

MINISTERIO
DE SALUD

RESOLUCIÓN No. 860
De 30 de OCTUBRE de 2023

Que aprueba la Guía de Atención en Salud Mental y Apoyo Psicosocial a Pacientes COVID y Post COVID 19.

EL MINISTERIO DE SALUD
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con el artículo 109 de la Constitución Política de la República de Panamá, es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.

Que la Ley 66 del 10 de noviembre de 1947, aprueba el Código Sanitario de la República de Panamá y regula en su totalidad los asuntos relacionados con la salubridad e higiene pública, política sanitaria y la medicina preventiva y curativa; de igual forma, dentro de su articulado, adopta las medidas de emergencia que sean imprescindibles e impostergables, en caso de epidemia u otras calamidades públicas.

Que el Decreto de Gabinete 1 del 15 de enero de 1969, crea el Ministerio de Salud para la ejecución de las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud que, por mandato constitucional, son responsabilidad del Estado y, como órgano de la función ejecutiva, le corresponde la determinación y conducción de la política de salud del Gobierno en el país.

Que el Decreto 75 del 27 de febrero de 1969, establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud y le asigna, como parte de sus funciones generales, mantener actualizada la legislación que regula las actividades del sector salud, los reglamentos y normas para el funcionamiento de los servicios técnicos-administrativos y manuales de operación, que deben orientar la ejecución de los programas en el plano nacional, bajo patrones de funcionamiento de eficiencia comprobada.

Que el Decreto Ejecutivo No.393 del 14 de septiembre de 2015, adopta los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). El Ministerio de Salud adopta el ODS 3, denominado "Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades es esencial para el desarrollo sostenible".

Que en la Resolución Ministerial No.980 del 18 de agosto de 2016, se adopta el Plan Nacional del Ministerio de Salud para la Preparación, Respuesta y Recuperación ante Emergencias y Desastres, que establece los lineamientos para el diseño e implementación del Plan Nacional de Gestión Integral de Riesgo a Desastres en el Sector Salud.

Que el Decreto Ejecutivo No.119 de 9 de mayo de 2017, aprueba la Política Nacional de Salud 2016-2025, en el cual la "Política 3", se refiere a lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud con equidad, eficiencia y calidad, y como "Objetivo Estratégico 3.3" está el conducir las acciones dirigidas a aumentar el acceso de los grupos vulnerables a todas las intervenciones en salud pública para mejorar las condiciones de salud integral a nivel nacional.

Resolución No. 860 de 30 de OCTUBRE de 2023

Que se hace necesario contar con una guía que oriente al personal de salud en lo referente a los procedimientos para el manejo de la salud mental y el apoyo psicosocial en los pacientes afectados por COVID-19, con el fin de contribuir en el abordaje y reducción de las secuelas psicológicas y neuropsiquiátricas de la infección.

Que la emisión de la presente guía cumple con el objetivo de salud pública de proveer los servicios de salud mental a la población.

RESUELVE:

Artículo Primero: Aprobar la Guía de Atención en Salud Mental y Apoyo Psicosocial a Pacientes COVID y Post COVID 19 que se reproduce en el Anexo I y que forma parte integral de la presente Resolución.

Artículo Segundo: Señalar que el seguimiento de la implementación de la Guía de Atención en Salud Mental y Apoyo Psicosocial a Pacientes COVID y Post COVID 19, será responsabilidad de la Sección de Salud Mental de la Dirección General de Salud Pública.

Artículo Tercero: Señalar que la Oficina Integral de Riesgo a Desastre en Salud mantendrá colaboración con la Dirección General de Salud Pública para la revisión y actualización periódica de la Guía aprobada en el Artículo Primero de la presente resolución.

Artículo Cuarto: La presente Resolución empezará a regir a partir de su firma.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Constitución Política de la República de Panamá, Ley 66 del 10 de noviembre de 1947, Decreto de Gabinete 1 del 15 de enero de 1969, Decreto 75 del 27 de febrero de 1969, Decreto Ejecutivo No.119 de 9 de mayo de 2017, Decreto Ejecutivo No.393 del 14 de septiembre de 2015, Resolución No. 980 del 18 de agosto de 2016.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.


LUIS FRANCISCO SUCRE M.
Ministro de Salud




FIEL COPIA DE SU ORIGINAL


DIRECTOR DE LA OFICINA DE
ASESORIA LEGAL
MINISTERIO DE SALUD

GUÍA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL A PACIENTES COVID Y POST COVID-19



PANAMÁ
2021





MINISTERIO
DE SALUD

GUÍA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL A PACIENTES COVID Y POST COVID-19

Noviembre 2021/Versión 1.0





MINISTERIO
DE SALUD



Ministerio de Salud

Guía de Atención de Salud Mental y Apoyo Psicosocial a Pacientes COVID y Post-COVID

Versión 1.0: Noviembre, 2021

Oficina Integral de Riesgos a Desastres en Salud (OIRDS)

Lcdo. Euclides Sánchez, Director de la OIRDS

Dra. Delia De Ycaza, Coordinadora de Salud Mental de la OIRDS



**MINISTERIO
DE SALUD**



AUTORIDADES

Su Excelencia

DR. LUIS FRANCISCO SUCRE MEJÍA

Ministro de Salud

DRA. IVETTE BERRÍO AQUÍ

Viceministra de Salud

DR. JOSÉ BELISARIO BARUCO VILLARREAL

Secretario General de Salud

EQUIPO TÉCNICO EN LA ELABORACIÓN

Dra. Delia I. De Ycaza M.

Médico Psiquiatra, Coordinadora Nacional de Salud Mental frente a COVID-19,
Centro de Operaciones de Emergencias en Salud (CODES)

Dra. Ana Raquel Goti P.

Médico Psiquiatra

Dra. Milagro M. Moya R.

Médico Psiquiatra

Mgtra. Cira Hoquee

Psicóloga

Licdo. Efraín Rujano

Psicólogo



EXPERTOS CONSULTORES

Dra. Ileana Brea

Punto Focal de Salud Mental, Organización Panamericana de la Salud

Lcda. Bethzabel Collado de Miranda

Jefa Nacional de Trabajo Social, MINSA

Lcdo. Christian Tejeira

Presidente de la Asociación Panameña de Psicólogos

Dra. Ángela Medina

Neuropsiquiatra Hospital Regional Rafael Hernández de la CSS

Dr. Karim Daly

Médico Psiquiatra, Hospital Integrado Panamá Solidario, MINSA

Lcda. Yanitzel Arosemena G.

Directora, Oficina Nacional de Salud Integral para la Población con Discapacidad, MINSA



EQUIPO DE VALIDACIÓN

Dr. Emilio A. Messina G.

Asesor de Metas del Despacho Superior

De la Dirección General De Salud Pública, Ministerio de Salud

Dra. Juana Herrera

Jefa Nacional de Sección de Salud Mental

Mgtra. Aldacira Bradshaw

Coordinadora de Enfermería de Salud Mental

Mgtra. Guadalupe Quiroz

Técnico de la Sección de Salud Mental

Dr. David Sanjur

Técnico de Sección de Salud Mental

Mgtr. Felipe Ríos

Coordinador de Enfermería de Salud Penitenciaria

Licda. Itzel Roseman

Coordinadora de Enfermería de Salud Penitenciaria

Dra. Geneva González

Jefa Nacional de Sección de Salud Sexual y Reproductiva

Mgtra. Maritza Nieto

Coordinadora de Enfermería de Salud Sexual y Reproductiva

Dra. Yamileth Rivera

Jefa Nacional de Sección de Niñez y Adolescencia

Mgtra. Dora Polanco

Coordinadora de Trabajadores Sociales de Niñez y Adolescencia

Dra. Beatriz Vizcaino

Técnico de la Sección de Atención en Salud de la Tuberculosis

Licda. Karolyn Chong

Técnico de la Sección de Atención en Salud de la Tuberculosis

Dra. Raquel de Mock

Jefa Nacional de la Sección de Salud de Adulto

Licda. Yanin Adames

Jefa de la Sección de Salud de Adulto Mayor





Esta guía se basa en lo que, hasta la fecha de su publicación, se conoce acerca de la enfermedad COVID-19 y como afecta a los pacientes tanto en la fase aguda de la infección como en etapa post infecciosa. Igualmente, toma como referencia los protocolos de actuación de los diferentes equipos de trabajo e instalaciones de salud en respuesta a la pandemia.

La aplicación de la guía se limita a la pandemia COVID-19 y debe hacerse siempre de conformidad con las políticas nacionales de salud. Es posible que deba adaptarse según el recurso humano disponible, el funcionamiento, los recursos físicos y las condiciones de cada instalación en particular.

Este documento está sujeto a ser actualizado periódicamente con el objeto de que responda en todo momento a las necesidades y lineamientos sanitarios vigentes.



Palabras del Ministro de Salud



Desde que la OMS anunció al mundo la amenaza de un brote epidémico en China a finales del 2019, el Ministerio de Salud, cumpliendo con lo establecido en el Código Sanitario referente a su función de adoptar las medidas de emergencia que sean imprescindibles e impostergables en caso de epidemia u otras calamidades públicas, coordina las acciones de respuesta a nivel interinstitucional e intersectorial con el fin de vigilar de forma continua y permanente el comportamiento del SARS-CoV-2 y determinar las medidas de prevención, control y tratamiento necesario para enfrentar los efectos de la pandemia por COVID-19.

El Ministerio de Salud de Panamá, previendo que la emergencia sanitaria pudiera acarrear elevados niveles de estrés y un importante impacto psicosocial que afectase la calidad de vida de las personas y comunidades, incluyó, como parte de su estrategia de abordaje, un conjunto de iniciativas en materia de salud mental que indudablemente ocuparían un lugar prominente en la respuesta a cualquier emergencia a efectos de disminuir y controlar las potenciales consecuencias negativas en la salud integral y el bienestar emocional de la población. Desde entonces, se han puesto en marcha diversas acciones dirigidas a mitigar el impacto de la pandemia, gracias a las cuales se ha reforzado el apoyo directo a los pacientes, además, se han desarrollado sistemas innovadores como los servicios de atención remota que proveen un amplio rango de consultas de salud mental a personas en crisis y/o con trastornos, cerca de 50 mil en el último año, lo que ha ampliado el campo de acción de las labores del personal sanitario en esta área de especialización y fortalecido aún más la gestión institucional en materia de salud mental.

En virtud de lo expresado, nos sentimos complacidos porque los esfuerzos no solo han permitido hacerle frente a la contingencia generada por la pandemia, sino que hoy son reconocidos a nivel nacional e internacional, destacando a nuestro país dentro del conjunto de las naciones de la Región de la Américas. No obstante, somos conscientes de que todavía existe un largo camino por recorrer en la persecución de la resiliencia y capacidad de recuperación de la población. Así, esta guía, que hoy les compartimos, permitirá reorientar nuestros esfuerzos hacia el abordaje oportuno de las afecciones y secuelas neurológicas y de salud mental en los pacientes COVID y Post-COVID, lo cual agrega valor y fortalece lo hasta ahora avanzado.

Gracias a la colaboración de un equipo interdisciplinario de profesionales comprometidos, nos sentimos honrados de presentar la **Guía de Atención en Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Pacientes con COVID y Post COVID-19**, documento que se erige como un valioso instrumento que orientará al personal de salud en el manejo integral de estos pacientes y usuarios, a fin de protegerlos de las secuelas de la COVID-19 en la esfera de la salud mental.

Dr. Luis Francisco Sucre

Ministro de Salud



ÍNDICE

• Glosario de Términos	xii
• Glosario de Siglas y Acrónimos	xv
1. Introducción	1
2. Principales Intervenciones de Salud Mental y Apoyo Psicosocial	10
3. Abordaje por Personal de Salud No Especializado	17
4. Intervenciones por Profesionales de Salud Mental	25
5. Manejo de las Complicaciones Neuropsiquiátricas Agudas en Pacientes COVID-19	29
6. Abordaje en Poblaciones Especiales con COVID-19	37
7. Consideraciones para el Uso de Psicofármacos en Pacientes COVID-19	44
8. Abordaje en Pacientes Post COVID-19	49
9. Recomendaciones para el Manejo de Situaciones Específicas	53
10. Cuidado de la Salud Mental del Personal Sanitario	59
11. Referencias Bibliográficas	61
12. Anexos	68



GLOSARIO DE TÉRMINOS

Animales de Apoyo Emocional o Animales de Confort: Animales que como parte de un plan de tratamiento médico, ayudan a las personas brindando apoyo terapéutico a su tutor a través del afecto y la compañía.

Animal de Servicio: Un animal, usualmente un perro, que está entrenado individualmente para realizar un trabajo o realizar tareas en beneficio de una persona con una discapacidad.

Anosmia: Incapacidad para percibir el olor o, al menos, la disminución significativa de la capacidad olfatoria.

Autocuidados: Hábitos saludables de autogestión y responsabilidad en el cuidado de sí mismo que tiene importantes repercusiones en el estado de salud y la calidad de vida de las personas.

Cuidador Primario: Aquella persona que se hace cargo de la mayor parte del cuidado y las necesidades físicas y emocionales de otra persona.

Cognoscitivo: Proceso por el cual los individuos son capaces de asimilar y captar la información de la realidad integrándola, relacionándola, interpretándola y recreándolas hasta construir el conocimiento.

Delirium: Trastorno orgánico transitorio en el que se produce una alteración del estado mental o nivel de conciencia, de forma aguda y reversible, como consecuencia de una alteración cerebral primaria o secundaria a una enfermedad sistémica, afecciones neurológicas, intoxicación o abstinencia de agentes tóxicos o fármacos.

Discapacidad: Condición en la que se presenta deficiencia física, mental, intelectual o sensorial a largo plazo que, en interacción con diversas barreras, puede obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás.



Discapacidad Auditiva: La pérdida o anomalía de la función anatómica y/o fisiológica del sistema auditivo, que tiene como consecuencia la disminución o pérdida de la capacidad para oír, y por lo tanto implica un déficit en el acceso al lenguaje oral.

Discapacidad Cognitiva o Intelectual: Condición en la que una persona que presenta limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y/o en la habilidad para funcionar y adaptarse a las diferentes situaciones de la vida diaria.

Discapacidad Física o Motora: Estado físico que le impide a una persona, de forma permanente e irreversible, moverse con la plena funcionalidad de su sistema motriz. Puede referirse a la disminución o incoordinación del movimiento de una o varias partes de su cuerpo, a trastornos en el tono muscular o a trastornos del equilibrio.

Discapacidad Visual: Cualquier manifestación física que conlleve problemas en la calidad de la visión de un individuo, pudiendo ser resultado de múltiples factores como traumatismos, infecciones, edad, causas hereditarias o congénitas y las cuales pueden producir afecciones de distintos grados, que van desde la deficiencia visual hasta la ceguera absoluta.

Disgeusia: Trastorno del gusto que se manifiesta en forma de sensación desagradable y persistente en la boca.

Encefalopatía: Cualquier enfermedad difusa del cerebro en la que se altera la función o la estructura del cerebro generando un estado mental alterado; puede deberse a una enfermedad, una lesión o al uso de medicamentos o sustancias químicas.

Emergencia Epidemiológica: Evento extraordinario de nueva aparición o reaparición, cuya presencia tiene la potencialidad de generar un aumento de la morbi-mortalidad de la población o afectación inusitada de la salud pública y que por su magnitud requiere de acciones inmediatas.



Factor de Riesgo: Toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o presentar otro problema de salud.

Habilidades Psicosociales: Aptitudes y herramientas que adquiere una persona para manejar asertivamente las emociones y desarrollar la capacidad de comprender, empatizar, orientar y apoyar a otras personas.

Intervalo QT: En el electrocardiograma, medida del tiempo entre el comienzo de la onda Q y el final de la onda T; si se encuentra anormalmente prolongado puede generar arritmias.

Meningoencefalitis: Inflamación de las meninges y el encéfalo generalmente de etiología infecciosa.

MhGAP: Programa de acción de la OMS para superar las brechas en salud mental y a través del cual se identifican estrategias para aumentar la cobertura de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias en entornos con recursos limitados.

Neurodiverso: La neurodivergencia es un término general para referirse a los individuos que viven con autismo principalmente, pero también abarca dislexia, dispraxia, déficit atencional con hiperactividad (TDAH), u otras condiciones que les llevan a navegar procesos cognitivos y emocionales de manera distinta a la norma.

Neuropatía periférica: Conjunto de síntomas causados por el daño a los nervios que se encuentran fuera del cerebro y la médula espinal, llamados nervios periféricos.

Neuropsiquiátrico: Término médico general que abarca una amplia gama de síntomas o trastornos que afectan la función del sistema nervioso, la conducta y/o las emociones del paciente.



Pandemia: Propagación de una nueva enfermedad infecciosa en un área geográficamente extensa, es decir, por varios países, continentes o en todo el mundo, y que afecta a un gran número de personas.

Salud Mental y Apoyo Psicosocial: Término compuesto usado para describir cualquier tipo de apoyo local o externo con miras a proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o tratar trastornos mentales.

Síndrome de Guillain-Barré: Enfermedad autoinmune y autolimitada desencadenada generalmente por un proceso infeccioso en la que el sistema inmunitario del paciente ataca a su propio sistema nervioso periférico provocando una parálisis flácida motora clásicamente ascendente.

Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG): Trastorno mental que se caracteriza por ansiedad y preocupación persistentes y excesivas por actividades o eventos que no se relacionan con estresores recientes y que se manifiestan la mayoría de los días por un periodo de al menos seis meses.

Trastorno de Espectro Autista: Condición relacionada con el desarrollo del cerebro que afecta la manera en la que una persona percibe y socializa con otras personas, lo que causa problemas en la interacción social y la comunicación.

Trastorno de Estrés Agudo (TEA): Cuadro de carácter agudo que aparece como consecuencia de la exposición a un evento traumático o abrumador de forma directa o indirecta y que consiste en una serie de reacciones cognitivas, conductuales, emocionales y físicas que se prolongan durante menos de un mes.

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT): Enfermedad de salud mental en el que tras experimentar o ser testigo de algún evento traumático, la persona desarrolla síntomas que pueden incluir reviviscencias, pesadillas, angustia grave y pensamientos incontrolables sobre la situación. Los síntomas duran más de 1 mes y comienzan dentro de los 6 meses del suceso.



Trastorno Psicótico o Psicosis: Trastorno mental grave caracterizado por una pérdida del contacto con la realidad. Los síntomas principales son los delirios y alucinaciones que a su vez generan en quien lo padece angustia, nerviosismo y les hace mostrarse vigilantes hacia todo lo que les rodea, llegando en algunos casos al aislamiento social y emocional.

Vulnerabilidad: Término que se aplica a aquellos sectores o grupos de la población que por su condición de edad, sexo, estado civil y origen étnico se encuentran en condición de riesgo que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar.



GLOSARIO DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

APS	Atención Primaria en Salud
CAM	Confusion Assessment Method Severity (Método para la Evaluación de la Confusión)
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CODES	Centro de Operaciones de Emergencias de Salud
COVID-19	Enfermedad por Coronavirus 2019
EIC	Equipo de Intervención Clínica
ERR	Equipo de Respuesta Rápida
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder (Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada-7 preguntas)
IASC	Inter-Agency Standing Committee (Comité Permanente entre Organismos)
ISRS	Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina
MERS	Síndrome Respiratorio de Oriente Medio
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social de Panamá
MMSE	Mini Mental State Examination (Miniexamen de Estado Mental)
MINSA	Ministerio de Salud de Panamá
MINSA-CAPSI	Centro de Atención Primaria en Salud Innovador del Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PHQ-9	Patient Health Questionnaire (Cuestionario sobre la Salud del Paciente – 9 preguntas)
PAP	Primera Ayuda Psicológica o Primeros Auxilios Psicológicos
SCA	Síndrome Confusional Agudo
SMAPS	Salud Mental y Apoyo Psicosocial
SRAS	Síndrome Respiratorio Agudo Severo
SURCO	Sistema Único de Referencia-Contrarreferencia
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos







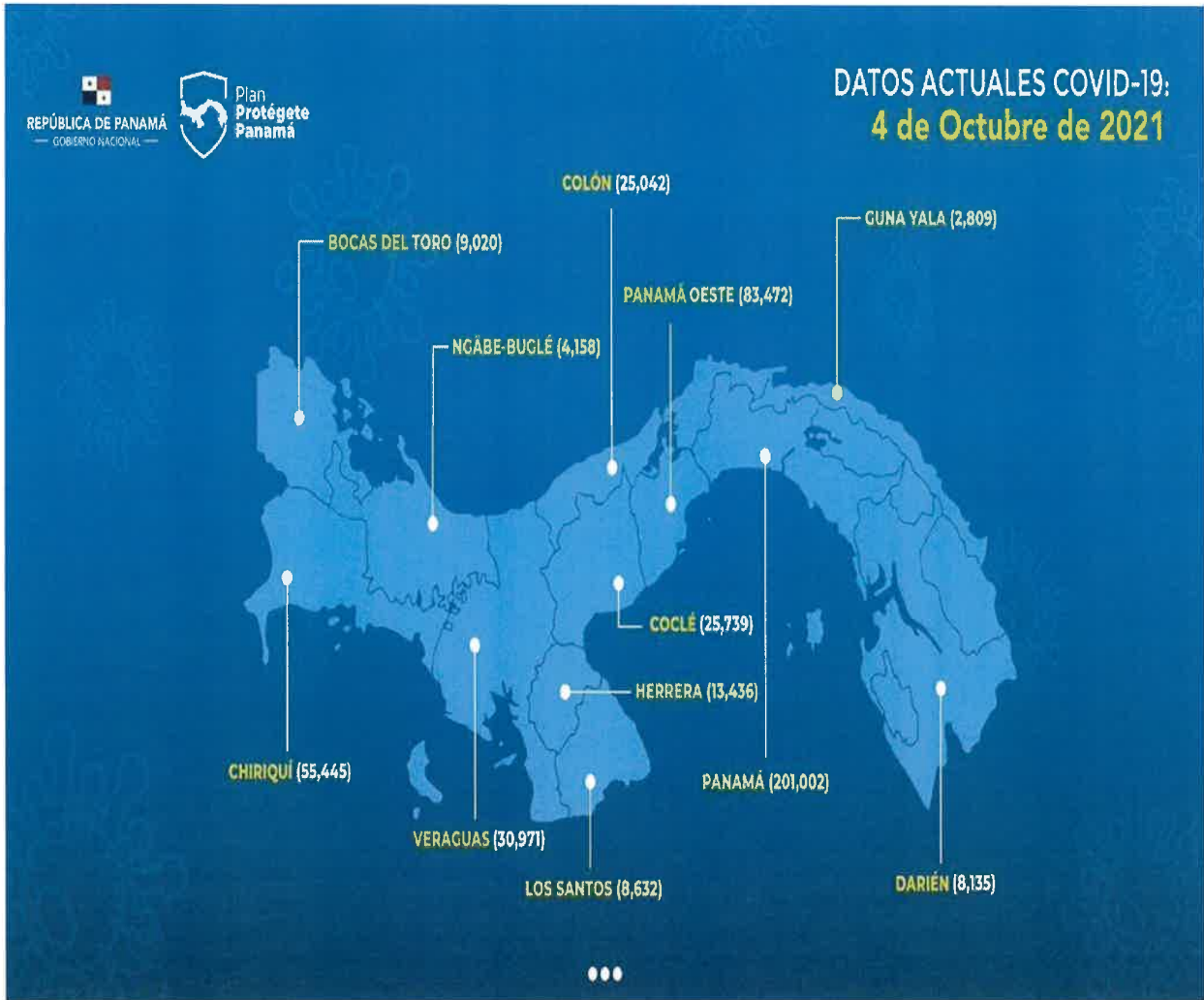
1. INTRODUCCIÓN

1. 1. ANTECEDENTES

La enfermedad por coronavirus 2019 o COVID-19, causada por el nuevo coronavirus denominado SARS-CoV-2, fue detectada por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, China y tras su propagación alrededor del mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconoció como una pandemia el 11 de marzo de 2020. En respuesta a ello, el 22 de enero del 2020, el Ministerio de Salud de Panamá activó el Centro de Operaciones de Emergencias en Salud (CODES), organismo interinstitucional que a partir de ese momento asumió las funciones de vigilar el comportamiento del virus y activar los protocolos sanitarios necesarios para responder a la emergencia. Al momento de su activación, se adscribe al CODES la Coordinación Nacional de Salud Mental frente a COVID-19, encargada de planificar, liderar e implementar las estrategias orientadas a la protección de la salud mental y el bienestar psicosocial de la población, como parte de la respuesta sanitaria.

A lo largo del siglo XXI, antes de COVID-19, han existido una serie de epidemias y pandemias, como el SARS, AH1N1, MERS, Ébola y Zika que evidenciaron, entre otras cosas, que tales eventos causan un impacto psicosocial que incluso puede permanecer en el tiempo posterior a haber sido controlada la emergencia de salud pública. Por ello es conveniente incorporar los componentes de salud mental y apoyo psicosocial a los planes de preparación, respuesta y recuperación ante este tipo de emergencias.

En febrero del 2020, paralelo al **Plan Operativo Nacional para la Prevención y Control del Nuevo Coronavirus (2019-nCoV)**, se presenta ante el CODES el **Plan de Respuesta de Salud Mental y Apoyo Psicosocial durante la Emergencia por el Nuevo Coronavirus** con el objetivo de definir e integrar a la respuesta sanitaria las líneas de acción para la protección de la salud mental y el bienestar psicosocial de la población afectada por la pandemia en Panamá donde para finales de octubre 2021 se reportan más de 472 mil casos confirmados.¹





1.2. JUSTIFICACIÓN

Durante la pandemia, los países de la región de las Américas han informado un empeoramiento de la salud mental de su población y se anticipa que las necesidades de salud mental seguirán creciendo. Reacciones psicoemocionales tales como tensión, depresión, ansiedad e insomnio han sido provocadas no solo por el temor y la incertidumbre en torno al nuevo coronavirus, percibido como una amenaza para la vida, sino también por el impacto de los importantes cambios en la vida cotidiana generados por las medidas implementadas para contener la propagación del virus. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha hecho referencia al devastador efecto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental y el bienestar de la población e insta a los gobiernos a ver la pandemia de COVID-19 como una oportunidad para reforzar sus sistemas y servicios de salud a fin de satisfacer las crecientes demandas de salud mental y apoyo psicosocial y como preparación para futuras emergencias mientras.²

Las nuevas y desafiantes realidades, tales como una crisis sanitaria y socioeconómica sin precedentes, el cese de actividades escolares y laborales, el distanciamiento físico y otras restricciones que afectan la socialización, así como las pérdidas de seres queridos, se han convertido en estresores comunes y frecuentes que afectan la salud mental de las personas durante la pandemia de la COVID-19.

Además del estrés ambiental causado por la emergencia epidemiológica, se plantea la vinculación de la infección sistémica con las secuelas psicológicas y con las afecciones neuropsiquiátricas. La OPS resalta el impacto por las interrupciones de los servicios en toda la región, así como las consecuencias para la salud mental de las personas que padecieron el nuevo coronavirus, reportando que a un tercio de las personas que sufrieron COVID-19 se les ha diagnosticado un trastorno neurológico o mental.²

A medida que avanza la pandemia de COVID-19, los informes de enfermedades neurológicas y trastornos mentales van en aumento. Un estudio de más de 230.000 pacientes, publicado en *The Lancet Psychiatry*, concluye que una de cada tres personas diagnosticadas con COVID-19 padecen un trastorno psiquiátrico o neurológico en los seis meses siguientes al inicio de la

enfermedad.³ La evidencia sugiere que las personas que contraen esta enfermedad tienen un mayor riesgo de presentar nuevos síntomas o la exacerbación de trastornos mentales preexistentes debido al estrés agudo y a los efectos del SAR-CoV-2 en el organismo. De hecho, investigaciones recientes han logrado identificar al menos 50 efectos a largo plazo asociados con el coronavirus, incluidos varios síntomas neuropsiquiátricos y trastornos mentales tales como ansiedad, insomnio, déficit neurocognitivo (o demencia), “niebla cerebral”, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático.⁴

En los pacientes hospitalizados pueden existir factores desencadenantes adicionales tales como estresores ambientales asociados al aislamiento y la privación de sueño a expensas del ruido y de los estímulos luminosos propios de las salas hospitalarias, además de los procedimientos médicos invasivos, como la ventilación mecánica, y el uso de medicamentos con efectos secundarios a nivel cognitivo.

Aunque aún no se ha establecido el alcance completo de la neurofisiopatología asociada con COVID-19 (su relación con la función cognitiva a largo plazo en pacientes con COVID-19) es probable que las agresiones pulmonares asociadas con la enfermedad produzcan disfunción cognitiva en un porcentaje sustancial de pacientes.⁵

El Comité Permanente entre Organismos (IASC), órgano que reúne a las organizaciones internacionales que trabajan en la provisión de asistencia humanitaria a las poblaciones afectadas por desastres y otras emergencias, utiliza el término compuesto «salud mental y apoyo psicosocial» (SMAPS) para describir cualquier tipo de apoyo local o externo con miras a proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o tratar trastornos mentales en entornos de emergencia. Los servicios de SMAPS deben ser un componente fundamental de cualquier respuesta de salud y en este caso adaptarse a las necesidades de cada población afectada por la COVID-19, y a los distintos momentos de la pandemia, toda vez que comprender y tratar las consideraciones psicosociales y de salud mental será clave para frenar la transmisión y prevenir el riesgo de repercusiones en el bienestar de la población.





Esta guía va dirigida a todos los trabajadores de salud en los distintos niveles de atención involucrados en el manejo de los pacientes COVID y post COVID-19 incluyendo a los profesionales de salud mental encargados de la atención especializada de estos pacientes.



1.3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer un conjunto de procedimientos en el manejo de la salud mental y el apoyo psicosocial que contribuya a la reducción y/o abordaje oportuno de las secuelas psicológicas y neuropsiquiátricas en los pacientes afectados por COVID-19.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Fortalecer los procesos de referencia e interconsulta permitiendo que los pacientes COVID-19 con alteraciones de salud mental, sean atendidas oportunamente en el nivel correspondiente.
2. Estandarizar los procesos de atención de salud mental en los pacientes COVID y post-COVID-19.
3. Establecer los abordajes que generen las condiciones psicosociales necesarias para que los pacientes COVID-19 logren enfrentar positivamente los contextos de aislamiento y estrés facilitando la recuperación y el retorno a la vida cotidiana.





1.4. FUNDAMENTO LEGAL

- Constitución Política de la República de Panamá de 1972.
- Código Sanitario, Ley 66 del 10 de noviembre de 1947.
- Decreto de Gabinete N°1 del 15 de enero de 1969, por medio del cual se crea el Ministerio de Salud.
- Decreto Ejecutivo N°119 del Ministerio de Salud 9 de mayo de 2017.
- Resolución N°75 del Ministerio de Salud del 23 de enero de 2020.
- Decreto Ejecutivo N°64 del Ministerio de Salud de 28 de enero de 2020.
- Resolución de Gabinete N°10 del 3 de marzo de 2020.
- Resolución de Gabinete N°11 del 13 de marzo de 2020.





Guía de Atención en Salud Mental y Apoyo Psicosocial a Pacientes COVID y Post COVID-19.



2. PRINCIPALES INTERVENCIONES DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL

Para muchas personas el enterarse que están positivas para el SARS-CoV-2 y que deben guardar aislamiento supone un importante impacto psicológico. Para ayudarlas en una situación de crisis es primordial atender sus necesidades y preocupaciones, así como escucharlas, reconfortarlas y guiarlas para que accedan a la información y a los servicios sociales que necesiten.

Esta guía toma como referencia la pirámide de intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) de la IASC reconociendo que las personas se ven afectadas en diferentes niveles e intensidad y por tanto requieren distintos tipos de apoyo⁶ que van desde la integración de intervenciones sociales, de seguridad y las relativas a las necesidades básicas, hasta la prestación de servicios especializados para el manejo de condiciones más graves.

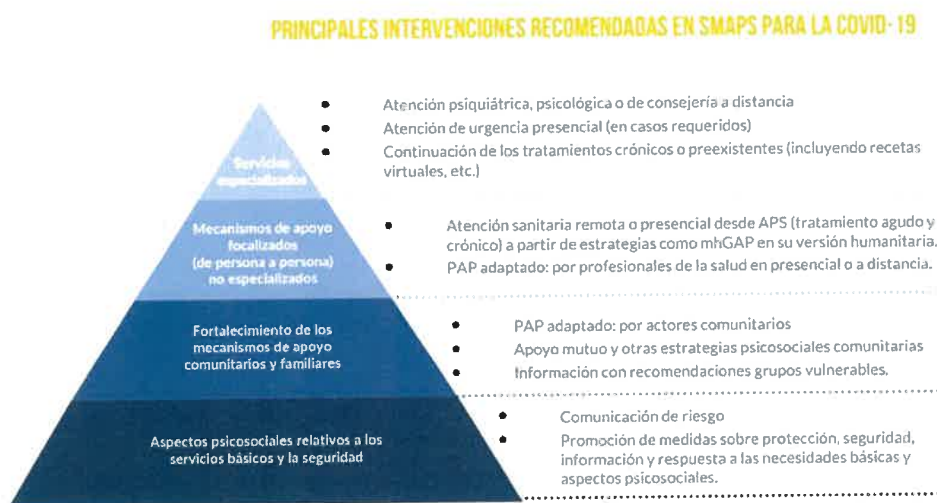


Figura 1. Principales Intervenciones Recomendadas en Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) para la COVID-19. Organización Mundial de la Salud. 2020



Los Primeros Auxilios Psicológicos o Primera Ayuda Psicológica (PAP), el apoyo psicosocial, el acompañamiento y la psicoeducación son herramientas útiles que al complementarse entre sí abarcan un conjunto de actuaciones con el objetivo común de otorgar apoyo físico, psicológico, emocional y social a las personas afectadas por un evento impactante, facilitándoles la reorganización afectiva y cognitiva para continuar con sus vidas.

La atención especializada de psiquiatría, psicología y de otras ramas de la salud mental también es importante para garantizar el seguimiento de los pacientes que así lo requieran y asegurar que tengan acceso a tratamientos farmacológicos, psicológicos y/o psicoterapéuticos.

2.1. PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Se denomina PAP al apoyo brindado de forma práctica a las personas en situaciones de crisis. Se trata de auxiliar a la persona para que se sienta segura, en calma y con esperanza y a la vez ayudarle a dar pasos concretos para afrontar la crisis. Incluye la gestión adecuada de las emociones, el control de los componentes subjetivos de la situación y el inicio del proceso de afrontamiento del problema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce los beneficios de los PAP por lo que promueve constantemente la difusión y puesta en práctica de esta técnica de intervención en casos de emergencias y catástrofes. Esta intervención breve no necesariamente debe ser ejecutada por un especialista en salud mental, los PAP pueden ser aplicados por cualquier persona que se encuentre entrenada para ello.⁷

Uno de los aspectos más importantes a la hora de aplicar PAP es saber cómo comunicarse con una persona angustiada, ansiosa o alterada. Para ello es fundamental saber aplicar la escucha activa y empática y desarrollar una comunicación asertiva. Se debe procurar reconocer las emociones y reacciones del paciente y de sus familiares y responder a ellos de una manera solidaria. Para lograrlo es importante tomar en cuenta lo siguiente:



- Utilizar un tono de voz suave y tranquilizante; hablar de forma pausada.
- Tomarse el tiempo necesario para escuchar a la persona.
- Averiguar cuánto sabe la persona sobre la situación, qué percepciones e inquietudes tiene sobre el diagnóstico.
- Permitir expresarse a su propio ritmo sin forzarla a hablar.
- Comunicar de manera simple y clara evitando utilizar palabras y lenguaje técnico, tomando como referencia el nivel de comprensión, vocabulario y nivel educacional de la persona.
- Demostrar que le está prestando atención y le interesa lo que le está comunicando sin restar importancia a lo ocurrido ni a lo que le preocupa.
- Ofrecer siempre información sincera y veraz sobre la situación. La mayoría de los pacientes y familiares requieren información amplia.
- Evitar contradecir a quien presente negación, este es un mecanismo de adaptación frecuente. En cambio, debe procurar ser amable y comprensivo incluso con aquellas personas que se comportan de manera exigente, demandante o irritante.
- Hacer énfasis en la información positiva, motivar y transmitir esperanza en que las cosas saldrán bien.
- Respetar los valores, costumbres y sistema de creencias del paciente.
- No asumir que uno sabe lo que le está generando angustia a la persona, es mejor preguntar.
- Utilizar palabras de aliento neutras como: “estamos aquí para servirle” o “hacemos nuestro trabajo por usted”.
- Evitar presionar a la persona a analizar o discutir los detalles de lo que le ha generado angustia ni de sus emociones.



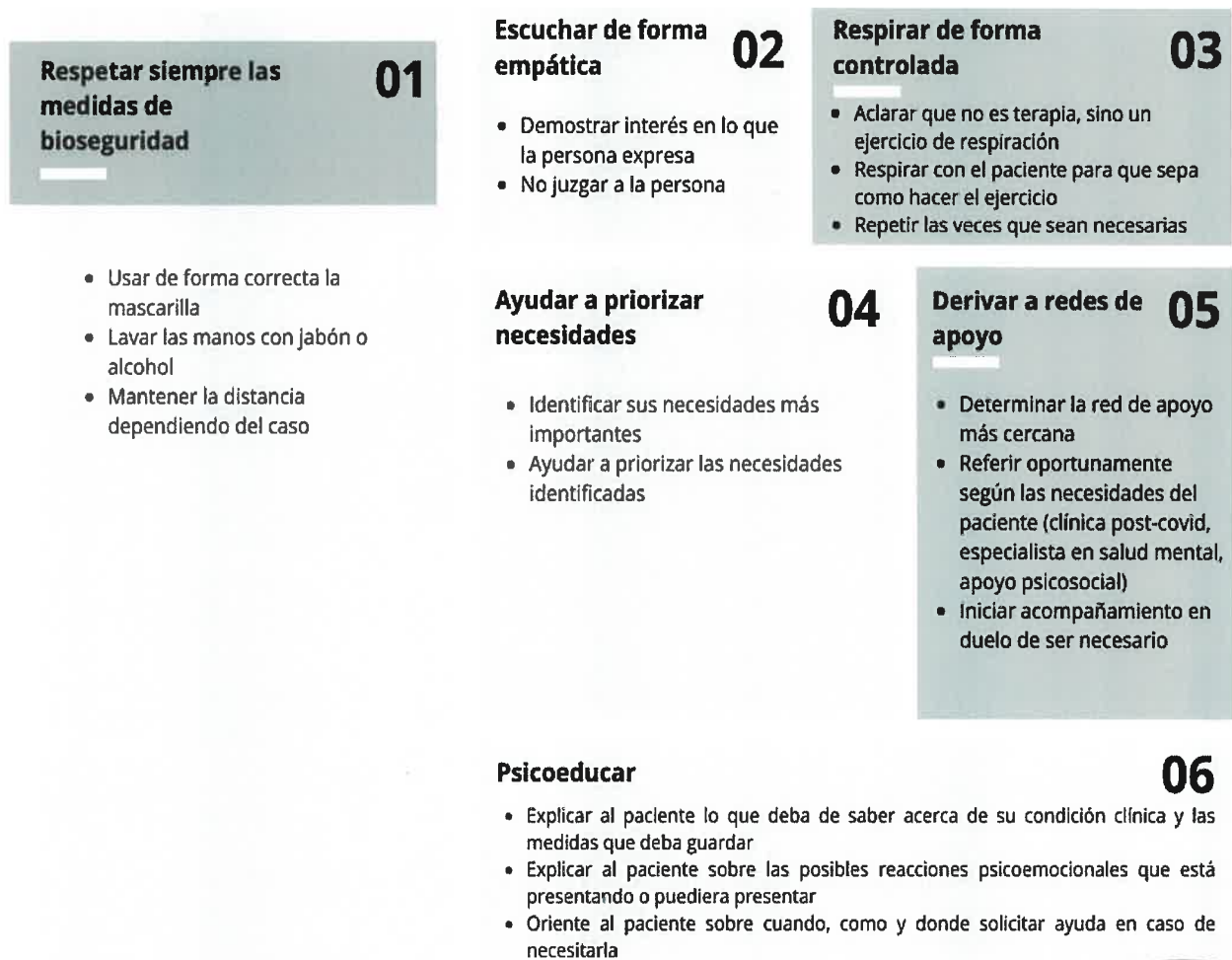


Figura 2. Primeros Auxilios Psicológicos adaptado al COVID-19.



2.2. APOYO PSICOSOCIAL

Es el conjunto de intervenciones no biológicas cuyo objetivo primordial es mitigar el impacto en la integridad psicológica, social y emocional generado por eventos traumáticos que experimentan las personas, familias y comunidades y ayudarles a adquirir y/o recuperar las capacidades y habilidades necesarias para el desarrollo de las diferentes funciones y demandas que supone una vida cotidiana en comunidad de la manera más autónoma y digna.⁸

Los principales pasos para brindar apoyo psicosocial son:

1. Preguntar al paciente si es necesario notificarle a alguien más sobre la situación y de ser posible hacer las llamadas para comunicar la información de la forma más asertiva. Puede apoyarse en personal de Trabajo Social.
2. Orientar al paciente y a los familiares respecto a los procedimientos que se realizarán y/o los trámites que ellos deban realizar: llamadas, notificaciones, traslado para hospitalización, solicitud de certificaciones, etc.
3. Ayudar al paciente a determinar cuáles son sus prioridades y ponerlo en contacto con los recursos y servicios pertinentes.
4. Derivar o referir a redes de apoyo. Conectar a las personas con sus seres queridos y con las redes de apoyo social de su territorio.
5. Enlazar con las organizaciones comunitarias que brindan soporte espiritual de acuerdo con las costumbres y creencias religiosas del paciente.
6. Explicar al paciente y/o familiares sobre cómo solicitar ayuda o atención médica en caso de ser necesario.



Todos los pacientes deben ser evaluados por Trabajador Social para brindar el mejor apoyo posible independientemente del escenario en el que se encuentren.

Intervenciones de Trabajo Social:

1. Realizar evaluación social inicial y subsecuente tanto a pacientes como a familiares afectados.
2. Identificar los factores protectores y los de riesgo social (situaciones socioeconómicas - familiares – ambientales).
3. Elaborar un plan de intervención y de acción que responda a la satisfacción de las necesidades esenciales de la red familiar.
4. Vincular los servicios y recursos de ayuda pública /privada que satisfagan las necesidades prioritarias o básicas de los individuos y familias afectadas por la COVID-19, durante y posterior al confinamiento, así como coordinar y gestionar la sostenibilidad de estas acciones.
5. Acompañar al individuo/familia durante el evento de hospitalización, cuarentena, sepelio, duelo y convalecencia.

2.3. ACOMPAÑAMIENTO

El acompañamiento es un proceso a través del cual se apoya a las personas afectadas por eventos traumáticos. Se relaciona con la apertura de espacios de expresión y reconocimiento del impacto emocional, los cuales brindan elementos de apoyo para disminuir el sufrimiento.

2.4. PSICOEDUCACIÓN

La psicoeducación es una técnica de intervención psicosocial, que consiste en un aprendizaje experiencial acerca de sí mismo, del proceso o del trastorno que se padece y de la mejor forma de afrontar las consecuencias de dicho trastorno.⁹ La psicoeducación incluye la comunicación al paciente de lo que se sabe científicamente de su padecimiento, la identificación y normalización de síntomas, la sensibilización y la promoción de afrontamientos adaptativos y de la atención de salud mental. Se realiza con el fin de minimizar la vulnerabilidad y el estrés del paciente y para mejorar su capacidad de adaptación, de funcionalidad y de resolución de problemas.

Para ofrecer psicoeducación básica a pacientes COVID-19 y a sus familiares se debe:

1. Proporcionar al paciente y/o familiar, en la medida de lo posible, información precisa sobre la condición clínica y el plan de tratamiento en un lenguaje fácilmente comprensible. La falta de información clara puede ser una fuente importante de estrés.
2. De ser posible compartir fuentes confiables y cuáles son los medios oficiales de información.
3. Recordar que el paciente al igual que los familiares preguntan la información que ellos consideren útil y que cada persona tiene su propio ritmo para recibir y aceptar la información.
4. Orientar sobre las posibles reacciones psicoemocionales que pudieran presentar.



5. Orientar sobre las probabilidades de que un paciente COVID-19 desarrolle complicaciones neuropsiquiátricas como el delirium, en especial si concurren otros factores de riesgo como la edad y las comorbilidades. Explicar cómo ayudar a prevenirlo y a detectarlo, así como qué hacer en caso de sospecharlo. *(Refiérase al Capítulo 5: Manejo de las Complicaciones Neuropsiquiátricas Agudas en Pacientes COVID-19).*
6. En caso de pacientes con antecedentes de trastornos mentales es importante educar sobre la prevención de recaídas. Oriéntelos sobre la importancia de continuar con su tratamiento psicofarmacológico y de retomar sus controles con salud mental una vez culmine el aislamiento. Igualmente, sobre cómo identificar síntomas prodrómicos de recaída ante los cuales solicitar asistencia médica:
 - a. Cambios abruptos de humor
 - b. Cambios en el patrón de sueño
 - c. Ansiedad
 - d. Pensamientos obsesivos
 - e. Deterioro del funcionamiento diario en las actividades básicas, familiares, laborales y sociales.



3. ABORDAJE POR PERSONAL DE SALUD NO ESPECIALIZADO



3.1. PACIENTES COVID-19 EN AISLAMIENTO DOMICILIARIO

Las intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial a las personas en aislamiento domiciliario son parte del abordaje a nivel comunitario que realiza el personal de atención primaria en salud y de los equipos de respuesta rápida (ERR), de intervención clínica (EIC) y de trazabilidad, responsables de la detección y seguimiento de los casos positivos. Los voluntarios, el personal socorrista y de ayuda humanitaria, y los agentes comunitarios como integrantes de primera línea de contacto con la población también deben realizar estos abordajes.

Si se detecta un posible caso de coronavirus, el acompañamiento es una estrategia útil para evitar un estado de ansiedad que empeore el cuadro sintomático. El acompañamiento por el personal sanitario debe realizarse hasta que se descarte o se confirme la patología procurando hacerse presente cada cierto tiempo para validar las necesidades emocionales del paciente.

En caso de que una persona presente una intensa reacción psicoemocional en respuesta a la comunicación del diagnóstico o a otro estresor, se recomienda brindar PAP. Recuerde que ayudar a garantizar que las necesidades básicas como comida, agua y asistencia médica sean atendidas, así como reconocer y priorizar la atención de las personas que están afectadas por una situación de crisis también son aspectos importantes de los PAP.

El apoyo psicosocial a estos pacientes consiste principalmente en la detección de necesidades sociales y la coordinación necesaria con los responsables de los servicios sociales para garantizar que estas sean cubiertas, si es el caso.

El equipo de Trabajo Social debe evaluar al paciente COVID-19 positivo que presente factores psicosociales que repercutan en su condición de salud. Esta evaluación puede ser solicitada



por el propio paciente.

Durante la evaluación el equipo de Trabajo Social debe:

1. Detectar necesidades básicas insatisfechas (agua, alimento, atención médica...)
2. Identificar factores de riesgos, factores protectores o recursos que puedan ayudar a la solución de la problemática social que presenta el paciente.
3. Realizar valoración o diagnóstico social preliminar del caso con el respectivo plan de intervención social.
4. Gestionar y/o coordinar la ayuda social para garantizar la satisfacción de las necesidades básicas, la atención de la salud o solución de problemas sociales que presente el paciente y/o su familia.
5. Brindar psicoeducación al paciente y a su familia para que pueda generar mecanismos de afrontamiento de la situación y la resolución de su problema social.
6. Registrar en la ficha social toda la información obtenida del caso, su valoración profesional e intervención en la atención del paciente (*Ver anexo 17: Ficha de Atención Rápida, Departamento de Trabajo Social, MINSA*).
7. Darle seguimiento a la situación social del paciente y brindar acompañamiento a los pacientes o sus familiares que por su situación social lo requieran.
8. Referir o derivar al paciente a servicios sociales de otras instancias o para atención especializada cuando el caso lo amerite.
9. A nivel de la comunidad, el trabajador social deberá promover la activación de redes familiares y comunitarias que brinden apoyo a los pacientes COVID-19 positivos, post-COVID-19 y a sus familiares.

Algunas recomendaciones acerca de los temas más importantes sobre los cuales se debe psicoeducar a los pacientes en aislamiento domiciliario son:

- Promover el autocuidado de la salud física y mental, así como el uso de sus estrategias positivas y recursos naturales para enfrentarse a las crisis.¹⁰ (*Ver anexo 1 Recomendaciones de Autocuidado Físico y Mental para Pacientes COVID-19*).

- Recomendar actividades que de acuerdo con su condición clínica el paciente pueda realizar durante el aislamiento:
 - ◆ Actividades de distracción dirigida: puesta al día de papeles, comunicación remota con familiares y amigos.
 - ◆ Actividades de organización: limpieza y organización del domicilio
 - ◆ Actividades de bienestar personal: cocina, manualidades, dibujo, pintura, tocar un instrumento, jardinería...
- Aportar información de manera repetida y simple sobre dónde y cómo obtener ayuda en caso de necesitarla. Puede ofrecer los servicios de salud mental en el nivel primario de atención o a través de las líneas de atención remota.
- Resumir la información que ha sido presentada y verificar que fue comprendida.

Es recomendable que el equipo de trabajo comunitario que evalúa y da seguimiento a estos pacientes verifique el estado mental y emocional de los mismos. Esto contribuye a que las personas se sientan acompañadas y a identificar a los pacientes que deban ser referidos para manejo por personal de salud mental especializado. (Ver anexos 2, 3, 4, 5: *Algoritmos de Criterios para Referir a pacientes COVID y Post COVID-19 a Salud Mental*).

Algunas recomendaciones adicionales en cuanto a los servicios de salud mental y apoyo psicosocial por personal no especializado son:

- El manejo de la ansiedad debe estar basado en las estrategias de apoyo psicosocial como intervención de primera línea: Apoyo psicosocial básico y PAP para manejo del estrés.
- En pacientes con alteraciones del sueño, como insomnio, se deben abordar las causas subyacentes, ofrecer psicoeducación sobre la higiene del sueño y considerar las técnicas de relajación. Reevalúe, si después de una semana el problema persiste refiera a Salud Mental.
- Si las estrategias de apoyo psicosocial en casos de ansiedad y/o insomnio no son suficientes puede considerar el uso de benzodiazepinas (*Refiérase al Capítulo 7: Consideraciones para el uso de psicofármacos en Pacientes COVID-19*).
- Si se sospecha que un paciente tiene riesgo suicida, el caso se debe referir inmediatamente a Psiquiatría a través del Coordinador Regional de Salud Mental de la región



correspondiente o directamente al nivel hospitalario a fin de que a la brevedad posible se le brinde la atención necesaria y se determine el manejo a seguir. Hasta tanto el paciente no sea abordado por un especialista de Salud Mental, ponga en práctica las recomendaciones sobre Manejo de los Riesgos de Autolesión/Suicidio (*Refiérase al Capítulo 9: Recomendaciones para el Manejo de Situaciones Específicas*).

- Tener en cuenta que los pacientes con la infección por SARS-CoV-2 pueden presentar síntomas psicóticos consecuentes a una recaída por un trastorno psiquiátrico primario (*Refiérase al Capítulo 6: Abordaje en Poblaciones Especiales con COVID-19*) o por causas médicas de tipo infecciosas o metabólicas y que deben ser tratadas por el equipo médico (*Refiérase al Capítulo 5: Manejo de las Complicaciones Neuropsiquiátricas Agudas en Pacientes COVID-19*).

Es importante que durante todo contacto que el personal sanitario tenga con los pacientes en aislamiento domiciliario mantengan la atención en identificar si la persona presenta síntomas, comportamientos o actitudes que estén afectando o pudieran llegar a afectar su desempeño en actividades cotidianas ya sean personales, familiares, sociales, escolares y/o laborales. Estos casos que ameritan la evaluación y manejo por personal de Salud Mental especializado se deben presentar al Coordinador Regional de Salud Mental o de Trabajo Social para determinar el mecanismo de derivación del paciente al nivel correspondiente.

3.2. PACIENTES COVID-19 EN HOTELES, ALBERGUES Y HOSPITALES



El manejo inicial en las instalaciones COVID-19 requiere de la participación y coordinación continua entre el equipo médico tratante, el equipo de apoyo psicosocial y el paciente (cuando su condición clínica lo permita), así como de su red de apoyo.

El equipo médico tratante debe ser responsable de brindar la información al paciente y a los familiares a través de los medios disponibles y recomendados, siempre con el propósito de reducir al máximo el riesgo de contagio por COVID-19, es decir, la intervención puede ser presencial y/o virtual.

Si la intervención es presencial, se debe procurar que sea en un lugar tranquilo y privado, observando las medidas de bioseguridad tanto para los pacientes como para el personal. Siempre se debe brindar el apoyo psicosocial para disminuir el impacto emocional y ayudar a fortalecer las redes de apoyo familiar y social.¹¹

El apoyo social se implementa una vez identificado los pacientes que lo requieren y se fortalece a través de las acciones del equipo de Trabajo Social que incluyen:

- Evaluar e identificar las necesidades, problemas, temores, preocupaciones que afectan al paciente, así como los factores de riesgo a su salud.
- Brindar psicoeducación de acuerdo con la situación social que presente el paciente.
- Coordinar con las redes familiares, comunitarias e institucionales (públicas o privadas) disponibles y de ser necesario referir a través del formulario de Referencia de Caso (*Ver anexo 18*).
- Intentar localizar y contactar vía telefónica a los familiares de aquellos pacientes que ingresaron al hotel, albergue u hospital en situación de abandono.
- Dar seguimiento a los casos que lo ameriten.
- Referir a través del Formulario de Ayuda Económica al MIDES o cualquier otra institución que se le asigne esta función a aquellos casos en que la familia conviviente del paciente requiera de dicha ayuda (*Ver anexo 19*).

Se debe tener en cuenta que los síntomas psicoemocionales como la tristeza, ansiedad, alteraciones en el patrón de sueño y el apetito que se presentan en pacientes con COVID-19 usualmente están asociados al estrés del proceso de adaptación al diagnóstico y al aislamiento. En los casos en que las reacciones agudas sean muy intensas se deben aplicar los PAP.

Los directores de las instalaciones COVID-19 y de hospitales con salas COVID-19 son responsables de supervisar la implementación y ejecución de las intervenciones SMAPS en los ambientes de sala de espera, servicios de emergencia, salas de hospitalización y unidades de cuidados intensivos, según sea el caso.¹¹ (*Ver figura 1: Principales Intervenciones de Salud mental y Apoyo Psicosocial*).

Al momento de la admisión del paciente se le debe explicar cuáles son los canales de comunicación de acuerdo con lo que su condición clínica permita. Adicionalmente, se debe registrar los datos del familiar responsable en caso de requerir contactarlo.

Es importante que durante todo contacto que el personal sanitario tenga con los pacientes durante su aislamiento u hospitalización se mantenga la atención en detectar la presentación de alteraciones mentales o la exacerbación de trastorno mentales preexistentes para darle el manejo oportuno. (Ver anexos 2, 3, 4, 5: *Algoritmos de Criterios para referir a pacientes COVID y Post COVID-19 a Salud Mental*).

De ser necesario la evaluación y/o atención por Salud Mental (psicología o psiquiatría) en el transcurso del aislamiento u hospitalización de un paciente debe solicitarse la interconsulta. En el caso de instalaciones COVID-19, esta debe hacerse a través del formulario de interconsulta (ver Anexo 6: Formulario de Interconsulta a Salud Mental), y canalizarse a través de la región de salud a la que pertenece la instalación (Ver figura 3: *Flujograma para Atención para referir a pacientes COVID-19 en hoteles y albergues para atención por Salud Mental*). En los hospitales la evaluación se debe solicitar a los especialistas de Salud Mental del hospital según los mecanismos que la instalación hospitalaria determine.

De referir al paciente al momento de su egreso, puede hacerse hacia el primer, segundo, tercer o cuarto nivel de atención según sea el caso, utilizando el formulario de Sistema Único de Referencia-Contrarreferencia (SURCO) (Ver anexo 20).



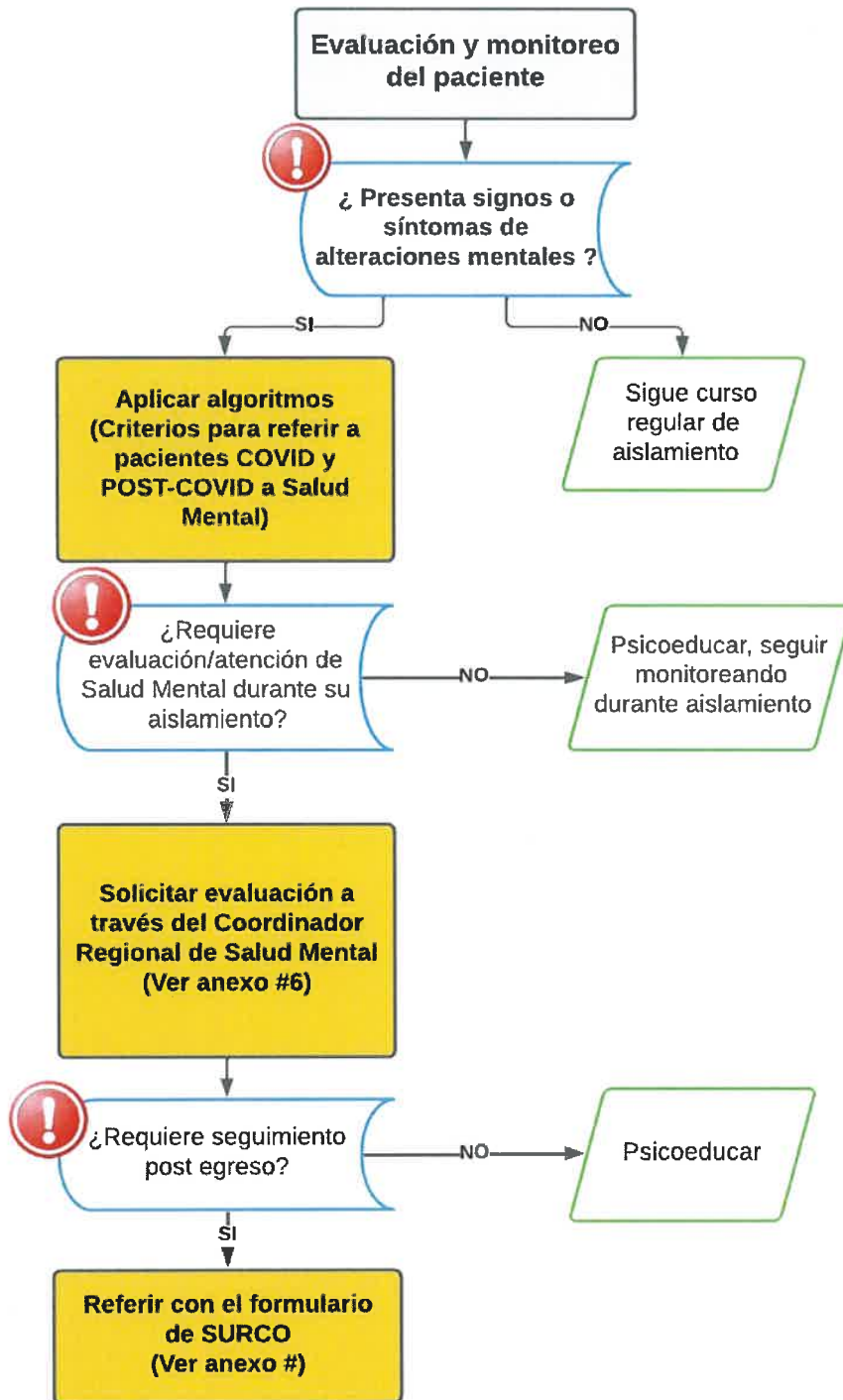


Figura 3. Flujograma para Atención para referir a pacientes COVID-19 en hoteles y albergues para atención por Salud Mental.



4. INTERVENCIONES POR PROFESIONALES DE SALUD MENTAL

Una vez que un paciente COVID-19 es referido a Salud Mental los especialistas deben seguir los siguientes pasos y recomendaciones:

1. El interconsultor (psicólogo, psiquiatra, enfermera de salud mental y/o trabajador social) debe responder las solicitudes de evaluación a la brevedad posible.
2. En virtud de la particularidad de la pandemia, son aconsejables las intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial de forma remota. Siempre que sea posible y recomendable, las evaluaciones se harán vía telefónica. En los casos en que se requiera se realizará de forma presencial observando todas las medidas de bioseguridad.
3. Documentar la historia clínica y realizar el examen mental lo más completo posible de acuerdo con las condiciones bajo las cuales se realiza la anamnesis.
4. En pacientes con síntomas depresivos y/o de ansiedad se pueden aplicar escalas de tamizaje y evolución si la condición clínica del paciente lo permite. Se sugieren:
 - ♦ El Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) para depresión (*Ver anexo 7*).
 - ♦ El Cuestionario de Trastorno de Ansiedad Generalizada-7, GAD-7 (*Ver anexo 8*).
5. Para el manejo de la ansiedad se pueden utilizar técnicas basadas en los principios de la terapia cognitivo-conductual. Si estas técnicas no son suficientes puede considerarse el uso de benzodiazepinas, las cuales se recomiendan sólo en caso de requerir un control rápido de los síntomas de estrés agudo, ansiedad severa y/o insomnio y por un período no mayor a las 4 semanas.¹² (*Refiérase al Capítulo 7: Consideraciones para el uso psicofármacos en pacientes COVID-19*).
6. En pacientes con episodio depresivo y/o trastornos de ansiedad se sugiere el inicio del tratamiento farmacológico utilizando como primera elección antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS).¹² También se debe considerar la aplicación de técnicas basadas en la terapia cognitiva conductual orientada a la depresión y la resolución de problemas.



Antidepresivos ISRS



NOMBRE	PRESENTACIÓN (Comprimidos/Tabletas)	DOSIS INICIAL	INCREMENTO SEMANAL	DOSIS DE MANTENIMIENTO
SERTRALINA	50, 100 mg	50mg	50mg	50, 150mg
FLUOXETINA	20mg	20mg	20mg	20, 40mg
ESCITALOPRAM	10, 15, 20mg	10mg	5mg	10, 20mg

Figura 4. Antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina

7. Ante la sospecha de ideación suicida se pueden aplicar escalas que ayuden a valorar el riesgo de suicidio tales como las escalas SAD PERSONS e IS PATH WARM¹³ (Ver anexos 9,10). Cuando se lleva a cabo la valoración del riesgo, se debe evaluar cuidadosamente la presencia de enfermedades mentales concomitantes, rasgos, y factores psicosociales asociadas a un incremento del riesgo incluyendo el aislamiento físico.
- **Pacientes con riesgo leve de suicidio** que se encuentran en aislamiento en hoteles: debe garantizarse el manejo por Psiquiatría durante el aislamiento y posterior al egreso. Se deben procurar las visitas y llamadas telefónicas por personal de salud cada turno.
 - **Pacientes con riesgo medio – alto de suicidio:** requieren supervisión estricta y manejo estrecho por Psiquiatría, por lo que, si se encuentran en una instalación COVID-19 tipo hotel o albergue, deben ser trasladados a instituciones hospitalarias.

8. Para el manejo de la agitación psicomotora asociada a psicosis se puede considerar el uso de antipsicóticos atípicos orales o intramusculares (*Refiérase al Capítulo 7: Consideraciones para el uso de psicofármacos en pacientes COVID-19*).
9. En caso de que la psicosis esté relacionada a síntomas confusionales se debe proceder al manejo de la causa subyacente (por quien corresponda). (*Refiérase al Capítulo 5: Manejo de las complicaciones neuropsiquiátricas agudas en Pacientes COVID-19*).





5. MANEJO DE LAS COMPLICACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS AGUDAS EN PACIENTES COVID-19

La expresión multisistémica de la infección por SARS-CoV-2 trae consigo complicaciones no solo en el sistema respiratorio sino también en el cardiovascular, nervioso, inmunológico y renal,¹⁴ y se dan principalmente en personas con factores de riesgo como los adultos mayores, personas con comorbilidad subyacente. Las principales complicaciones documentadas con la COVID-19, además de las relacionadas con el aparato respiratorio, son las neurológicas e incluyen delirio o encefalopatía, accidente cerebrovascular, meningoencefalitis, Síndrome de Guillain Barré, trastornos de la cognición y de la atención (niebla mental), anosmia, disgeusia, ansiedad, depresión y problemas del sueño. Estas pueden presentarse aún en ausencia de síntomas respiratorios.¹⁵

En un estudio de 509 pacientes con COVID-19, 82% experimentó complicaciones neuropsiquiátricas, de manifestación temprana en el 42% de los pacientes y durante la hospitalización en el 63% de los pacientes. Los resultados de este estudio demuestran que los pacientes más jóvenes y los que presentan COVID-19 grave tienen más probabilidades de presentar manifestaciones neuropsiquiátricas, mientras que los pacientes mayores tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad neurológica (encefalopatías).¹⁶ Dichos hallazgos han sido respaldados por otro estudio en 214 pacientes en el que 78 pacientes (36,4%) padecieron enfermedades neurológicas a consecuencia de la COVID-19. Hubo una mayor incidencia de complicaciones neuropsiquiátricas en pacientes con COVID-19 grave que en pacientes leves.¹⁷ Las complicaciones neurológicas manifestadas se clasificaron así:

- Del Sistema Nervioso Central: mareos, cefalea, alteración de la conciencia, infarto cerebrovascular agudo, ataxia y convulsiones.
- Del Sistema Nervioso Periférico: pérdida del gusto y el olfato, deterioro de la visión, neuropatía periférica y lesión del músculo esquelético.



La alteración de la conciencia en la que, por definición, se puede observar la reducción en el nivel de conciencia o alerta, se describe a menudo como un síntoma neuropsiquiátrico en hasta el 70% de los pacientes con infecciones severas del sistema respiratorio asociadas a la infección por COVID-19, y también se observa incluso en aquellos sin síntomas típicos.

El delirium o síndrome confusional agudo (SCA) se refiere a los trastornos orgánicos de las funciones mentales superiores que de manera aguda, transitoria y global producen una alteración del nivel de conciencia. Se caracteriza por fluctuación de la atención y la conciencia con reducción de la alerta y anomalías del ritmo circadiano, disfunción global cognitiva, y a menudo, por la presencia de fenómenos alucinatorios y delirios, así como de severas anomalías emocionales y del comportamiento. El delirium es una emergencia médica que se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad en pacientes con COVID-19, especialmente en pacientes de edad avanzada.¹⁸ Tal como sucedió en las epidemias de SARS y MERS, aparece en la etapa aguda de la enfermedad COVID-19, y es la complicación neuropsiquiátrica más prevalente en pacientes ingresados a la UCI.



Factores de Riesgo del Delirium

1. Características Demográficas		5. Alteraciones Metabólicas	
▶ Sexo: Masculino	▶ Edad: Menor de 12 años Mayor de 70 años	▶ Desequilibrio Hidroelectrolítico	▶ Hipoxia
2. Comorbilidades		▶ Acidosis o Alcalosis	
▶ Pluripatología	▶ Enfermedad Neurológica Tumores	6. Medicamentos	
▶ Enfermedad Renal	• Evento Cerebrovascular Hemorrágico o Isquémico	▶ Polimedicación	▶ Anticoligérgicos
• Insuficiencia Renal Aguda o Crónica	• Hematoma Subdural	▶ Quimioterapia	▶ Narcóticos
• Pacientes en espera de diálisis o trasplante	• Abscesos	▶ Benzodiazepinas	▶ Corticoides
	• Hidrocefalia	7. Síndrome de Abstinencia o Intoxicación	
▶ Enfermedad Hepática	▶ Enfermedad Cardiopulmonar	▶ Alcohol	▶ Benzodiazepinas
• Encefalopatía Hepática	• Encefalopatía Hipertensiva	▶ Opiáceos	▶ Pesticidas
• Cirrosis	• Infarto Agudo del Miocardio	▶ Barbitúricos	▶ Metales pesados
• Hepatitis	• Insuficiencia Respiratoria Aguda	8. Intervención Quirúrgica	
3. Traumas		9. Deprivación Sensorial	
▶ Politraumatismo	▶ Fracturas	▶ Aislamiento	▶ Déficit auditivo y/o visual
4. Infecciones		10. Deterioro Cognitivo Previo	
▶ Encefalitis	▶ VIH	11. Historia Previa de Delirium	
▶ Meningitis	▶ Sífilis		

Figura 5. Factores de Riesgo del Delirium

El delirium puede clasificarse como:

- Hipoactivo (marcada reducción en la alerta y en la actividad psicomotor),
- Hiperactivo (hipervigilancia e incremento en la actividad psicomotora),
- Mixto (alterna entre delirium hipoactivo e hiperactivo).¹⁹



Se puede ver en el 10-30% de los pacientes ingresados en hospitales generales. Además de los factores de riesgo comúnmente asociados al delirium, los mecanismos para el delirium por COVID-19 incluyen el impacto de la injuria cerebral directa e indirecta.²⁰

Es importante orientar y educar a los familiares de los pacientes en aislamiento domiciliario sobre la posibilidad de que éstos desarrollen delirium, y sobre cómo ayudar a prevenirlo y detectarlo.

Estas son las recomendaciones que deben darse a los familiares para prevenir el delirium en un paciente COVID-19:

1. No administrar medicamentos que no estén indicados ni suspender tratamientos ordenados previa consulta médica.
2. Implementar el autocuidado físico y mental (*Ver anexo 1*).
3. Maximizar la visión y audición a través de una buena iluminación y la promoción del uso de audífonos y/o anteojos si son necesarios.
4. Orientar al paciente diariamente y en cada oportunidad que se tenga con respecto a fecha y hora; se puede hacer uso de un calendario que esté a la vista del paciente.
5. Establecer una rutina y evitar modificar de forma abrupta el entorno al que el paciente está acostumbrado.
6. Solicitar atención médica si el paciente se presenta:
 - Confundido y desorientado en cuanto al lugar y/o tiempo.
 - Agresivo, beligerante, agitado e irritable.
 - Con disminución drástica de la memoria, especialmente a corto plazo.
 - Alucinando o con pensamientos desorganizados, hablando sin sentido.
 - Con incontinencia afectiva.
 - Con movimientos muy lentos o en una disposición hiperactiva.
 - Incapaz de concentrarse.

Recomendaciones para el diagnóstico, prevención y tratamiento del delirium a nivel hospitalario:

El diagnóstico del delirium es de tipo clínico, no obstante, existen escalas que nos pueden ayudar a realizar oportunamente el diagnóstico. La Confusion Assessment Method Severity (CAM) es una herramienta estandarizada basada en la evidencia que permite identificar y reconocer el delirium de forma rápida y precisa tanto en entornos clínicos como investigativos. La CAM incluye cuatro características que ayudan a distinguir el delirium de otros tipos de deterioro cognitivo. También hay una versión CAM-ICU aplicable a pacientes con ventilación mecánica sin respuesta verbal.

Tanto la CAM como la CAM-UCI han demostrado ser fiables y de gran utilidad clínica, con una sensibilidad del 94-100%, una especificidad del 90-95% pudiendo incorporarse a la evaluación de rutina.²¹ (Ver anexo 14).

Las medidas no farmacológicas de prevención de delirium que se deben considerar siempre que sea posible son:

- Mantener los ciclos normales de sueño / vigilia tanto como sea posible y un ambiente claro-oscuro acorde.
- Minimización de interrupciones nocturnas.
- Reorientar siempre que sea posible.
- Estimulación cognitiva del paciente.
- Permitirle tener fotografías de familiares, llamadas telefónicas y visitas.
- Movilización física.
- Garantizar la disponibilidad de anteojos, audífonos y dispositivos de comunicación necesarios.

También se debe:

- Controlar los signos vitales, incluida la saturación de oxígeno.
- Controlar el equilibrio hidroelectrolítico.
- Corregir alteraciones metabólicas o endocrinas
- Estar atentos al riesgo de cualquier coinfección.
- Minimizar el uso de medicamentos que puedan causar o empeorar el delirium.
- Minimizar la sedación continua o intermitente.
- Evaluar el riesgo de abstinencia grave por consumo de sustancias.

Se debe sospechar de delirium en una persona que presenta:

- Fluctuaciones en la conciencia.
- Somnolencia excesiva o agitación.
- Confusión o desorientación en persona, lugar y/o tiempo.
- Problemas de atención o memoria a corto plazo.
- Alteraciones en la percepción (por ejemplo, alucinaciones), en las emociones o en las funciones psicomotoras.



- Alteraciones del ritmo circadiano y la sensibilidad a la luz o al sonido.
- Debido a las complicaciones respiratorias, y al potencial proinflamatorio y protrombótico de la COVID-19, debe procurarse que los medicamentos a utilizarse sean de un potencial delirógeno bajo, es decir, disminuir el uso de medicamentos sedantes. Esto contribuye a evitar las secuelas cognitivas y aumentar las probabilidades de una rápida recuperación. Se puede considerar el uso de melatonina, dexmedetomidina, haloperidol, ácido valproico y de aripiprazol en casos de delirium hipoactivo siempre que no haya alguna contraindicación.
- Ante una prolongación de un QTc, se recomienda cambiar el haloperidol por antipsicóticos atípicos como risperidona, olanzapina, quetiapina y aripiprazol, tomando en cuenta que la quetiapina tiene un moderado efecto arritmogénico con alargamiento del QTc al combinarlo con lopinavir/ritonavir, hidroxicloroquina y azitromicina, pero puede utilizarse en dosis reducidas.²² (Ver anexo 11: Algoritmo de Manejo del Delirium).

Al sospechar delirium considere los siguientes diagnósticos diferenciales:

- Episodio agudo de psicosis (Ver Anexo 5: Algoritmo de Psicosis).
- Demencia: por lo general, la demencia progresa lentamente provocando cambios durante meses o años mientras que el delirium es un estado agudo que se desarrolla durante un corto período de tiempo (de horas a días). No obstante, es importante recordar que una persona con demencia también puede experimentar delirium.
- Intoxicación o abstinencia a sustancias: pueden presentarse comúnmente con somnolencia o agitación y, en algunos casos, también pueden presentarse con delirium.
- Otras emergencias neurológicas: se debe estar alerta a los signos de un evento cerebrovascular, hemorragias intracraneales o convulsiones (dificultad para hablar, debilidad / pérdida de sensibilidad en la cara, brazos o piernas; visión borrosa, pupilas anormalmente reactivas; cefalea; signos visibles de traumatismo craneoencefálico; convulsiones, mialgias o pérdida del control de esfínteres).



En caso de confirmar un cuadro de delirium:

1. Utilice estrategias de comunicación tranquilizadoras.
2. Intente orientar a la persona.
3. Valore y trate las causas subyacentes (*Ver figura 5: Factores de Riesgo del Delirium*).
4. Si el paciente presenta agitación psicomotora marcada considere el uso de antipsicóticos (*Refiérase al Capítulo 7: Consideraciones para el tratamiento con psicofármacos en pacientes COVID-19*).

Si el paciente se encuentra en una instalación tipo albergue u hotel este debe ser trasladado a una instalación hospitalaria de segundo o tercer nivel para el manejo del delirium y de las causas subyacentes.





6. ABORDAJE EN POBLACIONES ESPECIALES CON COVID-19



Las competencias básicas en materia de salud mental y apoyo psicosocial son esenciales para el manejo de todos los pacientes y representan una parte integral de la atención priorizada que debe prestarse a grupos de riesgo o alta vulnerabilidad afectados por la COVID-19, como los niños, las personas mayores, las embarazadas, las personas con discapacidades y los pacientes con trastornos mentales.

6.1. POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

La COVID-19 es una enfermedad que ha tenido un comportamiento desigual en los distintos grupos de edad. En su debut en el escenario sanitario global, los casos más preocupantes eran los de personas mayores por tratarse de un grupo de población en el que son más frecuentes las enfermedades crónicas y la inmunodepresión, pero conforme permanece la pandemia se están reportando más casos en el grupo infanto-juvenil. Los niños de 0 a 18 años son igual de susceptibles al COVID-19 pero, en general, cuando se infectan, presentan síntomas más leves y que rara vez progresan a un cuadro respiratorio superior grave que precise de cuidados intensivos, por lo que las tasas de hospitalización y mortalidad infantil siguen siendo bajas en este grupo etario.²⁵

El riesgo adicional que algunas situaciones suponen para la salud mental y bienestar de la población infanto juvenil, como, por ejemplo, niños que sufren situaciones de violencia o abandono, los que viven y trabajan en la calle, la población adolescente en conflicto con la ley y los niños con discapacidad que contraen la enfermedad debe ser tomado en cuenta.

Estas son algunas recomendaciones para las intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial en niños y adolescentes con COVID-19:

- Ayudar a los niños a encontrar formas positivas de expresar el miedo y la tristeza, siempre teniendo en cuenta que cada niño tiene su propia forma de expresar las

emociones, pero en general se sienten aliviados si pueden hacerlo, en un entorno seguro y de apoyo. Participar en una actividad creativa, como el juego o el dibujo, puede facilitar este proceso.

- Orientar a los adultos acerca de cómo abordar el tema de la COVID-19 con los niños. Debe hacerse de manera honesta, en un lenguaje adecuado a la edad del niño y a su capacidad de comprensión. Se pueden utilizar recursos como el juego y los cuentos ya que les permite procesar el impacto emocional a través de la imaginación. Siempre se les debe dedicar tiempo para resolver sus dudas e inquietudes, y evitar alejarlos de sus rutinas tanto como sea posible.
- Proteger a los niños de toda aquella información que aún no puedan procesar y que los pueda llevar a desarrollar ansiedad y miedos.
- Mantener a los niños cerca de sus padres y familiares, si se considera seguro. Durante tiempos de estrés y crisis, es común que los niños sientan más apego con sus padres.
- Si un niño necesita ser separado de su cuidador principal, debe asegurarse el reemplazo temporal y eficaz del mismo. Realizar los enlaces con las instancias pertinentes a fin de que un trabajador social o equivalente realice un seguimiento regular del niño. Se debe garantizar que, durante los períodos de separación, se mantenga un contacto regular con los padres y/o cuidadores, a través de llamadas telefónicas, videollamadas programadas o redes sociales de acuerdo con la edad del menor.²⁴

6.2. ADULTOS MAYORES

Los adultos mayores, sobre todo aquellos positivos para COVID-19, pueden tornarse más ansiosos, enojados, estresados, agitados, o retraídos durante el aislamiento domiciliario u hospitalización.

Se recomiendan las siguientes intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial en personas mayores con COVID-19 en aislamiento domiciliario:



1. Brindarles información clara y concisa acerca de lo que le está sucediendo siempre de forma respetuosa y paciente. Los escritos e imágenes pueden resultar de utilidad.
2. Si el adulto mayor tiene una condición de salud subyacente, se debe asegurar que tenga acceso a sus medicamentos y citas de seguimiento que dependiendo del caso pueden hacerse de forma remota o presencial.
3. Orientar a los familiares de pacientes adultos mayores en aislamiento domiciliario sobre los signos y síntomas confusionales y en las medidas de prevención del delirium.
4. Adicionalmente, es aconsejable que los adultos mayores en aislamiento domiciliario mantengan una rutina con estilos de vida saludable: actividad física apropiada, dieta adecuada, higiene del sueño y con actividades que estimulen el cerebro como juegos de mesa o aprender una destreza y mantener la interacción social con el debido distanciamiento físico.²⁴

Ante la presentación de síntomas confusionales de pacientes en una instalación COVID-19 u hospitalaria se deben seguir las recomendaciones dadas en el capítulo de complicaciones neuropsiquiátricas.

6.3. EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS

En revisiones sistemáticas se ha informado que los trastornos mentales, como la depresión y la ansiedad, tienen mayor prevalencia durante los períodos perinatales, en comparación con los periodos sin embarazo.²⁵

Varios estudios sobre la relación entre la salud mental materna y COVID-19 han informado un aumento de los síntomas de depresión²⁶ y ansiedad²⁷, menor calidad de vida²⁸, aumento de los niveles percibidos de angustia e impacto psicológico moderado debido al aislamiento.²⁹ Otros estudios han identificado que los indicadores psicopatológicos aumentan con el número de casos confirmados de COVID-19 o muertes diarias.^{30,31}

Pasos para el tamizaje y seguimiento de síntomas psicopatológicos en las embarazadas y puérperas con COVID-19:

1. Evaluar las posibles variables psicosociales (dificultades económicas, violencia intrafamiliar, procesos de duelo, antecedentes de enfermedad mental, etc.) que puedan ocasionar afectaciones emocionales en la embarazada o puérpera y aplicar las recomendaciones observadas con respecto al apoyo psicosocial según cada caso. De ser necesario aplicar los PAP.
2. Realizar, de ser posible, un tamizaje de síntomas de depresión y ansiedad para lo cual se pueden utilizar las siguientes escalas:
 - Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) (Ver anexo 8).
 - Escala de depresión postparto de Edimburgo. (Ver anexo 15).
3. Si la paciente amerita tratamiento psicofarmacológico, se deben tener en cuenta los posibles efectos teratogénicos y tomar decisiones basadas en el criterio médico, valorando el riesgo beneficio sobre la salud de la madre y el producto.
4. En caso de que la paciente requiera manejo especializado por Salud Mental referirla al nivel de atención que corresponda según el criterio médico.

6.4. PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Es una población particularmente vulnerable que se encuentra expuesta a diferentes factores restrictivos tanto ambientales y estructurales como sociales, tales como la dificultad para adoptar medidas preventivas, inaccesibilidad a la información y las desigualdades y barreras en su acceso a la atención médica que a menudo experimentan.³²

Es importante que cada nivel de atención tome en cuenta a esta población identificando los posibles sistemas de apoyo, las agencias comunitarias locales y los proveedores de atención médica que puedan brindar apoyo a los pacientes COVID-19 con discapacidad y asegurándose de que:

- Se difunda información acerca de la accesibilidad de los servicios para la COVID-19 a las personas con discapacidad y sus cuidadores o asistentes personales.

- Se les proporcione atención de salud y apoyo psicosocial a los pacientes COVID-19 con discapacidad en especial a quienes tengan necesidades más complejas;
- Se le proporcione información a los pacientes COVID-19 con discapacidad en formas comprensibles y diversas, adaptadas a diferentes necesidades.
- Todos los servicios relacionados con la COVID-19 sean completamente accesibles: Resuelva los obstáculos físicos, de la actitud (como el estigma social de la discapacidad y la denegación de servicios esenciales) y económicos (como costos elevados del tratamiento o del acceso al establecimiento).³²

En la atención de las personas COVID-19 con discapacidad es conveniente observar las siguientes recomendaciones:

1. Evaluar el tipo y nivel de necesidad de comunicación, movilidad, acceso físico y/o asistencial que requiere la persona con discapacidad al momento de la intervención.
2. Orientar al paciente y/o familiares a crear una lista de contactos de amigos/familiares u otros sistemas de apoyo en caso de necesitarlo.³³
3. No limitarse a la información verbal o escrita; considerar formas de comunicación que sean comprensibles para personas con deficiencias intelectuales, cognitivas y psicosociales.
4. Hacer uso de un intérprete de lenguaje de señas, dispositivos de apoyo y/o mascarillas transparentes al momento de las intervenciones con personas con discapacidad auditiva, neurodiversas o espectro autista.
5. Facilitar, de ser posible, a los pacientes neurodiversos o con espectro autista un ambiente en el que se minimice el ruido y la sobreestimulación visual.
6. Suministrar a las personas con discapacidad auditiva sistemas de señales visuales, fotografía e imágenes y/o material para escribir de manera que puedan expresar con mayor facilidad su nivel de dolor, malestar, emociones, preocupaciones, etc.³³
7. Ofrecer consultas telefónicas, por mensajes de texto y por videoconferencia.
8. Coordinar la atención entre los servicios sociales y de salud, las familias y los cuidadores o asistentes personales.³²



6.5. PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES

A los pacientes COVID-19 que padecen trastornos mentales, neurológicos y/o trastornos por consumo de sustancias se les debe garantizar el acceso y la continuidad de los tratamientos pertinentes y asegurarles una red de servicios de SMAPS. Igualmente, se le debe prestar especial atención a aquellos que se encuentran en centros residenciales transitorios, geriátricos, psiquiátricos y penitenciarios. Se les debe dar seguimiento y considerar las posibles complicaciones debidas a la infección COVID-19, al aislamiento u hospitalización.⁶ Este seguimiento debe adecuarse a las necesidades de cada paciente.

Para los pacientes con enfermedades mentales y COVID-19 que se encuentran en aislamiento domiciliario, es importante el apoyo psicosocial y focalizar las intervenciones psicoeducativas en la prevención de recaídas además de reforzar las recomendaciones de bioseguridad y la importancia de cumplirlas.





7. CONSIDERACIONES PARA EL USODE PSICOFARMACOS EN PACIENTES COVID-19

El riesgo de interacción entre los psicofármacos y los medicamentos para el tratamiento de COVID-19 no es absoluto por lo que se debe individualizar cada caso y considerar varios criterios clínicos. Debido al aumento del riesgo de arritmias cardíacas, se debe realizar siempre, una evaluación previa con electrocardiograma y la monitorización una vez se inicie el tratamiento para vigilar por la posible aparición de efectos adversos debido a la interacción de medicamentos.

7.1. PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COVID-19 QUE YA RECIBEN PSICOFÁRMACOS COMO TRATAMIENTO HABITUAL

Es importante no excluir a los pacientes que reciben psicofármacos de la posibilidad de recibir un tratamiento específico para la COVID-19. Se recomienda mantener el tratamiento psicofarmacológico previa verificación de las interacciones con los medicamentos específicos para la COVID-19 con el fin valorar la reducción de dosis, retirada y/o sustitución de alguno de los tratamientos.

Cuando un paciente requiera el aumento de la dosis habitual del psicofármaco, debe hacerse de forma progresiva y seguir el mismo principio de monitorización con electrocardiograma y valoración de efectos adversos.



7.2. PACIENTES EN TRATAMIENTO PARA COVID-19 QUE NO RECIBEN TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO DE MANERA HABITUAL Y QUE PRESENTAN CRITERIOS PARA INICIAR TRATAMIENTO CON PSICOFÁRMACOS

En caso de tener que iniciar tratamiento con psicofármacos en un paciente que está recibiendo medicamentos para la COVID-19, se recomienda utilizar psicofármacos con los que tengan menor cantidad de interacciones y siempre utilizando las dosis más bajas posibles.³⁴

Los tratamientos de larga duración pueden iniciarse si se tiene la certeza de que el paciente podrá ser monitorizado en los próximos días.

7.3. USO DE BENZODIACEPINAS

Las benzodiazepinas deben ser administradas con extrema cautela, en dosis bajas y por un corto tiempo. Las altas dosis de benzodiazepinas por tiempos alargados deben evitarse en las personas con COVID-19 debido a los riesgos de:

- Confusión y depresión respiratoria.
- Tolerancia y dependencia.
- Reacciones de estrés traumático.

En caso de administrar benzodiazepinas se deben observar las siguientes recomendaciones:

- Preferir aquellas con vidas medias más cortas y con menor riesgo de interacciones medicamentosas.
- Utilizar dosis mínimamente eficaces.
- Utilizar dosis más bajas en personas mayores.
- Evitar la administración por vía intravenosa.





PRECAUCIÓN

Evitar el uso de benzodiacepinas en pacientes con insuficiencia respiratoria.

BENZODIACEPINAS



PRESENTACIÓN



DOSIS

ALPRAZOLAM	CLONAZEPAM	DIAZEPAM
Acción Corta (6 -12 horas)	Acción Intermedia (12-24 horas)	Acción Larga (Mayor a 24 horas)
Tableta de 0.25, 0.50 mg	Tabletas de 2 mg gotas 2.5 mg/ml	Tabletas de 5 mg, 10 mg Ampolla 10 mg
0.5 - 1.5 mg cada 8 a 12 horas	0.5 a 2.0 mg cada 8 a 12 horas	Oral: 5 mg cada 12 horas IM: 10 mg dosis única y luego continuar oral

Figura 6. Benzodiacepinas, presentaciones y dosis.



7.4. USO DE ANTIPSICÓTICOS

En caso de tener que administrar antipsicóticos a un paciente con agitación psicomotora que se encuentra recibiendo medicamentos para COVID-19, se debe hacer con la menor frecuencia y duración posible, y en las mínimas dosis efectivas, ajustadas según la edad, las afecciones comórbidas y el grado de sufrimiento. Se debe tener en cuenta que los efectos secundarios pueden empeorar la sintomatología tanto en la función respiratoria o cardíaca como en el nivel de alerta.

En el caso de delirium se puede considerar la posibilidad de utilizar dosis bajas de Haloperidol (por vía oral o intramuscular), al tiempo que se vigila cuidadosamente por la presentación de efectos adversos como, por ejemplo, la prolongación del intervalo QT. Si el Haloperidol estuviera contraindicado debido al estado clínico del paciente (intervalo QT prolongado, infarto de miocardio reciente, enfermedad de Parkinson, demencia con cuerpos de Lewy, etc.), o si a pesar del tratamiento la persona persiste muy agitada, se pueden utilizar otros antipsicóticos con perfiles cardiovasculares más seguros.¹⁸

Considerando otros riesgos, como la depresión respiratoria, se recomienda el uso de antipsicóticos atípicos orales o intramusculares para el manejo de agitación psicomotora asociada a psicosis, siempre teniendo en cuenta las comorbilidades y posibles interacciones farmacológicas con los antiinflamatorios y antivirales utilizados en el tratamiento específico para la COVID-19. Estos al igual que algunos psicofármacos se metabolizan través del citocromo P450, P3A4 y P2D6.^{34,35}

La Clozapina es el antipsicótico más eficaz para reducir los síntomas positivos y las recaídas en la esquizofrenia refractaria al tratamiento. Debido al riesgo de neutropenia grave asociada a la Clozapina, se recomienda siempre realizarle al paciente un hemograma completo antes del tratamiento, semanalmente durante los primeros seis meses del tratamiento, bisemanalmente en los siguientes seis meses y mensualmente después del primer año de tratamiento. Aunque la información sobre el impacto de los coronavirus en los neutrófilos en las personas que toman Clozapina es limitada, se sabe que las enfermedades virales como la infección por SARS-CoV-2 generalmente están asociadas con neutropenia. Por esta razón y de acuerdo con un consenso de expertos en Psiquiatría, se recomienda realizar ajustes en la farmacoterapia de pacientes con COVID-19 que se encuentran en tratamiento con Clozapina³⁶ según las siguientes condiciones:

- A los pacientes en tratamiento continuo con Clozapina durante más de 1 año y que nunca han tenido un recuento absoluto de neutrófilos (ANC) menor de 2000/ μ L se les debe realizar periódicamente evaluaciones clínicas con especial atención en su estado mental y en posibles reacciones adversas.
- A los pacientes tratados con Clozapina con cualquier síntoma de infección por el SARS-CoV-2, como tos, fiebre y/o dolor de garganta debe realizarles una valoración médica urgente que incluya un hemograma completo con recuento absoluto de neutrófilos. Los niveles de Clozapina pueden aumentar con una infección sistémica aguda, lo que da lugar a síntomas de toxicidad aguda como sedación, mioclonías y convulsiones. Es posible que sea necesario reducir la dosis de Clozapina en estos casos.
- En caso de requerir disminuir las dosis de Clozapina se recomienda continuar con la dosis mínima hasta 3 días después de que la fiebre haya cedido, luego aumentarla de manera escalonada hasta la dosis previa a la fiebre.





Guía de Atención en Salud Mental y Apoyo Psicosocial a Pacientes COVID y Post COVID-19.



8. ABORDAJE EN PACIENTES POST COVID-19

La mayoría de los pacientes que padecen COVID-19 se recuperan completamente, aunque algunos experimentan síntomas persistentes durante semanas o meses después de un episodio agudo con independencia de la gravedad inicial de la infección.³⁷ Varias organizaciones y sociedades propusieron definiciones a esta condición post-COVID-19 basadas en la constelación de síntomas que afectan a las personas después de la infección aguda por SARS-CoV-2. En septiembre de 2020, y en respuesta a las solicitudes de los Estados Miembros, la unidad de Clasificación y Terminologías de la OMS creó el código U09 en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) para "condición posterior a COVID-19".

Ante la ausencia de una terminología estandarizada para los efectos a largo plazo de la infección, la OMS publicó en octubre de 2021 la primera definición clínica oficial de la enfermedad post-COVID-19, también denominada COVID-19 persistente. La condición posterior a COVID-19 ocurre en personas con antecedentes de infección confirmada o probable por SARS CoV-2, generalmente tres meses desde el inicio de la infección. Estas personas presentan síntomas que duran al menos dos meses y no se pueden explicar con un diagnóstico alternativo. Los síntomas más comunes incluyen fatiga, dificultad para respirar, disfunción cognitiva. No obstante, también se incluyen otros síntomas que generalmente tienen un impacto en el funcionamiento diario. La sintomatología puede aparecer después de la recuperación inicial de un episodio agudo de COVID-19 o persistir desde la enfermedad inicial y puede fluctuar o recaer con el tiempo.³⁷

Según los estudios, durante la infección por COVID-19 se pueden desarrollar mecanismos de respuesta inflamatoria que causan disfunción a nivel del sistema nervioso central. Como consecuencia de este proceso, se han encontrado alteraciones vasculares y en la barrera hemato-encefálica, así como procesos de trombosis, que, como consecuencia, tendrán sus manifestaciones neurológicas y psiquiátricas.³⁹



Si bien es necesario contar con más evidencia para evaluar los efectos independientes y sinérgicos del SARS-CoV-2 al alcanzar el sistema nervioso central y periférico, se pueden considerar como manifestaciones clínicas neuropsiquiátricas de la infección las siguientes: encefalopatía, cambios de humor, psicosis, disfunción neuromuscular y los procesos desmielinizantes. Estos síntomas pueden acompañar a la inflamación sistémica aguda (complicaciones agudas) o pueden seguir a la infección como parte de una condición posterior al COVID-19.¹⁶ Uno de los estudios más amplio es de diseño observacional realizado en el Reino Unido en el que seguido de los eventos cerebrovasculares, el síndrome confusional por encefalopatía o encefalitis fue la morbilidad más frecuente.⁴⁰

Las evaluaciones neuropsiquiátricas prospectivas de individuos expuestos al SARS-CoV-2 en las diferentes etapas del ciclo vital es indispensable para comprender a cabalidad el impacto a largo plazo de la COVID-19 y sus secuelas. Este seguimiento debe continuar aún meses después de la recuperación de la fase aguda de la enfermedad y en él vigilar la persistencia y/o aparición de nuevos signos y síntomas. El seguimiento debe realizarse de manera coordinada entre los niveles asistenciales y de acuerdo con la gravedad durante la fase aguda y a la situación funcional que tiene el paciente al momento del alta.

En la actualidad es difícil asegurar los efectos a largo plazo de la pandemia por COVID-19 pero podemos predecir, basándonos en el comportamiento de pandemias previas, que las complicaciones post-infecciosas son muy similares a las consecuencias que se han descrito en la fase aguda de la infección como cuadros de ansiedad, depresión, trastornos del sueño y estrés postraumático.⁴¹ Se estima, además, que un tercio de los pacientes con COVID-19 tendrán alteraciones conductuales y cognitivas al egreso del hospital.⁴²

Es importante señalar que, en la actualidad, aún faltan más estudios sobre la persistencia de estas afecciones en el tiempo, su incidencia real y su evolución. Escasas publicaciones sobre la COVID-19 se refieren a la fase posterior a la infección aguda y pocas analizan la fase post-infecciosa. Hay mucho sesgo de selección y prácticamente ningún estudio tiene grupo de control.⁴¹



La disfunción cognitiva encabeza la lista de quejas neurológicas que persisten hasta más de seis semanas después de padecer la infección en un 81%, además de otros síntomas como cefalea 68%, entumecimiento y hormigueos 60%, pérdida del gusto 59%, pérdida del olfato 55%, dolor muscular 55%, mareos 47%, visión borrosa 30% y tinnitus 29%, según un estudio reciente sobre síntomas neurológicos en pacientes con COVID-19 persistente. El 85% también experimentó fatiga.⁴³

Basados en la experiencia con pacientes que han superado la infección por SARS-COV-2, a continuación, se detallan los pasos a seguir en pacientes Post-COVID-19, con el propósito de atender tanto las manifestaciones relacionadas con el estrés y el trauma psicológico de padecer la enfermedad, como aquellas secuelas neuropsiquiátricas que son consecuencia de los mecanismos biológicos de la infección.

1. Identificar la presencia de síntomas y signos psicopatológicos a través de la historia clínica y el examen físico y mental.
2. Si el paciente cumple con los criterios debe referirse a Salud Mental en el nivel primario de atención, según sea el caso puede ser a un centro de salud, a una clínica POST-COVID-19 o a la tele consulta. *(Ver anexos 2, 3, 4, 5: Algoritmos de Criterios para referir a Pacientes COVID y Post COVID-19 a Salud Mental).*
3. Valorar la necesidad de manejo en conjunto por Neurología, Psiquiatría, Psicología, y Trabajo Social.
4. En pacientes con síntomas depresivos y/o de ansiedad se pueden aplicar escalas de tamizaje y evolución de acuerdo con la sintomatología.
 - Cuestionario de la Salud del Paciente (PHQ 9) para Depresión. *(Ver anexo 7).*
 - Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada. (GAD-7) *(Ver anexo 8).*
5. Considerar el uso de benzodiazepinas recomendadas durante un lapso no mayor a las cuatro semanas, como tratamiento de rescate ante los síntomas de ansiedad o insomnio *(Refiérase al Capítulo 7: Consideraciones para el Uso de Psicofármacos en Pacientes COVID-19).*



6. Se recomienda el inicio del tratamiento con antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) como primera elección para episodios depresivos, trastorno de ansiedad y Trastorno de Estrés Posttraumático (*Refiérase al Capítulo 7: Consideraciones para el Uso de Psicofármacos en Pacientes COVID-19*).
7. En caso de sospechar que existe riesgo de suicidio se recomienda realizar la valoración del riesgo con escalas como SAD PERSONS e IS PATH WARM. (*Ver anexo 9,10*), considerar los factores protectores y de riesgo y manejar según criterio médico.
8. Los pacientes con riesgo alto de suicidio se deben manejar a nivel intrahospitalario.
9. Si el paciente presenta un deterioro cognitivo se debe aplicar la prueba Mini Mental State Examination (MMSE) (*Ver anexo 16*). Se recomienda solicitar estudios de neuroimagen y referir a Neurología para complementar la evaluación y a Neuropsicología para la valoración y el inicio de rehabilitación cognitiva. El tratamiento farmacológico debe ser considerado según criterio médico, de acuerdo con el grado de deterioro y la historia clínica del paciente.

Intervenciones de trabajo social en pacientes Post COVID-19:

- Realizar evaluación del paciente para identificar las necesidades, problemas, factores de riesgo y factores protectores, así como los recursos potenciales.
- Establecer un plan de acción individualizado de acuerdo con el diagnóstico social, emitir las recomendaciones del caso y proceder a desarrollar las acciones requeridas.
- Brindar psicoeducación según la condición médica y social que presenta el paciente.
- Dar seguimiento a la evolución de la situación social del paciente.



9. RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE SITUACIONES ESPECÍFICAS

9.1. COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

Una mala noticia es aquella información capaz de alterar de manera drástica la visión que una persona puede tener respecto a su futuro, bien porque le afecta de manera directa y personal, o porque hace referencia a un ser querido. Este escenario se presenta en el contexto de la pandemia por COVID-19 cuando el personal de salud debe comunicar el diagnóstico, las complicaciones o el fallecimiento de un familiar.

El modo en que se transmiten las noticias adversas tiene un impacto significativo en la comprensión de la información, la percepción de la calidad de la atención, el modo de afrontar la situación y en el consiguiente proceso de duelo.⁴⁴ Una de las primeras intenciones al comunicar una mala noticia debe ser la de reducir al máximo la ansiedad del comunicante y con esto, a través de lo que llamamos “actitud tranquilizante”, también reducir la del receptor.

Antes de iniciar la comunicación se debe contar con la mayor información posible para poder responder a las preguntas: ¿dónde?, ¿cómo? y ¿cuándo? Se debe buscar el espacio y momento más apropiado para dar la noticia. Es conveniente agrupar a los interlocutores ya que facilita un único proceso de comunicación y permite que la familia encuentre el apoyo social natural que en estos momentos es de vital importancia.

Una vez iniciado el contacto con el o los receptores de la noticia el comunicante debe identificarse, preferiblemente con nombre propio, y repetirlo cuantas veces sea necesario. Esto facilita cierta relación de confiabilidad. También puede pedirles a los presentes que se identifiquen con nombre y grado de parentesco con el fallecido y en la interacción procurar usar el nombre de las personas implicadas en la comunicación, siempre guardando el respeto.



Se debe evitar en lo posible dar las noticias vía remota, sin embargo, en la actualidad la situación puede llevarnos a tener que dar las noticias por vía telefónica para lo cual es importante tener en cuenta las consideraciones detalladas en la figura 7.



Se debe buscar un lugar privado, silencioso y libre de interrupciones para realizar la llamada.



En lo posible, tanto el comunicador como el receptor deben contar con un teléfono que les permita utilizar el altavoz. Esto facilita el desarrollo más fluido del diálogo y permite la presencia de más personas en el acto de la comunicación para que puedan participar.



La duración de estas llamadas es variable: buscar un momento en el cual la falta de tiempo no obligue a finalizar de manera abrupta una comunicación tan delicada

Figura 7. Comunicación de Malas Noticias, Malas Noticias por Vía Telefónica. Docencia de la Dra. Delia De Ycaza. Coordinación Nacional de Salud Mental frente al COVID-19. CODES/MINSA.

Se puede ofrecer a la familia un número de contacto para garantizar que la comunicación no se rompa. Durante la comunicación se debe aclarar dudas, derivar a otros sistemas de ayuda que puedan ser necesarios y detallar cuáles son los pasos para seguir en el futuro inmediato y donde deben comunicarse para los trámites que deban iniciar. Antes de finalizar es importante asegurarse de que se ha normalizado el impacto emocional y/o se ha identificado a algún miembro familiar que controle la situación.



9.2. ACOMPAÑAMIENTO EN DUELO

Es importante tener en cuenta que el dolor y la tristeza son aspectos fundamentales del duelo y la forma en que lo maneja cada persona puede variar enormemente, por lo cual no existe una forma “correcta” ni “normal” de elaborar el duelo. El abanico de reacciones ante este proceso es bastante amplio. Tampoco tiene una duración determinada, cada doliente necesita tiempos distintos.

El acompañamiento durante el duelo tiene varios componentes:

- Escucha activa.
- Comunicación Asertiva.
- Empatía.
- Humanidad y respeto.

La intervención psicoterapéutica por especialistas en salud mental es necesaria cuando las reacciones emocionales son desproporcionadas o cuando se percibe un estancamiento del proceso, no evoluciona favorablemente, o bien cuando existen antecedentes de enfermedades mentales, principalmente de depresión o de ansiedad, que pudieran predisponer a la persona a presentar un duelo complicado.

9.3. MANEJO DE LOS RIESGOS DE AUTOLESIÓN / SUICIDIO

El suicidio es un complejo problema de salud pública en el que intervienen factores psicológicos, biológicos, socioculturales y ambientales. En este particular momento en el que nos enfrentamos a una pandemia con todas las consecuencias sociales, económicas y de salud que esta ha acarreado, podemos mencionar algunas situaciones que podrían contribuir al aumento del riesgo suicida: el estrés económico, el distanciamiento social, el aumento de la violencia doméstica y el menor acceso a tratamientos de salud mental y al apoyo comunitario y religioso.

Existen además otros factores que constituyen un aumento en el riesgo suicida de una persona, como, por ejemplo, intentos suicidas previos, antecedentes familiares de suicidio, antecedentes de enfermedades mentales y consumo de alcohol u otras sustancias. El aumento del estrés puede constituir un riesgo adicional de autolesión y suicidio en personas con COVID-19.

Ante la sospecha de que una persona tenga ideación o intento suicida se debe:

- Permanecer atento a las señales de alerta:
 - Hablar o escribir sobre la muerte o el suicidio.
 - Cambios repentinos en la conducta.
 - Cambios en el estado de ánimo.
 - Hacer comentarios de desesperanza o de sentirse como una carga para los demás.
 - Aislarse de los amigos o de la familia.
 - Consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas.
 - Comportamientos imprudentes o arriesgados o auto infligirse lesiones.
- Preguntar directamente sobre pensamientos suicidas o de autolesión.
- Siempre tomar a la persona y las señales de alerta en serio.
- Iniciar una conversación empática, amable y respetuosa en la que escuche atentamente al paciente.
- No minimizar los sentimientos del paciente, no juzgar, regañar, ni ser desafiante o sarcástico. Exprese interés y preocupación.
- Ayudar a la persona a comprender que es mejor hablar sobre estos sentimientos y animarle a hablar sobre sus fortalezas, sobre cómo ha resuelto problemas anteriormente y sobre posibles soluciones a sus problemas actuales.
- Eliminar o alejarlo de cualquier medio que pueda ser utilizado con finalidad suicida (armas, venenos, medicamentos, un balcón...) y/o aconsejar a los familiares y/o cuidadores a hacerlo.
- Solicite la evaluación e intervención de un profesional de Salud Mental a través de los mecanismos pertinentes.





Guía de Atención en Salud Mental y Apoyo Psicosocial a Pacientes COVID y Post COVID-19.



10. CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL SANITARIO

La pandemia por COVID-19 genera continuos factores estresantes en los trabajadores de la salud a causa de una práctica profesional diferente a la que habitualmente se está acostumbrado.

El personal sanitario se encuentra expuesto a múltiples riesgos psicosociales como la sobrecarga laboral, la presión social, el temor a contraer la enfermedad o de contagiar a sus familiares y la exposición al sufrimiento humano. Estos riesgos a los que están sometidos se constituyen en estresores laborales que pueden llevar al agotamiento físico, mental y emocional. Si son lo suficientemente severos pueden favorecer la aparición de problemas mentales como: ansiedad, depresión, insomnio, trastornos de estrés traumático secundario, de adaptación o de estrés postraumático, trauma vicario, fatiga por compasión e incluso el Síndrome de Desgaste Laboral también conocido como Síndrome de Burnout. Tales efectos podrían ser no solo afecciones temporales, sino que también podrían volverse crónicos y tener un efecto duradero en su bienestar general. Igual de preocupante resulta que además generan disfunciones que afectan la atención, la comprensión y la capacidad de toma de decisiones pudiendo influir negativamente en su desempeño laboral. Es decir, el cuidado personal de estos profesionales no solo es necesario, también es obligatorio desde el punto de vista ético.⁴⁵

Las medidas para prevenir y mitigar los riesgos y garantizar el bienestar psicoemocional del personal sanitario tienen carácter prioritario. Los directores de las instalaciones de salud deben garantizar las condiciones y promover las acciones que contribuyan a proteger la salud mental y el bienestar del personal sanitario, entre ellas:

- Proveer el material de bioseguridad de forma continua y de acuerdo con las necesidades y el grado de exposición a riesgos biológicos.
- Identificar los riesgos psicosociales específicos de las distintas áreas y funciones en la institución.

- Procurar una buena organización en el trabajo.
- Alternar las funciones del personal entre tareas de alto estrés y de bajo estrés.
- Supervisar que se provea una alimentación saludable y balanceada.
- Vigilar el cumplimiento de los horarios de trabajo observando las recomendaciones para evitar la sobrecarga laboral.
- Fomentar el trabajo en equipo.
- Garantizar y promover los descansos recomendados: pausas activas laborales, entre turnos, días libres, vacaciones, etc.
- Establecer un equipo multidisciplinario de apoyo, atención social y seguimiento para aquellos colaboradores que padecen o padecieron COVID-19.

Por otra parte, para que cada trabajador de la salud pueda gozar del bienestar físico, mental y emocional también se requiere que los mismos protagonistas tomen las medidas necesarias para combatir el estrés laboral a través de su propio cuidado personal (*Ver anexo 21: Cuidando la Salud Mental del Personal Sanitario durante la Pandemia COVID-19*).



11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Worldometer. (2021). Gráficos de Coronavirus: Casos y Muertes en Todo el Mundo. Worldometer. <https://www.worldometers.info/coronavirus/worldwide-graphs/>
2. Tausch, A., Oliveira e Souza, R., Viciano, C., Cayetano, C., Barbosa, J., and Hennis, A., (2022). Strengthening Mental Health Responses to COVID-19 in the Americas: A Health Policy Analysis and Recommendations. The Lancet Regional Health - Americas. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100118>
3. Taquet, M., Geddes, J.R., Husain, M., Sierra, L., Harrison, P.J. (2021) Six-month Neurological and Psychiatric Outcomes in 236379 Survivors of COVID-19: a Retrospective Cohort Study Using Electronic Health Records. The Lancet Psychiatry. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00084-5)
4. Lopez-Leon, S., Wegman-Ostrosky, T., Perelman, C. *et al.* (2021) More than 50 Long- Term Effects of COVID-19: a Systematic Review and Meta-Analysis. Sci Rep 11, 16144. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95565-8>
5. Riordan, P., Stika, M., Goldberg, J. y Drzewiecki, M.. (2020). COVID-19 and Clinical Neuropsychology: A Review of Neuropsychological Literature on Acute and Chronic Pulmonary Disease. Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.1080/13854046.2020.1810325>
6. Organización Mundial de la Salud. Junio 2020, COVID-19, Principales Intervenciones Recomendadas en Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) durante la pandemia. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52427>
7. Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation & Visión Mundial Internacional. (2012). Primera Ayuda Psicológica: Guía para Trabajadores de Campo. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44837>
8. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) (2013). Definición de Apoyo Psicosocial.



9. Bernuy, Martin. (2019). Psicoeducación. Presentado en Slideplayer.
<https://slideplayer.es/slide/14185702/>
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, (2019) "Guía de Primeros Auxilios Psicológicos y Apoyo Psicosocial para primeros respondientes - SARS CoV-2 / COVID-19"; Quito, Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Dirección Nacional de Atención Prehospitalaria y Unidades Móviles, Disponible en: <http://www.salud.gob.ec>
11. Ministerio de Salud de Perú. Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública. Dirección de Salud Mental (Minsa / DGIESP / DSAME), (2020). Orientaciones Para Brindar Información y Acompañamiento Psicosocial a Pacientes Hospitalizados con Infección por COVID-19 y sus Familiares. Versión Amigable.
<https://www.paho.org/es/file/72914/download?token=1zXEGsF4>
12. Parikh, S., Quilty, L., Ravitz, P., Rosenbluth, M., Pavlova, B., & Grigoriadis, S. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 2. Psychological Treatments. The Canadian Journal of Psychiatry.
<https://doi.org/10.1177%2F0706743716659418>
13. República de Panamá, Ministerio de Salud, Resolución # 508, De 28 de junio de 2019 que aprueba y adopta la Guía para la Atención de los Intentos de Suicidio.
http://gacetas.procuraduria-admon.gob.pa/28833_2019.pdf
14. Seane Piedra, J., Rodríguez, E.I., Cuellar, C.T., Trujillo Machado, V.D., (2020). Instrumentos Evaluadores de Secuelas en Pacientes Posinfección a la COVID-19. Su Utilidad en Rehabilitación. Centro Internacional de Salud La Pradera (CIS La Pradera), Servicios Médicos. La Habana, Cuba. Medigraphic, Literatura Médica.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2020/cfr203f.pdf>
15. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. (2020). Alerta Epidemiológica, Complicaciones y Secuelas por COVID-19, 12 de agosto de 2020. PAHO/IRIS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52612>
16. Liotta, E.M., Batra, A., Clark, J.R., Shlobin, N.A., Hoffman, S.C., Orban, Z.S., Korahnik, I.J., (2020). Frequent Neurologic Manifestations and Encephalopathy-Associated Morbidity in COVID-19 Patients. Wiley Online
<https://doi.org/10.1002/acn3.51210>



17. Mao L, Jin H, Wang M, Hu Y, Chen S, He Q, Chang J, Hong C, Zhou Y, Wang D, Miao X, Li Y, Hu B., (2020). Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurology*. <http://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.1127>
18. Oliveira e Souza, R., (2020), Manejo de las manifestaciones neurológicas y mentales asociadas a la COVID-19. OMS/OPS.
19. Lipowski ZJ. Delirium (Acute Confusional States). *JAMA*. 1987;258(13):1789–1792. <http://doi.org/10.1001/jama.1987.03400130103041>
20. Maldonado, Jose. (2013). Neuropathogenesis of Delirium: Review of Current Etiologic Theories and Common Pathways. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 21. 1190-1222. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.09.005>
21. McCabe BD. (2019). The Confusion Assessment Method Instrument: The Confusion Assessment Method (CAM) Diagnostic Algorithm. https://www.va.gov/covidtraining/docs/The_Confusion_Assessment_Method.pdf
22. Valdivieso-Jiménez, G. (2021). Use of psychotropic drugs for neuropsychiatric symptoms in patients hospitalized with COVID-19. *Horizonte Medico*. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2021.v21n2.13>
23. Centro Cochrane Iberoamericano (2020). COVID-19 en la Población Pediátrica. <https://es.cochrane.org/es/covid-19-en-la-poblacion-pediatrica>
24. World Health Organization. (2021). COVID-19 Clinical Management: Living Guidance. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-2>
25. Abdoli, A., Falahi, S., Kenarkoobi, A., Shams, M., Mir, H., & Jahromi, M. (2020). The COVID-19 Pandemic, Psychological Stress during Pregnancy, and Risk of Neurodevelopmental Disorders in Offspring: a Neglected Consequence. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 41(3), 247-248. <https://doi.org/10.1080/0167482x.2020.1761321>
26. Dong, H., Hu, R., Lu, C., Huang, D., Cui, D., Huang, G., & Zhang, M. (2020). Investigation on the Mental Health Status of Pregnant Women in China during the Pandemic of COVID-19. *Archives Of Gynecology And Obstetrics*, 303(2), 463-469. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05805-x>



27. Kotabagi, P., Fortune, L., Essien, S., Nauta, M., & Yoong, W. (2020). Anxiety and Depression Levels Among Pregnant Women with COVID-19. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 99(7), 953-954. <https://doi.org/10.1111/aogs.13928>
28. Ahorsu, D., Imani, V., Lin, C., Timpka, T., Broström, A., & Updegraff, J. et al. (2020). Associations Between Fear of COVID-19, Mental Health, and Preventive Behaviours Across Pregnant Women and Husbands: An Actor-Partner Interdependence Modelling. *International Journal Of Mental Health And Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00340-x>
29. Saccone, G., Florio, A., Aiello, F., Venturella, R., De Angelis, M., & Locci, M. et al. (2020). Psychological Impact of Coronavirus Disease 2019 in Pregnant Women. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 223(2), 293-295. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.003>
30. Zhou, Y., Shi, H., Liu, Z., Peng, S., Wang, R., & Qi, L. et al. (2020). The Prevalence of Psychiatric Symptoms of Pregnant and Non-Pregnant Women during the COVID-19 Epidemic. *Translational Psychiatry*, 10(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-01006-x>
31. López-Morales, H., del Valle, M., Canet-Juric, L., Andrés, M., Galli, J., Poó, F., & Urquijo, S. (2021). Mental Health of Pregnant Women during the COVID-19 Pandemic: A longitudinal Study. *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113567>
32. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. (2020). Consideraciones Relativas a la Discapacidad Durante el Brote de COVID-19, 30 enero de 2020. PAHO/IRIS. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52026/OPSNMHCOVID19200009_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
33. Amirhosseini, Z., (2020). El Impacto del COVID-19 en las Personas con Discapacidades. Massachusetts General Hospital (17 de diciembre de 2020). <https://www.massgeneral.org/news/coronavirus/Covid-19s-impact-on-people-with-disabilities>



34. Anmella, G., Arbelo, N., Primé, M. Pintor, L., Vieta, E., Servicio de Psiquiatría y Psicología, Hospital Clínic de Barcelona. (2020). ¿Son compatibles el tratamiento con psicofármacos y el tratamiento de la COVID-19?. Hospital Clínic de Barcelona. <https://www.clinicbarcelona.org/noticias/son-compatibles-el-tratamiento-con-psicofarmacos-y-el-tratamiento-de-la-covid-19>
35. Vieta, E., Garriga, M., Cardete, L., Bernardo, M., Lombraña, M., & Blanch, J. et al. (2017). Algorithm-Based Protocol for the Identification, Management, and Treatment of Psychiatric Patients with Acute Psychomotor Agitation. *European Psychiatry*, 41(S1), S566-S566. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.828>
36. Siskind, D., Honer, W., Clark, S., Correll, C., Hasan, A., & Howes, O. et al. (2020). Consensus Statement on the Use of Clozapine during the COVID-19 Pandemic. *Journal Of Psychiatry And Neuroscience*, 45(3), 222-223. <https://doi.org/10.1503/jpn.200061>
37. World Health Organization. (2021). A Clinical Case Definition of Post COVID-19 Condition by a Delphi Consensus. <https://www.google.com/url?q=https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post-COVID-19-condition-Clinical-case-definition-2021.1&sa=D&source=docs&ust=1646326343419580&usg=AOvVaw1yD2K3bvJzrww9Ns6LYCEO>
38. Alexopoulos, H., Magira, E., Bitzogli, K., Kafasi, N., Vlachoyiannopoulos, P., & Tzioufas, A. et al. (2020). Anti-SARS-CoV-2 Antibodies in the CSF, Blood-Brain Barrier Dysfunction, and Neurological Outcome. *Neurology - Neuroimmunology Neuroinflammation*, 7(6), e893. <https://doi.org/10.1212/nxi.0000000000000893>
39. Al-Sarraj, S., Troakes, C., Hanley, B., Osborn, M., Richardson, M., & Hotopf, M. et al. (2020). Invited Review: The Spectrum of Neuropathology in COVID-19. *Neuropathology And Applied Neurobiology*, 47(1), 3-16. <https://doi.org/10.1111/nan.12667>
40. Varatharaj, A., Thomas, N., Ellul, M., Davies, N., Pollak, T., & Tenorio, E. (2020). UK-Wide Surveillance of Neurological and Neuropsychiatric Complications of COVID-19: The First 153 Patients. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3601761>



41. Cotelo, J., (2021). Síndrome pos-COVID-19: Se Augura Repunte de Trastornos Neuropsiquiátricos. Medscape, Noticias Médicas. <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5906888>
42. Mcloughlin, B., Miles, A., Webb, T., Knopp, P., Eyres, C., & Fabbri, A. et al. (2020). Functional and Cognitive Outcomes After COVID-19 Delirium. *European Geriatric Medicine*, 11(5), 857-862. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00353-8>
43. L. Graham E., Clark, J., Orban Z., Szymanski A., Taylor C., Patrick H. Lim, April L. Szymanski, Taylor, C., DiBiase, R., Tong Jia, D., Balabanov, R., Ho, S., Batra, A., Liotta, E., Koralni, I. (2021) Persistent Neurologic Symptoms and Cognitive Dysfunction in Non-Hospitalized COVID-19 “Long Haulers”. Wiley Online Library. <https://doi.org/10.1002/acn3.51350>
44. De Ycaza D. (2020). Comunicación de Malas Noticias, Malas Noticias por Vía Telefónica. Coordinación Nacional de Salud Mental frente al COVID-19. Ministerio de Salud. Panamá.
45. Ministerio de Salud de Panamá, (2020). Protocolo de Intervención de Estrés Laboral y Prevención del Síndrome de Burnout en el Personal Sanitario frente al COVID-19. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52612>
46. De Ycaza D., Moya M., Goti, A. (2021). Criterios para Referir a Pacientes COVID y Post-COVID-19 a Salud Mental. Coordinación Nacional de Salud Mental frente al COVID-19. Ministerio de Salud. Panamá.
47. Kroenke, K., & Spitzer, R. (2002). The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509-515. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>
48. Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. *Archives Of Internal Medicine*, 166(10), 1092. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
49. Adaptado de J; Patterson, et al (April 1983). "Evaluation of Suicidal Patients: the SAD PERSONS Scale". *Psychosomatics*. 24 (4): 343–5, 348–9.



50. Juhnke, G. A., Granello, P. F., & Lebrón-Striker, M.A. (2007). IS PATH WARM? A Suicide Assessment Mnemonic for Counselors (ACAPCD-03). Alexandria, VA: American Counseling Association.
<https://www.counseling.org/resources/library/ACA%20Digests/ACAPCD-03.pdf>
51. Sander, R., Corretge, M., Dorrian, M. (2016). 4AT Spanish version 1.0.<https://alasdair-maclulich.squarespace.com/s/4AT-Spanish.doc>
52. Frade Mera, M.J., Guirao Moya A., Esteban Sánchez, M.E., Rivera Álvarez, J., Cruz Ramos, A.M., Bretones Chorro, B., S., Viñas Sánchez, Jacue Izquierdo, S., Montane López, M., et al. (2009). Análisis de 4 Escalas de Valoración de la Sedación en el Paciente Crítico. *Enfermería Intensiva*, 20(3), 88-94. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-analisis-4-escalas-valoracion-sedacion-13141479>
53. Chávez-Delgado M, Virgen-Enciso M, Julio Pérez-Guzmán, J., Celis de la Rosa, A., Castro-Castañeda, S., et al. (2007) Delirium en Ancianos Hospitalizados. Detección Mediante Evaluación del Estado Confusional. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im074c.pdf>
54. Rojas I., Dembowski N., Borghero F., González M. (2014). Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento. Ministerio de Salud. República de Chile.
<https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>
55. Burns, A., Brayne, C., & Folstein, M. (1998). Key Papers in Geriatric Psychiatry, Mini-mental State: A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. M. Folstein, S. Folstein and P. McHugh, *Journal of Psychiatric Research*, 1975,12, 189-198. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 13(5), 285-294.[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199805\)13:5%3C285::AID-GPS753%3E3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199805)13:5%3C285::AID-GPS753%3E3.0.CO;2-V)



12. ANEXOS

Anexo #1

RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADOS DURANTE EL AISLAMIENTO/CUARENTENA

No descuidar la higiene y el arreglo personal

Hidratarse y consumir una dieta balanceada



Descansar lo suficiente. Poner en práctica medidas de higiene del sueño

Dormir en una habitación silenciosa, oscura y con temperatura agradable.
Evitar el uso de aparatos electrónicos al menos media hora antes de dormir.
Evitar el consumo de comidas copiosas y ejercicios vigorosos al menos 3 horas antes de acostarse.



Realizar actividad física acorde con la condición de salud si es posible, al menos 30 minutos al día, mínimo 3 veces por semana, si la condición de salud lo permite.

Evitar el consumo de alcohol, cigarrillo, medicamentos no indicados y drogas ilícitas

Mantener una rutina tratando de apegarse a la habitual

Mantener el contacto con familiares y amigos a través de medios tecnológicos (Chats, videollamadas...)



Evitar la sobreinformación

Reduzca el tiempo de consumo de noticias en los medios de comunicación y redes sociales. Siempre informese a través de fuentes oficiales y confiables.

Conversar con personas de confianza acerca de como se siente



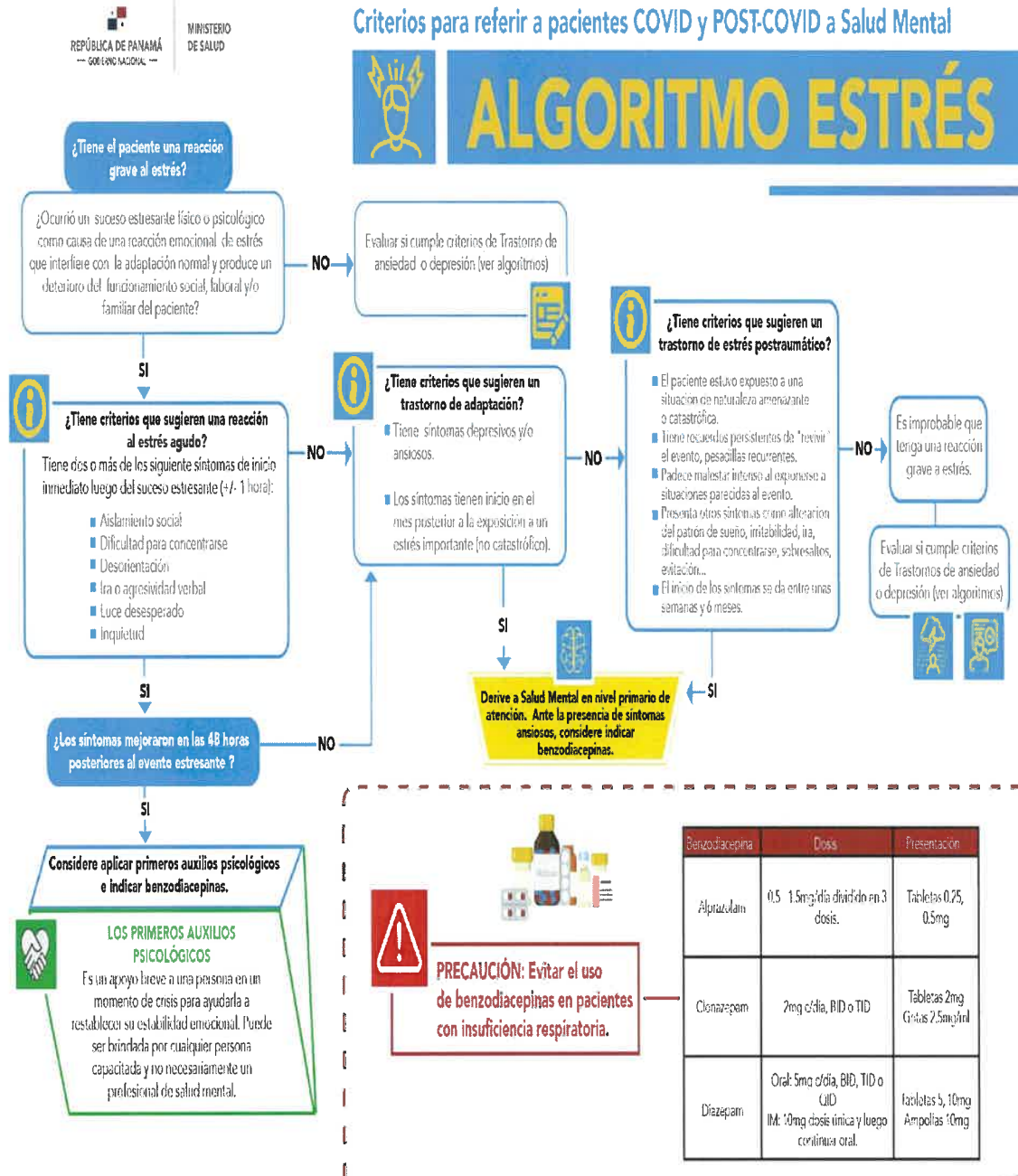
Realizar actividades placenteras que permitan la distracción y el bienestar personal

Cocinar, manualidades, actividades artísticas, jardinería, técnicas de relajación, paseos virtuales en museos, acceso gratuito a revistas...



Anexo #2

Criterios para referir a pacientes COVID y POST-COVID a Salud Mental



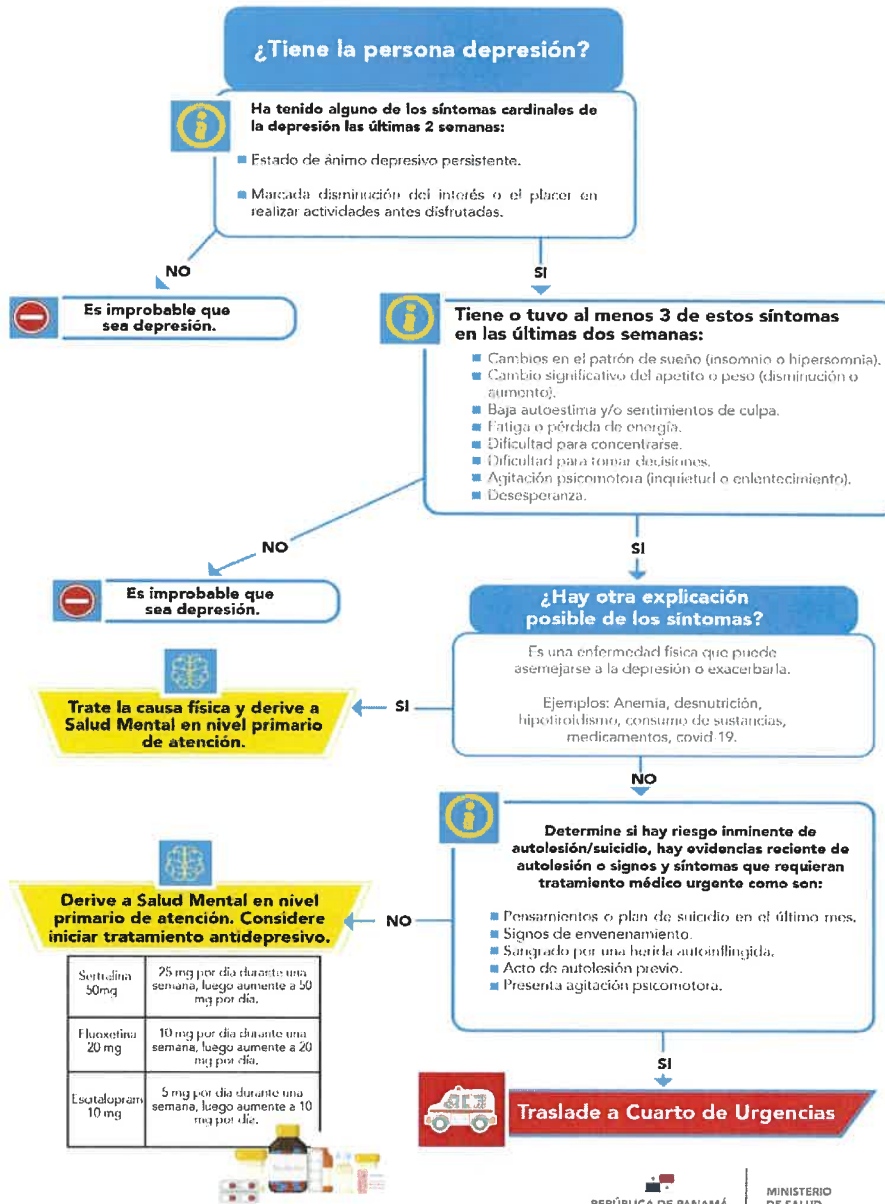
De Ycaza D., Moya M., Goti A. (2021). Criterios para referir a pacientes COVID-19 y post-COVID-19 a salud mental. Ministerio de Salud. Panamá ⁴⁶



Anexo #3

Criterios para referir a pacientes COVID y POST-COVID a Salud Mental

ALGORITMO DEPRESIÓN

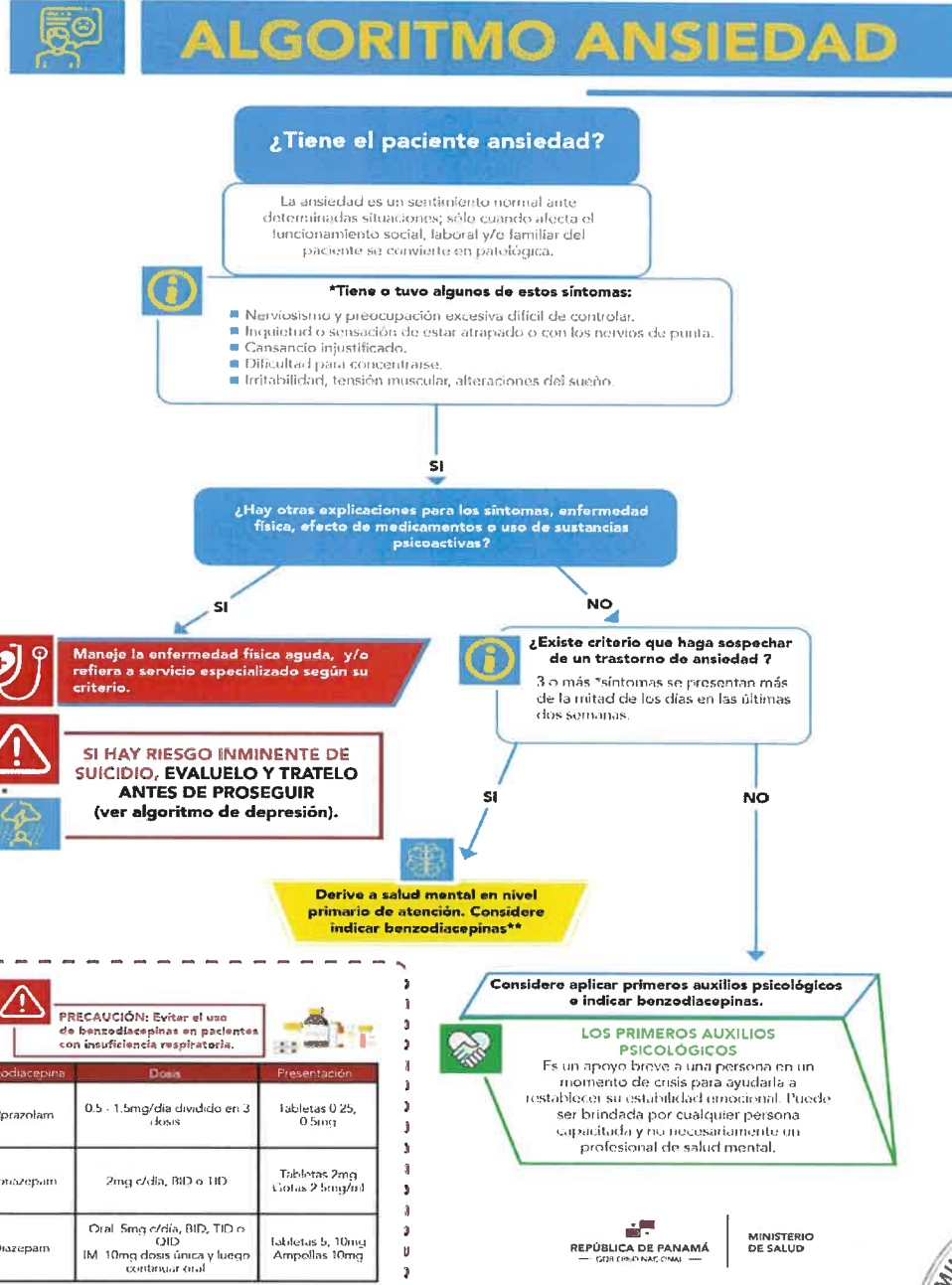


De Ycaza D., Moya M., Goti A. (2021). Criterios para referir a pacientes COVID-19 y post-COVID-19 a salud mental. Ministerio de Salud. Panamá.⁴⁶



Anexo # 4

Criterios para referir a pacientes COVID y POST-COVID a Salud Mental



⚠️ **PRECAUCIÓN:** Evitar el uso de benzodiacepinas en pacientes con insuficiencia respiratoria.

Benzodiacepina	Dosis	Presentación
Alprazolam	0.5 - 1.5mg/día dividido en 3 dosis	Tabletas 0.25, 0.5mg
Clonazepam	2mg c/día, BID o TID	Tabletas 2mg Gotas 2.5mg/ml
Diazepam	Oral 5mg c/día, BID, TID o QID IM 10mg dosis única y luego continuar oral	Tabletas 5, 10mg Ampollas 10mg


 REPÚBLICA DE PANAMÁ
GOBIERNO NACIONAL

MINISTERIO DE SALUD

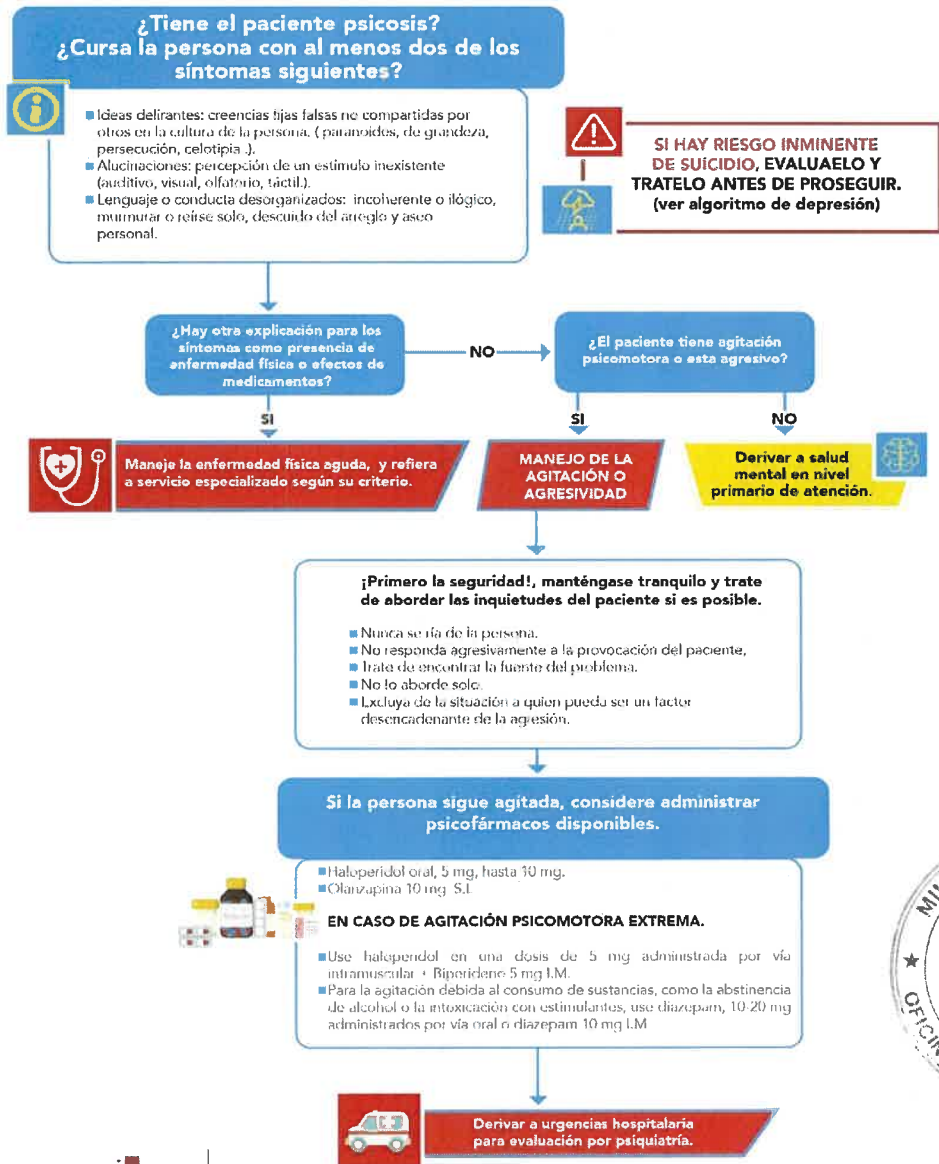
De Ycaza D., Moya M., Goti A. (2021). Criterios para referir a pacientes COVID-19 y post-COVID-19 a salud mental. Ministerio de Salud. Panamá.⁴⁸



Anexo # 5

Criterios para referir a pacientes COVID y POST-COVID a Salud Mental

ALGORITMO PSICOSIS





MINISTERIO DE SALUD

Anexo # 6



MINISTERIO DE SALUD

Coordinación de Salud Mental CODES/COVID-19

INTERCONSULTA DE SALUD MENTAL

PSICOLOGIA

PSIQUIATRIA

Fecha: _____

Paciente _____ Cédula _____ No. CELULAR _____

Origen de la Referencia: _____

MOTIVO DE INTERCONSULTA

Médico: _____ Código/Registro _____

EVALUACIÓN

RECOMENDACIONES

Fecha _____

Nombre y Firma del Interconsultor _____

Código/Registro _____



Anexo # 7

<p>CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE</p> <p>PHQ-9</p>	 REPÚBLICA DE PANAMÁ GOBIERNO NACIONAL	MINISTERIO DE SALUD Guía de Atención en Salud Mental y Apoyo Psicosocial a pacientes COVID-19 y Post COVID-19
--	--	--

DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS ¿CON QUÉ FRECUENCIA LE HAN MOLESTADO CADA UNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?	NINGÚN DÍA	VARIOS DÍAS	MÁS DE LA MITAD DE LOS DÍAS	CASI TODOS LOS DÍAS
1. Tener poco interés o disfrutar poco haciendo las cosas.	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza.	0	1	2	3
3. Sentirse cansado o tener poca energía.	0	1	2	3
4. Tener problemas para dormir o para mantenerse dormido o dormir demasiado.	0	1	2	3
5. Tener poco apetito o comer en exceso.	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo/a, fracasado/a, o pensar que se ha decepcionado así mismo o a los que le rodean.	0	1	2	3
7. Tener dificultades para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver la T.V.	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan lentamente que los demás lo han notado. O bien al contrario, estar tan agitado/a, o inquieto/a que se mueve mucho, más de lo habitual.	0	1	2	3
9. Tener pensamiento sobre estar muerto o sobre hacerse daño así mismo de alguna manera.	0	1	2	3

PUNTAJE TOTAL							
<p>10. Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario ¿le ha sido difícil cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?</p>	<p>Nada en Absoluto ____</p> <p>Algo difícil ____</p> <p>Muy difícil ____</p> <p>Extremadamente difícil ____</p>						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">DEPRESIÓN LEVE</td> <td>10-14</td> </tr> <tr> <td>DEPRESIÓN MODERADA</td> <td>15-19</td> </tr> <tr> <td>DEPRESIÓN GRAVE</td> <td>20-27</td> </tr> </table>		DEPRESIÓN LEVE	10-14	DEPRESIÓN MODERADA	15-19	DEPRESIÓN GRAVE	20-27
DEPRESIÓN LEVE	10-14						
DEPRESIÓN MODERADA	15-19						
DEPRESIÓN GRAVE	20-27						

Adaptado de Kroenke, K. & Spitzer, R. (2002). The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509-515.⁴⁷



Anexo # 8

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA -7

GAD-7



REPÚBLICA DE PANAMÁ
GOBIERNO NACIONAL

MINISTERIO DE SALUD

Guía de Atención en Salud Mental y Apoyo Psicosocial a pacientes COVID-19 y Post COVID-19

DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS QUÉ TAN SEGUIDO HA TENIDO MOLESTIAS DEBIDO A LOS SIGUIENTES PROBLEMAS ?	NINGÚN DÍA	VARIOS DÍAS	MÁS DE LA MITAD DE LOS DÍAS	CASI TODOS LOS DÍAS
1. ¿Se ha sentido nervioso, aviso o con los nervios e punta?	0	1	2	3
2. ¿No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación?	0	1	2	3
3. ¿Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes?	0	1	2	3
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	0	1	2	3
5. ¿Se ha sentido tan intranquilo que no ha podido quedarse quieto?	0	1	2	3
6. ¿Se ha molestado o irritado fácilmente ?	0	1	2	3
7. ¿Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar?	0	1	2	3

PUNTAJE TOTAL

AUSENTE	0-5
ANSIEDAD LEVE	6-10
ANSIEDAD MODERADA	11-15
ANSIEDAD GRAVE	16-21

Adaptado de Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J., & Löwe, B. (2002). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder, Archives of Internal Medicine, 166(10), 1092.⁴⁸





MINISTERIO DE SALUD

Anexo # 9

**ESCALA DE RIESGO DE SUICIDIO
SAD PERSONS**



MINISTERIO DE SALUD

Guía de Atención en Salud Mental y Apoyo Psicosocial a pacientes COVID-19 y Post COVID-19

Sex (Sexo)	1 Varón
Age (Edad)	1 > 65 años
Depression (Depresión)	1
Previous attempt (Intentos Previos)	1
Ethanol (Abuso de alcohol)	1
Rational thinking loss (pérdida de pensamiento racional)	1
Social support lacking (Sin apoyo social)	1
Organized Plan (planificación)	1
No spouse (sin pareja)	1
Sickness (Enfermedad)	1

INTERPRETACIÓN

- 0-2 Seguimiento ambulatorio
- 3-4 Seguimiento ambulatorio (control estrecho)
- 5-6 Hospitalización, salvo muy buen apoyo y control familiar.
- 7-10 Hospitalización

PUNTAJE TOTAL_____



Adaptado de Patterson, J., et al (1983). "Evaluation of Suicidal Patients: The SAD PERSONS Scale" Psychosomatics 24(4), 343-5, 348-9.⁴⁹

Anexo # 10

<p>ESCALA DE RIESGO DE SUICIDIO</p> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <p>IS PATH WARM</p>	<p>  REPÚBLICA DE PANAMÁ GOBIERNO NACIONAL </p>	<p> MINISTERIO DE SALUD </p> <p>Guía de Atención en Salud Mental y Apoyo Psicosocial a pacientes COVID-19 y Post COVID-19</p>
--	---	--

PUNTAJE

Ideation (ideación suicida)	1
Substance abuse (abuso de sustancias)	1
Purposelessness (pérdida de propósito)	1
Anger (ira)	1
Trapped (sentimientos de que no existe otra salida)	1
Hopelessness (desesperanza)	1
Withdrawing (aislarse)	1
Anxiety (ansiedad)	1
Recklessness (realiza actividades de riesgo)	1
Mood (cambios en el estado de ánimo)	1

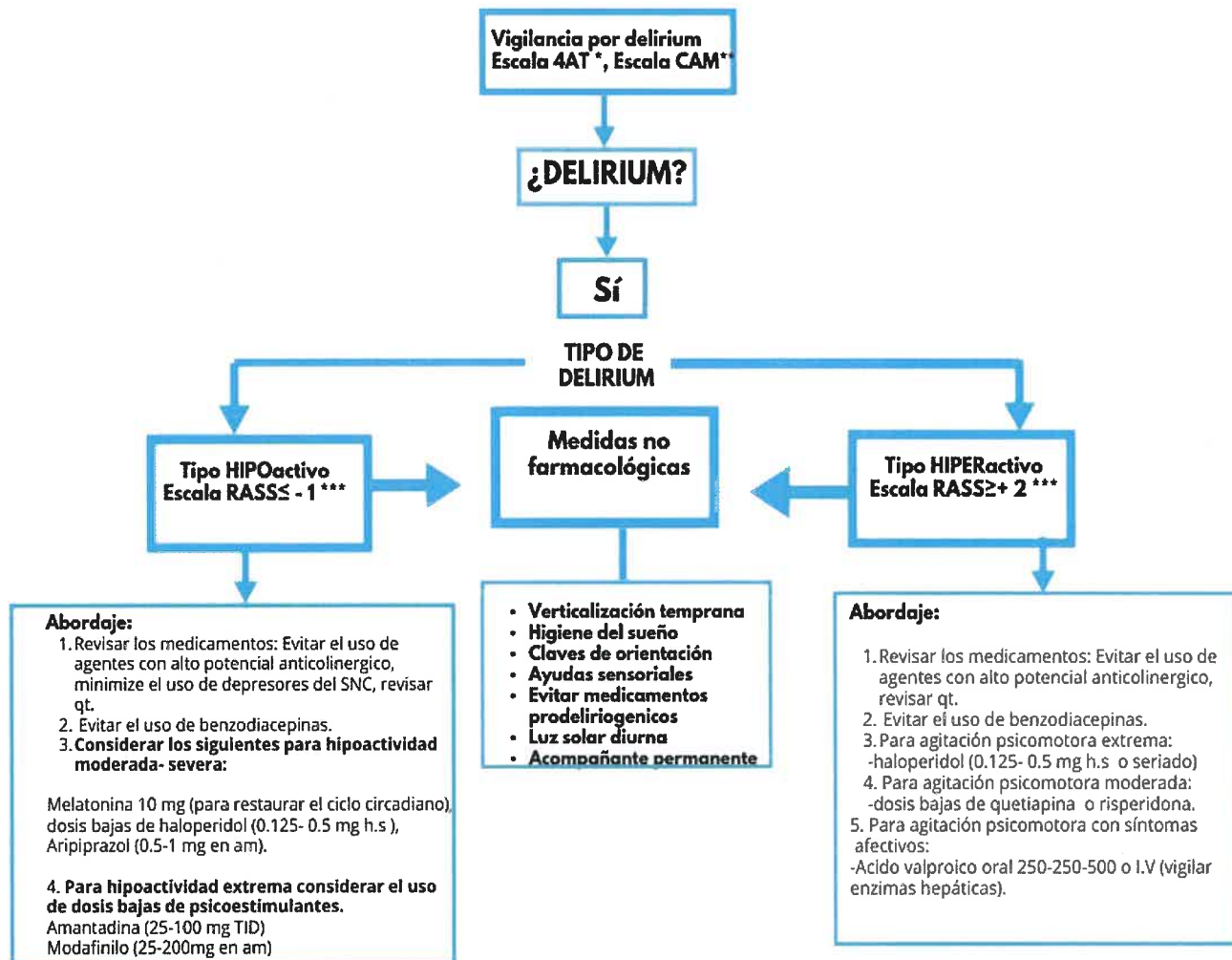
A mayor cantidad de puntos, mayor riesgo de suicidio.

PUNTAJE
 TOTAL _____

Adaptado de Juhnke, C.A., Granello, P.F., & Lebrón-Striker, M.A., (2007). IS PATH WARM? A Suicide Assessment Mnemonic for Counselors (ACAPCD-03), Alexandria, VA: American Counseling Association. ⁵⁰



Anexo # 11



Algoritmo de manejo del delirium. Traducido y Adaptado del Protocolo de Manejo del delirium en la Universidad de Stanford.²¹
*Escala 4AT Test para la evaluación de delirium, anexo 12, ***Escala RASS, Agitación - Sedación de Richmond, anexo 13. **Escala CAM, Diagnóstica de delirium, anexo 14.



Anexo # 12

<p>TEST PARA LA EVALUACIÓN DE DELIRIUM</p> <p>4AT</p>	<p>  REPÚBLICA DE PANAMÁ GOBIERNO NACIONAL </p>	<p>MINISTERIO DE SALUD</p> <p>Guía de Atención en Salud Mental y Apoyo Psicosocial a pacientes COVID-19 y Post COVID-19</p>
---	---	---

ESTADO DE CONSCIENCIA

Esto incluye pacientes que pueden tener somnolencia o agitado / hiperactivo. Observe al paciente, si está dormido intente despertarlo dirigiéndole la palabra o tocando gentilmente el hombro. Pedirle al paciente que diga su nombre y dirección para proceder a la puntuación.

- Normal (completamente alerta, pero no agitado, a lo largo de la evaluación) 0
- Somnolencia leve durante <10 segundos después de despertar, luego normal 0
- Claramente anormal 4

AMT4

Edad, fecha de nacimiento, lugar (nombre del hospital o edificio), año actual.

- Sin errores 0
- 1 error 1
- 2 o más errores. no valorable

ATENCIÓN

Pedirle al paciente: "Dígame por favor los meses del año hacia atrás en orden, comenzando por Diciembre."
Para ayudar a la comprensión inicial, preguntar "¿Cuál es el mes antes de Diciembre?" es permitido.

- Acierta 7 meses o más correctamente 0
- Inicia pero acierta <7 meses / se niega a iniciar 1
- No valorable (debido a malestar, somnolencia, falta de atención) 2

CAMBIO AGUDO O CURSO FLUCTUANTE

La evidencia de un cambio significativo o fluctuación en: el estado de alerta, la cognición, otra función mental (Por ejemplo: paranoia, alucinaciones) que surjan durante las últimas 2 semanas y todavía evidente en las últimas 24 horas

- No 0
- Sí 4

4 o más: posible delirium +/- deterioro cognitivo
1-3: posible deterioro cognitivo
0: delirium o deterioro cognitivo severo poco probable (pero delirium todavía posible si la información [4] está incompleta)

PUNTAJE TOTAL_____

Adaptado de Sander, R., Corretge, M., Dorrian, M. (2016). 4AT Spanish Version 1.0. ⁵¹



Anexo # 13

**ESCALA DE AGITACIÓN-
SEDACIÓN DE RICHMOND**

RASS



REPÚBLICA DE PANAMÁ
GOBIERNO NACIONAL

MINISTERIO
DE SALUD

**Guía de Atención en Salud Mental y
Apoyo Psicosocial a pacientes COVID-19
y Post COVID-19**

PUNTOS	TÉRMINO	DESCRIPCIÓN
-5	No despertable	No responde a voz ni estímulos físicos
-4	Sedación profunda	Se mueve o abre los ojos a estimulación física, no a la voz
-3	Sedación moderada	Movimientos de apertura ocular a la voz, no dirige mirada
-2	Sedación ligera	Despierta a la voz, mantiene contacto visual menos de 10 segundos
-1	Somnolencia	No completamente alerta, se mantiene despierto más de 10 segundos
0	Despierto y tranquilo	
1	Inquieto	Ansioso, sin movimientos desordenados, agresivo ni violento
2	Agitado	Se mueve de forma desordenada, lucha con el respirador
3	Muy agitado	Agresivo, se intenta arrancar tubos y catéteres
4	Combativo	Violento, representa un riesgo inmediato para el personal

PUNTAJE
TOTAL _____

Ansiedad - agitación: Rango 1 a 4
Sedación moderada - consciente: Rango -3 a 0
Sedación profunda: Rango -4 a -5

Adaptado de Frade Mera, M., et al. (2009). Análisis de 4 Escalas de Valoración de la Sedación en el Paciente Crítico. Enfermería Intensiva. 20(3), 88-94.⁵²



Anexo # 14

<p>ESCALA DIAGNÓSTICA DE DELIRIUM</p> <p>CAM (Confusion Assessment Method)</p>	 <p>REPÚBLICA DE PANAMÁ GOBIERNO NACIONAL</p>	<p>MINISTERIO DE SALUD</p> <p>Guía de Atención en Salud Mental y Apoyo Psicosocial a pacientes COVID-19 y Post COVID-19</p>
--	--	--

1. Comienzo agudo y curso fluctuante.		
¿Ha observado un cambio agudo en el estado mental del paciente? (si responde NO, no requiere continuar la escala)	Ausente	Presente
2. Alteración de la atención.		
El paciente ¿se distrae con facilidad y/o tiene dificultad para seguir una conversación? (si responde NO, no requiere continuar la escala)	Ausente	Presente
3. Pensamiento desorganizado.		
¿El paciente manifiesta ideas o conversaciones incoherentes o confunde a las personas que le rodean?	Ausente	Presente
4. Alteración del nivel de conciencia.		
¿Está alterado el nivel de conciencia del paciente?	Ausente	Presente

Para el diagnóstico de delirium son necesarios los dos primeros criterios como presentes y al menos uno de los dos últimos criterios como presente.

RESULTADO
 Tiene delirium _____
 No tiene delirium _____



Adaptado de Chávez-Delgado M., Virgen-Enciso, M., et al (2007). Delirium en Ancianos Hospitalizados. Detección Mediante Evaluación del Estado Confusional. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. ⁵³

Anexo # 15

		2 MESES	6 MESES
1.He sido capaz de reirme y ver el lado divertido de las cosas	Tanto como siempre	0	0
	No tanto ahora	1	1
	Mucho menos ahora	2	2
	No, nada	3	3
2.He disfrutado mirar hacia adelante	Tanto como siempre	0	0
	Menos que antes	1	1
	Mucho menos que antes	2	2
	Casi nada	3	3
3.Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mi misma innecesariamente	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
	Sí, a veces	2	2
	No con mucha frecuencia	1	1
	No, nunca	0	0
4.He estado nerviosa e inquieta, sin tener motivo	No, nunca	0	0
	Casi nunca	1	1
	Sí, a veces	2	2
	Sí con mucha frecuencia	3	3
5.He sentido miedo o he estado asustadiza, sin tener motivo	Sí, bastante	3	3
	Sí, a veces	2	2
	No, no mucho	1	1
	No, nunca	0	0
6.Las cosas me han estado abrumando	Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	3	3
	Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	2	2
	No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	1	1
	No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	0	0
7.Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
	Sí, a veces	2	2
	No con mucha frecuencia	1	1
	No, nunca	0	0
8.Me he sentido triste o desgraciada	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
	Sí, bastante a menudo	2	2
	No con mucha frecuencia	1	1
	No, nunca	0	0
9.Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
	Sí, bastante a menudo	2	2
	Sólo ocasionalmente	1	1
	No, nunca	0	0
10.Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	Sí, bastante a menudo	3	3
	A veces	2	2
	Casi nunca	1	1
	No, nunca	0	0

• Más de 10 puntos: Probable depresión.
Si elige cualquier opción que no sea el "0" para la pregunta número 10, es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.

PUNTAJE TOTAL _____

Adaptado de Edimburgo Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (2007). 45(4), 321-328. ⁵⁴



Anexo # 16

ESCALA DE DETERIORO COGNITIVO
MMSE (MiniMental State Examination)

Guía de Atención en Salud Mental y Apoyo Psicosocial a pacientes COVID-19 y Post COVID-19

ORIENTACIÓN TEMPORAL

1. Cual es?

¿El año?

___/1

¿La estación?

___/1

¿La fecha?

___/1

¿El día?

___/1

¿El mes?

___/1

ORIENTACIÓN ESPACIAL

2. En dónde estamos?

¿País ?

___/1

¿Estado?

___/1

¿Ciudad ?

___/1

¿En qué edificio?

___/1

¿Número de piso?

___/1

FIJACIÓN, Recuerdo Inmediato

3. Nombre tres objetos no relacionados, despacio y claramente, en un segundo cada uno. Después pedir al paciente que repita los tres nombres, la primera repetición determina la puntuación (0-3). Dar un punto por cada respuesta correcta. Repetir los nombres hasta que el paciente lo aprenda.

___/3

ATENCIÓN - CALCULO

4. Contar de siete en siete: Pedir al paciente que cuente de manera regresiva a partir de 100, de siete en siete es decir, 93, 86, 79, etc. dejar de contar después de cinco intentos; dar un punto por cada respuesta correcta. Como alternativa se puede pedir al paciente que deletree mundo al revés.

___/5

MEMORIA

5. Preguntar al sujeto si puede repetir las 3 palabras que le pidió antes que recordara. Dar 1 punto por cada respuesta correcta.

___/3

LENGUAJE

6. Enseñe al paciente un lápiz y un reloj. Pídale que nombre cada uno conforme se le muestra.

7. Pida al paciente que repita "no, sí, ser, o ver."

___/2

8. Pida al paciente que lleve a cabo esta indicaciones en la siguiente secuencia: "Tome esta hoja de papel en su mano derecha. Dóblela a la mitad, ponga la hoja en el piso."

___/1

9. Pida al paciente que lea y lleve a cabo la siguiente orden escrita "CIERRE SUS OJOS".

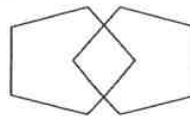
___/3

10. Pida al paciente que copie la figura mostrada. Dar un punto si se parece a todos los lados y ángulos y si los lados que se entrecruzan forman un cuadrilátero.

___/1

___/1

- 20-24 puntos - deterioro cognitivo leve
- 16-19 puntos - deterioro cognitivo moderado
- 15 o menos deterioro cognitivo severo



___/Total

Adaptado de Folstein, J., (1994). Minimental and Son Int. J. Geriat Psychiatry. Vol 13. 285-294. ⁵⁵





MINISTERIO DE SALUD

Anexo # 17

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
FICHA DE ATENCIÓN RÁPIDA

Fecha: _____ Hora de la intervención inicio: _____ cierre: _____

1- DATOS GENERALES:

Nombre: y apellidos: _____ N° de cédula: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

Teléfonos: Residencial: _____ Celulares: _____

2- Situación presentada (motivo de la intervención):

3- Situación Encontrada

4- Interpretación diagnóstica :

5- Tipo de Intervención (acciones específicas realizadas):

6- Recomendaciones:

Firma: _____





MINISTERIO DE SALUD

Anexo # 19

CUADRO PARA LA ATENCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICO

Habitación: _____

Trabajador Social: _____

No.	NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	CÉDULA/ PASAPORTE	NOMBRE DEL FAMILIAR A CONTACTAR	Nº. TELEFÓNICO	DIRECCIÓN	No. DE NIÑOS EN EL HOGAR/ADULTOS/ADULTOS MAYORES						NECESIDAD SOCIAL REFERIDA	OBSERVACIONES
							Nº. Personas en el hogar	Primera infancia 0-5 años	Menor niño	Menor niña	adulto	Adulto mayor		





MINISTERIO DE SALUD

Anexo # 20

MINISTERIO DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD
SISTEMA REGIONAL DE SALUD METROPOLITANO
SISTEMA UNICO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA (SURCO)

MINISTERIO DE SALUD

REFERENCIA

Instalación que Refiere: _____ Instalación Receptora: _____ Servicio Médico al que se Refiere: _____
 Servicio Emisor: _____

Fecha/Hora: _____ A. m / P. m
 D M A Hora Min

1. Consulta Externa 2. Urgencia 3. Hospitalización

Identificación del Paciente

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Cédula: _____ Edad: _____ Años: _____ Meses: _____ Días: _____ Teléfono: _____ Sexo: F M

Dirección: _____

Distrito/Corregimiento: _____ Comunidad: _____ N° de Casa: _____ Localidad/Zona Sanitaria: _____

Motivo de Referencia

1. Servicio No Ofertado 2. Ausencia de Profesional 3. Falta de Equipo
 4. Falta de Insumo 5. Cese de Actividades 6. Otros, Cual: _____

Clasificación de la Atención Solicitada: 1. Electiva 2. Electiva Prioritaria 3. Hospitalización 4. Urgente

Historial del Paciente / Examen Físico

Anamnesis: _____

Examen Físico:

Hora	P.A.	F.C.	F.R.	F.C.F.	T ^m	Hora	Hora

Resultados de Exámenes / Diagnóstico

BHC	URIN	HECES	OLIG	CREAT	N de U	ELECT	AMILA SA	S.F./BTX	TRANSAM	CULTIVO	Rx	USG	EXO	OTROS

Diagnóstico (s): _____

Tratamiento / Complicaciones: _____

Datos del Profesional

Nombre de quien refiere: _____ Médico General Odontólogo Médico Especial

Firma: _____

Sello:

RESPUESTA A LA REFERENCIA

Institución que Responde: _____ Institución receptora: _____

Fecha/Hora: _____ A. m / P. m
 D M A Hora Min

RESPUESTA A LA REFERENCIA

HALLAZGOS CLÍNICOS: _____

DIAGNÓSTICO (S): _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MANEJO Y TRATAMIENTO: _____

Recomendaciones / Plan Terapéutico Reevaluación Especializada NO SI

Datos del Profesional

Nombre del profesional que responde: _____

Firma: _____


Sello:

N° de Registro: _____



Anexo # 21

CUIDANDO LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL SANITARIO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19



OPS

Organización Panameña de la Salud
 Organización Mundial de la Salud

REACCIONES EMOCIONALES ANTE SITUACIONES DE ESTRÉS INTENSO Y PROLONGADO

Sentirse bajo presión es una experiencia que usted y muchos de sus colegas probablemente están viviendo. El estrés y los sentimientos que lo acompañan no son reflejo, de ninguna manera, de que usted no puede hacer el trabajo o es débil.

Atender su salud mental y su bienestar psicosocial en estos momentos es tan importante como cuidar su salud física.

No está en una carrera de velocidad. Es una maratón de mucha resistencia que requiere autocuidado permanente y apoyo en algunas circunstancias.

RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO

1. CUIDAR LAS NECESIDADES BÁSICAS

- Asegúrese de comer regularmente, sano y balanceado.
- Manténgase hidratado. Tome agua de manera constante.
- Evite las bebidas azucaradas y la comida chatarra.
- Duerma al menos 8 horas para recuperarse de la jornada laboral.

No hacerlo pone en riesgo su salud mental y física e igualmente pone en riesgo su capacidad de atención a los pacientes.

2. DESCANSAR

- Siempre que sea posible realice actividades que lo reconforten, divertidas y relajantes, como jugar con sus hijos, leer, ver películas, juegos de mesa, conversar sobre temas cotidianos, distintos a la pandemia.
- En el trabajo haga pausas activas con la mayor frecuencia posible.
- Evite el uso de alcohol, tabaco y otras drogas.

Entienda que tomar un descanso adecuado derivará en una mejor atención a los pacientes.



3. MANTENER EL CONTACTO CON COMPAÑEROS Y COLEGAS

- Observe y escuche. Respete las diferencias entre compañeros. Algunos prefieren no hablar tanto, otros se sienten mejor y animados compartiendo sus experiencias.
- Mantenga conversaciones constructivas. Identifique errores y deficiencias sin juzgar a las personas. Todos nos complementamos los elogios son motivadores poderosos y reductores del estrés.
- Conforme un grupo de autoayuda para que al menos una vez semana conversen en un espacio seguro e imparcial de sus preocupaciones y angustias.
- Si observa que un colega está en riesgo de sufrir un problema mental por estrés crónico, inmediatamente ponga la alerta al líder del equipo.

La capacidad para resolver problemas es una habilidad profesional que genera una gran sensación de logro, incluso para pequeños incidentes.



4. MANTENGASE EN CONTACTO CON SUS SERES QUERIDOS

- Cada vez que pueda y se sienta abrumado póngase en contacto con sus seres queridos a través del teléfono y otros medios virtuales.

Su familia y seres queridos son su red de apoyo fuera del sistema de salud.

5. AUTOOBSERVACIÓN DE EMOCIONES Y SENSACIONES

- Vigílese y observe sus emociones y reacciones a lo largo del tiempo. Si tiene sensaciones persistentes de agotamiento, insomnio, inapetencia, tristeza prolongada, pensamientos intrusivos y desesperanza, busque ayuda de un colega o supervisor.

Es normal sentir emociones desagradables por momentos, es una señal de defensa ante el peligro. Reconoce sus signos de estrés y pautas para atenderlos. El auto cuidado es su responsabilidad.

6. LIMITAR LA EXPOSICIÓN A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- Utilice mecanismos de protección psicológica colocando límites a las consultas por Whats App y otros medios de información sobre consultas privadas o del trabajo que lo saquen de su descanso.

Las imágenes visuales y mensajes preocupantes aumentan el estrés y pueden reducir su efectividad y bienestar en general.

7. CONFORME GRUPOS DE AYUDA MUTUA Y/O AUTOAYUDA

- Un grupo de autoayuda se conforma de manera voluntaria entre colegas con el propósito de ventilar las emociones como confusión, inquietud, descontrol, miedo, culpa, tristeza, insensibilidad e irritabilidad, que nos están generando agobio. Las actividades del grupo se llevan a cabo en un ambiente de confianza y confidencialidad entre personas que están compartiendo circunstancias similares.

Para conformar un grupo de autoayuda, tenga en cuenta:

Es voluntario - se establece un horario de encuentro regular - horarios claros de inicio y cierre - el liderazgo se rota por sesiones - es confidencial - se lleva a cabo en un espacio privado.

Si el grupo observa que algún miembro está en riesgo de sufrir un problema en su salud mental, ¡se pone la alerta!

Comparte las emociones con personas que nos transmiten seguridad y confianza ayuda a regularlas.



OPS OPSSMS Con apoyo del personal OPS y de salud mental de la OPS del COMET 19. Mayo 2020. La salud empieza con nosotros. Cuidado de la salud empieza con nosotros. Abril 2020.

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

[Firma]

DIRECTOR DE LA OFICINA DE ASESORIA LEGAL
MINISTERIO DE SALUD

