

Original

El impacto psicológico de la pandemia por COVID-19 en profesionales de la salud de Buenos Aires

DEMIÁN E. RODANTE, MELINA S. BELLOTTI

DEMIÁN EMANUEL RODANTE
Magíster en
Neuropsicofarmacología.
Facultad de Ciencias Humanas
y de la Conducta,
Universidad Favaloro (UF).
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

MELINA S. BELLOTTI
Estudiante de la Licenciatura
en Psicología.
Facultad de Ciencias Humanas
y de la Conducta, Universidad
Favaloro (UF).
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 26/11/2020

FECHA DE ACEPTACIÓN: 11/12/2020

Los profesionales de la salud cumplen un papel esencial en este contexto de emergencia sanitaria por COVID-19; durante previos brotes de enfermedades han resultado especialmente vulnerables al desarrollo de trastornos mentales. *Objetivo:* evaluar el impacto psicológico de la pandemia por COVID-19 en 350 profesionales de la salud de Buenos Aires (femenino = 81.4%, masculino = 18.6%). *Método:* se realizó un estudio longitudinal evaluándose los niveles de depresión, ansiedad e hipocondrias y su posible asociación con la percepción del COVID-19. La evaluación fue virtual e incluyó un cuestionario sociodemográfico, el *Inventario de ansiedad estado-rasgo* (STAI), el *Cuestionario de salud del paciente* (PHQ-9), la *Escala de hipocondrias YBOCS modificada* (H-YBOCS-M) y una adaptación del *Cuestionario breve de percepción de enfermedad* (BIPQ). *Resultados:* aunque no se encontraron cambios longitudinales, más del 50% alcanzó el punto de corte diagnóstico para un episodio depresivo mayor, más del 40% altos niveles de ansiedad e hipocondrias y la percepción del COVID-19 contribuyó positivamente sobre la sintomatología clínica. *Conclusiones:* conocer como esta situación impacta en estos profesionales permitirá desarrollar intervenciones que resguarden su salud física y mental, garantizando así una atención sanitaria adecuada.

Palabras clave: Depresión – Ansiedad – Hipocondrias - Percepción del COVID-19 - Personal sanitario.

The Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Professionals from Buenos Aires

Health professionals play an essential role within this context of health emergency due to COVID-19. During previous disease outbreaks, they have been especially vulnerable to the development of mental disorders. *Objective:* to evaluate the psychological impact of the COVID-19 pandemic in 350 health professionals in Buenos Aires (Female = 81.4%, Male = 18.6%). *Method:* a longitudinal study was carried out to estimate the levels of depression, anxiety and hypochondriasis as well as their possible association with the perception of COVID-19. The evaluation was through a virtual survey that included a sociodemographic questionnaire, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), the Modified YBOCS Hypochondriasis Scale (H-YBOCS-M) and an adaptation of the Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ). *Results:* although no longitudinal changes were found, more than 50% reached the diagnostic cut-off point for a major depressive episode, more than 40% high levels of anxiety and hypochondriasis, and the perception of COVID-19 contributed positively to the clinical symptoms. *Conclusions:* knowing how this situation impacts on these professionals will allow the development of interventions to protect their physical and mental health, thus guaranteeing adequate health care.

Keywords: Depression – Anxiety – Hypochondriasis – Perception of COVID-19 – Health Personnel.

CORRESPONDENCIA
Melina S. Bellotti.

Av. Caseros 2846, C1264AAU.
Ciudad Autónoma de
Buenos Aires,
R. Argentina;
bellottimelina@gmail.com

Introducción

Un nuevo brote de coronavirus surgió el 31 de diciembre de 2019 en Wuhan, China, causando conmoción en todo el mundo. Apenas un mes después, el 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud [39] declaró la emergencia de salud pública internacional por coronavirus (COVID-19) y finalmente, el 11 de marzo fue declarada oficialmente una pandemia.

En Argentina, el primer caso de coronavirus fue confirmado el 3 de marzo de 2020, y cinco días después se confirmó el primer fallecimiento por COVID-19, que fue el primer caso mortal de América Latina. Desde entonces el número de contagios ha aumentado y son varias las medidas de prevención que rápidamente han sido implementadas para controlar el brote.

A lo largo de la historia, contextos de crisis como es una pandemia, han producido un aumento del malestar emocional en la población afectada actuando como disparador del desarrollo de trastornos mentales [19, 32]. Durante una pandemia, el miedo y la incertidumbre incrementan los niveles de estrés y ansiedad en individuos sanos, y exacerban los síntomas de aquellos con trastornos mentales preexistentes [32]. En eventos pasados se ha demostrado que las alteraciones en la salud mental pueden incluso durar más tiempo y tener una prevalencia mayor que el de personas afectadas por la infección [29, 32]. En este contexto de emergencia sanitaria internacional, el papel de los profesionales de la salud es sumamente esencial. Se están enfrentando a una situación de altos niveles de estrés laboral, a la falta de recursos humanos y de equipos de protección personal, a instituciones desbordadas, a la muerte de numerosos pacientes y a la necesidad de tomar decisiones éticamente difíciles, situaciones que podrían ocasionar un impacto negativo en la salud mental [10, 30, 40]. Numerosas investigaciones han podido demostrar que, en comparación con la población general, los profesionales de la salud aún en condiciones laborales normales, tienen mayores probabilidades de sufrir alteraciones psicológicas dadas las altas exigencias y contextos de gravedad de su actuar profesional [1, 22, 25, 28]. Tras previos brotes de enfermedades como el

SARS-CoV en 2003, la gripe A/H1N1 en 2009 o el Ébola en 2014, los profesionales de la salud y sus familias, han resultado especialmente vulnerables al desarrollo de trastornos mentales graves [14, 26, 29]. Gran parte del personal de salud expresó un conflicto entre sus roles como proveedores de atención médica y sus roles familiares, sintiendo por un lado el altruismo y la responsabilidad profesional y, por otro lado, el miedo y la culpa por exponer potencialmente a sus familias [26].

COVID-19 y su impacto en la salud mental

Considerando el contexto actual, investigaciones publicadas recientemente advierten sobre el impacto en la salud mental que el COVID-19 ha provocado sobre los profesionales de la salud. Se han reportado alteraciones en el sueño, altos niveles de síntomas depresivos, ansiosos, y relacionados al estrés, junto con una elevada preocupación por contraer la enfermedad o contagiar a seres queridos [13, 18, 24, 31]. Si bien ante el rápido nivel de contagio del COVID-19 presentar una cierta cantidad de ansiedad relacionada con la enfermedad podría resultar adaptativa, ya que promovería un comportamiento protector adecuado, se ha encontrado que presentar altos niveles de hipocondrias se asoció con mayores niveles de estrés ante el COVID-19, y con mayores niveles de sintomatología depresiva y ansiosa [20, 38].

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Representa una dificultad para adaptarse a la pérdida percibida de una inversión vital, que excede las competencias y capacidades del individuo para mitigar su impacto [6]. Si bien la mayoría de las personas logran adaptarse a los estresores de la vida, quienes hayan pasado por circunstancias vitales adversas tienen mayores probabilidades de sufrir depresión, así como también quienes tengan cierta predisposición genética [27].

La ansiedad es considerada una reacción humana normal ante situaciones estresantes, sin embargo, se habla de ansiedad patológica [5] cuando por intensidad, duración, y/o frecuencia altera áreas importantes de nuestra vida produciendo deterioro y una evitación persistente de las situaciones temidas. Los trastornos de ansiedad se caracterizan

por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprehensión respecto al futuro [4], interfieren directamente con el manejo efectivo y adaptativo ante la amenaza percibida, y en el funcionamiento social y laboral de quien lo padece [5]. Investigaciones previas demostraron que la presencia de síntomas depresivos y ansiosos correlacionó positivamente con la presencia de altos niveles de hipocondrias [20, 38].

En el presente trabajo se utiliza el concepto de hipocondrias para referirse al actualmente denominado trastorno de ansiedad por enfermedad según el DSM 5 [2], el cual se caracteriza por el miedo a o la creencia en padecer una enfermedad grave a partir de la interpretación negativa y errónea de los signos y síntomas corporales normales [3]. Los brotes de enfermedades infecciosas llevan a que algunas personas clínicamente sanas malinterpreten signos y sensaciones corporales benignos como indicios de haberse contagiado, lo que hace que aumenten los niveles de ansiedad por su propia salud, que centren excesivamente la atención en sus sensaciones corporales y que se vean implicados en comportamientos excesivos [3]. Se ha sugerido que ante una enfermedad como la COVID-19 las percepciones podrían cumplir un papel importante, ya que estarían asociadas con el aumento del malestar psicológico informado en los profesionales de la salud. La percepción de enfermedad es un constructo desarrollado a partir del *Modelo de sentido común y de autorregulación de enfermedad* propuesto por Leventhal [23] quien planteó que la forma en que una persona enfrenta una enfermedad va a estar determinada por la percepción que tenga sobre la misma. Dichas alteraciones psicológicas no solo afectan la atención, la comprensión y la capacidad de toma de decisiones del personal de salud, sino que también podrían tener un impacto negativo en su bienestar general a largo plazo. Los riesgos de la exposición laboral a la que se enfrentan, por la escasez o la insuficiencia de equipos de protección personal, constituye una fuente importante de estrés.

Además, ya se han documentado elevadas tasas de suicidio entre profesionales de la salud, dentro de un contexto donde el temor

a propagar la enfermedad podría considerarse un factor de riesgo [30]. Se ha demostrado que asegurar la presencia de equipos de protección personal, brindar información precisa y transparente de manera periódica sobre el brote de COVID-19, el proceso de tratamiento y los avances científicos, ha contribuido en gran medida a aliviar la angustia psicológica [14, 40]. Por lo tanto, establecer e implementar rápidamente un dispositivo de contención psicológica a largo plazo que integre la evaluación, el tratamiento, el apoyo, la capacitación y equipos de protección necesarios para los profesionales de la salud, así como también desarrollar un plan para la prevención y manejo de crisis suicidas, debe ser uno de los objetivos más importantes de las políticas públicas [14].

Considerando los resultados encontrados hasta el momento, el objetivo del presente estudio fue evaluar la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e hipocondrias y su posible asociación con la percepción ante el COVID-19 durante dos momentos diferentes de la pandemia.

Materiales y método

Diseño y muestreo

El presente estudio posee un diseño de corte longitudinal, ya que se evaluó a la misma muestra en dos momentos distintos. Es de tipo no experimental debido a que la variable independiente, COVID-19, es asignada y no se controlaron todas las variables contaminadoras. El tipo de muestreo fue no probabilístico, de tipo intencional y por bola de nieve. Para acceder a la muestra, se utilizaron redes sociales tales como *Facebook*, *WhatsApp* y correo electrónico. En cuanto a los criterios de inclusión, los requisitos fueron tener entre 20 y 70 años, ser profesional de la salud, trabajar en Buenos Aires y brindar un consentimiento informado *online* sobre la participación voluntaria, confidencial y anónima.

Participantes

Un total de 525 profesionales de la salud completaron la primera encuesta, administrada durante los meses de abril y mayo del 2020. De ellos, 175 fueron excluidos del estudio por no cumplir con los criterios de inclusión o no haber completado la segunda

encuesta. De esta manera, la muestra final estuvo compuesta por 350 profesionales de la salud, de ellos el 81.4% (*n* = 285) fueron mujeres y el 18.6% hombres (*n* = 65) con edades comprendidas entre los 23 y 68 años (*M* = 35.85; *DE* = 9.60). Se consideraron «adultos-jóvenes» a las personas de 20 a 30 años, «adultos» a las personas mayores de 30 años y «adultos mayores» a los mayores de 60 años. Fueron considerados profesionales de salud de «primera línea» los/as médicos/as y enfermeros/as, teniendo en cuenta que, su área de trabajo se vio directamente

implicada y altamente demandada para lidiar contra el COVID-19, en comparación con el resto de los profesionales. De esta manera, el 60.8% fueron profesionales de la salud de primera línea y el 39.2% profesionales de la salud de distintas áreas. El 48.3% refirió trabajar en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), y el 51.7% en el Gran Buenos Aires (GBA). El 38.9% refirió trabajar en instituciones de salud privadas y el 36.9% en públicas. En la tabla 1 se describen las características sociodemográficas de la muestra final de manera detallada.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra final (N= 350) rango 23-68 años

	Media (DE) o %	n
Edad	35.85 (9.60)	
Sexo		
Femenino	81.4	285
Masculino	18.6	65
Profesión		
Médicos/as	37.7	132
Enfermeros/as	23.1	81
Psicólogos/as	18.9	66
Psicopedagogos/as	2.0	7
Técnicos/as en salud	3.1	11
Instrumentadores/as quirúrgicos/as	12.9	45
Trabajadores/as sociales	0.3	1
Psicomotricistas	0.3	1
Kinesiólogos/as	0.3	1
Acompañantes terapéuticos	0.9	3
Fonoaudiólogos/as	0.3	1
Terapistas ocupacionales	0.3	1
Institución		
Privada	38.9	136
Pública	36.9	129
Ambas	18.0	63
Independiente	6.3	22
Localidad		
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	48.3	169
Gran Buenos Aires	51.7	181

Procedimiento

La evaluación se realizó de manera virtual, a través de una encuesta *online* mediante la plataforma *Google Forms*, donde se administraron todos los instrumentos en el mismo orden, utilizando el control por equiparación para equilibrar el efecto fatiga y aprendizaje en todos los participantes. La primera encues-

ta se administró durante abril y mayo de 2020 y la segunda durante julio y agosto del mismo año. En ambas se incluyó un mail de contacto del investigador principal, por cualquier duda o consulta que pudiera surgir. Antes de la administración de los instrumentos, todos los participantes debieron aceptar o rechazar su participación en la investigación, a través

de un consentimiento informado acerca del carácter confidencial, anónimo y voluntario de la evaluación, siguiendo la Declaración de Helsinki y las leyes nacionales. Se aclaró que la investigación fue llevada a cabo por investigadores de la Universidad Favaloro y los participantes recibieron datos sobre los objetivos del estudio, no se les informó sobre las hipótesis del mismo.

Instrumentos

- Cuestionario sociodemográfico: a los fines de la presente investigación se realizó un cuestionario sociodemográfico para recabar información sobre: la profesión y especialidad, el sexo (hombre o mujer), la edad, la localidad de trabajo (CABA o GBA), el tipo de institución de trabajo (pública o privada), correo electrónico, teléfono de contacto y la fecha de realización del mismo.

- *Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)*: se administró el cuestionario PHQ-9 [17] en su versión en español, adaptada y validada en Argentina [36]. Se trata de una escala breve de autoinforme compuesta de 9 ítems basados en los criterios del DSM-IV para valorar la presencia y severidad de los síntomas depresivos y para establecer un diagnóstico presuntivo de un episodio depresivo mayor. Estos 9 ítems se puntúan en una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (de 0 a 3). Con base en la puntuación total, se puede categorizar entre: ausencia de depresión o síntomas depresivos leves (0-5), depresión leve (6-8), depresión moderada (9-14) o depresión severa (15-27), siendo una puntuación de 8 o más el punto de corte para un posible diagnóstico de episodio depresivo mayor [36]. En su adaptación argentina, el PHQ-9 cuenta con un alfa de Cronbach de .87 [36].

- *Escala de hipocondriasis —YBOCS— modificada (H-YBOCS-M)*: se utilizó la escala H-YBOCS-M [33], traducida al español por Belloch *et al.* [7], diseñada para evaluar la gravedad de los pensamientos y comportamientos relacionados con la ansiedad por enfermedad. Está compuesta por 19 ítems, los cuales se dividen en tres subescalas: pensamientos o preocupaciones, comportamientos y evitación relacionada con la enfermedad. El puntaje total se compone de la

suma de los ítems 1 a 18, considerándose a mayor puntaje mayor severidad, como punto de corte se utilizó la mediana como referencia para dividir en bajos y altos niveles de hipocondriasis. En su versión original [33] demostró una buena consistencia interna, fiabilidad entre evaluadores y test-retest. Tras la aplicación de la misma en el presente estudio, el coeficiente alfa de Cronbach para la escala total, tras la primera encuesta fue de .92, y para las subescalas el alfa de Cronbach fue de .82 para pensamientos sobre la enfermedad, de .79 para comportamientos relacionados con la enfermedad y de .78 para evitación. Tras la segunda encuesta el alfa de Cronbach para la escala total fue de .93 y para las subescalas fue de .84 para pensamientos, de .83 para comportamientos y de .83 para evitación.

- *Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI)*: el inventario STAI [34] en su adaptación argentina [21], está compuesto por 40 ítems y dividido en dos subescalas de 20 ítems cada una para medir dos conceptos diferentes de ansiedad: estado y rasgo. Se evalúa el grado de ansiedad como rasgo de personalidad y como estado emocional que se presenta en un sujeto según la frecuencia de los síntomas. Los ítems se puntúan en una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (de 0 a 3). La puntuación total en cada una de las subescalas oscila entre 0 y 60 puntos. No existen puntos de corte propuestos, sin embargo, se utilizó la mediana como referencia para dividir en bajos y altos niveles de ansiedad. En su adaptación argentina se evidenciaron altos valores de consistencia interna, siendo el coeficiente alfa de Cronbach para la escala total de .90 [21]. En el presente estudio, se administró únicamente la subescala ansiedad-estado, ya que, el propósito del mismo es medir la presencia de un estado emocional transitorio de ansiedad y no la ansiedad como un rasgo de la persona.

- *Escala de percepción sobre el COVID-19*: a los fines de la presente investigación se realizó una adaptación del *Cuestionario breve de percepción de enfermedad (BIPQ)* [9], con el objetivo de medir la percepción ante el COVID-19. El cuestionario está compuesto por 8 ítems, los cuales se puntúan en una escala tipo Likert con 11 opciones de

respuesta (de 0 a 10). Los ítems incluyeron la forma en que evalúan las consecuencias de la enfermedad, su duración, su comprensión, las medidas de protección utilizadas, las emociones asociadas y el control que la persona percibe ante el COVID-19. Los primeros cinco ítems evalúan las cogniciones acerca del COVID-19, el ítem 6 y el ítem 8 evalúan las representaciones emocionales y por último el ítem 7 evalúa la comprensión de la enfermedad. Se considera que, a mayor puntaje, mayor percepción negativa tendrá la persona con respecto al COVID-19. Debido a que la escala no presenta un punto de corte establecido, se utilizó la mediana como referencia para dividir en bajos y altos niveles de percepción. En cuanto a la consistencia interna, el alfa de Cronbach para la escala total tras la primera encuesta fue de .67 y tras la segunda encuesta fue de .68.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos, se utilizó el programa IBM SPSS versión 23. Previo al análisis de los mismos, se realizó un pre-procesamiento descartando posibles *outliers* en la muestra. Luego, para evaluar la normalidad de los datos se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, a partir de la cual se encontró que los datos se distribuyen de manera anormal, por ende, se emplearon estadísticos no paramétricos. En cuanto a la estadística descriptiva, se describieron las características generales de la población mediante el cálculo de medidas de tendencia central y dispersión. En el caso de las variables continuas-discretas, se utilizó mediana e intervalo intercuartílico. En el caso de las variables dicotómicas-nominales se expresaron como porcentaje con su intervalo de confianza (IC) del 95 %. Con respecto a la estadística analítica, para la comparación de grupos se realizó en primer lugar un análisis univariado. De este modo se logró una primera aproximación hacia cuales son las variables que, al menos individualmente, estaban asociadas con el *outcome*. Luego se empleó el test Wilcoxonrank-Sum para muestras relacionadas y el test U de Mann-Whitney para muestras independientes, ya que la distribución de la muestra no cumplió con los criterios de normalidad. En todos los casos, se tomaron como significativos aquellos valores

que mostraron una $p < 0.05$. Para analizar la relación entre variables se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Finalmente, se realizó una regresión lineal por bloques, controlando variables, para analizar posibles contribuciones entre las mismas.

Resultados

De la muestra final ($N = 350$), los datos de la primera encuesta arrojaron que el 16% de los profesionales presentó síntomas depresivos leves, el 30.9% síntomas depresivos moderados y el 23.7% síntomas depresivos severos. Considerando el puntaje de corte del PHQ-9 en Argentina (> 8) [36] se encontró que el 50.7% de la muestra alcanzó el punto de corte para un posible diagnóstico de episodio depresivo mayor. Además, el 45.4% presentó niveles altos de ansiedad y el 49.4% niveles altos de hipocondriasis.

Tres meses después, tras la segunda encuesta, el 14.9% presentó síntomas depresivos leves, el 31.4% síntomas depresivos moderados y el 25.4% síntomas depresivos severos. Alcanzando el 61.4% de la muestra el punto de corte para un posible diagnóstico de episodio depresivo mayor. El 48.3% presentó niveles altos de ansiedad y el 48% niveles altos de hipocondriasis.

Otro dato importante a destacar es que, durante la primera encuesta el 6.6% del total de la muestra reportó la presencia de ideación suicida, y tras la segunda encuesta esto se mantuvo presentándose en el 6.3% de los mismos. En cuanto a la percepción del COVID-19, tras la primera encuesta, el 48.3% presentó niveles altos, lo que refleja una percepción negativa del COVID-19. Tras la segunda encuesta esto se mantuvo, presentándose niveles altos de percepción en el 48% de la muestra.

Sintomatología clínica conforme al avance de la pandemia

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con relación a los niveles de depresión, ansiedad e hipocondriasis en función del avance de la pandemia por COVID-19 ($p > .05$). Por lo tanto, es posible afirmar que los niveles de depresión, ansiedad e hipocondriasis se mantuvieron constantes a lo largo del tiempo en el que se realizó este estudio (figura 1).

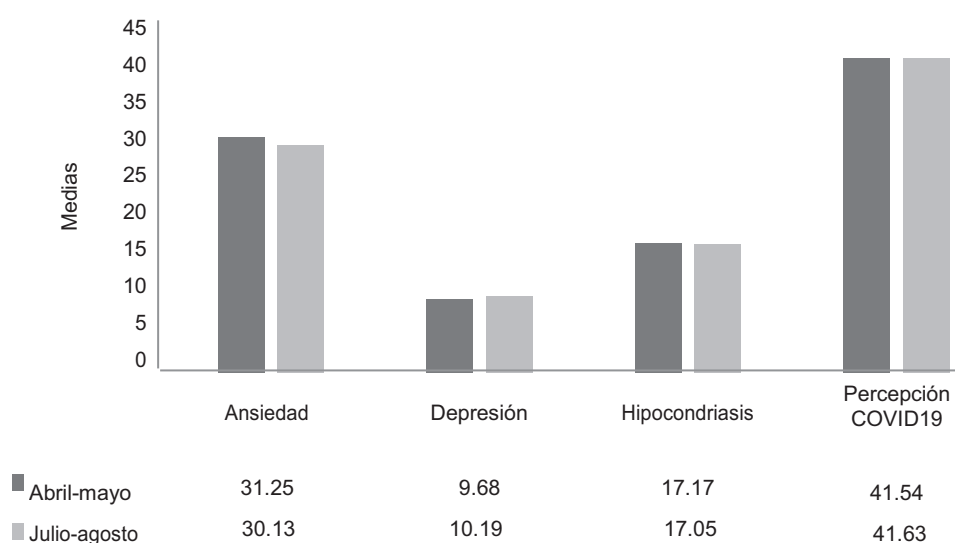


Figura 1. Comparación entre las medias de ansiedad, depresión, hipocondrias y percepción del COVID-19, durante la primera y segunda encuesta

Sin embargo, es importante destacar que el 50.7% de los profesionales de la salud alcanzaron el punto de corte propuesto para población argentina [36], para un posible diagnóstico de episodio depresivo mayor (>8). Con base en ello, se realizó una comparación de grupos para analizar posibles diferencias en la sintomatología clínica, entre aquellos que alcanzaron el punto de corte diagnóstico para un episodio depresivo mayor y aquellos que no. Los niveles de ansiedad, hipocondrias y percepción del COVID-19 fueron mayores en los profesionales que alcanzaron el punto de corte para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor ($U=6094$, $p=.000$, $r=0.49$); ($U=7442$, $p=.000$, $r=0.41$); ($U=8302$, $p=.000$, $r=0.37$) en comparación con aquellos que no lo alcanzaron. Esto se mantuvo sin cambios luego de la segunda encuesta ($U=4114$, $p=.000$, $r=0.60$); ($U=7283$, $p=.000$, $r=0.41$); ($U=7003$, $p=.000$, $r=0.43$).

Comparación de los niveles de depresión, ansiedad e hipocondrias en función del sexo y la edad de la muestra

Solo tras la primera toma se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los niveles de sintomatología clínica en función del sexo. Por lo cual, podría afirmarse que las mujeres, en comparación con los hombres, presentaron mayores niveles

de depresión, ansiedad e hipocondrias durante los primeros meses de la pandemia por COVID-19 en los que se desarrolló este estudio ($U=6510$, $p=.000$, $r=.20$); ($U=6585$, $p=.000$, $r=.19$); ($U=7216$, $p=.005$, $r=.14$). Tras la segunda encuesta se observó un aumento en los niveles de depresión, ansiedad e hipocondrias en los hombres, llegando a equiparar los niveles de sintomatología clínica presentes en las mujeres, no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p>.05$). En cuanto a la edad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con relación a los niveles de depresión, ansiedad e hipocondrias entre los distintos grupos etarios ($p>.05$).

Comparación de los niveles de depresión, ansiedad e hipocondrias en función del área de trabajo

Solo tras la primera encuesta se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los niveles de depresión, ansiedad e hipocondrias ($U=11277$, $p=.000$, $r=.19$); ($U=12871$, $p=.038$, $r=.11$); ($U=11449$, $p=.001$, $r=.18$), por lo que podría afirmarse que los profesionales de la salud de primera línea presentaron mayores niveles de depresión, ansiedad e hipocondrias durante los primeros meses de la pandemia por COVID-19 en

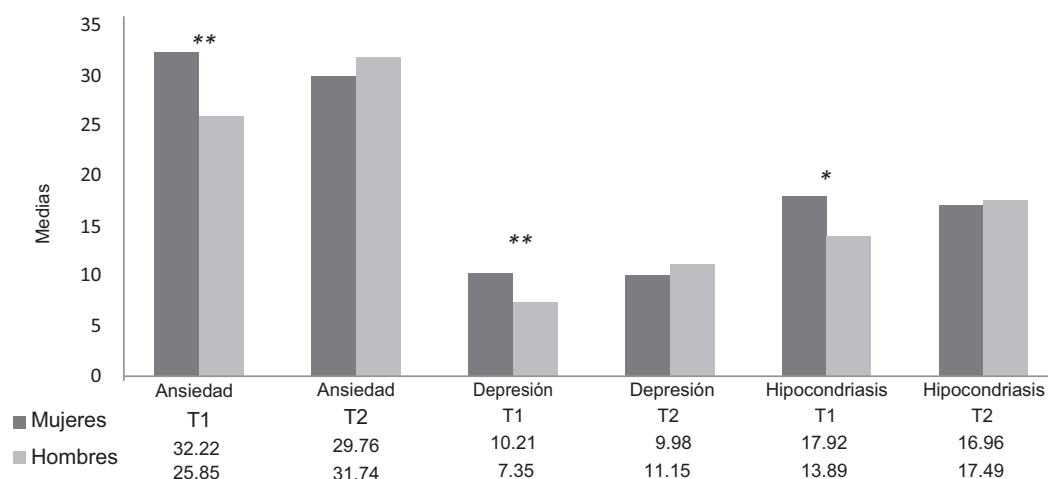


Figura 2. Comparación entre las medias de los niveles de ansiedad, depresión e hipocondrias en función del sexo durante la primera (T1) y segunda encuesta (T2)

* = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$

el que se desarrolló este estudio, en comparación con el resto de la muestra. Tras la segunda encuesta, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$). Además, se realizó una comparación de grupos para evaluar posibles diferencias en la sintomatología clínica según el tipo de institución de trabajo. Tras la primera encuesta los profesionales que refirieron trabajar en instituciones de salud públicas presentaron mayores niveles de depresión, ansiedad y percepción del COVID-19 ($U = 7494$, $p = .04$, $r = 0.10$); ($U = 7439$, $p = .03$, $r = 0.11$); ($U = 7416$, $p = .03$, $r = 0.11$) en comparación con los que refirieron trabajar en instituciones de salud privadas. Tras la segunda encuesta, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p > .05$).

Correlaciones y modelos de regresión lineal entre los niveles de depresión, ansiedad e hipocondrias y la percepción del COVID-19
Tras analizar los datos de la primera y segunda encuesta, se encontró que la percepción del COVID-19 correlacionó positivamente y de forma moderada a alta con los niveles de depresión, ansiedad e hipocondrias (ver tablas 2 y 3). De esta manera, es posible afirmar que a mayor percepción negativa del COVID-19, mayores serán los niveles de depresión, ansiedad e hipocondrias.

Considerando que tras la primera encuesta se hallaron diferencias en función del sexo y área de trabajo, se realizó una correlación parcial controlando dichas variables para determinar si tenían alguna contribución en los resultados, aun así, la relación entre la percepción del COVID-19 y los niveles de depresión, ansiedad e hipocondrias continuó siendo estadísticamente significativa ($p < .05$). Por último, con los resultados de ambas tomas, se realizó una regresión lineal tomando como variable independiente la percepción del COVID-19 y como variables dependientes los niveles de depresión, ansiedad e hipocondrias. La percepción del COVID-19 resultó ser en ambos momentos, un factor predictivo positivo de los niveles de depresión, ansiedad e hipocondrias. Con los datos de la primera encuesta, se realizó una regresión lineal por bloques controlando las variables sexo y área de trabajo para determinar si tenían alguna contribución en los resultados (ver tabla 4), dichas variables no fueron controladas con los datos de la segunda encuesta, ya que, cuando se realizó una comparación de grupos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 5) ($p > .05$).

Discusión y conclusiones

El objetivo general del presente estudio fue evaluar el impacto psicológico de la pandemia

Tabla 2. Correlaciones entre la percepción del COVID-19 y los niveles de depresión, ansiedad e hipocondriasis durante la primera encuesta (Spearman)

Media	1.	2.	3.	4.
1. Ansiedad		.60**	.56**	.71**
2. Depresión			.53**	.48**
3. Hipocondriasis				.58**
4. Percepción COVID-19				

Ref.: * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$

Tabla 3. Correlaciones entre la percepción del COVID-19 y los niveles de depresión, ansiedad e hipocondriasis durante la segunda encuesta (Spearman)

Media	1.	2.	3.	4.
1. Ansiedad		.70**	.51**	.65**
2. Depresión			.49**	.47**
3. Hipocondriasis				.54**
4. Percepción COVID-19				

Ref.: * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$

Tabla 4. Predicción de los niveles de depresión, ansiedad e hipocondriasis según los niveles de percepción del COVID-19 durante la primera encuesta

Percepción COVID	F	R2	B	β	p
Sexo	11.73	.063	-6.978	-.230	.000
Área de trabajo			-3.382	-0.14	.000
Sexo	16.23	.086	-3.322	-.226	.000
Área de trabajo			-2.590	-.221	.000
Sexo	10.97	.059	-4.930	-.161	.002
Área de trabajo			-5.062	-.207	.000
Ansiedad			.79	.70	.000
Depresión			.25	.46	.000
Hipocondriasis			.63	.55	.000

Tabla 5. Predicción de los niveles de depresión, ansiedad e hipocondriasis según los niveles de percepción del COVID-19 durante la segunda encuesta

Percepción COVID	F	R2	B	β	p
Ansiedad	227.94	.396	.756	.629	.000
Depresión	92.61	.210	.255	.458	.000
Hipocondriasis	159.69	.315	.664	.561	.000

por COVID-19 en profesionales de la salud de Buenos Aires. Se encontró que, tras ambas encuestas, más del 50% de la muestra alcanzó los puntos de corte establecidos para población argentina, para el diagnóstico de un posible episodio depresivo mayor [36], superando así la tasa preliminar reportada en población general argentina, donde el 33% de los participantes informaron posibles síndromes depresivos [35]. Además, tras ambas encuestas más del 40% de la muestra presentó altos niveles de ansiedad y altos niveles de hipocondriasis. El 6.6% refirió la presencia de

ideación suicida en la primera encuesta, y en la segunda esto se mantuvo sin diferencias, aunque disminuyendo levemente, presentándose en el 6.3% de la muestra. Dichos resultados se asemejan a los encontrados en el estudio realizado en profesionales de la salud de China durante las primeras semanas del brote [18] y resultan mayores que los resultados reportados en investigaciones en profesionales de España e Italia [13, 31]. Un aspecto novedoso del presente trabajo fue la evaluación de la percepción ante el COVID-19 y su relación con la sintomatología clínica.

Considerando los resultados de investigaciones previas [29, 32], se esperaba encontrar un aumento de los niveles de sintomatología clínica conforme avanzaba la pandemia en nuestro país. Aunque el número de casos confirmados de COVID-19 y días en aislamiento aumentó considerablemente desde la primera hasta la segunda encuesta, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de depresión, ansiedad e hipocondriasis en los profesionales de la salud a lo largo del tiempo. Estos resultados sí son consistentes con lo reportado en un estudio longitudinal en población general China [37] en donde tampoco se observaron cambios longitudinales.

El hecho de que la sintomatología clínica no haya aumentado podría deberse a que, en nuestro país, se fueron habilitando progresivamente actividades que al comienzo del aislamiento social preventivo y obligatorio se encontraban restringidas, tales como, la realización de ejercicio físico al aire libre, las salidas recreativas con niños y niñas, la apertura de bares y restaurantes, entre otras. Aquellas actividades que favorecen la interacción social y los espacios de recreación y autocuidado, podrían contribuir al bienestar psicológico y de esta manera evitar que el malestar aumente. La interacción social promueve el sentimiento de apoyo social, la validación emocional, fomenta la esperanza, facilita la resolución de problemas y el intercambio de recursos y estrategias sobre cómo afrontar una situación, de la mejor manera posible [11]. En cuanto al sexo, a diferencia de lo reportado en investigaciones previas [25, 18] las mujeres no resultaron mayormente vulnerables al impacto psicológico en comparación con los hombres. Solo tras la primera encuesta, las mujeres presentaron mayores niveles de sintomatología clínica, tras la segunda encuesta no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Si bien existe una mayor prevalencia para el desarrollo de trastornos depresivos, trastornos de ansiedad e hipocondriasis en las mujeres en comparación con los hombres [2], la tasa de gravedad y letalidad del COVID-19 resultaría ser mayor en los hombres que en las mujeres [16], esto podría explicar la presencia de altos niveles de depresión, ansiedad e hipocondriasis en los hombres y su equiparación con las mujeres.

En cuanto a la edad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con relación a los niveles de sintomatología clínica. La mayoría de los contagios por COVID-19 se han hecho presentes en personas de 20 a 49 años y la mayor tasa de mortalidad por COVID-19 ocurrió entre las personas mayores de 60 años considerándose así, población de riesgo [16]. Los profesionales de la salud, independientemente de su edad, se han enfrentado a una situación disruptiva, incierta y prolongada en el tiempo, han tenido que capacitarse rápidamente y han lidiado con el temor de contagiarse o de contagiar a sus seres queridos.

En cuanto al área de trabajo, a pesar del avance de la pandemia, solo tras la primera encuesta, los profesionales de la salud de primera línea, presentaron mayores niveles de sintomatología clínica en comparación con el resto de los profesionales. De igual manera, durante la primera encuesta, aquellos que refirieron trabajar en instituciones de salud públicas reportaron mayores niveles de sintomatología clínica, en comparación con los que refirieron trabajar en instituciones privadas. Esto podría deberse a que, durante los primeros meses de la pandemia, tomando como referencia lo ocurrido en otras partes del mundo, el sistema de salud de nuestro país tuvo que cambiar rápidamente su modalidad de atención para contener la propagación del virus y evitar el colapso. Los profesionales debieron capacitarse sobre cómo lidiar con un virus altamente contagioso y desconocido, los equipos de protección personal eran escasos en muchas instituciones, sumado al temor por infectarse o contagiar a sus seres queridos, situaciones que, como ya se ha demostrado en investigaciones anteriores, han impactado negativamente en la salud mental [10, 30, 40]. En instituciones de salud públicas, durante los primeros meses del brote, numerosos reclamos se hicieron presentes ante la falta de equipos de protección personal y de recursos necesarios para la atención y el cuidado propio y de los pacientes, mediadores importantes que explicarían una mayor sintomatología clínica en el personal del sector público. Aquellos profesionales que no integraban la primera línea de atención contra el COVID-19, en nuestro país durante varios meses, no han sido considerados profesionales esenciales,

con lo cual también han tenido que abandonar sus consultorios y adaptarse rápidamente a una nueva modalidad de trabajo, la atención *online*. Que la diferencia entre ambos grupos no se haya mantenido, podría deberse a que la pandemia por COVID-19 a lo largo del tiempo, ha suscitado desafíos tanto para los profesionales de la salud pertenecientes a la atención sanitaria de primera línea, como para aquellos que no se desempeñaban allí, pero sí en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, ya que, todos ellos han requerido un vertiginoso cambio para adaptarse a esta situación única e incierta.

Por último, se encontró una asociación positiva entre la percepción del COVID-19 y los niveles de depresión, ansiedad e hipocondriasis tras ambas encuestas. Además, la percepción del COVID-19 resultó ser en ambos momentos, un factor predictivo positivo de los niveles de sintomatología clínica. De esta manera podríamos afirmar que ante una mayor percepción negativa del COVID-19, mayor será el impacto psicológico en los profesionales de la salud. Durante previos brotes de enfermedades, tanto una alta exposición a información relacionada a la enfermedad, como una mayor percepción negativa de la misma, se asociaron con peores resultados en salud mental [3, 8, 26]. Considerando esto, es muy importante la forma en que se difunde la información y cómo el público accede, la procesa y utiliza [12].

Este estudio tuvo algunas limitaciones. En primer lugar, si bien en este contexto acceder a una muestra de profesionales de la salud resulta complejo, el tamaño muestral podría ser considerado como relativamente pequeño. En segundo lugar, el tipo de muestreo fue no probabilístico, lo que dificulta la generalización de los datos. En tercer lugar, que el método de evaluación haya sido virtual podría considerarse una limitación, ya que no permite controlar con exactitud variables externas que podrían influir en los resultados. Estas limitaciones se explican en gran medida por el momento en que este estudio se llevó a cabo. En cuarto lugar, la muestra no estuvo equilibrada en cuanto al sexo, siendo el 84.2% mujeres. Sin embargo, en gran cantidad de estudios previos sobre la temática, la muestra también fue predominantemente femenina [18, 37]. En

quinto lugar, los métodos de autoinforme como único método de evaluación no resultan suficientes para establecer un diagnóstico, considerando que las respuestas podrían estar subestimadas o sobrestimadas por la propia percepción del participante [15]. Es preciso aclarar que el objetivo de este estudio no fue establecer un diagnóstico, sino correlacionar sintomatología. Por último, hubiese sido valioso que los participantes informaran si han sido diagnosticados con COVID-19, para analizar si esto podría tener un impacto o no en las variables estudiadas. Si bien siempre se garantizó el anonimato y la protección de datos, se prefirió no exponer a los participantes a que refirieran esta información.

Iniciativas como este trabajo, permitirán realizar estudios futuros de mayor tamaño muestral, llevando a cabo un muestreo probabilístico a fin de favorecer la generalización de los datos. Se recomienda equilibrar la muestra con base en las variables sociodemográficas y administrar métodos de autoinforme junto con procedimientos más precisos, tales como una entrevista diagnóstica, para confirmar o rechazar cualquier supuesto diagnóstico. A futuro, se sugiere seguir investigando para conocer cómo evoluciona la sintomatología clínica durante el tiempo en que transcurra la pandemia y ver si una vez finalizada la misma el impacto psicológico perdura, aumenta o disminuye. Sería interesante analizar si existen diferencias entre aquellos profesionales de la salud que hayan sido diagnosticados con COVID-19 y aquellos que no, a fin de evaluar si padecer la enfermedad tiene alguna implicancia sobre la sintomatología clínica. Todo esto permitirá brindar datos más confiables y robustos, posible de ser generalizados y así implementar intervenciones más efectivas.

Resulta esencial el desarrollo de políticas públicas que favorezcan las condiciones laborales de todo el personal de salud y que garanticen el acceso a un acompañamiento constante en salud mental para la detección e intervención tempranas. Impulsar para el personal de salud intervenciones psicológicas dirigidas a cambiar la percepción de la enfermedad que incluyan la implementación de estrategias de afrontamiento más adaptativas, entrenamiento en resolución de proble-

mas e información sobre los pacientes y colegas recuperados, podría contribuir a la reducción de los síntomas de depresión, ansiedad e hipocondriasis y así favorecer su salud física

y mental a largo plazo. De esta manera es como podremos cuidar a quienes nos cuidan y brindarles el apoyo psicosocial que tanto necesitan.

Referencias

- Alharthy N, Alrajeh OA, Almutairi M, Alhajri A. Assessment of anxiety level of emergency health-care workers by generalized anxiety disorder-7 tool. *Int J Appl Basic Med Res.* 2017;7(3):150-4. DOI: 10.4103/2229-516X.212963
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington VA: American Psychiatric Pub; 2013.
- Asmundson GJG, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *J Anxiety Disord.* 2020 Apr;71:102211. DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102211
- Barlow DH, Durand VM. *Abnormal Psychology: An Integrative Approach.* 5th ed. Belmont CA: Thomson Wadsworth; 2005.
- Beck AT. *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad.* Bilbao: Descleé de Brouwer; 2013.
- Beck AT, Bredemeier K. A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clin Psychol Sci.* 2016;4(4): 596-619. DOI: 10.1177/2167702616628523
- Belloch A, López-Santiago J, Arnáez S. *Hipocondría: La ansiedad por la salud.* Madrid: Síntesis S.A; 2019.
- Bonsaksen T, Lerdal A, Fagermoen MS. Trayectorias de las percepciones de enfermedades en personas con enfermedades crónicas: un estudio exploratorio longitudinal. *Revista de Psicología de la Salud.* 2015;20(7):942-53.
- Broadbent E, Petrie K, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ): Validity and Reliability. *International J Behav Med.* 2004;11:278.
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet Psychiatry.* 2020;395: 912-20. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *Eur Psychiatry.* 2020;63(1):e32. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2020.35.
- Garfin DR, Silver RC, Holman EA. The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health Psychol.* 2020;39(5):355-7. DOI: 10.1037/hea0000875
- Giusti EM, Pedrolí E, D'Aniello GE, Stramba Badiale C, Pietrabissa G, Manna C, et al. The Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Health Professionals: A Cross-Sectional Study. *Front Psychol.* 2020;11:1684. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.01684. eCollection 2020.
- Hu X, Huang W. Protecting the psychological well-being of healthcare providers affected by the COVID-19 outbreak: Implications for the psychological rescue work of the international community. *Nurs Health Sci.* 2020. DOI: 10.1111/nhs.12727 PMID: 32335991
- Ibáñez C, Echeburúa E. Función y limitaciones del pronóstico en la evaluación diagnóstica en el ámbito de la psicología clínica. *Clin Salud.* 2015;26(1):17-22. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2014.10.008>
- Información epidemiológica: sala de situación [Internet]. Ministerio de Salud de la Nación. c.2020 - [consultado el 21 de octubre de 2020] Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-s-COVID-19/sala-situacion>
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. El PHQ-9: validez de una medida breve de gravedad de la depresión. *Revista de Medicina Interna General.* 2001;16 (9):606-13
- Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open.* 2020;3(3):e203976. DOI: 10.1001/jamanet-workopen.2020.3976
- Lauria MJ, Gallo IA, Rush S, Brooks J, Spiegel R, Weingart SD. Psychological skills to improve emergency care provider's performance under stress. *Ann Emerg Med.* 2017;70(6):884-90. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2017.03.018
- Lee SA, Crunk EA. Fear and Psychopathology During the COVID-19 Crisis: Neuroticism, Hypochondriasis, Reassurance-Seeking, and Coronaphobia as Fear Factors. *Omega*

- (Westport). 2020;0(0)1-14 Article reuse guidelines: sagepub.com/journals-permission <https://doi.org/10.1177/0030222820949350>
21. Leibovich de Figueroa N. La escala de ansiedad estado-rasgo de Spilberger, el estudio realizado en la Argentina. En Casullo MM, Aszkenazi M, De Figueroa NL, editores. Buenos Aires: Tekné; 1990. 2ª ed.
 22. Letvak S, Ruhm CJ, McCoy T. Depression in hospital-employed nurses. *Clin Nurse Spec*. 2012;26(3):177-82. DOI: 10.1097/NUR.0b013e3182503ef0
 23. Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In Cameron LD, Leventhal H, eds. *The self-regulation of health and illness behavior*. London: Routledge Taylor & Francis Group. p. 42-60.
 24. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e17-e18. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30077-8
 25. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2015;314(22):2373-83. DOI: 10.1001/jama.2015.15845
 26. Maunder R, Hunter J, Vincent L, Bennett J, Peladeau N, Leszcz M, et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ*. 2003;168(10):1245-51. PMID: 12743065
 27. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. "Depression: let's talk" says WHO, as depression tops list of causes of ill health. 2017 - [consultado el 30 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=132_94:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=42050&lang=en
 28. Pougnet R, Verdier G, Saliou P, Dantec F, Eniaffe B, Durand-Moreau Q, et al. Anxiety among health care workers of a teaching hospital. *Occup Environ Med*. 2018; 75: 141.
 29. Reardon S. Ebola's mental-health wounds linger in Africa: health-care workers struggle to help people who have been traumatized by the epidemic. *Nature*. 2015;519(7541):13-4. DOI: 10.1038/519013a
 30. Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019: A Perfect Storm? *JAMA psychiatry*. 2020;77(11):1093-4. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2020.1060
 31. Santamaría MD, Etchebarria NO, Rodríguez IR, Albondiga-Mayor JJ, Gorrochategui, MP. Impacto psicológico del COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020; In Press, Corrected Proof. DOI <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>
 32. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020;74(4):281-2. DOI: 10.1111/pcn.12988
 33. Skritskaya NA, Carson-Wong AR, Moeller JR, Shen S, Barsky AJ, Fallon BA. A clinician-administered severity rating scale for illness anxiety: development, reliability, and validity of the H-YBOCS-M. *Depress Anxiety*. 2012;29(7):652-64. DOI: 10.1002/da.21949
 34. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist. Press; 1970.
 35. Torrente F, Yoris AE, Low D, Lopez P, Bekinshtein P, Cetkovich M, Manes, F. Sooner than you think: a very early affective reaction to the COVID-19 pandemic and quarantine in Argentina. *medRxiv*. 2020.07.31.20166272. DOI: 10.1101/2020.07.31.20166272
 36. Urtasun M, Daray FM, Teti GL, Coppolillo F, Herlax G, Saba G, Irazola V. Validation and calibration of the patient health questionnaire (PHQ-9) in Argentina. *BMC Psychiatry*. 2019; 19:291. DOI: 10.1186/s12888-019-2262-9
 37. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19): Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1729. DOI: 10.3390/ijerph17051729
 38. Wheaton MG, Abramowitz JS, Berman NC, Fabricant LE, Olatunji BO. Psychological predictors of anxiety in response to the H1N1 (swine flu) pandemic. *Cognit Ther Res*. 2020;36(3): 210-8. DOI: 10.1007/s10608-011-9353-3
 39. World Health Organization [Internet]. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 -11March 2020 [cited 2020 March 11]. Available from: www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020
 40. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):228-9. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8