



## La Atención a las Necesidades en Salud Mental de los Profesionales Sanitarios durante la COVID-19

Mireia Forner-Puntonet<sup>a,b</sup>, Sara G. Fidel-Kinori<sup>a</sup>, Anna Beneria<sup>a</sup>, Mercedes Delgado-Arroyo<sup>a</sup>, Marta Perea-Ortueta<sup>a</sup>, Maria H. Closa-Castells<sup>a</sup>, Maria de les N. Estelrich-Costa<sup>a</sup>, Constanza Daigre<sup>a</sup>, Marta F. Valverde-Collazo<sup>c</sup>, Núria Bassas-Bolibar<sup>a</sup>, Rosa Bosch<sup>a</sup>, Montserrat Corrales<sup>a</sup>, Maria E. Dip-Pérez<sup>a</sup>, Judith Fernández-Quirós<sup>a</sup>, Carlos Jacas<sup>a</sup>, Benjamín Lara-Castillo<sup>a</sup>, Jorge Lugo-Marín<sup>a</sup>, Gemma Nieva<sup>a</sup>, Marta Sorribes-Puertas<sup>a</sup>, Christian Fadeuilhe<sup>a</sup>, Marc Ferrer<sup>a</sup>, Mar Ramos<sup>a</sup>, Vanesa Richarte<sup>a</sup> y Josep A. Ramos-Quiroga<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Psiquiatría, Vall d'Hebron Hospital Universitari, Barcelona, España; <sup>b</sup>Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España; <sup>c</sup>Grupo de Psiquiatría, Salud Mental y Adicciones, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Barcelona, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

*Historia del artículo:*  
Recibido el 9 de noviembre de 2020  
Aceptado el 29 de marzo de 2021  
Online el 28 May 2021

*Palabras clave:*  
COVID-19  
Profesionales sanitarios  
Salud mental  
Intervención psicológica

### R E S U M E N

Los profesionales sanitarios se encuentran en primera línea de atención a pacientes con COVID-19, presentando mayor riesgo de contagio y de afectación emocional. El objetivo del estudio es describir las necesidades en salud mental y conocer el efecto de una intervención psicológica en estos profesionales. Se incluyeron 47 trabajadores del Hospital Universitari Vall d'Hebron que solicitaron soporte psicológico durante el primer mes y medio de la crisis. Se administraron pre-post intervención un listado de síntomas clínicos, la Escala Clínica de Ansiedad y de Impresión Clínica Global. Consultaron mayoritariamente mujeres, profesionales de enfermería y técnicos auxiliares de enfermería, presentando hiperpreocupación, tristeza, alteraciones de sueño y orexia. Se observó una mejoría significativa en síntomas clínicos ( $z = 4.6, p \leq .0001$ ), estrés agudo ( $z = 2.5, p = .012$ ), ansiedad ( $z = 5.3, p \leq .0001$ ) e impresión clínica ( $z = 4.1, p \leq .0001$ ). Una intervención psicológica breve, basada en técnicas de gestión de ansiedad, regulación emocional y orientación en valores reduce los síntomas emocionales en profesionales.

### Clinical protocol for addressing mental health needs of healthcare professionals during COVID-19

### A B S T R A C T

Healthcare professionals are in the front line of care for patients with COVID-19, presenting greater risk of contagion and emotional distress. The aim of the study is to describe the results of a psychological intervention protocol for professionals; 47 workers from Vall d'Hebron University Hospital who requested psychological support were included during the first month and a half of the crisis. Before and after the intervention a checklist of clinical symptoms, the Clinical Anxiety Scale and the Clinical Global Impression Scale were administered. Professionals who consulted were mostly women, nursing staff, and assistant nursing care technicians, presenting hyperconcern, sadness, sleep, and eating disturbances. Significant improvements were observed on clinical symptoms ( $z = 4.6, p \leq .0001$ ), acute stress ( $z = 2.5, p = .012$ ), anxiety ( $z = 5.3, p \leq .0001$ ), and clinical impression ( $z = 4.1, p \leq .0001$ ). A brief psychological intervention, based on anxiety management, emotional regulation, and values oriented-behavior, was shown to be effective in reducing emotional symptoms in professionals.

En enero de 2020, Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) declaró el nuevo brote de COVID-19 como una emergencia de salud pública en el ámbito internacional. El virus, también denominado SARS-CoV-2, se ha extendido a nivel mundial conllevando un elevado número de personas contagiadas y múltiples fallecidos (Wang et al.,

2020). La pandemia representa un coste sin precedentes a nivel sanitario, político, económico y de bienestar social (The Lancet Public Health, 2020).

Aunque la mayoría de la población mostrará resiliencia antes las pérdidas y el estrés, es probable que el virus exacerbe los trastornos

Para citar este artículo: Forner-Puntonet, M., Fidel-Kinori, S. G., Beneria, A., Delgado-Arroyo, M., Perea-Ortueta, M., Closa-Castells, M. H., Estelrich-Costa, M. N., Daigre, C., Valverde-Collazo, M. F., Bassas-Bolibar, N., Bosch, R., Corrales, M., Dip-Pérez, M. E., Fernández-Quirós, J., Jacas, C., Lara-Castillo, B., Lugo-Marín, J., Nieva, G., Sorribes-Puertas, M., Fadeuilhe, C., Ferrer, M., Ramos, M., Richarte, V. y Ramos-Quiroga, J. A. (2021). La atención a las necesidades en salud mental de los profesionales sanitarios durante la COVID-19. *Clínica y Salud*, 32(3), 119-128. <https://doi.org/10.5093/clysa2021a13>

Correspondencia: [mforner@vhebron.net](mailto:mforner@vhebron.net) (M. (Forner-Puntonet)).

ISSN: 1130-5274/© 2021 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

mentales previos y contribuya a desarrollar psicopatología relacionada con el estrés en parte de la población (Horeish y Brown, 2020). Los individuos expuestos a emergencias de salud pública presentan una mayor vulnerabilidad psicopatológica tanto durante como después de un suceso potencialmente traumático (Fan et al., 2015).

Los profesionales sanitarios están en la primera línea de atención a personas con COVID-19 presentando un alto riesgo de contagio. Además, experimentan una gran sobrecarga laboral y aislamiento, siendo más vulnerables a experimentar cansancio físico, miedo, ansiedad, malestar emocional y problemas para dormir (Kang et al., 2020).

De forma global, los profesionales sanitarios han mostrado preocupación por la falta de equipos de protección, la percepción de sobrecarga laboral, los cambios en el entorno, la percepción de peligrosidad, la incertidumbre, el tener que separarse de los seres queridos y el miedo a contagiarlos, así como al aislamiento en caso de contagio por COVID-19.

Diferentes estudios realizados en China muestran una mayor prevalencia de insomnio (34-38.4%), ansiedad (13-44.6%), depresión (12.2-50.4%), síntomas obsesivo-compulsivos (5.3%), somatización (1.6%) y malestar psicológico general (71.5%) en los profesionales sanitarios (Lai et al., 2020; W.-R. Zhang et al., 2020). Estos estudios también señalan que los profesionales sanitarios que presentaron mayor sobrecarga psicológica fueron enfermeras, mujeres que se encontraban en primera línea de diagnóstico, tratamiento y cuidado de los pacientes COVID-19 (Lai et al., 2020), especialmente en las unidades de cuidados intensivos, cuando tenían que ocuparse de pacientes de mayor edad y en situación de final de vida (Neto et al., 2020).

El bienestar emocional de los profesionales sanitarios es un punto clave en el día a día frente a la COVID-19, tanto por la afectación psicológica en el propio profesional como por las consecuencias que pueda tener en el rendimiento laboral y en el cuidado de los pacientes. Aún así, se han detectado algunas barreras que pueden dificultar el acceso a intervenciones destinadas a apoyar la resiliencia de los profesionales sanitarios como, por ejemplo, el estigma asociado a la salud mental, la negación, la incomodidad a la revelación emocional (DePierro et al., 2020) y estar exhaustos y disponer de poco tiempo (Li et al., 2020). Así mismo, la capacidad de los profesionales sanitarios para hacer frente a nuevas olas de la pandemia puede verse disminuida si no hay suficiente tiempo entre brotes o si no se implementan medidas que ayuden en la recuperación (Mira et al., 2020).

En el contexto de la COVID-19, los estudios apuntan a que una respuesta de apoyo rápida, personal, confidencial y fácilmente accesible es crucial para reforzar la capacidad de recuperación de los profesionales sanitarios como posibles víctimas secundarias de la COVID-19 (Strametz et al., 2020). Es recomendable que los profesionales sanitarios reciban soporte psicológico si presentan síntomas precoces de *burnout*, ansiedad o depresión para reducir el riesgo de morbilidad psiquiátrica (Xiang et al., 2020), siendo la primera línea de tratamiento en los cuadros de ansiedad, estrés agudo, insomnio y trastorno de estrés postraumático la intervención psicológica (Inchausti et al., 2020).

El objetivo del presente estudio es describir las necesidades en salud mental de los profesionales sanitarios durante la COVID-19 y analizar los efectos de una intervención psicológica breve adaptada al contexto de la pandemia en la sintomatología clínica.

## Método

### Contexto

El Hospital Universitari Vall d'Hebron (HUVH) de Barcelona es un hospital de tercer nivel donde se han atendido 5,371 pacientes de COVID-19 durante la primera ola, siendo uno de los hospitales del territorio nacional que más pacientes de COVID-19 ha asistido. De estos pacientes, 3,350 fueron dados de alta en urgencias y 2,021

después de un proceso de hospitalización, siendo 294 exitus (datos de mayo 2020).

### Participantes

Este estudio de intervención pre-post sin grupo control se realizó en el Servicio de Psiquiatría del HUVH de Barcelona. La muestra está compuesta por 47 profesionales del hospital que solicitaron atención psicológica durante la primera ola de la pandemia, desde el 17 de marzo hasta el 29 de abril de 2020, tanto si trabajaban en primera línea de atención a pacientes afectados por COVID-19 como si no. Se trata de una muestra de conveniencia, en la que se incluyeron en el estudio a todos los profesionales sanitarios que solicitaron soporte psicológico al Servicio de Psiquiatría firmando previamente el consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del HUVH y se llevó a cabo según los estándares éticos recogidos en la Declaración de Helsinki (2008). Así mismo, se garantizó la confidencialidad de los profesionales sanitarios siguiendo la normativa vigente de protección de datos personales y garantía de derechos digitales.

### Procedimiento

Los profesionales sanitarios que solicitaron soporte psicológico contactaron con el Servicio de Psiquiatría por vía telefónica (disponible de lunes a domingo desde las 8:00 hasta las 17:00h) o correo electrónico específico del Servicio. Se les programó visita con un psicólogo clínico del equipo en menos de 48 horas. La Dirección de Comunicación, Estrategia Corporativa y Atención a la Ciudadanía del HUVH realizó carteles informativos que se colgaron por las diferentes plantas del hospital con los datos de contacto y en la intranet del hospital se comunicó también el programa, así como en los videos de las sesiones informativas semanales para el personal del HUVH. Durante los días iniciales de la pandemia, previamente a la creación del programa, se prepararon materiales de intervención psicológica basados en el modelo de atención en casos de incidentes con múltiples afectados que fueron desarrollados, acordados y compartidos entre los diferentes psicólogos clínicos. Se organizó una planificación semanal de profesionales de psicología clínica y psiquiatría del Servicio de Psiquiatría para dar respuesta a las solicitudes de atención. Las visitas fueron presenciales, por videollamada (plataforma videomedicina.com habilitada por TIC Salut Social del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya) o telefónicas, según las preferencias del solicitante de atención psicológica y los profesionales sanitarios podían acudir a las visitas durante su turno de trabajo.

En la entrevista inicial, se administraron escalas clínicas, así como en la(s) visita(s) de seguimiento. La intervención psicológica breve realizada incluía estrategias cognitivo-conductuales de regulación emocional, manejo de la ansiedad, reestructuración cognitiva y orientación en valores, esta última basada en las terapias de tercera generación. En la primera visita, en función de la sintomatología y la gravedad del estado, valorados mediante entrevista clínica y a través de la Escala de Ansiedad Clínica (CAS; Bulbena et al., 2003), se clasificaron los pacientes según la gravedad en leve o moderada-alta. Se estableció una visita de seguimiento a la semana si era leve o a las 48 horas si era moderada-alta. *A posteriori*, si los profesionales sanitarios requirieron de más visitas de psicología clínica, estas fueron programadas y realizadas, aunque no se registraron de cara al presente estudio.

### Instrumentos de Evaluación

**Cuestionario diseñado *ad hoc***, en el que se recogió la siguiente información: datos sociodemográficos, situación profesional, motivo

de consulta, factores precipitantes del cuadro y/o estresores, antecedentes médicos, psiquiátricos, familiares y personales.

**Listado de 12 síntomas clínicos generales:** intensidad de la expresión emocional, ansiedad, inhibición o hiperactividad motriz, somatización, conductas autoagresivas o heteroagresivas, disociación, alucinaciones y uso de sustancias y la opción de registrar otros síntomas. Heteroadministrado. Las respuestas son dicotómicas (sí/no) según la presencia o ausencia de los síntomas descritos.

**Listado de 13 síntomas de estrés agudo,** elaborado por el equipo de atención a múltiples víctimas que permitió identificar personas con un mayor riesgo de desarrollar un trastorno mental. Evalúa si el sujeto ha sentido un intenso terror, ha percibido una amenaza vital en relación a su propia vida o la de sus familiares, ha estado en contacto con pacientes con COVID-19 graves o fallecidos, ha escuchado sobre fallecidos o heridos graves, tiene familiares o amigos afectados, si algún familiar ha fallecido, si algún amigo ha fallecido, si él mismo o algún familiar han sufrido daños, si hay menores o mayores sin los cuidados necesarios, si hay miembros de la familia alejados del hogar, si ha recibido tratamiento por exposición a la COVID-19, si presenta problemas de salud relacionados con la COVID-19 y la opción de registrar otros síntomas. Heteroadministrado. Las respuestas son dicotómicas (sí/no) según la presencia o ausencia de los síntomas descritos.

**Escala de Ansiedad Clínica (CAS; Bulbena et al., 2003).** Es una escala heteroadministrada que evalúa sintomatología ansiosa en los últimos dos días mediante 7 ítems que se puntúan en una escala Likert de 5 puntos (0-4). Presenta una adecuada validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio.

**Escala de Impresión Clínica Global (ICG; Guy, 1976).** Es una escala heteroadministrada formada por dos subescalas que evalúan la gravedad y la mejoría de los síntomas clínicos debido a intervenciones terapéuticas. Ambas utilizan una escala Likert de 8 puntos (0-7). Esta escala se utilizó para medir la gravedad global de los síntomas en la primera y en la segunda visitas, así como la mejoría debido a la intervención en la segunda visita.

## Análisis de Datos

En primer lugar, se realizó la estadística descriptiva de las principales variables del estudio: cálculo de la media y la desviación estándar y tablas de frecuencia. Al tratarse de un estudio descriptivo no se realizó cálculo del tamaño muestral aceptándose una muestra de conveniencia. Para comparar las variables en función de la gravedad clínica en la primera visita, se analizaron los datos a nivel bivariado mediante estadísticos. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para comparar variables categóricas y *t* de Student para variables cuantitativas. Se utilizó un estadístico *U* de Mann Whitney para variables continuas cuando se compararon dos grupos. Finalmente, para comparar las medias de las escalas antes y después de la primera intervención, se utilizó el estadístico Wilcoxon, que permite comparar las medias de dos muestras relacionadas. Esta comparación de medias fue representada gráficamente en diagramas de caja. Los datos se recogieron mediante la plataforma electrónica [CASTOR EDC \(2019\)](#) y se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 20.0.1. En todos los casos se admitió significación estadística para  $p < .05$ .

## Resultados

### Características de la Muestra

La muestra se compuso de 47 profesionales sanitarios (76.6% mujeres, 23.4% hombres) con edades comprendidas entre los 26 y los 64 años. Consultaron en mayor grado personas casadas o con pareja, con

una media de un hijo o hija. En el domicilio el profesional sanitario convivía de media con dos personas más y la mayoría refirieron no tener hijos en el domicilio ni personas mayores a cargo.

Las primeras visitas se realizaron tanto de forma presencial como telemática. Los trabajadores procedían de distintos servicios del hospital, siendo los profesionales de enfermería los que más apoyo psicológico requirieron, seguido de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), celadores, profesionales de administración y laboratorio, profesionales médicos, personal de cocina y mantenimiento y otros.

A lo largo de la fase inicial de la crisis sanitaria, un 57.4% de los profesionales sanitarios refirieron haber trabajado directamente con pacientes COVID-19. En general, los profesionales sanitarios expresaron haberse sentido apoyados por la familia, los amigos y los compañeros de trabajo. Mayoritariamente no identificaron antecedentes psicopatológicos previos; el 38.3% de los profesionales sanitarios que refirieron antecedentes psiquiátricos en el pasado detallaron haber presentado trastornos de ansiedad (66.7%), depresivos (22.2%) o por uso de sustancias (11.1%). Un 44.7% refirieron antecedentes médicos de interés (hipertensión, asma, obesidad, neoplasias, etc.).

Las características sociodemográficas, clínicas y del ámbito profesional de la muestra están recogidas en la [Tabla 1](#).

## Resultados Clínicos en Sintomatología General, Ansiedad y Estrés Agudo

El motivo principal de consulta fue la presencia de síntomas ansioso-depresivos, alteraciones del sueño o estar viviendo un proceso de duelo de un ser querido. Los principales factores precipitantes que identificaron relacionados con la sintomatología clínica fueron los cambios en el trabajo, la elevada sobrecarga laboral y el estrés, el miedo al contagio o el haberse contagiado, la presencia de problemas en el ámbito familiar y el aislamiento.

Los principales síntomas referidos fueron alteraciones del sueño (87.2%), hiperpreocupación (63.8%), tristeza (53.2%), somatización (53.2%), elevada intensidad de la expresión emocional (46.8%) y alteraciones de la orexia (46.8%). Dentro de las alteraciones del sueño refirieron principalmente insomnio de conciliación.

En relación a los síntomas de estrés agudo, un 53.2% refirió haber tenido contacto con fallecidos o pacientes graves con COVID-19 y un 57.4% haber percibido una amenaza vital en su propia vida o la de sus familiares.

En el cuestionario CAS un 38.3% de los profesionales sanitarios presentaron ansiedad leve, un 34% moderada y un 17% alta, presentando un 89.3% de los profesionales sanitarios que consultaron ansiedad en niveles clínicos ( $M = 11.8$  y  $DT = 5.2$ ).

En la escala de ICG la mayoría de profesionales sanitarios mostraron un nivel de afectación psicológica entre ligero y moderado.

En relación a la gravedad del estado, un 74.5% de los profesionales sanitarios fueron visitados por segunda vez a la semana, ofreciéndoles en la primera visita documentos y recomendaciones para gestionar la sintomatología clínica; en cambio un 25.5% precisaron de un seguimiento más inmediato y cuatro profesionales sanitarios requirieron también valoración psiquiátrica. Cinco profesionales sanitarios requirieron derivación posterior a centros de salud mental para realizar un tratamiento a medio-largo plazo.

## Comparación de los Sujetos en Función de la Gravedad Clínica

Al comparar los profesionales sanitarios según la gravedad del estado valorada en la primera visita ([Tabla 2](#)), los profesionales sanitarios que presentaron mayor gravedad clínica presentaron una alta expresión emocional ( $\chi^2 = 5.14$ ,  $p = .023$ ) y mayor intensidad del temor en el contexto de la COVID-19 ( $\chi^2 = 5.18$ ,  $p = .023$ ). Por otro lado, no se observaron diferencias significativas en la gravedad clínica según si los profesionales sanitarios habían estado

**Tabla 1.** Descripción de la muestra

	<i>n</i>	% o <i>M</i> ± <i>DT</i>		<i>n</i>	% o <i>M</i> ± <i>DT</i>
Variables sociodemográficas			Variables clínicas		
Edad	47	44.6 ± 10.7	Tipo de visita		
Sexo			Presencial	24	51.10%
Hombre	11	23.40%	Motivo de consulta		
Mujer	36	76.60%	Ansiedad	33	70.20%
Escolarización			Depresión	2	4.30%
Bachillerato	3	6.40%	Ansiedad y depresión	9	19.10%
Formación profesional	20	42.60%	Duelo	1	2.10%
Titulación universitaria	24	51.10%	Alteraciones del sueño	2	4.30%
Estado civil			Factores precipitantes		
Soltero/a	14	29.80%	Contagio	8	17.00%
Casado/a/pareja	25	53.20%	Aislamiento	3	6.40%
Divorciado/a o separado/a	8	17.00%	Cambios laborales	14	29.80%
Nº de personas en convivencia	47	2.1 ± 1.3	Problemas familiares	6	12.80%
Nº de hijos	47	1 ± 1	Sobrecarga laboral	11	23.40%
Percepción de apoyo			Miedo al contagio	5	10.60%
Mucho	12	25.50%	Antecedentes psiquiátricos personales	18	38.30%
Bastante	20	42.60%	Ansiedad	12	66.70%
Regular	7	14.90%	Depresión	4	22.20%
Poco	7	14.90%	TUS	2	11.10%
Nada	1	2.10%	Sintomatología clínica general (1-12)		2.3 ± 1.5
Personas mayores a cargo	7	14.90%	Sintomatología de estrés agudo (1-13)		3.8 ± 2.4
Variables del contexto profesional			CAS		11.8 ± 5.2
Profesión			0-4 puntos. Sin ansiedad o remisión clínica	5	10.60%
Medicina	2	4.30%	5-10 puntos. Ansiedad leve	18	38.30%
Enfermería	20	42.60%	11-16 puntos. Ansiedad moderada	16	34.00%
Administración	3	6.40%	17-24 puntos. Ansiedad alta	8	17.00%
Laboratorio	3	6.40%	ICG-Gravedad		3.1 ± 1.2
TCAE	12	25.50%	Normal. en absoluto	5	10.60%
Celador	4	8.50%	Límite mentalmente enfermo	8	17.00%
Cocina y mantenimiento	2	4.30%	Ligeramente enfermo	17	36.20%
Otros	1	2.10%	Moderadamente enfermo	12	25.50%
Atención a pacientes COVID-19	27	57.80%	Marcadamente enfermo	4	8.50%
			Gravemente enfermo	1	2.10%
			Seguimiento según gravedad primera visita		
			Seguimiento en < 48 hs y derivación	12	25.50%
			Seguimiento telefónico en 1 semana	35	74.50%

Nota. Variables cualitativas (*n*, porcentaje) y cuantitativas (*n*, media ± desviación típica).

expuestos trabajando con pacientes COVID-19 ( $\chi^2 = .56$ ,  $p = .45$ ). Así mismo, no se encontraron diferencias significativas en variables sociodemográficas, exceptuando en percepción de apoyo social, siendo los profesionales sanitarios que percibieron mayor apoyo por parte de la familia, los amigos o los compañeros de trabajo los que requirieron de una intervención de menor intensidad.

### Evolución Clínica del Estado de los Profesionales Sanitarios mediante una Intervención Breve

La Figura 1 muestra la comparación de las puntuaciones obtenidas en la primera visita y en la evaluación post-intervención breve en las diferentes variables valoradas mediante diagramas de caja. Los resultados tanto del listado de sintomatología general, como los síntomas de estrés agudo, la escala CAS y la ICG mostraron una disminución significativa de la clínica en la evaluación posterior a la intervención breve.

### Discusión

Durante la primera ola de la COVID-19 la mayoría de profesionales que solicitaron soporte psicológico fueron mujeres, población que

se ha visto en mayor medida afectada por la pandemia (Connor et al., 2020), siendo importante incluir la perspectiva de género en las intervenciones. Por otro lado, es necesario valorar con qué barreras o dificultades se encuentran los profesionales hombres a la hora de acceder a programas de atención en salud mental y promover elementos facilitadores.

Los resultados de nuestro estudio detectan la presencia de sintomatología depresiva, ansiosa, así como de las alteraciones del sueño y la orexia en los profesionales sanitarios durante la primera ola de la pandemia, resultados congruentes con los encontrados en otros medios (Kang et al., 2020; Lai et al., 2020; W.-R. Zhang et al., 2020), siendo los profesionales que muestran una mayor intensidad del temor y una elevada expresión emocional los que presentan una mayor gravedad clínica.

Una intervención psicológica breve centrada en técnicas cognitivo-conductuales e inmediata, en el momento de solicitud de ayuda, contribuye a disminuir los síntomas emocionales de los profesionales sanitarios en sus fases iniciales.

Los profesionales sanitarios que perciben un mejor apoyo social no requieren de una intervención tan intensiva, pudiendo resultar este factor un amortiguador del malestar emocional; estos resultados van en la misma dirección que los de otros estudios sobre acontecimientos

**Tabla 2.** Comparación en función de la gravedad del estado de los profesionales sanitarios en la primera visita

	Gravedad moderada-alta % (n) o $M \pm DT$	Gravedad leve % (n) o $M \pm DT$	$\chi^2$ o $t$	$p <$
<b>Variables sociodemográficas</b>				
Edad	44.4 $\pm$ 8.2	44.6 $\pm$ 11.5	0.098	.937
Sexo			0.023	.880
Hombre	25.0% (3)	22.9% (8)		
Mujer	75.0% (9)	77.1% (27)		
Escolarización			1.198	.549
Bachillerato	0	8.6% (3)		
Formación profesional	41.7% (5)	42.9% (15)		
Titulación universitaria	58.3% (7)	48.6% (17)		
Estado civil			1.213	.750
Soltero/a (no convive con pareja)	41.7% (5)	25.7% (9)		
Casado/a o pareja	41.6% (5)	57.2% (20)		
Divorciado/a o separado/a	16.7% (2)	17.1% (6)		
Nº de personas en convivencia	1.9 $\pm$ 1.6	2.1 $\pm$ 1.2	0.829	.680
Nº de hijos	1 $\pm$ 1.2	1.1 $\pm$ 1	0.488	.813
Personas mayores a cargo			0.040	.842
Sí	16.7% (12)	14.3% (5)		
Nivel de apoyo percibido	2.8 $\pm$ 1.2	2.1 $\pm$ 1	1.800	.008
<b>Variables del contexto profesional</b>				
Profesión				NA
Medicina	8.3% (1)	2.9% (1)		
Enfermería	50.0% (6)	40.0% (14)		
Administración	0	8.6% (3)		
Laboratorio	8.3% (1)	5.7% (2)		
TCAE	33.3% (4)	22.9% (8)		
Celador	0	11.4% (4)		
Cocina y mantenimiento	0	5.7% (2)		
Otros	0	2.9% (1)		
Atención a pacientes COVID-19	66.7% (12)	54.3% (19)	0.560	.454
<b>Variables clínicas</b>				
Tipo de visita			0.341	.559
Presencial	58.3% (7)	48.6% (17)		
Motivo de consulta				NA
Ansiedad	66.7% (8)	71.4% (25)		
Depresión	8.3% (1)	2.9% (1)		
Ansiedad y depresión	25.0% (3)	17.1% (6)		
Duelo	0	2.9% (1)		
Alteraciones del sueño	0	5.7% (2)		
Factores precipitantes				NA
Contagio	8.3% (1)	20.0% (7)		
Aislamiento	8.3% (1)	5.7% (2)		
Cambio de trabajo o problema	25.0% (3)	31.4% (11)		
Problemas familiares	16.7% (2)	11.4% (4)		
Sobrecarga laboral	33.3% (4)	20.0% (7)		
Miedo al contagio	8.3% (1)	11.4% (4)		
Antecedentes psiquiátricos personales	50.0% (6)	34.3% (12)	0.934	.334
Ansiedad	83.3% (5)	58.3% (7)		
Depresión	0	33.3% (4)		
TUS	16.7% (1)	8.3% (1)		
Sintomatología clínica general (1-12)	3.7 $\pm$ 1.6	1.8 $\pm$ 1.1	3.394	.007
Sintomatología de estrés agudo (1-13)	4.9 $\pm$ 3.1	3.4 $\pm$ 2	1.748	.046
CAS puntuación total	16.3 $\pm$ 5	10.3 $\pm$ 4.3	3.255	.002
ICG Gravedad puntuación total	4.5 $\pm$ 0.7	2.6 $\pm$ 0.9	4.871	.001

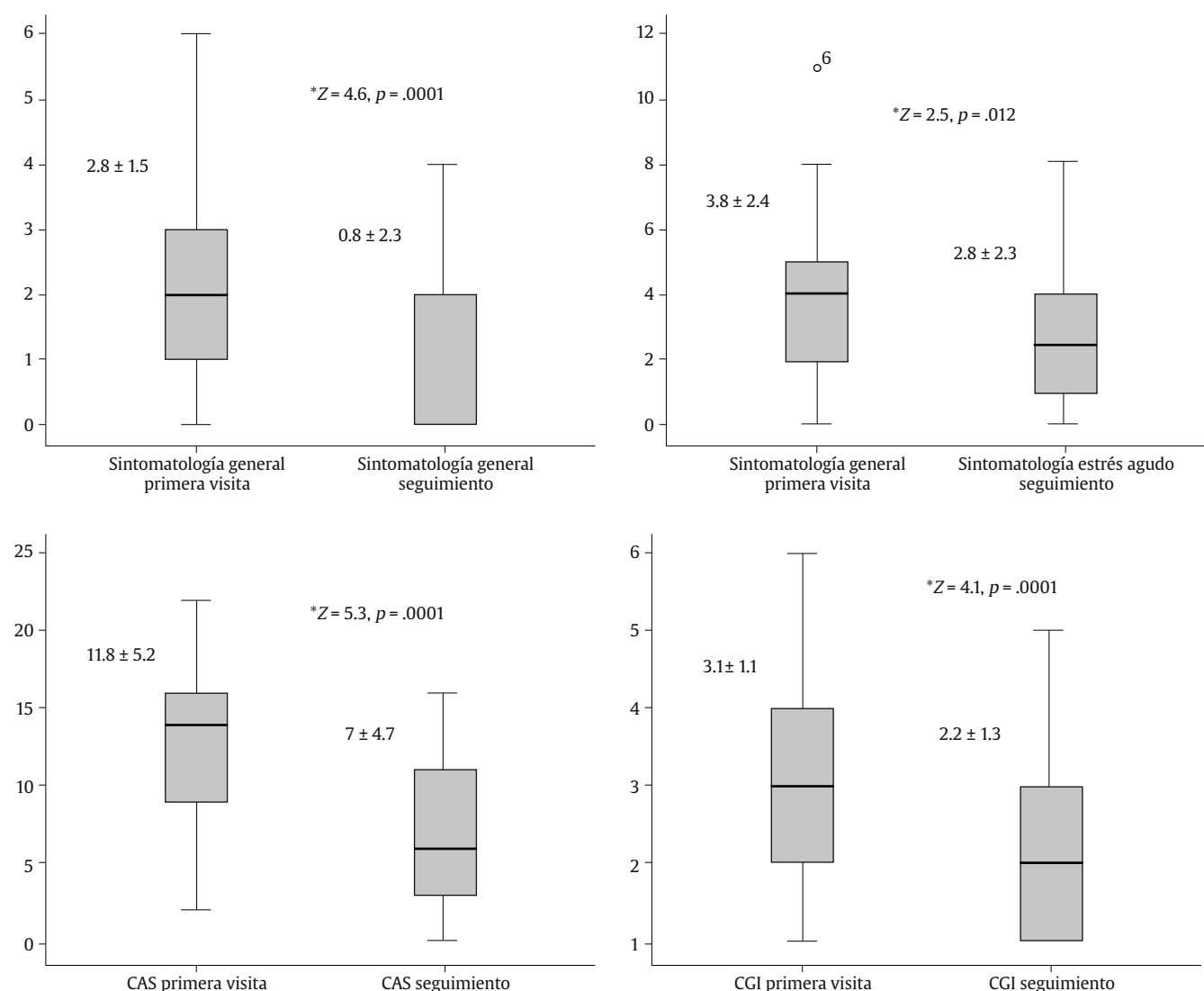
Nota. Variables cualitativas (n, porcentaje) y cuantitativas (media  $\pm$  desviación típica).

NA = chi cuadrado no aplicable cuando 1 o más celdas tenían una frecuencia esperada < 5.

traumáticos (Dai et al., 2016; Kaniasty, 2012). A nivel organizacional, es importante tener presente la importancia del apoyo social percibido y desarrollar intervenciones dentro de las instituciones sanitarias destinadas a potenciar el trabajo y la cohesión grupal.

Dentro de los puntos fuertes del estudio, destacar que este es según nuestro conocimiento, el primer estudio en evaluar la sintomatología de los profesionales sanitarios en contexto de la COVID-19 de forma presencial; hay que tener presente que la mayoría de estudios





**Figura 1.** Comparación de las puntuaciones obtenidas en la primera visita y en el primer seguimiento en sintomatología general, síntomas de estrés agudo, ansiedad e impresión clínica de la gravedad, representada mediante diagramas de caja.

*Nota.* La figura incluye la media junto a la desviación estándar, el estadístico correspondiente a la prueba de Wilcoxon y el valor de  $p$ .

evalúan esta sintomatología mediante cuestionarios o encuestas on-line (por ejemplo, a nivel nacional, [Luceño-Moreno et al., 2020](#); [Santamaría et al. \(2020\)](#)). Así mismo, este estudio es el primero en presentar una intervención psicológica breve que reduce los síntomas emocionales en los profesionales sanitarios en una institución sanitaria nacional en contexto de la pandemia.

Los resultados del presente estudio deben interpretarse teniendo en cuenta algunas limitaciones. La muestra inicial reclutada es pequeña. Dada la urgencia y la necesidad de soporte psicológico a los profesionales sanitarios en el momento del primer brote de la COVID-19 adoptamos una estrategia de muestreo de conveniencia y, por lo tanto, no se ha realizado una selección aleatoria de la muestra, existiendo muchas variables que no se han podido controlar; por las mismas razones no hay grupo control. Otra de las limitaciones del estudio es que los profesionales del hospital pueden presentar dificultades para solicitar ayuda en la fase aguda debido a la alta sobrecarga y exigencia de la situación. Además, pueden presentar mayor deseabilidad social por el hecho de que quien los entrevista es un profesional del propio centro. Algunas de las escalas de evaluación utilizadas, como las listas de síntomas extraídas de

protocolos de incidentes con múltiples víctimas, no tienen estudios de validez y fiabilidad demostrados. Así mismo, algunas de las variables analizadas presentan valores  $n < 5$ , limitando el análisis estadístico. Destacar que se trata de un estudio descriptivo, sin grupo control, no pudiéndose extraer conclusiones sobre la eficacia de la intervención. Como líneas de investigación futuras sería relevante realizar un estudio prospectivo longitudinal para evaluar la evolución de la sintomatología clínica después de un período de tiempo.

## Conclusiones

La respuesta a una crisis sanitaria como la de la COVID-19 por parte de los servicios de salud mental debe ser dinámica, flexible, adaptable a la evolución de la pandemia e incluir la tecnología en sus distintas fases ([J. Zhang et al., 2020](#)). Además, debe poner especial énfasis en la necesidad de atención psicológica durante la COVID-19 y en fases posteriores, incorporar la perspectiva de género y hacer uso de instrumentos de evaluación para valorar la evolución clínica de los profesionales sanitarios a lo largo de toda la crisis.

Los programas de salud mental que facilitan que los profesionales sanitarios puedan asistir a la visita durante los propios turnos de trabajo, garantizando la confidencialidad, ofreciendo las visitas tanto en formato presencial como on-line, pueden ayudar a romper algunas de las barreras que dificultan el acceso y uso de estos programas por parte de los profesionales sanitarios.

A nivel terapéutico, la intervención psicológica en contexto de la COVID-19 requiere de la implementación combinada de intervenciones tempranas, seguimiento y recuperación de las secuelas estresantes y traumáticas (J. Zhang et al., 2020). En fases iniciales, una intervención psicológica temprana y breve permite disminuir el malestar, principalmente la sintomatología general, de ansiedad y estrés agudo reactivas al contexto de pandemia, repercutiendo probablemente de forma positiva en el cuidado de los pacientes afectados de COVID-19. Así mismo, conviene que las instituciones sanitarias tengan presente la importancia del apoyo social percibido de los profesionales sanitarios como estrategia a desarrollar también dentro de los equipos de trabajo para amortiguar el malestar emocional.

Por último, consideramos necesario destacar la importancia de la salud mental, y de la psicología clínica en particular, en las líneas estratégicas y planes de futuro en la salud pública global para hacer frente a la COVID-19, así como a futuras crisis sanitarias.

### Extended Summary

The World Health Organization declared in January 2020 (OMS, 2020) the new outbreak of COVID-19 as an international public health emergency. The pandemic represents an unprecedented health, political, economic, and social welfare cost (The Lancet Public Health, 2020).

Although the majority of the population will show resilience to loss and stress, the virus is likely to exacerbate previous mental disorders and contribute to the development of stress-related psychopathology in part of the population (Horesh and Brown, 2020).

Healthcare professionals are on the front line of caring for people with COVID-19 and therefore at high risk of infection. In addition, they experience great work overload and isolation, being more vulnerable to physical fatigue, fear, anxiety, emotional distress and sleeping problems (Kang et al., 2020). Different studies in China, showed an increase in prevalence of insomnia (34-38.4%), anxiety (13-44.6%), depression (12.2-50.4%), obsessive-compulsive symptoms (5.3%), somatization (1.6%), and general psychological distress (71.5%) in health professionals (Lai et al., 2020; W.-R. Zhang et al., 2020).

The emotional well-being of healthcare professionals is a key point in the day-to-day management of COVID-19, both because of the psychological impact on the professionals themselves and because of the consequences it may have on work performance and patient care. Even so, some barriers have been identified that may hinder the access and use of interventions aimed at supporting the resilience of healthcare professionals, such as, for example, the stigma associated with mental health, denial, discomfort with emotional disclosure (DePierro et al., 2020), and being exhausted and having little time (Li et al., 2020). Likewise, the ability of healthcare professionals to cope with new waves of the pandemic may be diminished if there is insufficient time between outbreaks or if measures to aid in recovery are not implemented (Mira et al., 2020).

In the context of COVID-19, studies suggest that a quick, personal, confidential, and easily accessible supportive response is crucial to strengthening the resilience of healthcare professionals as potential secondary victims of COVID-19 (Strametz et al., 2020). It is recommended that healthcare professionals receive psychological support if they present early symptoms of burnout, anxiety or depression to reduce the risk of psychiatric morbidity (Xiang et al., 2020), with psychological intervention being the first line of treatment for anxiety, acute stress, insomnia and post-traumatic stress disorder (Inchausti et al., 2020).

The aim of this study is to describe the mental health needs of healthcare professionals during COVID-19 and to analyze the effects of a brief psychological intervention adapted to the context of the pandemic on clinical symptomatology.

### Method

**Context.** The Vall d'Hebron University Hospital (HUVH) in Barcelona is a third level hospital where 5,371 COVID-19 patients have been treated, being one of the hospitals in Spain that more COVID-19 patients have attended. Of these patients, 3,350 were discharged from the emergency department and 2,021 after a process of hospitalization, being 294 exits (data at May 2020).

**Participants.** This is a before-after intervention study, without a control group. The sample was composed of 47 healthcare professionals from the hospital who requested psychological care from March 17<sup>th</sup> to April 29<sup>th</sup> 2020, whether or not they worked on the front line of care for patients affected by COVID-19. It was a convenience sample, in which all the healthcare professionals who requested psychological support from the Psychiatric Department, by signing the informed consent beforehand, were included in the study. The study was approved by the Ethics Committee of the HUVH and was carried out according to the ethical standards contained in the Declaration of Hel-sinki, 2008.

**Procedure.** Healthcare professionals who requested psychological support contacted the Psychiatric Department by telephone or email. They were scheduled to visit a clinical psychologist of the team within 48 hours. The visits were face to face, by video call or by telephone, according to the preferences of the patient, and healthcare professionals could be assisted during their work shift.

Clinical scales were administered both in the first visit and in the follow-up visit(s). The brief psychological intervention included cognitive-behavioral strategies of emotional regulation, anxiety management, cognitive restructuring, and value orientation, the latter based on third generation therapies. In the first visit, depending on the symptomatology and severity of the condition assessed by clinical interview and through the Clinical Anxiety Scale (CAS; Bulbena et al., 2003), patients were classified according to severity as mild or moderate-high. A follow-up visit was established at one week if it was mild or at 48 hours if it was moderate-high. Later on, if healthcare professionals required further clinical psychology visits, these were scheduled and carried out, although they were not recorded for the purposes of this study.

### Instruments

**Ad hoc questionnaire,** where the following information was collected: sociodemographic data, professional situation, reason for consultation, precipitating factors and stressors, medical and psychiatric family and personal history.

**List of 12 general clinical symptoms** present during the interview: intensity of emotional expression, anxiety, inhibition or motor hyperactivity, somatization, aggressive behaviors, dissociation, hallucinations, and substance use and the option of recording other symptoms. Hetero-administered. Responses are dichotomous (yes/no) according to the presence or absence of the symptoms described.

**List of 13 symptoms of acute stress,** elaborated by the team of attention to multiple victims to identify people with a greater risk of developing a mental disorder. Hetero-administered. Responses are dichotomous (yes/no) according to the presence or absence of the symptoms described.

**Clinical Anxiety Scale (CAS; Bulbena et al., 2003).** This is a hetero-administered scale that evaluates anxious symptoms in the last two days by means of 7 items that are scored on a 5-point Likert scale (0-4).

**Clinical Global Impression Scale** (CGI; Guy, 1976). It is a hetero-administered scale formed by two subscales that evaluate the severity of the clinical picture and the improvement of clinical symptoms due to therapeutic interventions. Both use an 8-point Likert scale (0-7).

**Data analysis.** First, the descriptive statistics of the main variables of the study were computed, including the calculation of mean, standard deviation, and frequency tables. Since this is a descriptive study, a convenience sample was used instead of a random sample. Later, to compare the variables according to the clinical severity at the first visit, data were analyzed at a bivariate level, using statistics. The chi-square test was used to compare categorical variables and Student's *t*-test for quantitative variables. A Mann Whitney *U* statistic was used for continuous variables when two groups were compared. Finally, to compare the means of the scales before and after the first intervention, the Wilcoxon statistic was used, which allows comparing the means of two related samples. This comparison of means was represented graphically in box diagrams. Data was analyzed using the statistical package SPSS version 20.0.1. In all cases, statistical significance was accepted for  $p < .05$ .

## Results

**Characteristics of the sample.** The sample was composed of 47 healthcare professionals (76.6% women, 23.4% men) between the ages of 26 and 64. The first visits were made both face to face and by telematic means. Healthcare professionals came from different departments of the hospital, being nursing professionals the ones who required more psychological support, followed by nursing assistants, porters, administration and laboratory professionals, medical professionals, kitchen, and maintenance staff among others.

Throughout the initial phase of the health crisis, 57.4% of professionals reported having worked directly with COVID-19 patients. From the sample, 38.3% of the professionals reported psychiatric antecedents and 44.7% reported a medical history of interest (hypertension, asthma, obesity, neoplasms, etc.).

**Clinical results on general symptomatology, anxiety, and acute stress.** The main reason for consultation was the presence of symptoms of anxiety and depression, sleep disturbances, or being in the process of mourning a loved one. The main precipitating factors identified were changes in work, high labor overload and stress, having been infected, the presence of familial problems, the fear of contagion and isolation.

The main symptoms identified were sleep alterations (87.2%), hyperconcern (63.8%), sadness (53.2%), somatization (53.2%), high intensity of emotional expression (46.8%), and changes in appetite (46.8%).

In relation to the symptoms of acute stress, 53.2% referred to having had contact with patients who had died or were seriously affected by COVID-19 and 57.4% to having perceived a vital threat to their own life or that of their relatives.

In the CAS questionnaire 38.3% of professionals presented mild anxiety, 34% moderate, and 17% high; 89.3% of healthcare professionals who consulted presented anxiety at clinical levels ( $M = 11.8$ ,  $SD = 5.2$ ).

In the CGI scale, most healthcare professionals showed a level of psychological affection between light and moderate.

In relation to the clinical severity, 74.5% of healthcare professionals were visited for the second time in a week, offering them documents and recommendations to manage the symptoms in the first visit; on the other hand, 25.5% required a more immediate follow-up and four professionals also required psychiatric assessment. Five healthcare professionals required subsequent referral to mental health centers for medium- to long-term treatment.

**Comparison of subjects based on clinical severity.** When comparing healthcare professionals according to clinical severity estab-

lished in the first visit, those professionals who presented greater clinical severity were those who reported high emotional expression ( $\chi^2 = 5.14$ ,  $p = .023$ ) and greater intensity of fear in the context of the COVID-19 ( $\chi^2 = 5.18$ ,  $p = .023$ ). In contrast, no significant differences were found in sociodemographic variables, except in perception of social support, being the professionals who perceived more support from family, friends or co-workers those who required a less intensive intervention.

**Clinical evolution of the professionals through a brief intervention.** Figure 1 shows the comparison of the scores obtained in the first visit and in the evaluation post-intervention in the different variables assessed by means of box diagrams. The results of general symptomatology and acute stress checklists, as well as the CAS and the global impression scales, showed a significant decrease in symptoms in the evaluation after the brief intervention.

## Discussion

During the first wave of COVID-19, the majority of healthcare professionals who requested psychological support were women, a population that has been affected to a greater extent by the pandemic (Connor et al., 2020), highlighting the importance of including the gender perspective in the interventions. On the other hand, it is necessary to assess the barriers or difficulties encountered by male healthcare professionals when accessing mental health care programs and to promote facilitating elements.

The results of our study identify the presence of depressive and anxious symptoms, as well as sleep and eating disturbances in professionals during the first wave of COVID-19, results which are congruent with those found in other studies (Kang et al., 2020; Lai et al., 2020; W.-R. Zhang et al., 2020). A brief psychological intervention focused on cognitive-behavioral techniques and immediate, at the time of request for help, contributes to the decrease of the severity of the clinical picture in its initial phases. Healthcare professionals who perceive better social support do not require such an intensive intervention, and this factor may be a buffer against emotional distress; these results go in the same direction as those of other studies on traumatic events (Dai et al., 2016; Kaniasty, 2012). At an organizational level, it is important to keep in mind the importance of perceived social support and to develop interventions within healthcare institutions aimed at enhancing work and group cohesion.

Among the strengths of the study, it should be noted that this is, to our knowledge, the first study to evaluate the symptomatology of healthcare professionals in a face-to-face way in the context of COVID-19; it should be noted that most studies evaluate this symptomatology through questionnaires or online surveys (for example, at the national level, Luceño-Moreno et al., 2020; Santamaría et al., 2020). Likewise, this study is the first to present a brief psychological intervention that reduces emotional symptoms in healthcare professionals in a national healthcare institution in the context of the pandemic.

The results of this study should be interpreted with some limitations in mind. The initial sample recruited is small. Given the urgency and the need for psychological support of healthcare professionals at the time of the first outbreak of COVID-19, we adopted a convenience sampling strategy and, therefore, no random selection of the sample was made; for the same reason, there is no control group. Some of the assessment scales used, such as symptom lists drawn from multi-victim incident protocols, do not have proven validity and reliability studies. Likewise, some of the variables analyzed have  $n < 5$  values, limiting the statistical analysis. Further longitudinal research to evaluate the evolution of clinical symptomatology related to COVID-19 on healthcare professionals after a period of time is needed.

**Conclusions.** The response to a health crisis such as COVID-19 by the Mental Health Services must be dynamic, flexible, adaptable to



the evolution of the pandemic, and include technology in its different phases. In addition, it should place special emphasis on the need for psychological care during COVID-19 and in later phases incorporate the gender perspective and the use of evaluation instruments to assess the clinical evolution of healthcare professionals throughout the crisis. Mental health programs that facilitate healthcare professionals to attend the visit during their own work shifts, ensuring confidentiality, offering the visits in both face-to-face and on-line formats can help break down some of the barriers to accessing and using these programs by healthcare professionals.

At a therapeutic level, psychological intervention in the context of COVID-19 requires the combined implementation of early interventions, follow-up, and recovery from stressful and potentially traumatic sequelae (J. Zhang et al., 2020).

In initial stages, an early and brief psychological intervention can reduce distress, mainly general symptoms, anxiety, and acute stress of healthcare professionals reactive to the pandemic context, probably having a positive impact on the care of patients affected by COVID-19, as well as on the health system. Likewise, it is important for health institutions to bear in mind the importance of the social support perceived by professionals as a strategy to be developed also within work teams in order to cushion emotional discomfort.

Finally, it is necessary to highlight the importance of mental health, and of clinical psychology in particular, in the strategic lines and future plans in global public health to face COVID-19, as well as future health crises.

### Conflicto de Intereses

C.F. estuvo en el panel de ponentes de Shire, Takeda, Ferrer, Italfarmaco y Otsuka en los últimos 5 años. También recibió ayudas para participar en reuniones médicas por parte de Janssen-Cilag, Rubió, Shire, Takeda, Lundbeck, Otsuka y Ferrer.

V.R. estuvo en el panel de conferenciantes y/o actuó como consultor para Takeda, Eli-Lilly en los últimos 5 años. También recibió ayudas por participar en reuniones médicas por parte de Janssen-Cilag, Rubió, Shire, Takeda y Lundbeck.

J.A.R.Q. estuvo en el panel de ponentes y/o actuó como consultor para Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Novartis, Shire, Takeda, Bial, Shionogui, Lundbeck, Almirall, Braingaze, Sincrolab, Medice y Rubió en los últimos 5 años. También recibió ayudas para viajes por participar en reuniones psiquiátricas de Janssen-Cilag, Rubió, Shire, Takeda, Shionogui, Bial, Medice y Eli-Lilly. El Departamento de Psiquiatría dirigido por él recibió apoyo educativo y de investigación sin restricciones de las siguientes compañías en los últimos 5 años: Eli-Lilly, Lundbeck, Janssen-Cilag, Actelion, Shire, Ferrer, Oryzon, Roche, Psious y Rubió.

El resto de autores no tienen conflictos de intereses a declarar.

### Agradecimientos

Queremos dar las gracias a todos nuestros compañeros y compañeras del hospital que están en primera línea de la COVID-19, así como a los que han accedido a participar en el presente estudio.

### Bibliografía

- Bulbena, A., Bobes, J., Luque, A., Dal-Ré, R., Ballesteros, J. e Ibarra, N. (2003). Validación de las versiones en español de la Clinical Anxiety Scale y del Physician Questionnaire para la evaluación de los trastornos de ansiedad. *Medicina Clínica*, 121(10), 367-74. <https://doi.org/10.1157/13052115>
- CASTOR EDC. (2019). *Castor electronic data capture* [online]. <https://castoredc.com>
- Connor, J., Madhavan, S., Mokashi, M., Amanuel, H., Johnson, N. R., Pace, L. E. y Bartz, D. (2020). Health risks and outcomes that disproportionately affect women during the Covid-19 pandemic: A review. *Social Science and Medicine*, 266, 113364. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113364>
- Dai, W., Chen, L., Tan, H., Wang, J., Lai, Z., Kaminga, A. C., Li, Y. y Liu, A. (2016). Association between social support and recovery from post-traumatic stress disorder after flood: A 13-14 year follow-up study in Hunan, China. *BMC Public Health*, 16, 194. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2871-x>
- DePierro, J., Lowe, S. y Katz, C. (2020). Lessons learned from 9/11: Mental health perspectives on the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 288, 10-12. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113024>
- Fan, F., Long, K., Zhou, Y., Zheng, Y y Liu, X. (2015). Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder symptoms among adolescents after the Wenchuan earthquake in China. *Psychological Medicine*, 45(13), 2885-96. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000884>
- Guy, W. (1976). *ECDEU assessment manual for psychopharmacology*. US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs. ISO 690.
- Horesh, D. y Brown, A. D. (2020). Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 12(4), 331-35. <http://doi.org/10.1037/tra0000592>
- Inchausti F., García-Poveda N.V., Prado-Abril J. y Sánchez-Reales S (2020). La psicología clínica ante la pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud*, 31(2), 105-107. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a11>
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Xiang, B. X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H. y Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), e14. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
- Kaniasty, K. (2012). Predicting social psychological well-being following trauma: The role of postdisaster social support. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 4(1), 22-33. <https://doi.org/10.1037/a0021412>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z. y Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Li, W., Yang, Y., Liu, Z. H., Zhao, Y.-J., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T. y Xiang, Y.-T. (2020). Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10), 1732-1738. <https://doi.org/10.7150/ijbs.45120>
- Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuera, Y. y Martín-García, J. (2020). Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in Spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5514. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155514>
- Mira, J. J., Carrillo, I., Guilabert, M., Mula, A., Martín-Delgado, J., Pérez-Jover, M. V., Vicente, M. A. y Fernández, C. (2020). Acute stress of the healthcare workforce during the COVID-19 pandemic evolution: A cross-sectional study in Spain. *BMJ Open*, 10(11), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042555>
- Neto, M., Almeida, H. G., Esmeraldo, J. D., Nobre, C. B., Pinheiro, W. R., Oliveira, C. R. T., Sousa, I. C., Lima, O. M. M. L., Lima, N. N. R., Moreira, M. M., Lima, C. K. T., Júnior, J. G. y da Silva, C. G. L. (2020). When health professionals look death in the eye: The mental health of professionals who deal daily with the 2019 coronavirus outbreak. *Psychiatry Research*, 288, 112972. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112972>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020). *Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Infection, prevention and control* [WASH]. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/infection-prevention-and-control>
- Santamaría, M. D., Ozamiz-Etxebarria, N., Redondo, I., Jaureguizar, J. y Picaza, M. (en prensa). Impacto psicológico en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>
- Strametz, R., Raspe, M., Ettl, B., Huf, W. y Pitz, A. (2020). Recommended actions: Reinforcing clinicians' resilience and supporting second victims during the COVID-19 pandemic to maintain capacity in the healthcare system. *Zentralblatt Fur Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz Und Ergonomie*, 70(6), 264-268. <https://doi.org/10.1007/s40664-020-00405-7>
- The Lancet Public Health. (2020). COVID-19 puts societies to the test. *The Lancet Public Health*, 5(5), e235-e296.
- Wang, M., Tang, J. y Wei, F. (2020). Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-NCov) in Wuhan, China. *Journal of Medical Virology*, 92(4), 441-447. <https://doi.org/10.1002/jmv.25689>
- Wang, W., Tang, J. y Wei, F. (2020). Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-NCov) in Wuhan, China. *Journal of Medical Virology*, 92(4), 441-447. <https://doi.org/10.1002/jmv.25689>
- Xiang, Y.-T., Jin, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Zhang, L. y Cheung, T. (2020). Tribute to health workers in China: A group of respectable population during the outbreak of the COVID-19. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10), 1739-1740. <https://doi.org/10.7150/ijbs.45135>
- Zhang, J., Wu, W., Zhao, X. y Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia

- outbreak in China: A model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*, 3(1), 3-8. <https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>
- Zhang, W.-R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W.-F., Xue, Q., Peng, M., Min, B.-Q., Tian, Q., Leng, H.-X., Du, J.-L., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F.-F., Yan, T.-Y., Dong, H.-Q., Han, Y., Wang, Y.-P., Cosci, F. y Wang, H.-X. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 100053(45), 1-9. <https://doi.org/10.1159/000507639>