

# INFORME PLANIFICACIÓN POSTPANDEMIA

15 de mayo

2020

Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales

Servicio  
Extremeño  
de Salud

## INFORME PLANIFICACIÓN POSTPANDEMIA

### ÍNDICE

1. Introducción.
2. Justificación.
3. Objetivos.
4. Metodología.
5. Recogida de Información: resultados de encuestas.
6. Posibles soluciones aportadas y consensuadas por el Grupo de Trabajo.
7. Conclusiones de los estudios revisados.
8. Bibliografía, videografía, webgrafía.
9. Anexos.
10. Participantes Grupo de Trabajo.

## **1. Introducción**

Según el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, el **31 de diciembre de 2019**, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de **Wuhan** (provincia de Hubei, China) informó sobre un agrupamiento de **27 casos de neumonía** de etiología desconocida con inicio de síntomas el 8 de diciembre, incluyendo siete casos graves, con una **exposición común a un mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos** en la ciudad de Wuhan, sin identificar la fuente del brote. El mercado fue cerrado el día 1 de enero de 2020. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la **familia Coronaviridae**, que ha sido denominado SARS-CoV-2. La secuencia genética fue compartida por las autoridades chinas el 12 de enero.

El Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005) declaró en la reunión del **30 de enero de 2020** como una **Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII)**.

La OMS ha denominado a esta nueva enfermedad COVID-19 (enfermedad infecciosa por coronavirus -19).

Posteriormente, el **11 de marzo de 2020**, la OMS declara la COVID-19 como una **pandemia** debido a su gravedad y rapidez de propagación.

## 2. Justificación.

Teniendo en cuenta el nuevo escenario sanitario internacional, desde la Subdirección de Salud Mental y Programas asistenciales del Servicio Extremeño de Salud se planteó crear un grupo de trabajo (Gdt) multiprofesional para analizar y reflexionar sobre el impacto que la situación de pandemia podría tener sobre la Red de Salud Mental de Extremadura (RSMEx).

Para ello se han revisado en primera instancia los datos disponibles a nivel internacional, nacional y autonómico, cuyo resumen se recogen a continuación.

### **Enfermedad por coronavirus (COVID-19). 14.05.2020 (datos consolidados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social)**

**SITUACIÓN A NIVEL GLOBAL Y OTROS PAÍSES FUERA DE EUROPA:** A nivel global hasta el día de hoy se han notificado **al menos 4.179.479 casos y 287.525 fallecidos** (según OMS). Los países de fuera de Europa que han registrado más casos son Estados Unidos (1.364.061), Brasil (188.974), Irán (112.725), y China (84.464). (Ver tabla 1)

**Tabla 1.** Casos confirmados de COVID-19 fuera de Europa. Se incluyen los quince países más afectados en cada continente. (Datos consultados a las 7:00 horas del 14.05.2020)

América	Casos	África	Casos	Asia-Oceanía	Casos
Estados Unidos	1.364.061	Sudáfrica	11.350	Irán	112.725
Brasil	188.974	Egipto	10.093	China	84.464
Perú	76.307	Marruecos	6.418	India	78.003
Canadá	72.278	Argelia	6.067	Arabia Saudí	44.830
México	40.186	Ghana	5.127	Pakistán	35.788
Chile	34.281	Nigeria	4.787	Qatar	26.539
Ecuador	30.486	Camerún	2.689	Singapur	25.346
Colombia	12.272	Guinea	2.213	Emiratos Árabes Unidos	20.386
República Dominicana	10.900	Senegal	1.995	Bangladesh	16.660
Panamá	8.783	Costa de Marfil	1.857	Israel	16.539
Argentina	6.550	Sudán	1.661	Japón	16.024
Bolivia	2.964	Djibouti	1.256	Indonesia	14.749
Puerto Rico	2.299	Somalia	1.170	Filipinas	11.350
Honduras	2.080	R. D. del Congo	1.169	Corea del Sur	10.991
Cuba	1.804	Túnez	1.032	Kuwait	10.277
<b>Casos confirmados a nivel global: 4.179.479</b>					
<b>Fallecidos: 287.525</b>					

**SITUACIÓN EUROPA** (datos consultados a las 7:00 horas del 14.05.2020): Hasta el día de hoy se han notificado **al menos 1.763.814 casos confirmados**. (Tabla2). Los países con más casos notificados son Rusia (242.271), Reino Unido (229.705), España (229.540),

Italia (222.104) y Alemania (171.306). El país con mayor número de fallecidos es Reino Unido (33.186) seguido de Italia (31.106), España (27.321) y Francia (27.074).

**Tabla 2.** Casos confirmados de COVID-19 en Europa. (Datos consultados a las 7:00 horas del 14.05.2020)

	Casos	Casos	Casos	Casos			
Rusia	242.271	Polonia	17.062	Azerbaiyán	2.693	Georgia	642
Reino Unido	229.705	Ucrania	16.425	Croacia	2.207	San Marino	638
España	229.540	Rumanía	16.002	Bosnia y Herzegovina	2.158	Malta	503
Italia	222.104	Austria	15.973	Bulgaria	2.023	Montenegro	324
Alemania	171.306	Dinamarca	10.591	Islandia	1.801	Islas Faroe	187
Turquía	143.114	Serbia	10.243	Estonia	1.746	Gibraltar	148
Francia	140.734	Chequia	8.221	Macedonia del Norte	1.674	Mónaco	96
Bélgica	53.981	Noruega	8.135	Lituania	1.491	Liechtenstein	83
Países Bajos	43.211	Finlandia	6.003	Eslovaquia	1.465		
Suiza	30.413	República de Moldavia	5.154	Eslovenia	1.461		
Portugal	28.132	Luxemburgo	3.894	Letonia	950		
Suecia	27.909	Armenia	3.538	Chipre	903		
Bielorrusia	25.840	Hungría	3.341	Albania	876		
Irlanda	23.401	Grecia	2.744	Andorra	758		
	Total						1.763.814

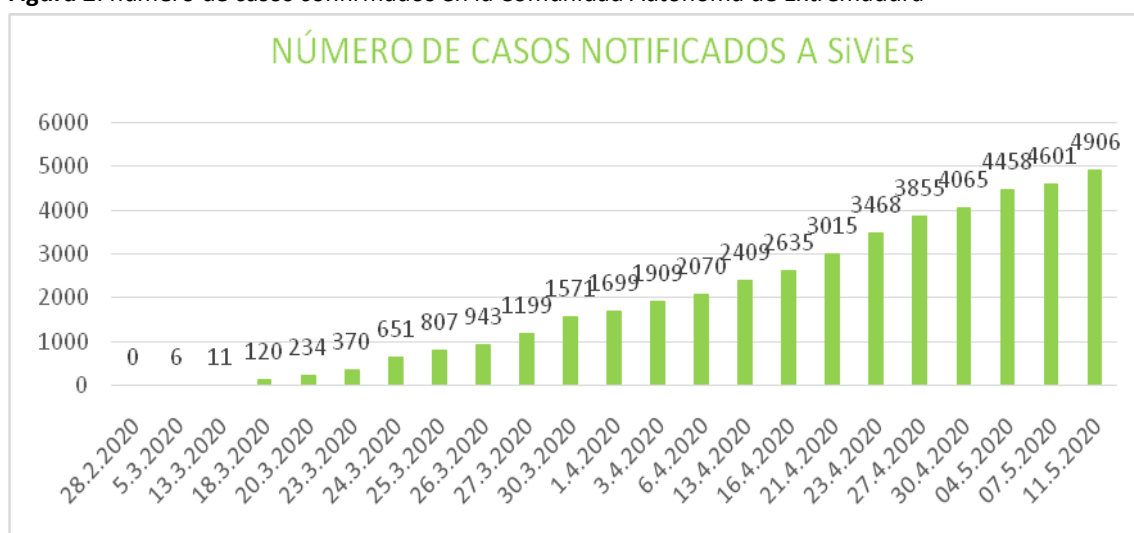
**SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA:** En España, hasta el momento se han notificado un total de **229.540 casos confirmados de COVID.19 por PCR, 27.321 fallecidos 143.374 infecciones resueltas** (datos consolidados a las 21:00 horas del 13.05.2020)

**Tabla 3.** Casos de COVID-19 confirmados por PCR totales, nuevos, incremento e incidencia acumulada de los últimos 14 días e España a 14.05.2020 (datos consolidados a las 21:00 horas del 13.05.2020) Incidencia acumulada (casos acumulados por 100.000 habitantes notificados en los últimos 14 días).

CCAA	Confirmados por PCR			
	Total	Nuevos	Incremento confirmados	IA (14 d.)
Andalucía	12.359	42	0,34%	4,87
Aragón	5.389	17	0,32%	22,59
Asturias	2.356	0	0,00%	4,89
Baleares	1.958	1	0,05%	6,52
Canarias	2.275	4	0,18%	3,25
Cantabria	2.256	0	0,00%	14,28
Castilla La Mancha	16.470	17	0,10%	31,38
Castilla y León	18.173	68	0,38%	53,68
Cataluña	55.482	195	0,35%	50,17
Ceuta	116	2	1,75%	17,69
C. Valenciana	10.784	24	0,22%	9,05
Extremadura	2.923	4	0,14%	12,92
Galicia	9.317	16	0,17%	22,97
Madrid*	65.693	88	0,13%	38,84
Melilla	119	0	0,00%	5,78
Murcia	1.532	7	0,46%	3,08
Navarra	5.105	11	0,22%	44,33
País Vasco	13.219	5	0,04%	23,46
La Rioja	4.014	5	0,12%	30,30
<b>ESPAÑA</b>	<b>229.540</b>	<b>506</b>	<b>0,22%</b>	<b>24,52</b>

**SITUACIÓN EN EXTREMADURA:** según los datos extraídos de la página del Ministerio de Sanidad y Consumo, a fecha de 30 de abril de 2020 hay 4065 **casos notificados en el Sistema de Vigilancia en España (SiViEs)** (tabla 4, figura2) (datos actualizados el 04.05.2020); recordemos que estos datos son acumulativos.

**Figura 2:** número de casos confirmados en la Comunidad Autónoma de Extremadura

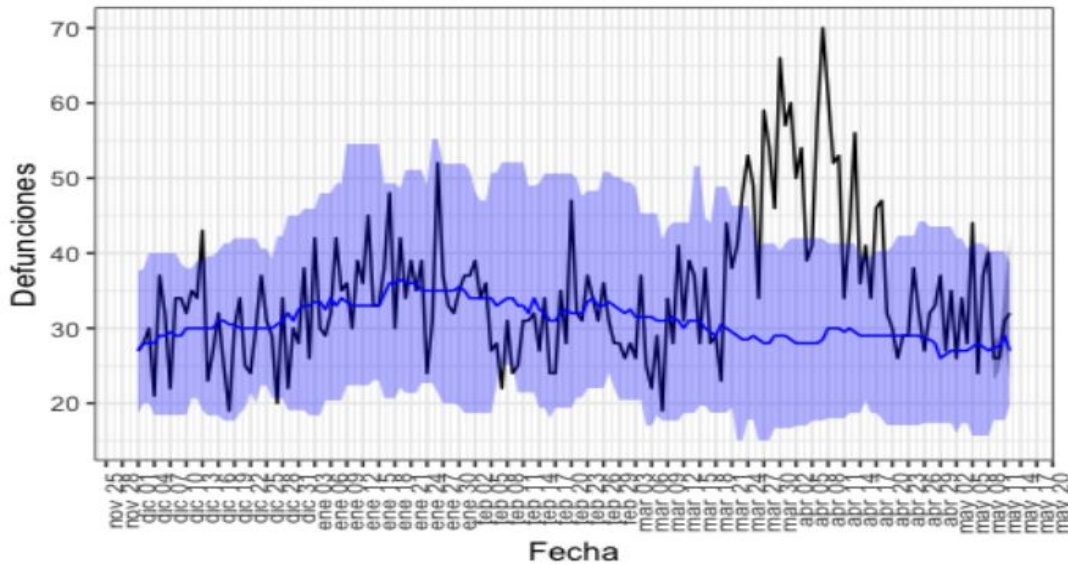


El **SISTEMA DE MONITORIZACIÓN DE LA MORTALIDAD diaria (MoMo)** en España, utiliza la información de mortalidad por todas las causas, obtiene diariamente de 3929 registros civiles informatizados del Ministerio de Justicia, correspondientes al 93% de la población española e incluye todas las provincias. Las estimaciones de mortalidad esperada se realizan mediante modelos restrictivos de medias históricas basados en la mortalidad observada del 1 de enero 2008 hasta un año previo a la fecha actual.

En Extremadura se estima un periodo de exceso por el sistema MoMo del 23 de marzo al 05 de mayo de 2020, posiblemente asociado a la pandemia. Los resultados se describen a continuación.

**Figura 3.** Mortalidad por todas las causas observada y esperada. Extremadura, diciembre 2019 hasta 12 de mayo de 2020.

Defunciones observadas (negro) y defunciones estimadas (azul), con el intervalo de confianza al 99% (banda azul)



Los datos revisados ponen de manifiesto la magnitud de la pandemia, por ello desde el gobierno central se han tomado **medidas extraordinarias** como el confinamiento de la población, el cierre de negocios y empresas no esenciales, la limitación de la libre circulación, etc. A nivel autonómico y en lo que a la organización sanitaria se refiere, también se han modificado multitud de procedimientos, como, por ejemplo, la cancelación de consultas presenciales, revisiones y cirugías no urgentes. Nos planteamos qué repercusiones tendrán todas estas en la salud mental de la población y, por tanto, en la RSMEEx.

Para ello planteamos como necesaria la realización de una recogida de información de la experiencia vivida y los cambios llevados a cabo en el contexto de nuestra red, de modo que pudiéramos anticiparnos a las consecuencias más negativas de la pandemia y así formular una serie de propuestas para afrontar la situación posterior a la crisis sanitaria con el mayor fortalecimiento y planificación posible.

### 3. Objetivos

- **Reflexionar** cómo afecta y afectará la crisis sanitaria de la COVID-19 a la RSMEEx.
- Realizar un **análisis de situación** de la RSMEEx,
- Plantear posibles **necesidades/ problemas / beneficios** generados por la pandemia en la RSMEEx.
- Plantear posibles **acciones** para afrontar con éxito en la RSMEEx el período posterior a la crisis sanitaria.



## 4. Metodología

Para la realización de este informe la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales (SSMyPPAA) designó un grupo coordinador, de carácter multiprofesional.

En primer lugar, el grupo coordinador del proyecto elaboró una **encuesta de 5 preguntas abiertas** enfocada en los cambios realizados y/o percibidos con motivo de la COVID-19, así como una valoración subjetiva y personal de los mismos. (Ver anexo 9.1.).

En segundo lugar, y paralelamente a la elaboración de la encuesta, se creó el **GdT** con profesionales de la RSMEx. Este grupo, también de carácter multiprofesional, ha intentando representar las diferentes categorías profesionales que componen dicha red.

En tercer lugar, y una vez elegidos los miembros del GdT, se creó un grupo de correo electrónico dónde se ha ido compartiendo toda la información y documentación, tanto la de creación propia como la generada por una breve revisión bibliográfica.

En cuarto lugar, se difundió la encuesta entre los miembros del GdT y se elaboró un informe preliminar con el resultado de las mismas, a modo de recogida de información. (Ver punto 5 de este informe).

A continuación, y, en quinto lugar, se realizó una reunión telemática entre el GdT y el grupo coordinador, en la que se analizó y comentó el informe preliminar y de la que se extrajeron una serie de propuestas concretas a realizar para afrontar la situación de la crisis sanitaria creada por la COVID-19 (ver punto 6 de este documento). Tras esa reunión telemática, se hizo una devolución de la misma y las propuestas y se han continuado trabajando e incorporando aportaciones de los profesionales hasta la fecha de hoy.

Para más información ver Anexo 9.2 (se incluye cronograma).

## 5. Recogida de información: resultado de las encuestas

### 5.1. ¿Qué cosas han cambiado desde el inicio de la pandemia en tu labor asistencial?:

#### a) A nivel ambulatorio:

- **Tendencia a la sustitución, en gran medida, de la asistencia ambulatoria presencial por atención telefónica.**
- **Disminución** de las primeras consultas como consecuencias de la reducción de las derivaciones.
- Atención centrada en el apoyo a **las personas afectadas** por la situación de pandemia (ya sea por confinamiento, mayor vulnerabilidad, situación de infección, etc.). Intervención centrada en el “aquí y el ahora”.
- Mayor **carga administrativa**.
- La mayoría de las encuestas reflejan mayor **coordinación/intercambio** de información con diferentes dispositivos y servicios, otras reflejan lo contrario.
- Mayor **dificultad en el seguimiento de menores** vía telefónica.
- La cohesión grupal se ha visto aumentada en muchos equipos, sobre todo de carácter ambulatorio. A nivel hospitalario ha disminuido en algunos casos dicha **cohesión grupal**.
- La mayoría de las personas encuestadas ha referido trabajar con **miedo e incertidumbre**.
- Cambio en la esencia y herramientas de trabajo en CRPS, ya que se pierde el grupo, el contacto con la familia y la parte comunitaria. Se refleja en un trabajo más individualizado.
- Mayor flexibilidad y creatividad en la atención ofrecida.

#### b) A nivel de hospitalización:

- **Cambios de ubicación de las UHB de Plasencia y Mérida**, con las consiguientes consecuencias de reorganización.
- **Ausencia de directrices uniformes** orientadas a la coordinación interinstitucional.
- Aumento de la **carga asistencial** de tipo **médico-quirúrgica** en pacientes COVID +.
- Interferencias en los tratamientos que se venían realizando habitualmente (terapias individuales, intervenciones enfermeras), quedando en ocasiones desatendidas necesidades emocionales.

- Medidas de **distanciamiento** y seguridad/protección que dificultan las intervenciones terapéuticas y pudieran empeorar la sintomatología. Cese de programas grupales.
- Introducción del uso del **teléfono móvil** para comunicación con las familias, anteriormente no contemplado.
- Dificultades para mantener **la cohesión** y el trabajo grupal/ de equipo.
- **Miedo al contagio** tanto en pacientes como en el personal asistencial y no asistencial.

### 5.1.1. ¿Cuáles para mejor?:

**Agradecimiento** de pacientes y resto de profesionales, **uso más racional** de los servicios (riesgo de infrautilización), aumento de la **cohesión grupal, solidaridad, colaboración** entre profesionales, alto **compromiso** del personal en formación y entrenamiento para futuras situaciones de emergencia.

Reinventar el concepto de trabajo, como la mayor autonomía en la organización del tiempo, la flexibilidad que ha rediseñado procedimientos rígidos y la inclusión de **las Tecnologías de la Información y Comunicación** (TICs) en la metodología de intervención.

Mayor contacto y vinculación con pacientes previamente más inaccesibles, ya fuera por cuestiones geográficas o de la propia sintomatología presentada por dichas personas.

Se han producido situaciones de mayor empoderamiento de pacientes, con un incremento de intervenciones centradas en las fortalezas y mejor vinculación en la relación de ayuda.

### 5.1.2. ¿Cuáles para peor?:

Manejo de **situaciones complicadas y/o primeras consultas** de forma telefónica y sin elementos esenciales de la relación terapéutica, falta de **solidaridad, tensión, miedo, sobrecarga** de trabajo y de recursos telefónicos, tanto en población adulta como en Infanto-juvenil. Falta de accesibilidad a las intervenciones terapéuticas a través de las nuevas tecnologías en algunos casos.

Desaparición de las intervenciones grupales, pérdidas de logros terapéuticos (Ej. rutinas en pacientes muy graves), riesgo de regresión al modelo paternalista, empeoramiento clínico en pacientes más vulnerables al confinamiento y a la interrupción de los procesos terapéuticos en marcha, desaparición de los espacios comunitarios y sociales.

Demanda contenida a nivel social y posible **estigmatización y/o rechazo** de profesionales con implicación en tareas relacionadas con la pandemia.

En **Hospitalización** las dificultades sobrevenidas por los cambios han sido mucho mayores: alto índice de pacientes psiquiátricos en las **reubicaciones**, mezcla de pacientes en diferentes momentos evolutivos y con diferentes niveles de gravedad, **readaptación de normas** y **división de equipos** asistenciales. Paralización de **trámites administrativos** orientados a la derivación de pacientes a otros recursos terapéuticos y residenciales.

### 5.1.3. ¿Mantendrás alguna de ellas cuando la crisis haya terminado?:

Mantener las **TICs** como herramienta de intervención y/o recurso terapéutico (ej.: videollamadas a familiares); incorporación de la teleasistencia/ telemedicina como posible oferta asistencial normalizada y seguimiento telefónico entre consultas muy espaciadas o para pacientes con problemas de acceso a los dispositivos asistenciales.

Facilitar la relación con familiares de pacientes, así como la accesibilidad para intervenciones a demanda.

Medidas higiénicas, de protección y seguridad.

## 5.2. ¿Ha cambiado la demanda asistencial? ¿De qué modo?:

- **Descompensación de** cuadros clínicos ya existentes y retorno de pacientes que habían cursado alta en algunos dispositivos.
- Necesidad de **reajustes farmacológicos** en los casos más graves y seguimientos estrechos para el mantenimiento de rutinas diarias (sueño, higiene, actividad, información).
- A nivel de hospitalización, tras la disminución de ingresos en las primeras semanas, reagudización de **cuadros psicóticos** relacionados con el aislamiento y el miedo propios de la pandemia. Disminución de **crisis de ansiedad** y de **gestos e intentos autolíticos** en algunos recursos (riesgo de infradetección).
- **Abordaje del malestar** derivado del confinamiento y paralización de planes futuros de algunos pacientes, con una función más general de apoyo y soporte.
- **Psicoeducación** sobre la pandemia.

- Primeras **problemáticas psicosociales** fruto de la pandemia (ERTEs, dificultades de abastecimiento básico para pacientes en mayor situación de aislamiento, etc.).
- En el momento de realizar la encuesta la mayoría de las personas expresan dificultad para valorar grandes cambios debido al poco tiempo de evolución de la pandemia

### 5.2.1. ¿Qué necesidades o problemas emergentes (aumento de prevalencia) has detectado?:

- Aumento de **trastornos de ansiedad/angustia** en relación a diversas cuestiones relacionadas con el COVID-19.
- Aumento de **trastornos del sueño**.
- Mayor inactividad, aislamiento y aumento de reacciones evitativas que aunque ahora son adaptativas, más adelante no lo serán.
- Por el momento menos consecuencias en menores, salvo aquellos con mayor gravedad psicopatológica. Aumento de **trastornos de conducta** por las consecuencias derivadas del confinamiento (estrés por tareas escolares, privación de salidas y ejercicio físico, etc.), modulados normalmente por los trastornos de base (Trastorno del Espectro Autista, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, etc).
- Posible empeoramiento de la situación en **poblaciones especialmente vulnerables** (personas con Trastorno Mental Grave, personas aisladas sin red de apoyo o en situación de exclusión social, víctimas de violencia de género o de maltrato familiar).
- Previsión de aumento de cuadros de **trastornos específicamente asociados al estrés, cuadros afectivos** de mayor o menor gravedad, **trastornos por uso de sustancias** (especialmente alcohol).
- Aumento de conflictos familiares y necesidad de entornos sociales seguros fuera del familiar.
- **Desbordamiento emocional en algunos sanitarios** (miedo, culpa...) y dilemas éticos y morales ante la toma de decisiones. **Dificultades de adaptación a la situación** en profesionales sanitarios y no sanitarios (Ej. Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, servicios de limpieza, etc.) que podrían contribuir a provocar cuadros clínicos con riesgo de pasar desapercibidos.

- Primeras consecuencias psicosociales derivadas de las **consecuencias económicas** de la crisis y de la paralización de procesos administrativos de cobertura sociosanitaria. Dificultad para hacer frente a otros procesos administrativos en marcha (Ej. Reclamaciones de discapacidad o revisiones por agravamiento).

### 5.3. Teniendo en cuenta las respuestas a las preguntas anteriores, ¿Qué propondrías para optimizar la atención en el recurso al que perteneces tras la crisis de la COVID-19?:

#### **Equipo de Salud Mental (ESM)/ Equipo de Atención Primaria (EAP):**

- Mejorar **coordinación EAP y SM** y redefinir derivaciones de EAP a ESM (criterios).
- Mejorar **coordinación y cohesión** dentro de la propia RSMEx. Posibles figuras de interconsulta y enlace (RSMEx y APS)
- **Abordaje grupal** basado en la evidencia:
  - Ej. en AP patología leve (Ej. Ansiedad, cuadros afectivos leves).
  - Abordaje grupal en ESM (duelos).
- **Prevención de sobrecarga** administrativa y burocrática por las consecuencias psicosociales de la crisis.
- **Preferentemente elaboración de programa asistencial específico** (Incremento y dotación de recursos). Programa con duración determinada para paliar efectos biopsicosociales de la pandemia (2 años). (En su defecto protocolo/guía de intervención con recursos existentes).
  - Contemplar dentro de ese programa el apoyo a profesionales sanitarios (resolución de problemas relacionados con la crisis + evitar sobrecarga laboral futura) y apoyo a la población general (cribando diferentes niveles de necesidades y psicopatología).
- Mejorar **coordinación de recursos/dispositivos** para detección precoz de casos muy graves y evitar agravamiento de otros (eclipsados por necesidades de la crisis).
- Mejorar **asesoramiento y colaboración** con otros servicios tanto sociosanitarios (SEPAD) como otros sectores (empleo, educación, servicios sociales...) → recuperación o reactivación del modelo comunitario
- Reforzar programas de **rehabilitación psicosocial y laboral**.

- **Prevención cuaternaria**, entendida como actividad sanitaria que evita o atenúa las consecuencias de la actuación excesiva o innecesaria del sistema de salud. (desde todos los niveles asistenciales).
- Mejorar condiciones de **teletrabajo** (desde el punto de vista tecnológico y administrativo/legal).
- **Incremento de plantillas y recursos humanos**. Incorporación de la figura de **Psicología Clínica a Atención Primaria**.
- Revisión del programa PAIME del Colegio de Médicos en coordinación con la red de Salud Mental. Valorar la posibilidad de la extensión de este programa a otros colegios profesionales del ámbito sanitario

### HOSPITALIZACIÓN:

- **Reforzar y fortalecer** recursos ya existentes (UHB, UME, URH, UHDAC).
- **Impulsar** recursos intermedios como Hospitales de Día y Equipos de Tratamiento Asertivo-Comunitarios.

### CRPS

- Mejoras tecnológicas: telefonía móvil, ordenadores portátiles, acceso a plataforma digital específica para la Red de Salud Mental.
- Reorganización de programas y horarios, teniendo en cuenta la necesidad de adaptar horarios de programas de Terapia ocupacional y la posibilidad de destinar unas horas a “atención continuada” por Psicología Clínica, sin necesidad de cita previa.
- Trabajar mediante el modelo de gestión de casos, para que una sola persona coordine todas las intervenciones relacionadas con la atención de personas con TMG.
- Formación específica en aquellos ámbitos de conocimientos generados a raíz de la pandemia y consecuencias de la misma.
- Adaptar los CRPS a la nueva situación en cuanto a medidas de seguridad, protección y prevención de posibles contagios. Incluir acciones de prevención ante situaciones de crisis como la actual, dirigidas al personal y personas usuarias.
- Seguir impulsando la atención comunitaria, así como la sensibilidad y orientación hacia la detección de problemas.
- Aligerar la carga de burocracia técnica.

- Tiempo y perspectiva para valorar indicadores y evolución de las personas usuarias en los próximos meses, antes de realizar propuestas y tomar decisiones.

#### **En común:**

- **Incremento de plantilla y recursos humanos** (especialmente en la red ambulatoria).
- **Favorecer espacios de reunión y coordinación** entre profesionales de la Red.

#### **5.4. ¿Consideras que los centros de la Red de Salud Mental tendrían que proveer un procedimiento específico, y distinto al tradicional, para que los profesionales sanitarios y no sanitarios, reciban asistencia por personal especializado, para superar trastornos adaptativos, afectivos, cuadros de ansiedad, etc. ¿Relacionados con la pandemia?**

La mayoría de los profesionales encuestados opinan que sí. Proponen:

- Mantenimiento de **programas de acompañamiento** ya puestos en marcha (para profesionales y familiares).
- **Cribado** de problemas de atención en SM relacionados con COVID-19 en dos niveles: APS y SM (tanto adultos como menores).
- **Detección precoz** de problemas de salud mental en profesionales que han trabajado durante la crisis.

Otros profesionales opinan que no, pues ya la red contaría con los niveles de especialización suficiente. Pero sí apuestan por **aumentar los recursos humanos y mejorar las coordinaciones existentes.**

#### **Otras propuestas:**

- **Consulta participada a la población afectada** por COVID-19 y entidades del tercer sector.
- **Consulta a los propios profesionales** de necesidad de intervención específica para ellos, previa sesión informativa de opciones posibles.
- **Crisis como oportunidad** para mejorar la capacidad reflexiva y de autocuidado de la propia red.



- **Supervisión y desgaste de equipos** (abordaje grupal y no solo individual de los profesionales sanitarios implicados en la crisis originada por la pandemia).
- Atención a necesidades emergentes en **población infanto-juvenil** que aún es pronto para detectar.
- Profesionales especialistas en Salud Mental que entrenen a los EAP para la identificación de problemáticas más específicas en SM.
- Refuerzo de profesionales en Salud Mental que puedan trasladarse a los centros de trabajo, ofrecer apoyos proactivos que permitan intervenciones precoces.

**5.5. También nos interesa conocer cómo te has sentido tú en tu trabajo durante la gestión y duración de la crisis sanitaria; especialmente qué cosas has agradecido y cuáles has echado en falta:**

Resumen de sentimientos y vivencias experimentadas a nivel personal.

- **Desagradables:** miedo, incertidumbre, desprotección, abandono, tristeza, extrañeza, injusticia, irresponsabilidad, imposición, desinformación o información disonante, desconocimiento, descoordinación, falta de liderazgo, presión y desgaste.
- **Agradables:** sentimiento de utilidad, tolerancia, flexibilidad, comprensión, cuidado, calidad humana, adaptación, agradecimiento y gratitud de compañeras/os y pacientes.
- **Otras:** necesidad de espacios de reflexión y de que se consideren, consensuen y protocolicen para integrarlos en la práctica habitual.

## 6. Posibles soluciones aportadas y consensuadas por el grupo de trabajo.

### 1. Consulta a Atención Primaria sobre:

- Necesidades que tienen dese Atención Primaria que puedan ser cubiertas desde Salud Mental.
- Propuestas de prevención para problemas psicológicos relacionados con la COVID-19.

### 2. Actividades de sensibilización, normalización y detección precoz de problemas relacionados con la pandemia, para posible valoración de su Médico de Atención Primaria (MAP) y posible derivación a Salud Mental si fuera necesario (sólo intervenir en aquellos casos que lo necesiten, normalizar el resto). Se expone guión orientativo:

- **Población diana: Todas las personas de la Zona Básica de Salud** independientemente de la edad y sexo. Especial atención a la población pediátrica (menores de 14 años) y otras poblaciones vulnerables
- **¿Quién valora la necesidad?** Cada profesional valorará la necesidad en su población asignada. (Pactar con la SAP)
- **Metodología** (pactar con SAP cuando corresponda):
  - **Infografía y cartelera** distribuida en centro de salud, hospitales y redes sociales, etc. donde se informará, por ejemplo, de las emociones, pensamientos y conductas asociadas a la pandemia y el beneficio de compartirlas.
  - **Checklist** para derivación a ESM.
  - **Grupos telemáticos de apoyo y soporte** en los que participen profesionales de Salud Mental y de Atención Primaria (a consensuar con dicha Subdirección.)
  - **Programas de acompañamiento del duelo** de personas afectadas por la COVID-19.
  - **Posible implantación de una figura de enlace entre AP y ESM.**
  - **Proyecto piloto de implantación de Psicología Clínica en APS** en dos Áreas de Salud de la Comunidad, ampliable al resto de Áreas si se obtienen resultados positivos.
- **Se valorará a través de MAP la necesidad o no de derivación de la persona al ESM.**

3. **Contacto con la Secretaría Técnica de Drogodependencias** para el diseño, desarrollo e implantación de una actividad específica conjunta respecto al abuso de nuevas tecnologías en la población Infanto-Juvenil de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
  - **Población diana:** Todas las personas menores de edad de la Comunidad Autónoma de Extremadura
  - **Objetivo:** Realizar una detección precoz del abuso y/o dependencia de las nuevas tecnologías en la población infanto-juvenil de la Comunidad Autónoma de Extremadura
  - **Metodología:**(a concretar con la Secretaria Técnica). Planteamiento orientativo:
    - **Checklist** que se pueda usar modo de despistaje para cuantificar el uso, abuso, adicción a las nuevas tecnologías.
    - **Infografías y cartelería específica.**
  - **Cada facultativo responsable** (pediatra o MAP en su caso) **valorará la necesidad de derivación a un segundo nivel de atención** y cuál es el recurso más apropiado para la situación.
  
4. **Red de Rehabilitación Psicosocial:**
  - a. Revisión y actualización de los **Planes Individualizados de Rehabilitación** dado el nuevo contexto, orientados a la reformulación y recuperación de metas vitales y apoyo para la persona y su entorno.
  - b. Reformulación de metodologías de intervención con diversificación de medios.
  - c. Revisión y valoración de los criterios de acceso a los dispositivos (y adelanto en lista de espera si se precisa), para aquellos casos que por circunstancias clínicas o psicosociales esto prevenga un agravamiento de la situación, con especial atención a: riesgo autolisis, autolisis previa en el entorno, circunstancias socio-económicas graves, violencia de género, violencia doméstica o menores de edad.
  
5. **Programas de acompañamiento en el duelo** (Personas afectadas por la COVID-19, familiares en duelo). Pendiente determinar contexto o nivel de intervención (Atención Primaria o Equipo de Salud Mental).
  
6. Activación del **Código Suicidio** como herramienta de prevención y de gestión, ante un posible aumento del número de suicidios y/o conductas suicidas.

7. Utilización del **PAI del TMG** como respuesta a las necesidades surgidas por la pandemia en aquellos casos más vulnerables, tanto los ya diagnosticados que requieran actualización de su Plan de Atención Personalizado como la inclusión en dicho proceso asistencial de aquellos que no lo están.
8. **Creación de una Comisión de Trabajo Social Sanitario** para la valoración del impacto psicosocial en las personas con trastorno mental afectadas por la propia situación de crisis sanitaria y los efectos colaterales de la misma.
9. Impulso de **Programas Específicos para la atención de profesionales sanitarios.** Posible vehiculación a través de colegios profesionales. Pendiente determinar cómo.
10. **Información y formación actualizada y basada en la evidencia** de aquellos ámbitos generados por la pandemia (intervención en trauma). Adaptado a distintos dispositivos y categorías profesionales.
11. Revisión y facilitación de la **dotación de medios tecnológicos** que posibiliten la diversificación de metodologías de intervención necesarias, y que van a posibilitar la continuidad asistencial con rigor, calidad, prudencia y seguridad.

## 7. Conclusiones de los estudios revisados

### 7.1. En relación a la organización sanitaria:

Se señala la necesidad de **garantizar las necesidades básicas de la plantilla** (espacios de descanso, de reflexión en equipo, suministro y cobertura de materiales para alimentación, sueño, vivienda, etc.).

Aspectos a mejorar en las experiencias vividas en China:

- Falta de **optimización de recursos** (dilatación del tiempo de diagnóstico y peor tratamiento y evaluación posterior).
- Falta de **coordinación y cooperación** entre distintos dispositivos y sectores afectados.
- Falta de regulación de las **intervenciones** (insuficiente especialización de profesionales, delegación en actividades de voluntariado), y en ocasiones multiplicidad de las mismas sin control sobre la efectividad de cada una o todas ellas.

En general, se ha visto la necesidad de una **estrategia comunitaria** para responder a situaciones de catástrofe.

### 7.2. En relación a los profesionales sanitarios:

En muchos de los estudios se recoge cómo los equipos de profesionales sanitarios y no sanitarios **rechazan la ayuda psicológica**, especialmente cuando no están garantizadas las necesidades fisiológicas (descanso, alimentación) y de seguridad/protección en su trabajo.

En la medida que las **necesidades básicas se cubren**, el personal asistencial y no asistencial está más abierto a recibir intervenciones diseñadas para equipos concretos (reducción del estrés, relajación y asesoramiento). La “**psicoeducación**” sobre las posibles intervenciones a realizar puede ser positiva para orientar al personal a beneficiarse de dichas intervenciones.

A nivel de **equipo**, parecen claras las ventajas de proporcionar **comunicación** de calidad con información actualizada periódicamente. También se han visto como medidas eficaces favorecer la **rotación** de profesionales, la **flexibilidad** organizativa y horaria, la **cohesión** grupal y la supervisión de equipos.

### 7.3. En relación a personas afectadas directamente por la pandemia:

Para que las personas reciban una atención ajustada y optimizada es necesario **regular y adaptar las intervenciones** en función de criterios clínicos (gravedad de los síntomas y situación clínica, lugar de tratamiento, historia de traumas previos y, si constan,

antecedentes de problemas de salud mental). Disponer de esta información ayudará a detectar a personas de **riesgo** y poner en marcha **medidas preventivas** específicas de salud mental.

Tanto en relación a personas afectadas por la pandemia, como posibles profesionales sanitarios susceptibles de intervención, no podemos olvidar que **intervenir demasiado pronto** sobre los mecanismos naturales de afrontamiento de las personas puede ser **perjudicial**. Asimismo, hay que prevenir el desarrollo de intervenciones que bloqueen el acceso de las víctimas a una nueva identidad funcional como supervivientes.

#### **7.4. En la relación sanitarios/pacientes:**

Es frecuente la demanda asociada a cómo afrontar la sintomatología o fenómenos psicológicos (ansiedad, labilidad emocional...) de las personas afectadas, observándose un **déficit** generalizado en la **preparación** del personal sanitario y no sanitario en relación al **abordaje emocional** de las mismas.

Se apunta la posibilidad de diseñar ESM consultores, de carácter multiprofesional. Asimismo, algunos estudios señalan la posibilidad de favorecer la presencia de esa consultoría de carácter online.

#### **7.5. En relación a la población general (incluyendo poblaciones vulnerables y la necesidad de adaptarse a sus características):**

Parece clara la necesidad de **reducir el impacto psicológico de la cuarentena**, reduciendo factores de estrés (disminuir duración de la cuarentena, proporcionar información rigurosa que disminuya el miedo a la infección, reducción de frustración y aburrimiento, mejorar la comunicación y proporcionar suministros básicos adecuados) y controlando los estresores posteriores (consecuencias económicas, estigma).

## 8- Bibliografía, Videografía y webgrafía

1. Brooks,S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G.Thepsychologicalimpact of quarantine and how to reduce it: rapidreview of theevidence, *Lancet* 2020; 395:912-20.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
2. Cheng, S.K.W. and Wong, C.W. PsychologicalIntervenctionwithSufferersfromSevereAcuteRespiratorySyndrome (SARS): LessonsLearntfromempiricalfindings, *Clin. Psychol. Psychother.* 12, 80–86 (2005) disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cpp.429>
3. Chen, Q.; Liang. M.; Li, Y.; Guo, J.; Fei, D.; Wang, L.; He,L.; Li,X.; Wang, J.; Zhang,Z. Mental healthcareformedical staff in Chinaduringthe COVID-19outbreak. CorrespondencePublishedOnlineFebruary 18, 2020 [www.thelancet.com/psychiatry](http://www.thelancet.com/psychiatry) Vol 7 April 2020  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)
4. Duan, L.; Zhu, G. Psychologicalinterventionsforpeopleaffectedbythe COVID-19 epidemic. CommentPublishedOnlineFebruary 18, 2020 [www.thelancet.com/psychiatry](http://www.thelancet.com/psychiatry) Vol 7 April 2020  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
5. Inchausti, F., García-Poveda, N., Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S. (2020), La Psicología Clínica ante la pandemia COVID-19 en España, *Clínica y Salud*. Avance online <https://doi.org/10.5093/clysa2020a11>
6. IASC (Inter-Agency Standing Committee), Grupo de referencia para la Salud Mental y Apoyo Psicosocial en contextos de emergencia, (2020). Adaptación al contexto español de la nota informativa sobre la atención a la salud mental y los aspectos psicosociales relacionados con la pandemia de COVID-19. Versión 1.0.
7. Jung,SunJae et al. **Mental Health and PsychologicalInterventionAmid COVID-19 Outbreak: Perspectivesfrom South Korea.** *Yonsei Medical Journal*(2020), 61 (4):271 <https://doi.org/10.3349/ymj.2020.61.4.271>
8. OSALDE (OsasunEskubidearenAldekoElkartea), Asociación por el Derecho a la Salud, Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria (2020), Guía de apoyo psicosocial durante esta epidemia de coronavirus.
9. OSALDE (OsasunEskubidearenAldekoElkartea), Asociación por el Derecho a la Salud, Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria (2020), Guía 2. Apoyo al duelo durante esta epidemia de coronavirus.
10. OSALDE (OsasunEskubidearenAldekoElkartea), Asociación por el Derecho a la Salud , Asociación Española de Neuropsiquiatría, Asociación de Salud Mental y

- Psiquiatría Comunitaria (2020), Guía 3, apoyo frente a las adicciones durante esta epidemia de coronavirus.
11. Pfefferbaum, B., M.D., J.D., North, C., M.D., M.P.E. (2020) Mental Health and the Covid-19 Pandemic, published on April 13, 2020, at *N Engl J Med* NEJM.org DOI: 10.1056/NEJMp2008017
  12. Shalev, D., Shapiro, P. (2020), Epidemic psychiatry: The opportunities and challenges of COVID-19, *General Hospital Psychiatry* 64: 68-71. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.03.009>
  13. Wang, C.; Pan, R.; Wan, X.; Tan, Y.; Xu, L.; Ho, C.S.; Ho, R.C. 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*, 1729. doi:10.3390/ijerph17051729
  14. Zhang, Y.; Ma, Z.F. Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2020**, *17*, 2381. doi:10.3390/ijerph17072381
  15. Vídeo <https://www.herdereditorial.com/la-salud-emocional-en-tiempos-de-pandemia>
  16. Vídeo: [http://educacionpapps.blogspot.com/2020/04/salud-mental-en-epidemias-una.html?utm\\_source=feedburner&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=Feed%3A+Educacionpapps+%28educacionpapps%29](http://educacionpapps.blogspot.com/2020/04/salud-mental-en-epidemias-una.html?utm_source=feedburner&utm_medium=email&utm_campaign=Feed%3A+Educacionpapps+%28educacionpapps%29)
  17. <http://www.clinica-galatea.com/es/bloc/prevencion-cuaternaria-coronavirus/>
  18. <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters>
  19. [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
  20. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/situacionActual.htm>
  21. [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/AspectosEticos en situaciones de pandemia.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/AspectosEticos%20en%20situaciones%20de%20pandemia.pdf)
  22. <https://covid19.isciii.es/>
  23. [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion 84 COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion%2084%20COVID-19.pdf)
  24. <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles>
  25. <https://segundasvictimasCOVID19.umh.es/p/inicio.html>



## 9. Anexos.

### 9.1. Anexo I.

A continuación se recoge la encuesta facilitada a los profesionales del Grupo de Trabajo:

#### Reflexiones y preguntas a profesionales relacionadas

##### con la crisis COVID-19:

En la actualidad nos encontramos sufriendo una situación de crisis sin precedentes y sin los recursos que hubieran sido necesarios y deseables para afrontarla.

A nivel profesional esta situación nos ha llevado a un cambio en los tipos de intervenciones en toda la red, tal y como las veníamos entendiendo hasta la fecha.

Dado que ya llevamos varias semanas afrontando este hecho, nuestro deseo es poder ir comprendiendo y expresando nuestras experiencias, aprendidas a través de las emociones y el conocimiento, así como poder integrarlas en nuestro trabajo cotidiano y poder ampliar tanto el abanico de herramientas terapéuticas tras el final del confinamiento como nuestra planificación de la actividad asistencial en nuestra Red de Salud Mental.

Son muchas las dudas, incertidumbres y emociones vividas, todas ellas nos han permitido ir construyendo, por eso creemos necesario no perder esta enseñanza, y aprovechar el intercambio e integración para hacer sinergias que nos ayuden a continuar más fortalecidos.

Por esta razón, queremos plantearnos unas preguntas y/o reflexiones en común:

1. ¿Qué cosas han cambiado desde el inicio de la Pandemia en tu labor asistencial?

- ¿Cuáles para mejor?
- ¿Cuáles para peor?
- ¿Mantendrías alguna de ellas cuando la crisis haya terminado?

2. ¿Ha cambiado la demanda asistencial?

- ¿De qué modo?
- ¿Qué necesidades o problemas emergentes (aumento de prevalencia) has detectado?

3. Teniendo en cuenta las respuestas a las preguntas anteriores, ¿Qué propondrías para optimizar la atención en el recurso al que perteneces tras la crisis del Covid-19?

· Y para la Red de Salud Mental de Extremadura en general, ¿Qué propuestas tienes?

4. ¿Consideras que los centros de la Red de Salud Mental tendrían que proveer un procedimiento específico, y distinto al tradicional, para que los profesionales sanitarios y no sanitarios, reciban asistencia por personal especializado, para superar trastornos adaptativos, afectivos, cuadros de ansiedad, etc. Relacionados con la pandemia?

5. También nos interesa conocer cómo te has sentido tú en tu trabajo durante la gestión y duración de la crisis sanitaria; especialmente qué cosas has agradecido y cuáles has echado en falta.

## Anexo 9.2. Cronogramas.

A continuación se muestra el cronograma utilizado en la realización de este informe y el cronograma futuro en el que se está trabajando. Las acciones realizadas se muestran en color verde.

GRUPO DE TRABAJO	<b><i>CRONOGRAMA APROXIMADO GRUPO POST COVID-19</i></b>
POST-COVID19	
8/04/2020	

FASE	FECHA APROXIMADA	CONTENIDO	PARTICIPANTES
0	1ª Quincena de Abril	Constitución del grupo de trabajo	Grupo de trabajo Grupo de la SSMYPPAA y Grupo coordinador
1	3ª Semana de Abril	Recogida de propuestas para breve análisis de Situación Recopilación bibliográfica de apoyo	Todos los previos
3	4ª Semana de Abril	Análisis de situación, realización de informe y devolución al grupo de trabajo	Grupo coordinador y resto de miembros participantes de la SSMYPPAA
4	5ª Semana de Abril	Elaboración y discusión de las primeras propuestas obtenidas del análisis de situación	Todos los miembros
5	Mayo	Diseño de siguientes fases del programa según evolución de la Crisis Sanitaria	

GRUPO DE TRABAJO POST-COVID19	<b><i>CRONOGRAMA ACCIONES SURGIDAS DEL GRUPO DE TRABAJO PLANIFICACIÓN POSTPANDEMIA</i></b>
15/05/2020	

FASE	FECHA APROXIMADA	CONTENIDO	PARTICIPANTES
6	2ª Semana de Mayo	Puesta en marcha de las primeras acciones propuestas por el Gdt	Grupo de la SSMYPPAA y Grupo coordinador
6	3ª Semana de Mayo	Trabajo sobre las acciones propuestas por el Gdt  Emisión de informe final	Grupo de la SSMYPPAA y Grupo coordinador
6	4ª Semana de Mayo	Devolución al grupo de trabajo del informe final  Traslado del informe a las autoridades pertinentes	Grupo coordinador y resto de miembros participantes de la SSMYPPAA  Todos los miembros serán convocados a la devolución del informe
6	4 y 5ª Semana de Mayo	Creación de nuevos grupos operativos de trabajo para las acciones concretas que así lo requieran  Continuación del trabajo sobre las acciones propuestas	Grupo coordinador y resto de miembros participantes de la SSMYPPAA  Participantes del grupo de trabajo y otros miembros de la RSMEx si fuera preciso
	Por determinar	Diseño de siguientes fases del programa según evolución de la crisis sanitaria y estado de las acciones	Por determinar

## 10. Participantes del grupo de trabajo.

Ana I. Delfa Cantero. Psicóloga. Directora Técnica CRPS Badajoz.

Carmen Inmaculada Díaz Murillo. Trabajadora Social. ESM Valdepasillas.

Antonio Galán Rodríguez. Psicólogo Clínico. ESM Zafra.

Daniel Gómez Pizarro. Psiquiatra. CSS Plasencia.

Almudena Julia Flores Macías. Enfermera Especialista en Salud Mental. ESM Mérida.

Irene León Vilches. Enfermera Especialista en Salud Mental. UHB Cáceres.

Cristina Lancho Blázquez. Trabajadora Social. ESM Trujillo y ESMIJ Cáceres.

Beatriz Martín Morgado. Psiquiatra. Subdirectora de Salud Mental y Programas Asistenciales.

Ana Isabel Piedehierro Mangas. Psicóloga Clínica. ESM Llerena.

Cristina Tormo Martín. Psicóloga Clínica. UHB Plasencia.

Ignacio Torres Solís. Psiquiatra. Responsable de Salud Mental. SSMMyPPA.

Francisco Vaz Leal. Psiquiatra. Catedrático de Psiquiatría. HUB.

### Grupo coordinador:

Laura Gragera Becerra. Psicóloga Clínica. SSMMyPPA.

María Isabel López Rodríguez. Psiquiatra. SSMMyPPA.

Esther M<sup>a</sup> Rebollo Higuero. Enfermera Especialista en Salud Mental. SSMMyPPA.