento social	→ Explicar que las medidas a tomar pueden ser difíciles de aceptar, pero que son necesarias (si está en un centro o en el domicilio no recibirá visitas, explicarle con claridad los motivos)	→ Responsabilizar a los abuelos del cuidado de los nietos (comporta un alto riesgo de contagio y debe evitarse a toda costa)
→ «Acompañar» emocionalmente tanto si está en el domicilio con los familiares como si está ingresado en una residencia	→ Hay que enseñarles a cumplirlas con cierta insistencia y cercanía afectiva	→ En caso de estar ingresado en una residencia dejar de mantener el contacto según las normas adoptadas por las autoridades sanitarias y de servicios sociales
→ Asegurar las necesidades diarias fundamentales	→ Durante la cuarentena recomendarle que se mantenga en casa de forma estricta	→ Abandonarlo afectivamente, privándole de contactos a distancia con la familia (por teléfono o videollamadas) argumentando que no debe recibir visitas
→ Proporcionar información veraz, adecuada y oportuna	→ No recibir visitas de personas externas a la familia conviviente	→ No estar alerta a sus necesidades diarias
→ Los profesionales de atención primaria deben proporcionar consejo y orientación telefónica a demanda del paciente o de sus cuidadores	→ Ofertarle una comunicación frecuente por teléfono (o videollamadas) para ayudarle a mantener el contacto con la familia y atender a sus preocupaciones	→ Derivarle innecesariamente al hospital ante cualquier empeoramiento, no teniendo en cuenta previamente las capacidades del entorno próximo: 1) del propio sujeto, 2) de la comunidad y 3) de la APS
→ El uso de las TIC con las personas mayores también se ha revelado fundamental en esta pandemia	→ Si es un paciente frágil, los profesionales de atención primaria deben contactar periódicamente con él o ella, resolver sus dudas y mostrar su disponibilidad en caso de empeoramiento psicofísico	→ Negar la derivación del paciente al hospital si la situación de gravedad lo requiere
→ Los centros de APS deben poseer medios y formación adecuada para su uso	→ Si presenta una enfermedad aguda (excluida la infección por la COVID-19): monitorizar telefónicamente cada 24-48 h y realizar visitas al domicilio en función de la gravedad	→ No sustituir al personal de la residencia o piso asistido si se acumulan sus bajas por enfermedad o confinamiento
→ Igualmente, los centros residenciales y comunidades de mayores	→ Ayudarle a evitar acudir al centro de salud y toda derivación no imprescindible al hospital mientras dure la pandemia (para evitar el contagio)	→ No tener en cuenta la enseñanza de esta pandemia con respecto al riesgo que ha supuesto la «externalización masiva y a bajo precio» que se ha hecho de las residencias geriátricas y de su personal
→ Evitar la «externalización masiva y a bajo precio» que se ha hecho de las residencias geriátricas y de su personal	→ Con el apoyo de los servicios sociales y comunitarios, ayudarle a conseguir un espacio propio y diferenciado durante el confinamiento	
→ Volver a vincular los centros sociosanitarios con la APS adecuadamente financiada y dotada		

APS: atención primaria de salud; TIC: tecnologías de la información y la comunicación.

que favorezca la prevención, y no la difusión contagiosa, tanto de virus, como de elementos cognitivo-emotivos que dificultan los cuidados.

- Situaciones de crisis social se contienen no solo con datos y conocimientos, sino también atreviéndose a compartir y a utilizar creativamente otras emociones, además del miedo. Por ejemplo, el sentimiento de solidaridad, basado en los procesos de mentalización y en los «sistemas emocionales» de los cuidados y del apego^{8,19}. Por ejemplo, la *indagación* y el *interés*, basados en el sistema emocional de la indagación o *seeking*, tan visible

en el aumento de intereses variados que se ha desarrollado en nuestros hogares y balcones. También la tristeza, cuya vivenciación está muy dificultada por disociación entre clases sociales: «como los que mueren son pobres y viejos»... Desde los primeros momentos de la pandemia, y más con el aislamiento, hemos visto utilizar a nivel masivo el sistema emocional de *la alegría* y *el juego* (humor con respecto a nuestra situación, utilización del humor para expandir la solidaridad, posibilidades para otras formas de juego y alegría...). Las crisis son una oportunidad para el cambio. El humor no es solo una

Tabla 4 Recomendaciones más específicas para el autocuidado de la salud mental del personal sanitario de centros de salud

Exigir un trabajo en condiciones de máxima seguridad posible	→ Protegerse antes los riesgos del contagio y atender a los pacientes con material adecuado → No descuidar los procedimientos con la rutina, sino rutinizar los procedimientos adecuados
Cuidar las necesidades básicas	→ El personal sanitario suele pensar que siempre hay que estar disponible para el otro y que sus necesidades son secundarias, sin pensar que no comer y no descansar produce agotamiento y alteraciones emocionales y cognitivas → Asegúrese de comer, beber y dormir regularmente. No hacerlo pone en riesgo su salud mental y física, y también puede comprometer su capacidad para atender a los pacientes
Descansar y alimentarse	→ Mantener periodos de descanso y una alimentación adecuadas → Siempre que sea posible, permítase hacer algo no relacionado con el trabajo y que encuentre reconfortante, divertido o relajante (escuchar música, leer un libro, hablar con un amigo, hacer ejercicio físico) → Algunas personas pueden sentirse culpables si no están trabajando a tiempo completo o si están tomando el tiempo en divertirse cuando tantos otros están sufriendo: entienda y acepte que tomar un descanso adecuado derivará en una mejor atención a los pacientes
Planificar una rutina fuera del trabajo	→ Trate de mantener los hábitos que permitan las medidas de restricción → Explore de manera creativa otras opciones que pueda hacer durante el confinamiento (rutinas diarias de ejercicio, cuidado físico, lectura, llamadas o videoconferencia a seres queridos)
Mantener el contacto con compañeros	→ Mantenga un espíritu de colaboración y respeto con sus compañeros, y proporcione/reciba un apoyo mutuo → Reconozca la importancia de su trabajo y el de sus compañeros («La fuerza del grupo») → El aislamiento debido a la pandemia puede producir miedo y ansiedad → Cuente su experiencia y escuche a los demás
Respetar las diferencias	→ Algunas personas necesitan hablar mientras que otras necesitan estar solas → Reconozca y respete las diferencias entre usted, sus pacientes y sus compañeros
Compartir información constructiva	→ Comuníquese con sus colegas de manera clara y alentadora, identificando errores de manera constructiva para corregirlos → Todos nos complementamos. Los elogios pueden ser motivadores poderosos y reductores del estrés → Comparta sus frustraciones y sus soluciones. La resolución de problemas es una habilidad profesional que proporciona una sensación de logro, incluso para pequeños incidentes
Estar en contacto con la familia y seres queridos	→ Póngase en contacto con sus seres queridos si es posible. Ellos son su sostén fuera del sistema de salud → Compartir y mantenerse conectado puede ayudarles a apoyarle mejor → También ellos agradecerán que les pueda hablar o comunicar su parte vulnerable. Sentirse mutuamente útiles es un factor de protección
Manténgase actualizado	→ Asegúrese una información científica ordenada, práctica, de fuentes contrastadas y adaptada a su actividad → Participe en las reuniones autorizadas o por TIC para mantenerse informado de la situación, planes y eventos → No deje de hacer actividades (juegos de mesa, lectura, películas, música, actividad física) no relacionadas con la pandemia
Limitar la exposición a los medios de comunicación	→ Las imágenes gráficas y los mensajes preocupantes aumentarán su estrés, y puede reducir su efectividad y bienestar general → Utilice mecanismos de protección psicológica, y evite la entrada constante de noticias sobre la pandemia, permitiéndose poner límites a las demandas que pueden surgir por grupos de WhatsApp® y otras redes informatizadas y TIC
Permítase pedir ayuda	→ Reconocer signos de agotamiento o desgaste, pedir ayuda y aprender a pararse para atenderlos es un modo de regulación interna que favorece la estabilidad frente a una situación de estrés mantenido en el tiempo → Si se produce un deterioro o derrumbe afectivo, reconocerlo y pedir ayuda
Utilice sus capacidades emocionales	→ La competencia profesional y la fortaleza no es incompatible con sentir confusión, inquietud, sensación de descontrol, miedo, culpa, impotencia, tristeza, irritabilidad, insensibilidad, labilidad → Las emociones y los sentimientos son parte de la constitución humana. Compartir las emociones con alguien que nos transmita seguridad y confianza ayuda a hacerlas más tolerables y poder regularlas

Tabla 4 (continuación)

Autoobservación: sea consciente de sus emociones y sensaciones	→Sentir emociones desagradables no es una amenaza, es una reacción normal, de defensa de nuestra mente ante el peligro: miedo, ira, tristeza, sensación de separación-soledad. . . →Sin embargo, la tristeza prolongada, las dificultades para dormir, los recuerdos intrusivos o la desesperanza sostenida pueden alertar hacia complicaciones →Si puede, comparta su estado con un compañero, con un supervisor o busque ayuda profesional si es necesario
Aplice las estrategias de regulación emocional que conozca	→Las técnicas de buscar compañía, expresión artística o humorística, respiración, atención plena (<i>mindfulness</i>), el ejercicio físico, etc., pueden ser útiles para la modulación emocional, fisiológica y/o cognitiva
Recuerde que lo que es posible no es probable	→Los profesionales sanitarios estamos en una exposición continua a la cara más dramática de esta epidemia: la muerte y el sufrimiento en condiciones desoladoras. Eso moviliza una importante carga emocional que a nivel cognitivo puede traducirse en saltos cognitivos donde se confunde lo posible con lo probable →Es importante no perder la esperanza y recordar también que una parte importante de las personas enfermas padecen esta enfermedad en sus formas más leves y que la mayor parte se curan
Reconocer al equipo asistencial	→Recuerde y verbalice junto con sus compañeras/os que, a pesar de los obstáculos o las frustraciones, está cumpliendo una gran tarea social, cuidando a los más necesitados. Reconozca a sus colegas y comparta el orgullo de realizar un trabajo solidario para la comunidad, lo que reforzará su resiliencia →Hay que recordar que todos los que en estas circunstancias están trabajando en primera línea sanitaria y de servicios, a pesar de los riesgos y el miedo inherente, deberían ser los auténticos modelos de identificación cultural (más que los guerreros, los cantantes o los deportistas de élite. . .)

TIC: tecnologías de la información y la comunicación.

defensa necesaria que nos ha ayudado a sobrevivir en los momentos de tristeza y miedo, sino un componente emocional ineluctable de la especie²⁰.

3. Durante años habrá que dar una atención especial a los sanitarios y al sistema sanitario, atención que no solo ha de ser organizacional y económica, sino que posiblemente ha de ser también formativa y, puntualmente, terapéutica (del desgaste profesional).

Recomendaciones a la población

Las hemos resumido en nuestro trabajo anterior, diferenciándolas durante y tras la epidemia. Como existen numerosas guías y recomendaciones al respecto, hemos optado aquí por incluir tan solo la [tabla 3](#), referida a uno de los grupos más afectados: las personas mayores.

Recomendaciones específicas para los profesionales sanitarios

En el ámbito organizacional y emocional

Con la pandemia y las medidas subsiguientes, toda la población y en particular los servicios sanitarios y otros servicios esenciales y «de contacto» se han visto sometidos a presiones excesivas e inesperadas ([tabla 4](#)). Tales situaciones no se compensan ni deben elaborarse con un tratamiento público de *héroes* (otra vez las resonancias belicistas) y bienintencionadas palabras que halagan nuestras mentes apelando a la emoción de ser cuidados al tiempo que se están realizando ya nuevos recortes y despidos. En el mejor de los casos, se trata de una burda simplificación emocional basada en pers-

pectivas envejecidas de la psicología de las emociones y en errores comunicacionales fundamentales.

En el ámbito formativo

En situaciones de alteración social y crisis social y política, como las que probablemente vendrán, es fácil atribuir todos los problemas de la población descontenta a «trastornos mentales» o, peor aún, a la «enfermedad mental», contribuyendo así decisivamente a la medicalización y psiquiatrización de la población y a nuevas «burbujas sanitarias»^{5,9}.

Una APS adecuadamente financiada, formada y reformada, siguiendo sus criterios fundacionales²², debería tender a la colaboración con los núcleos vivenciales de la población y con los servicios comunitarios y los servicios sociales, aplicando conjuntamente con ellos estrategias de trabajo psicosocial y comunitario. Aplicando también modelos y programas de «no tratamiento» y ayudas psicológicas propias de la APS y de los servicios comunitarios^{1,9,18,23}, por ejemplo, en el cuidado de los procesos de duelo y pérdida que se están dando ya a millones en poblaciones vulnerables. Esas son las medidas fundamentales, que tal vez deban ir acompañadas por adecuados servicios de cuidado del agotamiento profesional poscrisis¹⁵.

La [tabla 5](#)

muestra un primer intento de aplicar esos conocimientos neurocientíficos y psicológicos actualizados a los cuidados en los centros de salud y el personal de salud.

Además, nos corresponde a todos conocer, defender y difundir la idea de que las medidas más eficaces en casos de epidemia (y también en caso de crisis social), son las reformas sociales y sanitarias globales, no nuevas seudosolu-

Tabla 5 Algunas ideas elementales acerca de cómo usar y no usar cogniciones y emociones en los centros de salud y el personal de salud ^{1,5,7,18,19,21}

	Qué hacer	Qué no hacer
Conocimientos, datos	<ul style="list-style-type: none"> → Proporcionar datos claros, concisos, suficientes, avalados y contrastables → Piense no solo en carteles, sino en la posibilidad de personas informadoras en diversos lugares y/o en el uso de pantallas para hacerlo (así como para proyectar juegos, música y/o diversiones) 	<ul style="list-style-type: none"> → Saturación de datos, informaciones, carteles → Difundir informaciones falsas, informaciones basadas en mentiras o bulos → Favorecer la desinformación → Desconfiar sistemáticamente de todos los datos proporcionados por autoridades o por expertos → Menospreciar los aspectos de comunicación
Sistemas emocionales básicos	<p>→ ¡¡Sean creativos!! Usen sus capacidades emocionales (las cognitivas se dan por supuestas) SALUD, APOYO MUTUO, CREATIVIDAD</p>	
→ MIEDO	<ul style="list-style-type: none"> → Úselo para protegerse → Úselo para conocer e indagar vías, medios, motivos → Úselo para explicarlo, para contenerlo, para comprender a las personas dominadas por él 	<ul style="list-style-type: none"> → No se deje llevar por él → No lo sobredimensione → Evite el sensacionalismo y el catastrofismo, que lo aumentan → No por mucho indagar, leer, informarse disminuye siempre: disocie de vez en cuando, o use otras emociones
→ IRA	<ul style="list-style-type: none"> → La ira no es algo malévolo: está en todos nosotros → Lo importante es cómo usarla: p. ej., hay que usarla en ocasiones para medidas de contención y organización de los centros → Y, si no queda otro remedio, para imponer decisiones sanitarias u organizativas 	<ul style="list-style-type: none"> → Sobre-criticar a los compañeros y al mundo → Desconfiar de todos los expertos y políticos por fantasías más o menos «conspiranoicas» → Ponerse sistemáticamente en posición crítica de gobiernos y expertos → Colaborar con el sensacionalismo, el catastrofismo y los medios de difusión de ese tipo
→ INDAGACIÓN-Expectativa	<ul style="list-style-type: none"> → Busque, amplíe conocimientos, amplíe su visión sobre el problema en el mundo → Favorezca la investigación y el compartir conocimientos → Amplíe su conocimiento sobre hijos, amigos, relaciones sociales, TIC, cultura → Mucho mejor si es en grupo: en el confinamiento o por las TIC 	<ul style="list-style-type: none"> → Sumergirse obsesivamente en la lectura y comparación de documentos, datos, <i>fake news</i>
→ DESEO	<ul style="list-style-type: none"> → La sexualidad es un placer → Si es compartida y estimula la relación, es cuando resulta mayor placer, estimula las interacciones sociales y amplía el mundo → Mejora el estado psicológico y el estado físico 	<ul style="list-style-type: none"> → Dedicarse obsesivamente al sexo para no pensar, expulsar → Sumergirse en el mundo del porno → Abstención total por sobrecarga de trabajo, resignación melancólica, pesimismo
→ APEGO-Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> → Es la base de la solidaridad, del comportamiento prosocial en sus diversas formas → Observe, piense y desarrolle sistemas prosociales, medios para expandir la solidaridad: en combinación con el humor y el juego, en combinación con la búsqueda y el compartir conocimientos 	<ul style="list-style-type: none"> → Aislarse → No dejarse cuidar → No cuidar a nadie (aunque sea una mascota) → Aislarse por desconfianzas más o menos conspiranoicas

Tabla 5 (continuación)

	Qué hacer	Qué no hacer
→ ANSIEDAD ante la separación-pena y duelo	<p>→ No es negativo acercarse a los errores, culpas, insuficiencias, evitaciones, desconocimientos anteriores</p> <p>→ No es negativo entristecerse por lo perdido, ni llorarlo. Aunque nos produzca tristeza, culpa o vergüenza</p> <p>→ Mejor aún, si podemos compartirlas</p> <p>→ Nos prepara para crear mejores situaciones en el futuro</p>	<p>→ Hacer como que no pasa nada (negación)</p> <p>→ Negación maníaca de la dependencia (no necesita a nadie)</p> <p>→ Idealización de uno mismo (narcisismo) o de supuestos búnqueres seguros: la familia, la ideología, el trabajo, las adicciones</p> <p>→ Infantilizar a la población no dejándole la oportunidad de sufrir con el sufrimiento de los pacientes, de los familiares y del personal sanitario</p>
→ JUEGO-Alegría	<p>→ La alegría y su cultivo alarga la vida</p> <p>→ El juego como diversión va unido a la alegría y alarga la vida</p> <p>→ La competitividad en el juego es una forma sana de utilizar la ira (y la alegría)</p> <p>→ El sentido del humor solidario, en particular el «humor reparatorio», alegra la vida y la de los demás</p>	<p>→ No dejar un tiempo para el esparcimiento y la diversión: psicológica, física (deporte)</p> <p>→ Dramatizar y concentrarse en deberes y trabajos sin lugar para el ocio y la diversión</p>
«Emociones homeostáticas» (sed, hambre...) y «emociones sensoriales» (asco, dolor, sensaciones...)	<p>→ Cuide la alimentación</p> <p>→ Hidratación frecuente y continuada</p> <p>→ Ejercicio físico</p> <p>→ Sensaciones, paisajes, músicas, filmes, proyecciones agradables...</p> <p>→ Evite, si puede, dolores agudos o crónicos</p>	<p>→ Descuidar la alimentación</p> <p>→ Bebidas alcohólicas o drogas para «consolarse»</p> <p>→ Comidas o situaciones que producen o estimulan el asco o las sensaciones desagradables</p> <p>→ Producir, producirse o aguantar inútilmente dolores o sufrimientos</p>
«Emociones del self» (en realidad, sentimientos primitivos): vergüenza, culpa, tristeza y orgullo-autoestima	<p>→ Poderlas vivir y comunicarlas mejora nuestras relaciones sociales, ayuda al cuerpo social y a la cohesión social, favorece la gratitud y la reparatividad, tan fundamentales para la solidaridad</p>	<p>→ Infantilizar a la población no dejándole la oportunidad sentir tristeza, culpa y vergüenza al visualizar el sufrimiento de los pacientes, de los familiares y del personal sanitario</p> <p>→ No utilizar la tristeza y la culpa como forma de favorecer la autocontención</p> <p>Negación maníaca de las mismas: no tolerarse sentir o expresar vergüenza, culpa o tristeza</p> <p>→ Autoflagelarse por las mismas o por los errores cometidos</p>

TIC: tecnologías de la información y la comunicación.

Fuente: Grupo de Salud Mental del PAPPS¹, Tizón⁵, World Health Organization⁷, Tizón¹⁸, Debbané et al.¹⁹ y Zhou²¹.

ciones tecnocráticas o neoliberales²⁴. No hay que olvidar que las medidas más eficaces para evitar las epidemias anteriores no fueron los antibióticos y las vacunas, sino las medidas de organización social como alcantarillado, higiene de las aguas, higiene social, cuidados de los núcleos poblacionales más desfavorecidos^{2,3}...

Recomendaciones a la administración

La crisis ha puesto de manifiesto otra serie de «virus» (psicosociales y sociales) en nuestras sociedades, supuestamente democráticas y opulentas. En la [tabla 6](#) y en el trabajo anterior hemos intentado sintetizar algunas de las recomendaciones consecutivas a su consideración. Las bases para las mismas serían las siguientes:

1. Este tipo de crisis, y otras de base no biológica, van a seguirse dando en nuestras sociedades. Entre otros motivos, por el estrechamiento de los nichos ecológicos de nuestra especie y los que estamos imponiendo a otras especies^{2,3}. Estar preparados para afrontarlas no es cuestión de heroísmo y solidaridad puntual, sino de medidas y organización sanitaria adecuadas, presididas por actividades preventivas y de salud pública, con formación y financiación adecuadas, y con una inclusión de los conocimientos psicosociales en la atención sociosanitaria y en las políticas sociales (y no solo para manejar a la población con criterios exclusivos de la *psicopolítica*⁵). No se puede entregar la organización sanitaria al «dios mercado», ni en situaciones de crisis, ni en situaciones de bonanza.
2. En todo tipo de crisis sanitarias, los equipamientos de atención primaria han de ser claves en el proceso de

Tabla 6 Recomendaciones específicas a la administración

Recomendaciones	Lo que hay que hacer	Lo que no hay que hacer
→ Valorar en cada caso y en cada momento la intensidad y la duración de las medidas de aislamiento exigibles. Tener previsto un plan para la implementación progresiva de las mismas	→ Desarrollar ayudas garantizando los ingresos mínimos necesarios mientras dure el confinamiento (flexibilizar o anular hipotecas o alquiler, tributos o impuestos; moratoria en los desahucios; proteger a las personas sin techo...)	→ Establecer medidas sin tener en cuenta las necesidades específicas de las personas y los colectivos o sin tener suficientemente en cuenta las capacidades y necesidades de cada núcleo poblacional concreto
→ Proteger y cuidar de la población más vulnerable	→ Aprovechar la experiencia para instaurar la renta mínima garantizada	→ Aprovechar la crisis para re-centralizar o, en general, para imponer medidas antidemocráticas, recortando derechos
→ Garantizar en todo momento las necesarias medidas de protección física para los equipos asistenciales	→ Protección de las mujeres con riesgo de agresión en el hogar. Proporcionar una vía eficaz de solicitud de ayuda (teléfono, TIC, otros sistemas...)	→ No restituir lo perdido con los recortes sanitarios
→ Asegurar los recursos humanos suficientes a nivel hospitalario y de atención primaria	→ Reconocer el valor de la salud y de sus profesionales invirtiendo los recursos necesarios	→ No mejorar y atender preferentemente al sistema público de salud, que ha de primar sobre empeños privatizadores o especuladores con la salud
→ Mantener a todo el personal protegido de la sobrecarga emocional, sabiendo que tal situación tardará semanas o meses en recuperarse	→ Prever que situaciones similares pueden repetirse	→ No replantearse el reparto de las inversiones en salud, tanto para situaciones de crisis como en situaciones de bonanza
→ Proporcionar comunicaciones de buena calidad y actualizaciones precisas de información de calidad a todo el personal sanitario, así como a la población general	→ Reforzar los procesos de participación ciudadana y comunitaria en la salud	→ No articular un fondo de reserva para este tipo de crisis (en especial, de material y adecuados listados de personal para crisis)
→ Iniciar, alentar y monitorizar los descansos de trabajo. Implementar horarios flexibles para los trabajadores que se ven directamente afectados o tienen familiares afectados o dependientes	→ Reforzar la APS. Invertir más que lo recortado en su adecuación, formación y futuro	→ No formar al personal para cómo reaccionar ante este tipo de crisis
→ Rehacer el sistema sanitario teniendo en cuenta los componentes psicológicos, sociales y organizacionales puestos de relieve por la pandemia	→ Medidas sociales y económicas para amortiguar las consecuencias sobre la salud y la organización social del cese de las actividades productivas	→ Seguir manteniendo políticas de aislacionismo y supremacismo, tanto sanitario como social
→ Reforzar el sistema sanitario, replanteando algunos aspectos señalados	→ Medidas sociales y económicas para mejorar la salud y las capacidades socioeconómicas de la población tras la retirada de las medidas de aislamiento y el fin de la pandemia	→ Seguir despreciando la urgencia de políticas europeas y mundiales realmente ecológicas e internacionalistas
→ Reforzar el sistema de salud pública y epidemiología en todos los estados y en la UE	→ Medidas de integración social: parados, marginadas, inmigradas no documentados...	→ En definitiva, «no aprovechar las enseñanzas de esta crisis». Por ejemplo, no reformando las democracias europeas, volviendo a estrategias de desarrollo antiecológicas, supremacistas-aislacionistas, aumentadoras de las desigualdades...
→ Reforzar la APS	→ Legislar, en el ámbito español y en el ámbito europeo, por una sanidad pública, gratuita y universal	→ Imponer modelos u organigramas de atención sanitaria sin tener en cuenta en su diseño la participación mayoritaria de los profesionales de la salud
→ Aprovechar las enseñanzas de esta pandemia para otras pandemias y otras DEM. Entre otras, que la salud de la población no puede dejarse al cuidado del «dios mercado»	→ Proporcionar mayor autonomía de gestión a los equipos, tanto en atención primaria como en el hospital	

APS: atención primaria de salud; DEM: difusiones emocionales masivas; TIC: tecnologías de la información y la comunicación; UE: Unión Europea.

detección de casos, en el seguimiento de pacientes y en la coordinación interservicios e interpersonales (con los pacientes, con sus familiares, con los servicios comunitarios, con las redes sociales. . .). Practicar lo contrario significa no solo ignorancia sanitaria, ir contra las evidencias científicas, sino también desprecio por la ciudadanía y los servicios sanitarios, y una muestra más de cómo la ideología privatizadora puede resultar un atentado directo tanto para la población como para los profesionales^{2,3,5,24}. Mucho más cuando esta pandemia, como todas las anteriores no es «una guadaña igualitaria»: afecta de forma mucho más grave a las poblaciones de clase trabajadora y marginal^{3,24}.

3. Una APS bien dotada, formada y reconocida, es el sistema más eficaz, no solo para evitar el colapso de los hospitales, cuyo objetivo es asistir a los casos más graves y frágiles en situaciones como esta pandemia. Además, es básica para mantener un mínimo de equidad social y sanitaria en momentos de crisis. Formación psicosocial y capacidades de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para sus equipos son pues elementos centrales para abordar estas crisis.
4. No hemos de dejar de reflexionar también sobre temas más generales: en particular, sobre la experiencia que hemos padecido de cómo unas formas políticas envejecidas, basadas en intereses de organizaciones envejecidas, han contribuido al agravamiento de la crisis, al menos a nivel psicológico y psicosocial. La pandemia ha puesto de manifiesto la necesidad de profundos cambios en nuestra organización de la democracia. Al igual que ha puesto de manifiesto la importancia del contacto directo y el uso de métodos muestrales para tomar decisiones, parece indudable que a nivel social debería hacer pensar en cómo mejorar la democracia directa y cómo y cuándo utilizar métodos muestrales en las decisiones políticas, como ya se ha hecho en otros países (p. ej., Islandia e Irlanda). Volver cuanto antes al contacto social estrecho implica mayor morbimortalidad; dejar que la situación socioeconómica se deteriore manteniendo demasiado el aislamiento, implica también mayor morbimortalidad. Es psicológicamente realista que la población haya desconfiando de las organizaciones que en nuestro mundo toman esas difícilísimas decisiones porque deben ser reformadas profunda y perentoriamente.

Por último, en un ámbito aún más amplio, las experiencias y los conocimientos adquiridos durante esta pandemia y en las anteriores^{2,3} nos remiten a 2 necesidades sociales cruciales repetidamente señaladas por todos los que han reflexionado en profundidad sobre la situación^{2,3,24}. La necesidad de moldear la organización social en el camino del humanismo radical (la humanidad considerada como un todo en el que todo puede difundirse, para bien y para mal) y del ecologismo radical: lo que no hagamos hoy para cuidar el planeta y nuestro medio humano ha de volverse y se está volviendo contra nosotros.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Grupo de Salud Mental del PAPPs (Buitrago F, Ciurana R, Fernández MC, Tizón JL). Salud Mental en epidemias: Una perspectiva desde la Atención Primaria a la Salud Española. En SemFYC y PAPPs, blog, Abr 2020. [consultado 15 Abr 2020]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1C54bAR-LDhIS5ox5NfkkDjJpg0c-mChA/view>.
2. Spinney L. *El jinete pálido 1918. La epidemia que cambió el mundo*. Madrid: Crítica; 2018.
3. Ramonet I. Coronavirus: La pandemia y el sistema-mundo. El Mundo, 29 de abril de 2020 [consultado 3 May 2020] Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/262989-coronavirus-la-pandemia-y-el-sistema-mundo>.
4. Eurosurveillance Editorial Team. (2020). Updated rapid risk assessment from ECDC on the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: Increased transmission in the EU/EEA and the UK. Eurosurveillance [consultado 8 May 2020] Disponible en: <https://www.eurosurveillance.org/>.
5. Tizón JL. *Salud emocional en tiempos de pandemia. Reflexiones urgentes*. Barcelona: Herder e-book; 2020.
6. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *Gen Psychiatr*. 2020;33:e100213, <http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>.
7. World Health Organization. (?2020)?Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020. World Health Organization [consultado 19 Mar 2020] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1-eng.pdf>.
8. Panksepp J, Biven L. *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. Nueva York: Norton Company; 2012.
9. Tizón JL. *Apuntes para una Psicopatología basada en la Relación. Vol 1: Psicopatología General*. Barcelona: Herder; 2018.
10. Klein N. *La doctrina del shock. El auge del capitalismo del desastre*. Barcelona: Paidós; 2007.
11. Quinlan M. Precarity and workplace wellbeing: A general review. En: *Safety or Profit? International Studies in Governance, Change, the work, Environment*, Nichols T, Walters D. (Eds.). New York: Baywood Publishing Company, 2013. p. 17-31.
12. Lessenich S. *La sociedad de la externalización*. Barcelona: Herder; 2019.
13. Generalitat de Catalunya. Coronavirus SARS-Co-V-2 Covid-19-Casos positius. Taxes estadartizades per edat, sexe i area de salut per 100.000 habitants [consultado 30 Mar 2020] Disponible en: <http://aques.gencat.cat/ca/actualitat/ultimes-dades-coronavirus/mapa-per-abs/>.
14. Clark DM. Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annu Rev Clin Psychol*. 2018;14:159–83, <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833>.
15. The Lancet Psychiatry. Editorial: Send in the therapists? *Lancet Psychiatry*. 2020;7:291.
16. Nussbaum MC. *Paisajes del pensamiento. La inteligencia de las emociones*. Barcelona: Paidós; 2001. p. 2008.
17. Pfaff DW. *El cerebro altruista: Por qué somos naturalmente buenos*. Barcelona: Herder-3P; 2017.
18. Tizon JL. *Los procesos de duelo en Atención Primaria de Salud: Una actualización FMC (Formación Médica Continuada en Atención Primaria)*. Protocolo 1. 2017;24:1–66.
19. Debbané M, Salamini G, Luyten P, Badoud D, Armando M, Solida Tozzi A, et al. Attachment Neurobiology, and Mentalizing along the Psychosis Continuum. *Front Hum Neurosci*. 2016;10:406, <http://dx.doi.org/10.3389/fnhum.2016.00406>.

20. Tizón JL. EL humor en la relación asistencial. Barcelona: Herder; 2005.
21. Zhou W. 101 consejos basados en la ciencia del Manual de prevención del coronavirus que podrían salvar su vida. Wuhan, China: Hubei Science and Technology Press; 2020.
22. Martín-Zurro A, Cano JF, Gené J. (Eds.). Atención primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia. Madrid: Elsevier, 2019.
23. García-Moratalla B. Indicación de no-tratamiento para personas sin diagnóstico de trastorno mental. Norte de Salud Mental. 2012;43:43-52.
24. Agamben G, Zizek S, Nancy JL, Berardi F, López Petit S, Butler J, et al. Sopa de Wuhan. Madrid: ASPO; 2020.