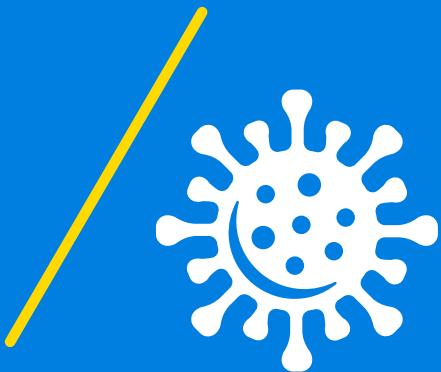




FACULTAD DE MEDICINA  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CHILE

RED DE SALUD UC-CHRISTUS / VERSIÓN DICIEMBRE 2020

# INTERVENCIONES BÁSICAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL EN CONTEXTO COVID-19



Red de Salud  
**UC • CHRISTUS**



## ÍNDICE

---

<b>Autores</b>	Página 04
<b>Fundamentos y Mensajes Claves</b>	Página 05
<b>Parte I</b>	Página 06 - Página 07
<b>COVID-19 y salud mental de la población</b>	
<b>Parte II</b>	Página 08 - Página 14
<b>¿Cómo se puede afectar la salud mental en un contexto de COVID-19?</b>	
<b>Parte III</b>	Página 15 - Página 16
<b>Suicidio</b>	
<b>Parte IV</b>	Página 17 - Página 18
<b>¿Cuándo derivar a un paciente a un especialista en salud mental?</b>	
<b>Parte V</b>	Página 19 - Página 21
<b>Breve cortapalos farmacológico</b>	
<b>Parte VI</b>	Página 22- Página 25
<b>Consideraciones especiales en niños</b>	
<b>Parte VII</b>	Página 26 - Página 30
<b>Consideraciones especiales en adolescentes</b>	
<b>Parte VIII</b>	Página 31 - Página 33
<b>Consideraciones especiales en adultos mayores</b>	
<b>Parte IX</b>	Página 34 - Página 38
<b>Violencia intrafamiliar (VIF) en tiempos de pandemia</b>	
<b>Parte X</b>	Página 39 - Página 42
<b>Consideraciones especiales en personal sanitario</b>	
<b>Parte XI</b>	Página 43
<b>Atención de salud mental de manera remota</b>	

---

---

## AUTORES

**Dra. Pamela Rojas González**  
Médico Familiar mención Niños  
Profesora Asociada Adjunta  
Departamento de Medicina Familiar  
Escuela de Medicina

**Dr. Nicolás Barticevic Lantadilla**  
Médico Familiar mención Adultos  
Profesor Asistente Adjunto  
Departamento de Medicina Familiar  
Escuela de Medicina

**Dra. Victoria Binda Vergara**  
Médico Familiar mención Niños  
Profesora Clínica Asistente  
Departamento de Medicina Familiar  
Escuela de Medicina

**Dra. Gladys Moreno Gómez**  
Médico Familiar mención Niños  
Profesora Asociada Adjunta  
Departamento de Medicina Familiar  
Escuela de Medicina

**Dr. Jaime Sapag Muñoz de la Peña**  
Médico Familiar mención Adultos  
Especialista en Salud Pública  
Profesor Asociado  
Departamento de Salud Pública  
Departamento de Medicina Familiar  
Escuela de Medicina

**Dra. Loreto González Vega**  
Médico Familiar mención Adultos  
Instructora Adjunta  
Departamento de Medicina Familiar  
Escuela de Medicina

## Colaboradores

**Dr. Rodrigo Figueroa Cabello**  
Psiquiatra  
Profesor Asociado  
Departamento de Psiquiatría  
Escuela de Medicina

**Dra. M. Paulina Rojas Villar**  
Médico Familiar mención Adultos  
Profesora Asociada Adjunta  
Departamento de Medicina Familiar  
Escuela de Medicina

---

## FUNDAMENTOS Y MENSAJES CLAVES

### Fundamentos del Documento

COVID-19 y su enorme impacto a nivel sanitario, familiar, emocional, social, político y económico, nos ha legado una población adulta sobreexigida en todo orden, adultos mayores aislados de hijos y nietos; y una población de niños y adolescentes alejados de sus redes y espacio de interacción social más importante después de la familia, su establecimiento educacional. A 8 meses de iniciada la crisis, el impacto en la salud mental de la población ya se ha hecho evidente.

Distintos organismos en Chile y el mundo han relevado la necesidad de tener especial consideración con la salud mental de las personas en el contexto de la pandemia, y darle prioridad, como estrategia para permitir un funcionamiento más adecuado de la sociedad. El desafío es grande, y los equipos de salud requieren estar preparados para hacerle frente de manera adecuada.

El propósito de este documento es apoyar a los equipos de la Red de Salud UC CHRISTUS y a otros que se desempeñen en el ámbito ambulatorio, en el cuidado general de la salud mental de sus pacientes y familias, en el contexto de la pandemia, promoviendo que los equipos puedan diagnosticar e intervenir precozmente, y derivar de manera oportuna y pertinente a quien lo requiera.

- Las estrategias implementadas para intentar contener la situación, tales como el distanciamiento físico, el cierre de los establecimientos de educación, el traslado del aprendizaje y de las actividades laborales a los hogares, el menor contacto con personas significativas (padres, abuelos, amigos) y el confinamiento de la población, han sumado más factores de riesgo para el deterioro de la salud mental de las personas.
- Distintos organismos han alertado sobre los efectos que COVID-19 tendrá sobre la salud mental, y han insistido en la necesidad de capacitar a los equipos, reducir las barreras de acceso al cuidado, y generar mayor oferta de prestaciones.
- La pandemia puede desencadenar respuestas emocionales no deseadas, pero esperables a la situación actual; y otras francamente patológicas. Ambas deben ser diagnosticadas e intervenidas adecuadamente y a tiempo para reducir su impacto y eventualmente mejorar su pronóstico.

*El cuidado de la salud mental de las personas nos compete a todos. Estar preparados es una estrategia fundamental para hacer frente al desafío que nos corresponderá abordar.*

### Mensajes Claves del Documento

- La situación sanitaria actual y sus consecuencias sociales y económicas han expuesto a la población al miedo, preocupación e incertidumbre por un período prolongado de tiempo.

*Parte I*

## I. COVID-19 Y SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN

### 1. ¿Cómo ha impactado COVID-19 en la salud mental de las personas?

COVID-19 ha impuesto un enorme desafío a las personas, familias e instituciones. El temor a enfermar o a ver enfermo a algún familiar o amigo, a requerir tratamientos invasivos, a no poder acceder a ellos, y el dolor por perder a un ser querido y no poder acompañarlo físicamente, marcaron con especial dureza el primer período de la pandemia en Chile. Hoy, a 9 meses de iniciada la crisis, esta realidad persiste y convive con personas desafiadas a sostener sus relaciones sociales de manera remota, sobreexigidos y sin horarios, buscando compatibilizar el teletrabajo con el cuidado de los hijos, el apoyo a sus actividades escolares, y el cumplimiento de las tareas domésticas. A esto se suma el impacto emocional que acompaña a las devastadoras consecuencias sociales y económicas de la crisis; la pérdida de empleos, la incertidumbre laboral, la necesidad de reinventarse, la vulnerabilidad económica, las deudas asociadas, y el temor y la ansiedad por perder lo que tanto ha costado construir.

Al comienzo de la pandemia esta situación se podía intuir como difícil, pero probablemente acotada en el tiempo. Las familias se organizaron en función del confinamiento, las nuevas demandas, y redefinieron sus prioridades, apelando a cuidar la estabilidad emocional, sobre todo la de los niños. Hoy, la situación ya no es tan predecible y la magnitud del impacto de la pandemia se observa con más claridad.

Tempranamente, la Organización Mundial de la salud (OMS) elaboró recomendaciones de cuidado de la Salud Mental de las personas<sup>1</sup>, y advirtieron junto a Naciones Unidas, de

un aumento significativo a largo plazo en la incidencia y severidad de los problemas de salud mental en la población, situación que probablemente afectaría con más intensidad a algunos grupos sociales, entre los que se incluyen<sup>2</sup>:

- Adultos mayores: Son el grupo con mayor riesgo de morir por COVID-19, lo que refuerza su alta percepción de vulnerabilidad y la necesidad de un aislamiento físico. En este grupo se observa con más frecuencia el aislamiento social, en especial entre quienes tienen menor acceso/competencias para utilizar dispositivos electrónicos que les permitan mantenerse en contacto con otros.

- Personas y familias con alto estrés de base (enfermos crónicos, personas con patologías de salud mental previas, familias en situación pobreza, precarización de los trabajos, barrios inseguros, hacinamiento, etc.). Su contexto de mayor fragilidad ofrece una menor capacidad de adaptación, tanto emocional como instrumental.

- Mujeres: Suelen llevar con más intensidad el trabajo doméstico y el cuidado de niños y adultos mayores. En este grupo, al igual que entre los niños, las restricciones de movimiento aumentan el riesgo de experimentar violencia en sus hogares.

- Equipos de salud y de apoyo en rescate: producto de la alta carga laboral, temor por enfermarse y enfermar a sus familias, toma de decisiones difíciles, y comunicación de malas noticias.

**1.** World Health Organization (WHO) (Marzo 2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

**2.** United Nations. (Mayo 2020). Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un\\_policy\\_brief\\_covid\\_and\\_mental\\_health\\_final.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief_covid_and_mental_health_final.pdf)

## 2. ¿Cómo prepararse y preparar a los equipos?

Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud han sugerido una serie de recomendaciones para minimizar las consecuencias de la pandemia sobre la salud mental, e intervenciones específicas para prevenir el suicidio. Para efectos de este documento clínico, las recomendaciones se traducen en un llamado a<sup>3,4,5</sup>.

- Anticiparse a una mayor demanda por problemas de salud mental.
- Incorporar el apoyo de salud mental en los planes de respuesta a COVID-19.
- Eliminar las barreras que dificultan el acceso a la atención en salud mental.
- Capacitar a trabajadores de la salud.
- Garantizar una oferta amplia de prestaciones de salud mental que incluya médicos especialistas y no especialistas, organizados según complejidad, y que permita cubrir: primera ayuda psicológica transversal, prestaciones presenciales para emergencias de salud mental, y prestaciones remotas, en especial para población más vulnerable y/o para asegurar continuidad de cuidado en personas con problemas de salud mental previos.

**3.** Organización Panamericana de la Salud (junio 2020). Intervenciones recomendadas en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) durante la pandemia.

**4.** United Nations. (mayo 2020). Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un\\_policy\\_brief\\_covid\\_and\\_mental\\_health\\_final.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief_covid_and_mental_health_final.pdf)

**5.** Organización Panamericana de la Salud (septiembre 2020). Pandemia por COVID-19 exacerba los factores de riesgo de suicidio. <https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2020-pandemia-por-covid-19-exacerba-factores-riesgo-suicidio>

## Parte II

### II. ¿CÓMO SE PUEDE AFECTAR LA SALUD MENTAL EN UN CONTEXTO DE COVID-19?

En un contexto como el actual, es esperable que la salud mental de las personas pueda afectarse de manera transversal. Esto supone estar atentos a las respuestas de los pacientes afectados por COVID-19, a los sobrevivientes de las formas de presentación más severas, a sus familias, a quienes perdieron seres queridos, e incluso a quienes nunca se han expuesto realmente al virus, pero sí a sus consecuencias sociales y económicas.

Taylor et. al. han descrito un síndrome de estrés relacionado a la pandemia por COVID-19 en la población de Estados Unidos y Canadá. Los cinco elementos centrales de este síndrome son<sup>6</sup>:

- Peligrosidad: Miedo por la peligrosidad del COVID-19 y por entrar en contacto con fomites o personas contagiadas
- Socioeconómico: Preocupación por el impacto social y económico de COVID-19 (preocupación por las finanzas personales, o por la ruptura de la cadena de abastecimiento)
- Xenofobia: Miedo de que extranjeros puedan estar diseminando la infección por COVID-19
- Trauma: Síntomas de estrés traumático personal o vicario asociado a COVID-19 (pesadillas, pensamientos intrusivos, imágenes vívidas relacionadas a COVID-19)

- Compulsión por contagio: síntomas obsesivos o compulsivos de chequeo para prevenir contagio o de búsqueda de seguridad

Estas respuestas pueden entrar o no en el ámbito clínico a través de síntomas psicológicos y conductuales, que abordaremos en el siguiente apartado.

Si bien el síndrome acuñado por Taylor tiene evidencia inicial que respalda su estructura dimensional<sup>7</sup>, y podría ayudar a los clínicos a detectar su presencia y a explorar estratégicamente algunos aspectos de la anamnesis, no recomendamos su uso como diagnóstico en reemplazo de otros trastornos de salud mental especificados en el DSM-V o ICD-11

#### **¿Cuáles son las respuestas psicológicas y conductuales más frecuentes en los pacientes durante la crisis COVID-19?**

La **figura 1** presenta un resumen del amplio espectro de respuestas observables y categorías diagnósticas posibles en una persona frente al estresor “COVID-19”, que van desde una respuesta adaptativa normal hasta trastornos mentales propiamente tales. Este apartado puede ser de ayuda para apoyar a un clínico no especialista en salud mental en el enfrentamiento inicial de su paciente, definir su conducta clínica y/o eventual derivación.

**6.** Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D., & Asmundson, G. (2020). Development and initial validation of the COVID Stress Scales. *Journal of anxiety disorders*, 72, 102232. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102232>

**7.** Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D., & Asmundson, G. (2020). COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates. *Depression and anxiety*, 37(8), 706–714. <https://doi.org/10.1002/da.23071>

**FIGURA 1: RESPUESTAS OBSERVABLES Y CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS POSIBLES EN UNA PERSONA FRENTE AL ESTRESOR “COVID-19”**



### 1. Respuesta normal de estrés a la crisis COVID-19

**Definición:** Síntomas de baja intensidad y duración limitada, que impactan de manera menor y focalizada sobre la funcionalidad del paciente, y que pueden ser manejados con los recursos psicológicos y sociales de los cuales dispone el paciente. Ejemplos:

- Dificultad para concentrarse después de enterarse de alguna mala noticia asociada a COVID-19.
- Mayor tiempo necesario para completar el trabajo habitual, en un día en que destacó una preocupación específica

generada por la pandemia.

- Insomnio de conciliación en una ocasión aislada, al enterarse del impacto económico del COVID-19.

**Manejo:** Las personas que sufren de esta respuesta normal raramente consultarán y no debieran ser motivo de atención clínica ni de prescripciones farmacológicas.

Estas personas debieran recibir apoyo y contención en sus comunidades, en ambientes no medicalizados.

## 2. Trastorno de adaptación a la crisis COVID-19

**Definición:** A diferencia de la respuesta normal al estrés, el trastorno de adaptación se caracteriza por producir un significativo deterioro social, laboral o de otras áreas importantes. Este deterioro está determinado por síntomas de diversa índole que aparecen en los días a semanas posteriores a la aparición del estresor (incluso hasta 3 meses después).

En ciertos casos, para discernir si la respuesta es desadaptativa se requiere juzgar la proporcionalidad entre el estrés producido y la intensidad del estresor. Para identificar y delimitar este trastorno, es conveniente:

**a. Identificar el estresor del paciente:** aunque puede parecer obvio que la crisis COVID-19 es el estresor, es necesario determinar qué aspecto(s) específico(s) de la crisis son PERCIBIDOS como estresores para el paciente. Este punto no puede obviarse, ya que el plan de manejo debe ajustarse a las necesidades específicas de cada personal; para un paciente el estresor puede ser “el contraer la enfermedad”, para otro “la economía familiar”, mientras que para un tercero “la situación política asociada a la crisis”.

**b. Buscar dirigidamente los síntomas:** un error frecuente en la evaluación de los cuadros adaptativos es considerar que sus síntomas son principalmente cognitivos (por ejemplo, exceso de preocupación). Los cuadros adaptativos abarcan una amplia sintomatología que debe ser explorada para un adecuado manejo. Sugerimos explorar ordenadamente estas tres áreas sintomáticas:

- Área conductual: aumento o inicio del consumo de sustancias (Ej: alcohol, tabaco, marihuana, etc), juego patológico, uso compulsivo de internet, aislamiento social, violencia, alteración equilibrio trabajo / vida personal.

- Área anímica: ánimo deprimido, insomnio, irritabilidad, cambios del apetito, ideas de culpa o ruina excesivas, baja autoestima, fatigabilidad, enlentecimiento o agitación psicomotriz, entre otros.

- Área ansiosa: miedo persistente, preocupación excesiva, cansancio, falla de la atención y la memoria.

**c. Estimar el impacto funcional:** los cuadros adaptativos no son, necesariamente, más leves que otros trastornos mentales. De hecho, pueden ser muy graves y gatillar, por ejemplo, una conducta suicida. Es importante evaluar el impacto de estos cuadros en todos los pacientes, nunca subestimarlos, e intervenir o derivar oportunamente los casos de mayor severidad. El apartado sobre funcionalidad tiene algunas pautas para esta evaluación.

**Manejo:** Los cuadros adaptativos requieren manejo sintomático y seguimiento estrecho para evaluar la respuesta, al menos en un principio.

La gran mayoría de los pacientes con cuadros leves a moderados responderán adecuadamente al manejo médico general y no requerirán ser derivados al nivel de especialidad. Sólo una minoría desarrollará otros trastornos que requieren de un

tratamiento formal a más largo plazo, tales como depresión y trastornos de pánico, entre otros. Si se indicó algún fármaco, este podrá suspenderse en la medida en que la sintomatología se vaya resolviendo y el estresor vaya desapareciendo.

#### Manejo no farmacológico:

- Unos pocos minutos de escucha activa, contención emocional, o simple acompañamiento y empatía del profesional son muy importantes.
- Educar respecto a la necesidad de monitoreo de los síntomas, criterios de severidad y eventual tratamiento farmacológico.
- Los pacientes debieran evitar tomar decisiones importantes durante estos cuadros, especialmente si la sintomatología es aguda y severa.
- La atención del paciente debiera ser dirigida a resolver las áreas problemáticas más importantes. Ayudar a priorizar es clave.
- La mayoría de los pacientes NO requiere una psicoterapia formal o de larga duración; de hecho, podría significar una tarea adicional.
- Brindar ayudas para disminuir su estrés. Esto se traduce en:
  - Normalizar las reacciones esperables al estrés. '*Veo que está estresado, esto es entendible; es normal reaccionar así frente a este tipo de situaciones'*
  - Corregir información errónea: derribar mitos o miedos no fundados respecto de la pandemia, averiguar qué sabe el paciente y a qué le teme.
  - Limitar la exposición a medios y noticias: aconsejar elegir una fuente

confiable de información y usarla solo por unos momentos al día para mantenerse informado.

- Discutir con el paciente estrategias de manejo:

- i. Estar preparado para la crisis (plan personal / familiar para enfrentar la pandemia)
- ii. Tomar las medidas preventivas necesarias
- iii. Mantener un horario saludable de sueño, comidas regulares y ejercicio físico
- iv. Limitar / suspender el uso de alcohol, tabaco y otras drogas
- v. Hablar con sus seres queridos, compartir las preocupaciones y temores con ellos
- vi. Implementar estrategias de manejo del estrés: relajación muscular, ejercicios de respiración, *mindfulness*
- vii. Involucrarse en hobbies y actividades creativas

#### Manejo Farmacológico<sup>8</sup> : (ver apartado de fármacos frecuentes)

1. Serotoninérgicos: útiles en caso de síntomas depresivos y ansiosos que se proyecten en el tiempo (varios meses).
2. Benzodiacepinas y sedantes: útiles para síntomas ansiosos e insomnio, usar por tiempo acotado (menor a tres meses), en la menor dosis posible, y preferir aquellos de vida media larga (ej. clonazepam, diazepam<sup>9</sup>).
3. Tranquilizantes mayores - antisióticos: usar con precaución, dosis bajas y preferentemente de la familia de los atípicos. No son fármacos de primera línea.

<sup>8</sup>. Stahl, S. M., & Grady, M. M. (2011). Stahl's essential psychopharmacology: The prescriber's guide (4th ed.). Cambridge, UK ; New York: Cambridge University Press  
<sup>9</sup>. Chouinard G. (2004). Issues in the clinical use of benzodiazepines: potency, withdrawal, and rebound. The Journal of clinical psychiatry, 65 Suppl 5, 7-12.

## 2. Trastornos producidos por experiencias traumáticas

**Definición:** La respuesta frente a un evento traumático suele ser distinta a la de los trastornos adaptativos recién mencionados, y vale la pena reconocerla porque el manejo también es diferente.

Se considera traumático un evento que amenaza la vida o la integridad física o sicológica de una persona, y que es experimentado como tal por la persona. La experiencia puede ser por un trauma a sí mismo o vicario, es decir, alguien puede experimentar un trauma al ver daño o potencial daño grave en otra persona.

**1. Cuadro agudo:** Los síntomas de estrés traumático agudo (ej, trastorno por estrés agudo) ocurren en personas sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o mental que sobrepasa sus mecanismos de protección psíquica. Aparecen a los pocos minutos de la exposición a la situación traumática e incluyen<sup>10</sup>:

- Estado inicial de “aturdimiento” y focalización de la atención.
- Incapacidad para comprender estímulos y desorientación.
- El estado puede ser seguido por un alejamiento de la situación presente (disociación), o por agitación e hiperactividad (reacción de fuga).
- Puede estar acompañado de síntomas ansiosos intensos.
- Los síntomas desaparecen en 2 ó 3 días (a menudo en horas). Puede haber amnesia parcial o completa del episodio.

**2. Cuadro crónico:** Los síntomas persisten más allá de un mes, y se caracterizan por:

- re-experimentación del evento traumático a través de sueños vívidos o recuerdos intrusivos.
- un estado de hiperalerta.
- distanciamiento emocional de situaciones o personas que traigan al recuerdo la experiencia traumática.
- un estado depresivo, de embotamiento y baja reactividad emocional.

La **tabla 1** presenta un resumen de la clasificación de los síntomas característicos de los trastornos por estrés traumático.

**10.** Figueira, Rodrigo A, Cortés, Paula F, Accatino, Luigi, & Sorensen, Richard. (2016). Management of psychological trauma in primary care. Revista médica de Chile, 144(5), 643-655. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500013>

**TABLA 1: SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS DE LOS TRASTORNOS POR ESTRÉS TRAUMÁTICO**

Síntomas Intrusivos	Síntomas de Evitación	Síntomas de Hiperalerta	Ánimo Negativo	Síntomas Disociativos
Recuerdos intrusivos del hecho traumático	Esfuerzos por evitar recuerdos, pensamientos o emociones asociados al hecho traumático	Alteraciones del sueño	Dificultad persistente para experimentar felicidad o satisfacción	Percepción de alteración en la realidad alrededor de la persona (ya sea sentirse “fuera de uno mismo”, sensación de tiempo más lento, etc.)
Sueños recurrentes con el evento	Esfuerzos por evitar cosas (personas, conversaciones, lugares, etc.) que les recuerden el hecho traumático	Irritabilidad		Dificultad o imposibilidad de recordar un aspecto importante del evento traumático
El individuo siente o actúa como si el hecho traumático estuviera ocurriendo (en niños podría visualizarse en el juego)		Hipervigilancia		
Reacción emocional intensa ante claves ambientales que recuerden hecho traumático		Problemas de concentración		
		Respuesta de temor exagerado		

Fuente: Tomada de MINSAL, Departamento de Salud Mental. Orientaciones para el manejo del Trastorno por Estrés Agudo<sup>11</sup>.

#### Manejo no farmacológico:

**1. Aproximación ABCDE<sup>12</sup>** : ayudará a moderar los síntomas y dirigir la atención hacia la solución de los problemas inminentes. Es especialmente útil como primera respuesta en personas que se encuentran viviendo estrés agudo.

- Escucha Activa: permite acoger la

preocupación y transmitir empatía por el afectado, lo que lo ayudará a sentir que no está solo y con ello calmarse\*\*\*.

- Entrenamiento de la respiración (**Breathing**): ayude al paciente a centrar por unos minutos su atención en la respiración y respirar calmadamente, u otra estrategia de relajación.

**11.** MINSAL, Departamento de Salud Mental. Orientaciones para el manejo del Trastorno por Estrés Agudo (2019) [internet] <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/11/Orientaciones-para-el-manejo-del-Trastorno-por-Estr%C3%A3s-Agudo-Nov.-2019.pdf>

**12.** Cortes P, Figueroa RA (2017). Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos en Crisis Individuales y Colectivas. Inscripción A-271892 (Departamento de Derechos Intelectuales, Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos). Disponible en <https://medicina.uc.cl/pap-abcd>

- **Categorización de las necesidades:** ayudar al paciente a organizar y priorizar sus necesidades inmediatas (contacto con familiares, información, protección financiera, etc.)
- **Derivación:** activar las redes necesarias según corresponda.
- **Educación:** normalizar la reacción de estrés frente al trauma, identificar cómo ayudarse a sí mismo y los suyos, reconocer síntomas de alarma, y donde pedir ayuda.

\*\*\* La escucha activa es un pilar fundamental de la primera respuesta, sin embargo, hay que diferenciarla del “querer escuchar” el relato traumático del paciente, o querer conocer detalles de su experiencia, e insistir con preguntas al respecto. En general, estas estrategias (i.e., análisis o debriefing) son dañinas, e incluso llevan a una retraumatización. Nunca se debe forzar el relato traumático, o preguntar por mera curiosidad o para obtener mayor precisión en la anamnesis.

#### Manejo farmacológico<sup>13</sup>:

1. **No indique benzodiacepinas** en pacientes en que sospecha trastorno por estrés agudo, ya que interfieren en la integración de la experiencia y aumentan el riesgo de estrés post-traumático<sup>14</sup>.

Si la decisión del tratante es prescribirlas, es preferible elegir benzodiacepinas de baja potencia y vida media larga (ej. clonazepam o diazepam), en dosis fijas (no SOS), y por no más de uno a tres meses<sup>15</sup>. Las benzodiazepinas de vida media larga son preferibles por tres razones: (1) menor

riesgo de desarrollo de dependencia; (2) mayor comodidad (sólo una dosis diaria); y (3) menos síntomas de abstinencia y riesgo de rebote, por lo que su retiro es más fácil.

**2. Antipsicóticos:** Podrían usarse antipsicóticos en dosis bajas para el control del insomnio y síntomas ansiosos (ver apartado de fármacos). Los antipsicóticos no han demostrado prevenir la cronicidad de los cuadros por estrés, pero tampoco han demostrado empeorar su pronóstico.

**3. Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS):** Pueden usarse para el control de los síntomas ansiosos tanto como anímicos en estos pacientes; aunque en general se reservan cuando hay comorbilidad con Episodio Depresivo Mayor. Se sugiere partir con dosis bajas y titular lentamente para prevenir exacerbaciones ansiosas<sup>16</sup>.

#### Derivación:

Los pacientes que experimentan los síntomas descritos en respuesta a vivencias traumáticas deben ser vistos en centros especializados para prevenir la cronicificación del trastorno. Los servicios de salud mental de la red cuentan con equipos especializados para este propósito.

**13.** International Society for Traumatic Stress Studies. Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines. Methodology and Recommendations. Disponible en [https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS\\_PreventionTreatmentGuidelines\\_FNL-March-19-2019.pdf.aspx](https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL-March-19-2019.pdf.aspx)

**14.** Guina, J., Rossetter, S. R., DeRHODES, B. J., Nahhas, R. W., & Welton, R. S. (2015). Benzodiazepines for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of psychiatric practice*, 21(4), 281-303. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000091>

**15.** Ashton H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines. When and what to use. *Drugs*. 1994;48(1):25-40. doi:10.2165/00003495-199448010-00004

**16.** World Health Organization. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva: WHO, 2013. Disponible en [https://www.who.int/mental\\_health/emergencies/stress\\_guidelines/en/](https://www.who.int/mental_health/emergencies/stress_guidelines/en/)

*Parte III*

### **III. SUICIDIO**

Múltiples organismos internacionales han advertido sobre el aumento evidente de los factores de riesgo para suicidio durante estos últimos meses<sup>17</sup>, lo que exige estar atento a las señales que puedan dar los pacientes.

*El suicidio es un desenlace prevenible en la medida en que se detecte a tiempo y se trate adecuadamente.*

#### **1. ¿Cómo y cuándo evaluar el riesgo suicida en mis pacientes?**

El riesgo suicida debe ser evaluado SISTEMÁTICAMENTE en TODOS los pacientes con sintomatología de salud mental. Es importante recordar que PREGUNTAR NO AUMENTA LA SUICIDABILIDAD, sino por el contrario, sirve de contención emocional y al mismo tiempo detección oportuna del problema.

Para evaluar el riesgo suicida se sugiere una serie de preguntas de intensidad ascendente, por ejemplo: ¿en el último tiempo...

1º) ...se le han venido pensamientos sobre que ya la vida no valga tanto la pena, o se le han quitado las ganas de vivir?

2º) ... y ha pensado en la muerte, o en morirse o algo similar?

3º) .... y ha tenido intenciones de hacer algo para morir o ganas de quitarse la vida?

4º) ... y ha pensado en alguna manera concreta de quitarse la vida, ha pensado en cómo hacerlo?

Recomendamos que el clínico tenga una serie de preguntas ascendentes, como las recién exemplificadas, que pueda emplear con naturalidad y soltura con sus pacientes,

y le permita profundizar en la medida en que sea necesario.

#### **2. ¿Cuáles son las señales de alerta de un eventual suicidio?**

MINSAL sugiere considerar las siguientes señales de alerta en los pacientes<sup>18</sup>:

- Deseos y búsqueda de formas para herirse, matarse, o amenazar con hacerlo
- Sentimientos de agresividad, desgano, cansancio
- Desesperanza
- Sentirse una carga para otros o el responsable de todo lo malo que sucede
- Aumento en el consumo de alcohol, tabaco o drogas
- Alteraciones significativas en el sueño
- Alejamiento de familiares y amigos
- Regalar posesiones preciadas, despedirse de los seres queridos o hablar como que ya no estará más presente
- Sentirse atrapado(a), bloqueado(a) o sufrir un dolor que no puede soportar
- Pensamientos y amenazas de suicidio.

#### **3. ¿Qué hacer si se detecta riesgo suicida?**

Como resultado de la evaluación descrita, el clínico puede encontrarse con un amplio espectro de presentaciones que abarcan desde la idea pasiva de muerte (ej. “sería mejor quedarme dormido y no despertar más”), hasta el intento suicida.

En la literatura especializada pueden encontrarse múltiples caracterizaciones que, en manos especializadas, ayudan a guiar la conducta terapéutica. Entre estas

**17.** OPS (septiembre 2020). Pandemia por COVID-19 exacerbó los factores de riesgo de suicidio. <https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2020-pandemia-por-covid-19-exacerbo-factores-riesgo-suicidio>

**18.** MINSAL (Septiembre 2020). Guía de Prevención del Suicidio en tiempos de COVID-19. [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200910\\_Gu%C3%A1A-PrevSuicidioCOVID-19.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200910_Gu%C3%A1A-PrevSuicidioCOVID-19.pdf)

se encuentran: el grado de estructuración de la ideación suicida; la presencia de un plan, el antecedente de intentos previos, la comorbilidad psiquiátrica, rasgos de personalidad, entre otros.

*Para el clínico no especialista, cualquier sospecha de que el paciente está ideando suicidarse debe gatillar, de manera inmediata, la derivación al servicio de urgencia psiquiátrica.*

Para que una derivación de este tipo sea efectiva, la red de apoyo es esencial, y, por tanto, debe informarse a un acompañante o familiar que el paciente tiene riesgo de suicidio y que debe ser atendido de urgencia.

Recomendamos, en la medida de lo posible, manifestarse disponible para un seguimiento con la familia mientras se completa la atención especializada (por ejemplo, puede que el paciente reciba indicaciones farmacológicas que requieran la emisión de una receta en el intertanto que llega a la atención definitiva, u otra circunstancia práctica que requiera orientación médica).

En resumen, frente a la sospecha de riesgo suicida, sugerimos que el clínico no especialista en salud mental:

1. Informe al paciente que la situación reviste gravedad y debe ser derivado a la urgencia psiquiátrica.
2. En caso de que se encuentre solo, pida el contacto de alguna persona de confianza. Ubique a esa persona para que se presente en la consulta.
3. Si hay que esperar a un acompañante, busque un lugar seguro y vigilado en donde el paciente pueda esperar.
4. Entregue la interconsulta al acompañante, en presencia del paciente,

para ser llevado al servicio de urgencia psiquiátrica.

5. Si es posible, quede disponible para dudas u orientaciones adicionales que puedan ser necesarias si es que, por algún motivo, no se concreta la consulta de urgencia.

## Parte IV

### IV. ¿CUÁNDO DERIVAR A UN PACIENTE A UN ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL?

La decisión de derivar a un paciente con sintomatología de salud mental depende fundamentalmente del diagnóstico - pronóstico, y del nivel de competencia del clínico. Para esto, se requiere efectuar un adecuado diagnóstico y tener claridad del propio nivel de competencia.

Existen algunos elementos generales que pueden ayudar a un clínico a definir la derivación de un paciente, entre los cuales está:

1. La presencia de algunos síntomas y trastornos específicos:
  - Cualquier síntoma psicótico (ej. deterioro o pérdida del juicio de realidad)
  - Ideación suicida (ej. ideas de muerte, ideación suicida, plan específico)
  - Síntomas maniformes (ej. euforia, ánimo expansivo, agitación psicomotora)
  - Trastornos por estrés agudo y estrés post-traumático
  - Mala respuesta o falla al tratamiento planificado
  - Duda diagnóstica
  - Paciente con patología psiquiátrica descompensada
  
2. El impacto funcional sobre el paciente: La escala de funcionamiento global puede ayudar en esta evaluación (ver tabla 2). En términos generales recomendamos:
  - En pacientes con funcionalidad menor a 50%: derivación inmediata, considerar urgencia psiquiátrica.
  - En paciente con disfuncionalidad

severa - moderada (60%) un clínico experimentado podría iniciar el tratamiento y derivar según respuesta; pero también es adecuada la derivación inmediata.

La **tabla 2** presenta una forma sencilla de evaluar la funcionalidad de un paciente y sugiere una conducta en cada caso.

Estos criterios de derivación han sido agrupados en la nemotecnia “PAREN”<sup>12,19</sup> :

P: psicosis  
 A: agresión (riesgo hacia terceros o sí mismo)  
 R: respuesta a estímulos o intervenciones interferida  
 E: experiencias previas con salud mental (antecedentes de patología)  
 N: no mejora con el paso de las semanas

#### ¿Cuándo derivar a la urgencia psiquiátrica?

Se debe derivar a la urgencia psiquiátrica todo paciente <sup>20</sup>:

1. en el cual se sospeche un cuadro de características psicóticas (alucinaciones, ideas delirantes, juicio alterado de la realidad, conducta bizarra)
2. en el que sospeche cualquier situación que sugiera riesgo vital personal o para terceros (ideación suicida, homicida, parricida); inhibición o agitación psicomotora severa

**19.** Certificación de competencia teórica en Primeros Auxilios Psicológicos según protocolo PAP-ABCDE, versión PAP-ABCDE/200406. <https://medicina.uc.cl/pap-abcde>

**20.** Center for the Study of Traumatic Stress. Taking care of patients during the coronavirus outbreak: a guide for psychiatrists. 2020 [internet publication].

**TABLA 2: TABLA 2: ESCALA DE FUNCIONAMIENTO GLOBAL**

100	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida,	Rara vez consultan
91	es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.	
90	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).	
80	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).	Reacción normal al estrés. No medicalizar
70	Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.	Reacción normal al estrés. Manejo por no especialista
60	Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).	Reacción desadaptativa. Manejo inicial por no especialista, se sugiere derivar
50	Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).	Derivar a especialiad, considerar urgencia siquiátrica
40	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).	
30	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).	
20	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).	
10	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.	

Fuente: Tomado de Bodlund, et al.(1994), Axis V—Global Assessment of Functioning Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90: 342-347. doi:10.1111/j.1600-0447.1994.tb01604.x<sup>21</sup>

<sup>21</sup>. Bodlund, O., Kullgren, G., Ekselius, L., Lindström, E. and von Knorring, L. (1994), Axis V—Global Assessment of Functioning Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90: 342-347. doi:10.1111/j.1600-0447.1994.tb01604.x

*Parte V***V. BREVE CORTAPALOS FARMACOLÓGICO<sup>22</sup>**

Existen tres grandes grupos de psicofármacos de uso habitual por el médico generalista. El uso de cualquier fármaco depende en gran parte de la experiencia del clínico con el mismo, pero en esta guía daremos algunos lineamientos muy generales.

Fármacos comunes son los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS), los benzodiacepinas, y excepcionalmente, los antipsicóticos en dosis bajas.

### **1. Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)**

Los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina son los serotoninérgicos más

seguros y fáciles de usar por el médico no especialista, con un perfil de efectos adversos menor que el de otras familias (ej. tricíclicos, duales, y otros).

Los ISRS tienen efectos antidepresivos y ansiolíticos, por lo que su uso es frecuente en trastornos adaptativos de todos los tipos, en trastornos anímicos unipolares (ej. depresivos), y en otros trastornos ansiosos y por estrés.

La tabla 3 resume las características de algunos ISRS de uso frecuente:

**TABLA 3: CARACTERÍSTICAS DE ALGUNOS ISRS DE USO FRECUENTE.**

Nombre	Dosis de inicio y máxima	Efectos adversos comunes	Efectos adversos graves	Comentarios
<b>Fluoxetina</b>	Inicio: 20 mg  Rango: 20 a 80 mg para depresión y ansiedad	Disfunción sexual (disfunción eréctil, anorgasmia, baja libido); Gastrointestinal (baja de apetito, náusea, diarrea, constipación); SNC (insomnio o sedación, agitación, temblor, cefalea, mareo); Autonómicos (sudoración); Fragilidad capilar y sangramiento	Activación de ideación suicida (raro) Inducción de manía Convulsiones (raro)	Perfil activante.
<b>Sertralina</b>	Inicio: 50 mg  Rango 50 a 200 mg		Activación de ideación suicida (raro) Inducción de manía Convulsiones (raro) Hiponatremia (en adultos mayores, reversible)	Perfil activante, pero puede producir sedación.
<b>Escitalopram</b>	Inicio: 10 mg  Rango: 10 a 20 mg		Activación de ideación suicida (raro) Inducción de manía	Preferir en adultos mayores. Perfil ansiolítico. Menos interacciones farmacológicas.
<b>Trazodona</b>	Inicio: 25 mg  Rango para insomnio: 25 a 100 mg  Rango antidepresivo: 150 a 400 mg (no recomendado)	Sedación. Hipotensión ortostática. Náusea, mareo, fatiga.	Hipotensión - síncope. Bradicardia sinusal (raro). Priapismo (raro). Convulsiones (raro)	Excelente fármaco para tratar el insomnio, sin riesgo de dependencia. No recomendamos su uso como antidepresivo.

Fuente: Elaboración propia a partir de Stahl, S. M. (2014). *Stahl's essential psychopharmacology: Prescriber's guide* (5th ed.). Cambridge University Press.

<sup>22</sup>. Stahl, S. M. (2014). *Stahl's essential psychopharmacology: Prescriber's guide* (5th ed.). Cambridge University Press

### Información importante de los ISRS:

- En pacientes con síntomas ansiosos se sugiere comenzar con la mitad de la dosis de inicio recomendada y subir lentamente. Los ISRS son ansiogénicos en una primera etapa, de modo que la combinación con una benzodiacepina las primeras 2 a 4 semanas mejora la adherencia al fármaco y su efecto.
- El efecto antidepresivo tarda 2 a 4 semanas en producirse.
- En caso de efectos adversos menores y presencia de respuesta terapéutica: esperar, esperar y esperar antes de cambiar el fármaco. Los efectos adversos menores suelen ser transitorios (cefalea, malestar abdominal).
- Si el fármaco produce sedación, se sugiere cambiar su uso para la noche. Si produce insomnio, cambiar su uso para la mañana,
- Una respuesta antidepresiva más rápida o muy intensa, o la aparición de activación - agitación, sugiere la presencia de un cuadro bipolar. En estos casos, suspenda el serotoninérgico inmediatamente y derive al paciente.

## 2. Benzodiacepinas y sedantes de uso frecuente

Las benzodiacepinas son excelentes fármacos ansiolíticos; sin embargo, su uso debe ser controlado, supervisado y restringido en el tiempo, ya que tienen riesgo de inducir una dependencia. Si bien una minoría de los pacientes que usan benzodiacepinas desarrollan una dependencia propiamente tal, cuando esta se genera es un problema agregado al que originalmente motivó su uso. En términos generales, una benzodiacepina no debiera usarse por períodos continuados superiores a los 3 meses, e idealmente no superiores a 1 mes. Un serotoninérgico es

una mejor terapia ansiolítica en el mediano - largo plazo.

Contraindicaciones comunes para su uso son: alteraciones de la marcha, especialmente en el adulto mayor; trastorno por consumo de benzodiacepinas o por otra sustancia; trastorno por estrés agudo o postraumático. El trastorno de personalidad límitrofe es una contraindicación relativa.

La **tabla 4** resume las características de algunas benzodiacepinas y sedantes de uso frecuente.

**TABLA 4: CARACTERÍSTICAS DE ALGUNAS BENZODIACEPINAS DE USO FRECUENTE.**

NOMBRE	DOSIS DE INICIO Y MÁXIMA	EFEKTOS ADVERSOS COMUNES	EFEKTOS ADVERSOS GRAVES	COMENTARIOS
<b>Clonazepam</b>	Inicio: 0.25 o 0.5 mg Rango: 0.5 a 2 mg en dosis divididas o en la noche	Sedación, fatiga, depresión Mareos, ataxia, habla traposa y debilidad Confusión, falla de memoria Hiperexcitabilidad, nerviosismo	Depresión respiratoria Falla hepática o renal	Menos dependencia que benzodiacepinas más potentes o de efecto más inmediato. La suspensión debe ser gradual.
<b>Diazepam</b>	Inicio: 5 a 10 mg Rango 5 a 40 mg	Raros: alucinaciones, manía, hipotensión, hipersalivación, boca seca	Depresión respiratoria Falla hepática o renal	Vida media larga, no utilizar en adultos mayores
<b>Alprazolam</b>	Inicio: 0.25 a 0.5 mg Rango: 0.5 a 2 mg al día	Raros: alucinaciones, manía, hipotensión, hipersalivación, boca seca	Depresión respiratoria Falla hepática o renal	Probablemente la más adictiva de las benzodiacepinas mencionadas aquí. Usar por períodos cortos y precaución.

Fuente: Elaboración propia a partir de Stahl, S. M. (2014). *Stahl's essential psychopharmacology: Prescriber's guide* (5th ed.). Cambridge University Press.

### 3. Antipsicóticos en dosis bajas (como opción de segunda línea):

Ocasionalmente, el clínico necesitará un fármaco para controlar síntomas ansiosos comunes como el insomnio, o la preocupación excesiva, en pacientes con contraindicaciones para recibir benzodiacepinas. En estos casos, un antipsicótico bien seleccionado y en dosis bajas puede ser de gran ayuda.

La **tabla 5** resume las características de algunos fármacos antipsicóticos útiles para estas situaciones.

**TABLA 5: CARACTERÍSTICAS DE ALGUNOS FARMACOS ANTIPSICÓTICOS DE USO FRECUENTE**

Nombre	Dosis de inicio	Efectos adversos comunes	Dosis máxima	Principales efectos adversos
Quetiapina	12,5-25 mg		50 mg	- Sedación - Aumento del apetito
Clorpromazina	12,5-25 mg	Según respuesta y tolerancia del paciente	50 mg	- Sedación - Efectos adversos extrapiramidales - Prolongación del QT
Risperidona	0,25-0,5 mg		1 mg	- Sedación - Aumento del apetito - Hiperprolactinemia - Síntomas extrapiramidales

Fuente: Adaptado de MINSAL, Departamento de Salud Mental. Orientaciones para el manejo del Trastorno por Estrés Agudo (2019)<sup>23</sup>

23. MINSAL, Departamento de Salud Mental. Orientaciones para el manejo del Trastorno por Estrés Agudo (2019) [internet] <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/11/Orientaciones-para-el-manejo-del-Trastorno-por-Estr%C3%A3s-Agudo-Nov.-2019.pdf>

## Parte VI

### VI. CONSIDERACIONES ESPECIALES EN NIÑOS

Los efectos clínicos de COVID-19 en los niños, niñas y adolescentes (NNA) son poco alarmantes en comparación a los grupos de mayor edad<sup>24</sup>, sin embargo, se pronostica que las consecuencias en su salud mental serán importantes<sup>25</sup>.

La infancia es una época de especial vulnerabilidad a la crisis, dado la mayor sensibilidad de sus miembros a los cambios, a su menor autonomía para buscar ayuda, su alta dependencia de cuidadores primarios, y menores recursos para comprender y resignificar la experiencia de la crisis. Si bien, esto los pone en especial riesgo para experimentar una crisis de manera traumática, su plasticidad y flexibilidad les permite reponerse más rápido que los adultos, siempre y cuando sus cuidadores significativos los acompañen de manera sensible y contenedora. Los padres actúan como mecanismos amortiguadores de las crisis ambientales en sus hijos. Esto explica que en hogares que ya viven en condiciones de adversidad y estrés, una crisis pueda tener efectos particularmente nocivos. Si esto se acompaña del cierre de centros de educación temprana y establecimientos de educación, la sobrecarga del sistema familiar se puede traducir en consecuencias de salud física y mental, y eventualmente alterar el desarrollo integral de los niños y sus familias, tanto a corto como a largo plazo<sup>26</sup>.

La literatura ha evaluado el impacto del aislamiento en la salud mental de los niños en pandemias o desastres naturales anteriores<sup>27</sup>, mostrando una relación entre el aislamiento

social y el riesgo de depresión y ansiedad en lo inmediato y a largo plazo (0.25 a 9 años después); este efecto es proporcional a la duración del aislamiento. También se ha documentado un aumento en cinco veces de las consultas en salud mental en este grupo etario y 30% de trastorno por estrés post traumático<sup>17</sup>.

#### **¿Cómo apoyar el cuidado de la salud mental en población infantil?:**

- Los sistemas de salud deben ofrecer apoyo preventivo e intervención cuando sea posible y estar preparados para un aumento de los problemas de salud mental en este grupo etario.
- Evitar al máximo las separaciones prolongadas de los niños de sus padres o cuidadores principales<sup>28</sup>. Si esta separación ocurre en los primeros años de vida podría interrumpir los procesos de apego en curso, pudiendo asociarse con peores resultados de salud mental a largo plazo.
- Estar atento a reacciones esperables en los niños, e indagar dirigidamente la presencia de banderas rojas que sugieran alguna patología.
- Buscar signos de maltrato y negligencia por parte de los cuidadores.

#### **¿Cuáles son las reacciones esperables en niños?**

El rápido aumento del número de casos infectados y muertes por COVID-19, interrupción de las rutinas diarias,

**24.** Yoshikawa H, Wuermli AJ, Britto PR, Dreyer B, Leckman JF, Lye SJ, Ponguta LA, Richter LM, Stein A (2020). Effects of the Global COVID-19 Pandemic on Early Childhood Development: Short- and Long-Term Risks and Mitigating Program and Policy Actions The Journal of Pediatrics. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.05.020>

**25.** Imran, N., Zeshan, M., & Pervaiz, Z. (2020). Mental health considerations for children & adolescents in COVID-19 Pandemic. Pakistan Journal of Medical Sciences, 36(COVID19-S4). <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2759>

**26.** Abuhele, M., & Jeanneret, V. (2020). Puertas Adentro: La otra cara de la pandemia. Revista Chilena de Pediatría, 91(3), 319-321. doi:<http://dx.doi.org/10.32641/rchped.9113.2487>

**27.** Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Briddon A, Linney C, McManus MN, Borwick C, Crawley E, Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19

**28.** Liu, J. J., Bao, Y., Huang, X., Shi, J., & Lu, L. (2020). Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. The Lancet. Child & adolescent health, 4(5), 347-349. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30096-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30096-1)

confinamiento en el hogar, miedo a la infección, distanciamiento social de los compañeros y amigos y falta de acceso a recursos educativos, han creado un sentimiento de incertidumbre y ansiedad en los niños. La evidencia preliminar muestra aumento de los padres reportando dificultades de salud mental, así como aumento en los problemas de conducta infantil desde que se inició la pandemia<sup>1</sup>. La **tabla 6** resume algunas reacciones esperables.

### **¿Cómo apoyar a los padres y cuidadores en contexto de pandemia?**

El autocuidado de los cuidadores es una estrategia fundamental para prevenir el estrés parental y su impacto la salud mental de los niños. Se sugiere<sup>29</sup>:

- Mayor flexibilidad y evitar la auto exigencia: en circunstancias especiales, como esta, no se espera que el desempeño de la casa sea perfecto.
- Poner límites de horarios y desconexión del trabajo.
- Cuidar el cuerpo y la mente: descansar lo necesario, hacer ejercicio, meditar, comer en forma balanceada, evitar la sobre exposición a noticias y redes sociales, evitar consumo de drogas y alcohol.
- Búsqueda de apoyo: comunicarse con otras personas para compartir la experiencia. Compartir las labores del hogar con otra persona en caso de ser posible. Conectarse con seres queridos por medios digitales.
- Ayudar y apoyar a otras personas también puede favorecer a la comunidad

### **¿Cómo apoyar a los niños que experimentan la pérdida o la enfermedad grave de un cuidador<sup>30</sup>?**

Los cuidadores pueden evitar hablar sobre temas difíciles como la enfermedad y la muerte, especialmente cuando ellos mismos están angustiados. Las investigaciones muestran, sin embargo, que niños muy menores reaccionan a la angustia que se expresa a su alrededor.

La comprensión de los niños sobre la enfermedad y la muerte evolucionan a lo largo de la infancia, por lo tanto, necesitan explicaciones coherentes que sean claras, sencillas y concretas.

Quienes se expongan a pacientes en esta situación se les sugiere revisar: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2020/05/Co%CC%81mo-apoyar-a-nin%CC%83os-nin%CC%83as-y-adolescentes-ante-la-muerte-de-un-serquerido-por-Coronavirus-COVID-19.pdf>

**29.** "Guía para apoyar a niños y niñas frente a situación actual por coronavirus". Pontificia Universidad Católica de Chile Marzo del 2020. Recuperado de: <http://www.psicología.uc.cl/wp-content/uploads/2020/03/Gu%C3%A1A-para-apoyar-a-ni%C3%B1os-y-ni%C3%B1as-frente-a-la-situaci%C3%B3n-actual-por-el-coronavirus.pdf>

**30.** Yoshikawa H, Wuermli AJ, Britto PR, Dreyer B, Leckman JF, Lye SJ, Ponguta LA, Richter LM, Stein A (2020). Effects of the Global COVID-19 Pandemic on Early Childhood Development: Short- and Long-Term Risks and Mitigating Program and Policy Actions The Journal of Pediatrics. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.05.020>.

**TABLA 6: REACCIONES ESPERABLES EN NIÑOS EN CONTEXTO COVID-19<sup>31,32</sup>**

Edad	Reacciones esperables	Recomendaciones
<b>Preescolares</b>	Miedo a estar solos, irritabilidad, conductas regresivas (chupete, mamadera, chupar el dedo), dificultades para dormir, pesadillas, enuresis, cambios de apetito y/o en el comportamiento (más demandantes, quejumbrosos, pataletas, aferramiento)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mantener rutinas y horarios: Lo predecible ayuda a disminuir la ansiedad.</li> <li>-Conservar la calma, acoger y contener las emociones o comportamientos</li> <li>-Fomentar la expresión de las emociones (juego, creación o narración de cuentos).</li> <li>-Realizar actividades en conjunto: bailar, cantar, hacer manualidades, juegos de mesa, pintar</li> <li>-Evitar exponer a noticias que los angustien</li> <li>-Promover y planificar actividades relajantes y reconfortantes antes de dormir</li> </ul>
<b>Escolares</b>	Irritabilidad, llanto frecuente, agresividad, retraimiento, dificultades para dormir, pesadillas, cambios de apetito, molestias físicas (dolor abdominal, cefalea) Niños mayores pueden mostrarse decepcionados por perderse eventos sociales/ actividades deportivas y más preocupados por no poder visitar amigos y familiares. Aburrimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Acoger y validar sus emociones y temores.</li> <li>-Explicar la situación y dar tranquilidad, comentando que la “cuarentena” es para resguardar su salud y la de otros.</li> <li>-Mantener rutinas, resguardando horarios de juego, lectura, ejercicio, actividades académicas y de ayuda en casa.</li> <li>-Flexibilizar reglas habituales para algunos comportamientos, sin dejar de establecer límites.</li> <li>-Promover el uso de la tecnología para mantener la comunicación con otros miembros de la familia o con sus amistades.</li> <li>-Limitar la exposición a noticias que los angustien.</li> </ul>
<b>Niños con necesidades especiales</b>	Niños con trastornos generalizados del desarrollo y/o discapacidad neurocognitiva son particularmente vulnerables. Pueden mostrar irritabilidad, agresión y retraimiento social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se sugiere intentar mantener en la medida de lo posible, sus rutinas diarias.</li> <li>-Es probable que sus terapias se vean interrumpidas. Se sugiere intentar mantener de manera remota.</li> </ul>
<b>Niños con enfermedades previas</b>	En general para niños con enfermedades de salud mental preexistentes esta pandemia puede exacerbar sus síntomas previos. Niños con trastornos depresivos o ansiosos pueden sentirse abrumados con las noticias de muerte y enfermedad a su alrededor. Las obsesiones y las compulsiones de un niño con TOC pueden agravarse durante los momentos de estrés.	

**31.** YMIN SAL Mesa Técnica de Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres (2020). Guía práctica de bienestar emocional: Cuarentena en tiempos de COVID-19. [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/2020.04.12\\_GUIA-PRACTICA-CUARENTENA-EN-TIEMPOS-DE-COVID19\\_final.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/2020.04.12_GUIA-PRACTICA-CUARENTENA-EN-TIEMPOS-DE-COVID19_final.pdf)

**32.** Imran, N., Zeshan, M., & Pervaiz, Z. (2020). Mental health considerations for children & adolescents in COVID-19 Pandemic. Pakistan Journal of Medical Sciences, 36 (COVID19-S4). <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2759>

### **DOCUMENTOS DE APOYO PARA USUARIOS Y SUS FAMILIAS:**

1. Parentalidad: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2020/07/Paternidad-Activa-en-tiempos-COVID-19.pdf>
2. Cuento para explicar coronavirus <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2020/06/Clementina-y-el-Coronavirus.pdf>
3. Duelo por COVID-19 para NNA <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2020/05/Co%CC%81mo-apoyar-a-nin%C3%B3os-nin%C3%A1s-adolescentes-ante-la-muerte-de-un-ser querido-por-Coronavirus-COVID-19.pdf>
4. Explicación a NNA cuando cuidador principal requiere aislamiento u hospitalización fuera del hogar [http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2020/05/2\\_Orientaciones-para-padres-madres-o-cuidador-principal-para-comunicar-y-contener-a-NNA-en-caso-de-contagio-y-necesidad-de-aislamiento-u-hospi.pdf](http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2020/05/2_Orientaciones-para-padres-madres-o-cuidador-principal-para-comunicar-y-contener-a-NNA-en-caso-de-contagio-y-necesidad-de-aislamiento-u-hospi.pdf)
5. Decálogo para cuidadores en tiempo de pandemia (UNICEF) <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2020/05/De%CC%81calogo-para-quien-cuida.pdf>
6. Orientaciones para padres, madres y otros cuidadores en tiempos de COVID-19 (UNICEF) <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2020/05/Unicef-Orientaciones-para-padres-madres-y-otros-cuidadores-en-tiempos-de-COVID.pdf>
7. Recomendaciones a las familias para combinar el trabajo desde casa con el cuidado de niños pequeños (UNICEF) [http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2020/06/Teletrabajo\\_y\\_cuidado\\_de\\_los\\_ninos.pdf](http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2020/06/Teletrabajo_y_cuidado_de_los_ninos.pdf)

## Parte VII

### VII. CONSIDERACIONES ESPECIALES EN ADOLESCENTES

La adolescencia es una etapa caracterizada por una alta sensibilidad al estímulo social y aumento de la necesidad de interacción con los pares. Los efectos negativos del distanciamiento físico y la deprivación social pueden ser especialmente profundos en los adolescentes<sup>33</sup>.

La pandemia por COVID-19 y el confinamiento pueden traer múltiples consecuencias para los adolescentes: estrés agudo y crónico, preocupación por sus familias, duelos inesperados, pérdida brusca del colegio, aumento del tiempo de acceso a internet y redes sociales, y preocupación por el futuro económico de su familia<sup>34</sup>. El impacto que tendrán en la salud mental de los adolescentes va a depender de la vulnerabilidad individual, familiar y social que ellos tengan y de las habilidades de afrontamiento individual y familiar.

#### ¿Cuáles son las reacciones observables en un adolescente en contexto de pandemia<sup>35</sup>?

##### 1. Trauma, depresión, ansiedad

En tiempos de pandemia y de desastres se observa un aumento del riesgo de síndrome de estrés post-traumático, depresión y ansiedad<sup>36</sup>. En esta pandemia un estudio en estudiantes en China encontró que el tener un familiar o un conocido con COVID-19 es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos ansiosos, y que vivir en zonas urbanas, estabilidad económica de la familia y vivir con los padres eran factores

protectores de ansiedad<sup>37</sup>. Otro estudio en adolescentes chinos de 12 a 18 años mostró una alta prevalencia de síntomas de depresión (43%), ansiedad (37%) y combinación de depresión y ansiedad (31%) durante la pandemia COVID-19. El sexo femenino tenía un mayor riesgo de síntomas depresivos y ansiosos<sup>38</sup>.

#### 2. Reacciones secundarias al confinamiento:

El confinamiento puede tener efectos negativos en la salud mental de los individuos. Brooks et al. reportaron efectos psicológicos negativos incluyendo síndrome de estrés post-traumático, confusión y rabia. Los factores de riesgo incluyen mayor duración de la cuarentena, miedo a la infección, frustración, aburrimiento, abastecimiento inadecuado, inadecuada información, pérdidas económicas y estigma<sup>39</sup>.

Las manifestaciones psicológicas en adolescentes en confinamiento incluyen: trastornos del sueño, problemas con los pares, aislamiento y depresión<sup>40</sup>. Un estudio español en universitarios encontró altos niveles de ansiedad (21%) y depresión (34%) en la primera semana de confinamiento<sup>41</sup>.

Los períodos sin colegio se asocian a disminución de la actividad física, aumento en el tiempo de pantalla, patrones irregulares de sueño y dietas menos apropiadas<sup>42</sup>. Por otro lado, se pierden las rutinas, que son especialmente

<sup>33</sup>. Amy Orben, Livia Tomova, Sarah-Jayne Blakemore. Effects of Social deprivation on adolescent development and mental health. *Lancet Child and Adolescent Health*, 2020;4:634-640

<sup>34</sup>. Sélim Benjamin Guessouma, Jonathan Lachala, Rahmeh Radjacka, Emilie Carretiera, Sevan Minassiana, Laelia Benoit, Marie Rose Moro Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown *Psychiatry Research*. Vol 291, September 2020, 113264. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113264>

<sup>35</sup>. Sélim Benjamin Guessouma, Jonathan Lachala, Rahmeh Radjacka, Emilie Carretiera, Sevan Minassiana, Laelia Benoit, Marie Rose Moro Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown *Psychiatry Research*. Vol 291, September 2020, 113264.

<sup>36</sup>. Douglas, P.K., Douglas, D.B., Harrigan, D.C., Douglas, K.M. 2009. Preparing for pandemic influenza and its aftermath: mental health issues considered. *International Journal of Emergency Mental Health*, 11(4), 137144.

<sup>37</sup>. Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., Zheng, J. 2020.act of COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatric Research*, 287, 112934

<sup>38</sup>. Zhou, S.J., Guo, Z.C., Wang, J.Q., Chen, J.C., Liu, M., Chen, X., Chen, J.X. 2020. Prevalence and sociodemographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>

<sup>39</sup>. Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G.J., 2020. The psychological impact of quarantine and how to reduce it, rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395 (10227), 912:920.

<sup>40</sup>. Douglas, P.K., Douglas, D.B., Harrigan, D.C., Douglas, K.M. 2009, Preparing for pandemic influenza and its aftermath: mental health issues considered. *International Journal of Emergency Mental Health*, 11(4), 137144.

<sup>41</sup>. Odrizola Gonzalez, P., Planchuelo-Gómez, A., Irurtia, M.J., de Luis-García, R., 2020. Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry Research* 290, 113108 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113108>

<sup>42</sup>. Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Jiang, F., 2020. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet* 395 (10228), 945-947.

<sup>43</sup>. Lee, J., 2020. Mental health effects of school closures during COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health* 4 (6): 421.

importantes en adolescentes con problemas de salud mental<sup>43</sup>.

### 3. Suicidabilidad

No hay estudios sobre suicidabilidad en adolescentes en esta pandemia. Estudios en adultos muestran una relación entre miedo a enfermar o al daño físico más las políticas de distanciamiento social, con la ideación y los intentos suicidas<sup>44</sup>. Un estudio luego del paso del huracán Andrew en EEUU identificó como factor de riesgo de ideación suicida en adolescentes: el sexo femenino, el bajo nivel socioeconómico, la depresión pre y post huracán, el bajo nivel de soporte familiar y la ideación suicida pre-huracán<sup>45</sup>.

### 4. Consumo de sustancias y adicciones

No existen estudios al respecto. Sin embargo, en el pasado se ha relacionado el aumento de adicciones en adolescentes con desastres<sup>46</sup>. Como mecanismo de afrontamiento del estrés traumático los adolescentes pueden recurrir al uso y abuso de drogas<sup>47</sup>.

### 5. Duelo

Para algunos adolescentes las numerosas muertes por COVID-19, las circunstancias de estas muertes y la ausencia de ritos funerarios pueden ser un evento traumático. Se sabe que eventos traumáticos se asocian a duelos más prolongados en adolescentes, especialmente si es una muerte violenta<sup>48</sup>. La muerte de alguno de los padres se asocia a un aumento de depresión en los adolescentes<sup>49</sup>.

### 6. Violencia intrafamiliar

El confinamiento forzado de las familias es un evento estresante que se asocia a problemas emocionales en los padres; en consecuencia, menos disponibles para los hijos y con más conductas punitivas<sup>50</sup>. Durante esta pandemia la violencia intrafamiliar (VIF) se ha incrementado; y los adolescentes que viven en familias con VIF presentan mayor riesgo de abuso y negligencia<sup>51</sup>. Durante este periodo las mujeres y las niñas están más expuestas a violencia de género, incluyendo la violencia sexual<sup>52</sup>. En el contexto de confinamiento y cierre de los colegios, las adolescentes pierden el contacto con profesionales y otros adultos que pudieran pesquisar el problema y hacer algo por ellas.

### 7. Reacciones secundarias a la exposición a internet, redes sociales, y acceso a la información.

Internet y las redes sociales pueden ser un factor beneficioso durante el confinamiento ya que permiten mantener la socialización y la comunicación con los pares, además pueden ser una oportunidad de aprendizaje, incluyendo información para el cuidado de la salud<sup>53</sup>. Las redes sociales pueden tener, sin embargo, otros efectos negativos. Una revisión sistemática mostró que existe asociación entre el tiempo dedicado a redes sociales y la depresión, la ansiedad, el distres psicológico y trastornos del sueño<sup>54,55</sup>.

Este periodo de pandemia y confinamiento puede favorecer la adicción a internet.

- 44.** Ammerman, B.A., Burke, T.A., Jacobucci, R., McClure, K., 2020. Preliminary Investigation of the Association Between COVID-19 and Suicidal Thoughts and Behaviours in the U.S. <http://doi.org/10.31234/osf.io/68djp>
- 45.** Warheit, G.J., Zimmerman, R.S., Kloury, E.L., Vega, W.A., Gil, A.G., 1996. Disaster related stresses, depressive signs and symptoms, and suicidal ideation among a multi-racial/ethnic sample of adolescents: a longitudinal analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37 (4), 435-444.
- 46.** Reijneveld, S.A., Crone, M.R., Schuller, A.A., Verhulst, F.C., Verloove-Vanhorick, S.P., 2005. The changing impact of a severe disaster on the mental health and substance misuse of adolescents: follow-up of a controlled study. *Psychological Medicine* 35 (3), 367–376. <https://doi.org/10.1017/S0303291704003575>
- 47.** Hagan Jr, J.F., American Academy of Pediatrics Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, & Task Force on Terrorism, 2005. Psychosocial implications of disaster or terrorism on children: a guide for the pediatrician. *Pediatrics* 116 (3), 787–795. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1498>.
- 48.** Nader, K., Salloum, A., 2011. Complicated Grief Reactions in Children and Adolescents. *Journal of Child & Adolescent Trauma* 4 (3), 233–257. <https://doi.org/10.1080/19361521.2011.599358>.
- 49.** Gray, L.B., Weller, R.A., Fristad, M., Weller, E.B., 2011. Depression in children and adolescents two months after the death of a parent. *Journal of Affective Disorders* 135 (1-3), 277–283. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.009>
- 50.** Taylor, R.D., Roberts, D., Jacobson, L., 1997. Stressful life events, psychological well being, and parenting in African American mothers. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association* 11 (4), 436–446. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.11.4.436>.
- 51.** Campbell, A. M. (n.d.). An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. *Forensic Science International: Reports*. 10.1016/j.fsir.2020.100089.
- 52.** UNFPA, 2020, March. COVID-19: A Gender Lens. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19\\_A\\_Gender\\_Lens\\_Guidance\\_Note.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_A_Gender_Lens_Guidance_Note.pdf).
- 53.** O'Keefe, G.S., Clarke-Pearson, K., Council on Communications and Media, 2011. The impact of social media on children, adolescents, and families. *Pediatrics* 127 (4), 800–804. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0054>.

Esta se caracteriza por la necesidad excesiva y pobemente controlada de usar el computador e internet que lleva a un distrés emocional<sup>56</sup>. La adicción a internet está asociada al uso de videojuegos y redes sociales<sup>57</sup> y también a una mayor frecuencia de depresión<sup>58</sup>.

Los adolescentes reciben mucha información respecto a la pandemia por redes sociales, mucha de ella inapropiada y descontextualizada, sin tener las habilidades necesarias para filtrarla o para analizarla y van a requerir de la supervisión y guía de un adulto.

## 8. Descompensación de patologías previas:

El confinamiento forzado, y el miedo a la infección y sus consecuencias, pueden aumentar los síntomas de algunos pacientes con trastornos psiquiátricos. Un estudio en el Reino Unido mostró que, en adolescentes con historia de problemas de salud mental, el 83% estuvo de acuerdo en que la pandemia había empeorado sus síntomas y el 26% en que ya no tenían acceso a su apoyo de salud mental habitual<sup>59</sup>.

Los adolescentes con Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH) pueden tener más problemas de adaptación al confinamiento y presentar más problemas de conducta<sup>60</sup>. Los pacientes con

Trastorno del Espectro Autista (TEA) que presentan comportamientos inflexibles con hábitos y rituales rígidos, pueden verse especialmente afectados por el confinamiento dado que sus estilos de vida se ven muy alterados<sup>61</sup>. Un estudio en Singapur reportó un aumento en la ansiedad relacionada con su salud en pacientes con Trastorno de Alimentación<sup>62</sup>. La ansiedad debida a la pandemia puede aumentar las dificultades en el control de su comportamiento alimentario. Aún no está clara la reacción de los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo, especialmente en aquellos con miedos obsesivos a la contaminación.

## ¿Cómo acompañar a los adolescentes en un contexto de pandemia?

Para acompañar a un adolescente en esta situación de crisis es importante promover un ambiente contenedor, y un diálogo dirigido a comprender las emociones y aliviar la ansiedad; ofrecer información, y sugerir actividades que reduzcan el estrés, mantener las rutinas y favorecer estilos de vida saludables, en especial, el sueño<sup>64,65,66</sup>. La **tabla 7** resume las recomendaciones de la OMS para que los equipos de salud apoyen a los adolescentes en su afrontamiento al estrés.

- 54.** Keles, B., McCrae, N., Grealish, A., 2020. A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth* 25 (1), 79–93. <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1590851>.
- 55.** Barry, C.T., Sidoti, C.L., Briggs, S.M., Reiter, S.R., Lindsey, R.A., 2017. Adolescent social media use and mental health from adolescent and parent perspectives. *Journal of Adolescence* 61, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.08.005>.
- 56.** Shaw, M., Black, D.W., 2008. Internet addiction: definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs* 22 (5), 353–365. <https://doi.org/10.2165/00023210-200822050-00001>
- 57.** Kuss, D.J., van Rooij, A.J., Shorter, G.W., Griffiths, M.D., van de Mheen, D., 2013. Internet addiction in adolescents: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior* 29 (5), 1987–1996. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.04.002>.
- 58.** Ha, J.H., Kim, S.Y., Bae, S.C., Bae, S., Kim, H., Sim, M., Lyoo, I.K., Cho, S.C., 2007. Depression and Internet addiction in adolescents. *Psychopathology* 40 (6), 424–430. <https://doi.org/10.1159/000107426>.
- 59.** Youngminds, 2020, March. Coronavirus: Impact on young people with mental health needs. *Youngminds.org.uk*. [https://youngminds.org.uk/media/3708/coronavirus-report\\_march2020.pdf](https://youngminds.org.uk/media/3708/coronavirus-report_march2020.pdf).
- 60.** Cortese, S., Asherson, P., Sonuga-Barke, E., Banaschewski, T., Brandeis, D., Buitelaar, J., Coghill, D., Daley, D., Danckaerts, M., Dittmann, R.W., Doepfner, M., Ferrin, M., Hollis, C., Holtmann, M., Konofal, E., Lecendreux, M., Santosh, P., Rothenberger, A., Soutullo, C., Simonoff, E., 2020. ADHD management during the COVID-19 pandemic: guidance from the European ADHD Guidelines Group. *The Lancet Child & Adolescent Health*. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30110-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30110-3).
- 61.** Sharon, C.S., 2020. RE:Supporting Autism Spectrum Disorder in the face of the COVID-19 pandemic. <https://www.cmaj.ca/content/resupporting-autism-spectrum-disorder-covid-19-pandemic>.
- 62.** Davis, C., Chong, N.K., Oh, J.Y., Baeg, A., Rajasegaran, K., Elaine Chew, C.S., 2020. Caring for children and adolescents with eating disorders in the current COVID-19 pandemic: A Singapore perspective. *Journal of Adolescent Health Care: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.037>.
- 63.** Fernández-Aranda, F., Casas, M., Claes, L., Bryan, D.C., Favaro, A., Granero, R., Gudiol, C., Jiménez-Murcia, S., Karwautz, A., Le Grange, D., Menchón, J.M., Tchanturia, K., Treasure, J., 2020. COVID-19 and implications for eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association* 28 (3), 239–245. <https://doi.org/10.1002/erv.2738>.
- 64.** Sélén Benjamin Guessoum, Jonathan Lachala, Rahmeth Radacka, Emilie Carretiera, Sevan Minassiana, Laelia Benoita, Marie Rose Moro Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Research*. Vol 291, September 2020, 113264. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113264>.
- 65.** Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G.J., 2020. The psychological impact of quarantine and how to reduce it, rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395 (10227), 912:920.
- 66.** Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Jiang, F., 2020. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet* 395 (10228), 945-947.

**TABLA 7: ¿CÓMO SUGERIR A UN ADOLESCENTE ENFRENTAR EL MANEJO DEL ESTRÉS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19?**

Es normal sentirse triste, estresado, confundido, asustado o enojado durante una crisis. Hablar con las personas en quienes confías puede ayudar. Contáctate con tu familia o con tus amigos.
Si debes permanecer en tu casa, mantén un estilo de vida saludable, incluyendo dieta saludable, horarios de sueño, ejercicio y contactos sociales con tus seres queridos en la casa y por mail, teléfono o redes sociales con otros familiares y amigos.
No uses el tabaco, el alcohol u otras drogas para manejar tus emociones.
Si te sientes sobrepasado, habla con un profesional de la salud. Ten un plan, dónde ir y cómo buscar ayuda para problemas físicos o de salud mental cuando lo necesites.
Busca información que te sirva para determinar con certeza tu riesgo para que tomes las precauciones de cuidado adecuadas. Encuentra una fuente de confianza para hacerlo.
Limita tu preocupación e inquietud disminuyendo el tiempo que tú y tu familia pasa viendo o escuchando la cobertura de la pandemia en los medios especialmente aquellos que consideres perturbadores.
Recurre a las habilidades que has usado antes y que te han servido para manejar otras situaciones de adversidad y usa esas habilidades para manejar tus emociones durante este periodo demandante de pandemia.

Fuente: *Coping with stress during the 2019-nCoV outbreak*. OMS. 2020.<sup>67</sup>

### ¿Cómo puede acompañar la familia?

La familia es el contexto natural más cercano donde el o la adolescente puede buscar ayuda. La capacidad del adolescente de enfrentar adecuadamente esta crisis estará influenciada por la calidad del apoyo que los padres le puedan dar.

Una comunicación efectiva y cercana son

claves para identificar problemas físicos y psicológicos y también para tranquilizar a los hijos durante un periodo de confinamiento prolongado. Es importante que los padres respeten la identidad y las necesidades propias de los adolescentes<sup>68</sup>. Algunas recomendaciones para que los padres apoyen a sus hijos adolescentes durante la pandemia se presentan en la tabla 8:

**67.** Copng with stress during the 2019-nCoV outbreak. OMS. 2020. Disponible en <https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/coping-with-stress.pdf>

**68.** Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Jiang, F., 2020. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet* 395 (10228), 945-947.

**TABLA 8: ¿CÓMO PUEDEN APOYAR LOS PADRES EN LAS REACCIONES DE UN ADOLESCENTE DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19?**

Reacciones	Cómo ayudar
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas físicos (cefalea, erupciones, etc.)</li> <li>• Trastornos del sueño / apetito</li> <li>• Agitación o disminución de la energía, apatía</li> <li>• Ignorar los comportamientos de promoción de la salud</li> <li>• Aislamiento de sus compañeros y seres queridos</li> <li>• Preocupaciones sobre el estigma y las injusticias</li> <li>• Evitar o faltar a actividades escolares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciencia, tolerancia y respaldo</li> <li>• Fomentar la continuación de las rutinas</li> <li>• Fomentar la discusión de la experiencia del brote con sus compañeros y familia (pero no lo obligue)</li> <li>• Participar en rutinas familiares, que incluyen tareas domésticas, apoyar a hermanos menores y planear estrategias para mejorar los comportamientos de promoción de la salud.</li> <li>• Mantenerse en contacto con amigos por teléfono, Internet, videojuegos.</li> <li>• Discutir y abordar el estigma, los prejuicios y las injusticias potenciales que ocurren durante el brote.</li> <li>• Limitar la exposición a los medios, hablar de lo que han visto o escuchado.</li> <li>• Evitar el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas.</li> </ul>

Fuente: *The national child traumatic stress network www.NCTSN.org. Parent/caregiver guide to helping families cope with the coronavirus disease 2019 (COVID-19)*<sup>69</sup>

El periodo de confinamiento también puede ser una oportunidad para que unir a la familia, lograr relaciones familiares más cercanas y mejorar el funcionamiento familiar en general<sup>70</sup>. Utilizando buenas prácticas parentales se pueden fortalecer las relaciones intrafamiliares y lograr satisfacer las necesidades psicológicas de los adolescentes<sup>71</sup>. A pesar de los efectos negativos de los desastres, algunos adolescentes son capaces de afrontar bien esta experiencia, tomando mayores responsabilidades, contribuyendo al proceso de adaptación familiar e involucrándose en actividades prosociales<sup>72</sup>.

### ¿Cuándo consultar a un especialista en salud mental infanto-juvenil?

Se sugiere derivar frente a signos de ansiedad y depresión grave en los adolescentes, tales como ideación suicida, autoagresiones, crisis de pánico o irritabilidad marcada. Se debe observar también la aparición de otros síntomas como cambios importantes en

el apetito, trastornos del sueño, agresión, irritabilidad excesiva, miedo a estar solo o muy retraído. En resumen<sup>73</sup>:

- Mucha tristeza y retraimiento.
- Pensamientos y sentimientos recurrentes que abrumen e interfieren en las actividades cotidianas.
- Dificultad para realizar tareas cotidianas, incluso aquellas que parecieran muy simples (por ej. levantarse, aseo personal y otras).
- Intención de hacerse daño o planificar hacerlo.
- Dejar de comer.
- Consumo frecuente y excesivo de alcohol y otras drogas, o automedicación de fármacos para el ánimo o el sueño.
- Cambios drásticos en el estado de ánimo, conductas o hábitos de sueño.
- Intensos miedos y temores que impiden realizar actividades.
- Sentirse muy pesimista respecto a su futuro y sus planes.

**69.** The national child traumatic stress network www.NCTSN.org. Parent/caregiver guide to helping families cope with the coronavirus disease 2019 (COVID-19). Disponible en <https://www.nctsn.org/resources/parent-caregiver-guide-to-helping-families-cope-with-the-coronavirus-disease-2019>

**70.** Sélim Benjamin Guessoum, Jonathan Lachala, Rahmeh Radjaka, Emilie Carrerira, Sevan Minassiana, Laelia Benoît, Marie Rose Moro Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown Psychiatry Research. Vol 291, September 2020, 113264.<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113264>

**71.** Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Jiang, F., 2020. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet* 395 (10228), 945-947.

**72.** Nuttman-Shwartz, O., 2019. Behavioral Responses in Youth Exposed to Natural Disasters and Political Conflict. *Current Psychiatry Reports* 21 (6), 42. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1030-3>.

**73.** A.G. Ron, I. Cuellar-Flores. Impacto psicológico del confinamiento en población infantil y cómo mitigar sus efectos: revisión rápida de la evidencia. *An Pediatr (Barc.)*, 93 (2020), pp. 57-58

## Parte VIII

### VIII. CONSIDERACIONES ESPECIALES EN ADULTOS MAYORES

Como se ha demostrado a lo largo de la pandemia, COVID-19 es especialmente riesgoso para pacientes con enfermedades crónicas preexistentes y para adultos mayores (AM)<sup>74,75</sup>. Esta mayor vulnerabilidad, el aislamiento físico para evitar el contagio, y en algunos casos, el consecuente aislamiento social, en especial, entre quienes tienen menor acceso y/o competencias para mantener contacto con sus redes utilizando la tecnología, explica el mayor riesgo de esta población de presentar problemas de salud mental.

Los problemas de salud mental en adultos mayores, por otro lado, suelen ser subestimados, significándolos como “parte normal del envejecimiento”, lo que suele retrasar su diagnóstico y tratamiento.

#### **¿Cómo afecta el aislamiento y el distanciamiento social a los adultos mayores?**

Aún cuando el distanciamiento físico puede salvar vidas, especialmente en los AM, aumenta en gran medida la sensación de aislamiento y soledad.

Se ha descrito que aquellos AM que se involucran en distintas actividades de socialización, tales como clubes de AM, grupos de estudio o deporte tiene un riesgo mucho menor de morbilidad en todas las áreas, y en particular en patologías de salud mental, que aquellos con un mayor nivel de aislamiento<sup>76</sup>. La posibilidad de mantener estas actividades se ha visto severamente afectada durante el confinamiento, y a

diferencia de las personas más jóvenes, los AM no suelen hacer uso de la tecnología para disminuir el aislamiento y sus efectos psicológicos. Las razones de esto son múltiples, pero cabe destacar que una de las más importantes es la menor expectativa que se deposita en ellos con respecto al uso de la tecnología, y la brecha de conocimientos necesarios para su uso, que asume su entorno.

Existe escasa literatura respecto a la salud mental en la población geriátrica durante las pandemias. Un estudio en 3005 AM durante el presente brote de COVID-19, documentó que el distanciamiento social y la percepción de aislamiento aumenta el riesgo de depresión y ansiedad<sup>77</sup>. Otro estudio de casos realizado en China evaluó este tópico durante la epidemia del Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo Severo (SARS), ocurrido entre los años 2002 y 2004, documentando un aumento del riesgo de suicidio en AM sobre 65 años comparado con otros grupos etarios<sup>78</sup>.

#### **¿Cuales son los síntomas que se observan en los am en aislamiento social?**

- **Síntomas del ánimo:** En Chile, según la última encuesta nacional de salud, la prevalencia de síntomas depresivos y de Trastorno depresivo es de aproximadamente 17,9% y 6,2%, en población general respectivamente, sin haber diferencias significativas según grupo etario<sup>79</sup>. La prevalencia de este último puede aumentar hasta el 33% en el grupo de adultos mayores

**74.** Li Q, Guan X, Wu P, et Al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med.* 2020 Mar 26;382(13):1199-1207.

**75.** Izcoovich A, Ragusa MA, Tortosa F, Lavena Marzio MA, Agnolletti C, Bengolea A, Ceirano A, Espinosa F, Saavedra E, Sanguine V, Tassara A, Cid C, Catalano HN, Agarwal A, Foroutan F, Rada G. Prognostic Factors for Severity and Mortality in Patients Infected with COVID-19: A Systematic Review. *SSRN.* 2020.

**76.** Lekamwasam R, Lekamwasam S. Effects of COVID-19 Pandemic on Health and Wellbeing of Older People: A Comprehensive Review. *Ann Geriatr Med Res.* 2020 Jul 6. doi: 10.4235/agmr.20.0027. Epub ahead of print. PMID: 32752587.

**77.** Yamamoto, Vicki et al. 'COVID-19: Review of a 21st Century Pandemic from Etiology to Neuro-psychiatric Implications'. 1 Jan. 2020 : 459 – 504.

**78.** El Hayek S, Cheaito MA, et Al. Geriatric Mental Health and COVID-19: An Eye-Opener to the Situation of the Arab Countries in the Middle East and North Africa Region. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2020 Oct;28(10):1058-1069

**79.** MINSAL, Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS\\_MINSAL\\_31\\_01\\_2018.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018.pdf)

**80.** Taylor WD. Depression in the Elderly. *N Engl J Med.* 2014;371(13):1228-36

con ciertas comorbilidades<sup>80</sup>. La situación de aislamiento puede generar síntomas del ánimo nuevos o empeorar una patología existente.

**- Síntomas ansiosos:** La prevalencia de trastornos ansiosos en el AM varía entre el 1,2% y 15%, según distintos estudios. Los síntomas de esta índole están frecuentemente relacionados a preocupaciones respecto a su salud física<sup>81</sup>. Estas preocupaciones pueden verse aumentadas debido a la pandemia, dado el mayor riesgo objetivo de morbilidad para este grupo etario, y potenciarse por las estrategias de confinamiento estricto decretadas para ellos (ej. cuarentena para adultos sobre 75 años).

**- Trastornos del sueño:** La prevalencia de síntomas de insomnio en AM es mayor que en la población general, pudiendo variar entre 30% y 48%<sup>82</sup> en períodos pre pandemia. Esto se explica debido a múltiples factores, entre ellos, el uso de ciertos fármacos, la existencia de comorbilidades, etc<sup>83</sup>. La exposición a eventos estresantes en la vida diaria se ha descrito como un factor predisponente para el insomnio, por lo que es esperable que la pandemia aumente la incidencia de síntomas relacionados.

**- Aceleramiento del deterioro cognitivo:** El aislamiento y la soledad han demostrado contribuir al aumento del deterioro cognitivo y riesgo de demencia en estudios en población AM<sup>84</sup>. Algunos estudios han sugerido que los sentimientos de soledad pueden influir en diversas representaciones mentales, incluida la percepción sensoriomotora, la mimica y la sincronía interpersonal<sup>85</sup>.

## ¿Cómo apoyar a los adultos mayores en contexto de pandemia?

Existen algunas medidas que podemos implementar para salvaguardar el bienestar general de los AM durante la pandemia<sup>65</sup>

**- Medidas preventivas:** Se sugiere tomar medidas especiales para proteger a los AM durante el tiempo de aislamiento: asegurarse que tengan una ventilación adecuada que disminuya el riesgo de infección cruzada, evaluar las condiciones de la vivienda para evitar caídas, facilitar lo necesario para que puedan realizar una higienización de manos frecuente, etc.

**- Salud física:** Se debe poner especial énfasis en el control de las patologías crónicas, para así preservar la inmunidad, evitar hospitalizaciones innecesarias y reducir el riesgo de contagio. Con esto ayudamos a disminuir la ansiedad asociada a la preocupación por preservar la salud. Al respecto se sugiere estar atentos a:

1. Nutrición: Los AM tienen mayor riesgo de malnutrición “aguda”, lo que a su vez puede comprometer la inmunidad. Especial cuidado se debe poner en mantener una nutrición balanceada y poner a su alcance los suplementos nutricionales que se requieran, así como también apoyar en la compra de alimentos.

2. Actividad física: Es por todos conocido el beneficio del ejercicio tanto en la salud física como mental. Se debe alentar a los AM a realizar actividad física según lo permitan las políticas de restricción de movilidad imperantes y el tipo de acondicionamiento de cada individuo. Esto puede ocurrir dentro

<sup>81</sup>. Bergman, Y., Cohen-Fridel, S., Shrira, A., Bodner, E., & Palgi, Y. (2020). COVID-19 health worries and anxiety symptoms among older adults: The moderating role of ageism. *International Psychogeriatrics*, 1-5. doi:10.1017/S1041610220001258

<sup>82</sup>. Patel D, Steinberg J, Patel P. Insomnia in the Elderly: A Review. *J Clin Sleep Med*. 2018 Jun 15;14(6):1017-1024. doi: 10.5664/jcsm.7172. PMID: 29852897; PMCID: PMC5991956.

<sup>83</sup>. Maness DL, Khan M. Nonpharmacologic Management of Chronic Insomnia. *Am Fam Physician*. 2015 Dec 15;92(12):1058-64. PMID: 26760592.

<sup>84</sup>. Hawley Louise C, Capitanio John P. Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: a lifespan approach 2015 *Phil. Trans. R. Soc. B* 370:20140114

<sup>85</sup>. Ong A, D, Uchino B, N, Wethington E: Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology* 2016;62:443-449.

del hogar, si existe restricción total de movilidad, ayudando a acercarlos a las múltiples alternativas que brindan hoy las redes sociales y televisión abierta. Por otro lado, si está permitido salir del hogar, se sugieren actividades simples, tales como caminatas al aire libre o actividades en parques, etc.

3. Actividades sociales: Se debe alentar a los AM a continuar comunicándose con sus familiares y grupos sociales mediante la tecnología, evitando prejuicios nocivos, como suponer a priori el que no van a lograr utilizarla.

4. Religión y otras actividades: La pandemia brinda una oportunidad única para reflexionar respecto a procesos internos, la búsqueda de apoyo en la religión u otros medios como la meditación, puede reducir la ansiedad y ayuda a mantener un estado de calma y positividad durante este tiempo.

5. Higiene del sueño: Importante ayudar a evitar el insomnio con medidas concretas, tales como evitar comidas pesadas, limitar la ingesta de líquidos en la noche, reducir la cantidad de cafeína, desaconsejar el uso de alcohol y tabaco, evitar las siestas, evitar estímulos distractores a la hora de dormir como luz y ruidos, etc.<sup>72</sup>

6. Evitar el uso de benzodiacepinas para el manejo del insomnio y la ansiedad como terapia de primera línea. Diversas sociedades científicas desaconsejan el uso de este tipo de fármacos en el AM debido a los múltiples efectos secundarios con los que se asocian, tales como

aumento de riesgo de caídas, deterioro en la memoria y otras áreas cognitivas, entre otros. El uso prolongado de estos fármacos puede llevar a tolerancia, dependencia e insomnio de rebote<sup>71</sup>.

Consejos concretos respecto a estos temas y otros relacionados dirigidos a AM y sus acompañantes se pueden encontrar el sitio web de la Organización Panamericana de la salud<sup>86</sup>.

### **¿Cuándo consultar a un especialista?**

Sugerimos derivar al especialista cuando la sintomatología descrita no mejore con el uso de las medidas generales comentadas previamente y/o tenga una intensidad tal, que produzcan un deterioro importante en la calidad de vida del AM afectado.

## Parte IX

### IX. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (VIF) EN TIEMPOS DE PANDEMIA

#### **Violencia hacia la mujer**

OPS da cuenta de que 1 de cada 3 mujeres en el mundo ha sufrido violencia por parte de sus parejas; cifra que se ha incrementado significativamente desde el inicio de la pandemia. El estrés familiar, el confinamiento y la pérdida de empleos han contribuido como gatillantes de la VIF, mientras que en paralelo; el aislamiento social de las víctimas, la consecuente reducción de sus redes de apoyo, y la dificultad para acceder a servicios de salud y protección por temor a contagiarse, o porque los servicios están reducidos, han generado grandes barreras de acceso, poniendo a la mujer en una especial situación de riesgo<sup>87</sup>.

En Chile, al comparar el período 1 enero al 15 de junio , las cifras del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género muestran un aumento de casi 70% en los llamados telefónicos a carabineros relacionados con amenazas de muerte y VIF hacia la mujer entre 2019 y 2020; y de un 250% durante el mes de Mayo de este año<sup>88</sup>.

#### **¿Cómo abordar VIF en un contexto de salud?**

Una creencia muy arraigada en la sociedad y en los equipos de salud es la idea que “*a la mujer le agrada la violencia, si no, abandonaría a su pareja*”. Existe una multiplicidad de factores que se conjugan para explicar porqué una mujer puede permanecer en una situación de abuso, y están ampliamente descritas en la literatura: el miedo, la falta de ayuda, la dependencia económica, su

autoestima destruida, la presión familiar, social y cultural, una crianza en torno al rol de cuidadora y de resolver las necesidades del resto, entre otros<sup>89,90</sup>.

Frente a una situación de VIF la mayor parte de las víctimas no denunciará las agresiones y es probable que busque pasar inadvertida. La recomendación de OMS en estos casos es<sup>91</sup>:

1. Asegure condiciones mínimas de seguridad en la consulta:
  - a. Hable siempre en privado con la víctima. Nunca aborde el tema VIF frente a la pareja, familiares, ni nadie mayor de 2 años (tampoco amigas). Recuerde que los niños repiten lo que escuchan.
  - b. En todo momento mantener la confidencialidad de la historia clínica. Conservar la información en un lugar seguro; nunca a la vista.
2. Si su paciente no desea referirse a la VIF:
  - a. No la presione. Dele tiempo para que decida lo que desee contar.
  - b. Informe sobre las consecuencias de la violencia para ella y para sus hijos.
  - c. Oriente sobre los servicios que están disponibles para su protección.
  - d. Propóngale tener una consulta de seguimiento.
3. Siempre evalúe el riesgo inmediato: OMS sugiere realizar el siguiente set de preguntas; si la mujer responde afirmativamente a 3 o más de ellas puede

**87.** ONU Mujeres (2020) Prevención de la violencia contra las mujeres frente a covid-19 en américa latina y el caribe [https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2020/05/es\\_prevencion%20de%20violencia%20contra%20las%20mujeresbrief%20espanol.pdf?la=es&vs=3033](https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2020/05/es_prevencion%20de%20violencia%20contra%20las%20mujeresbrief%20espanol.pdf?la=es&vs=3033)

**88.** <https://coes.cl/prensa-se-disparan-en-cuarentena-las-llamadas-de-emergencia-por-violencia-contra-la-mujer/>

**89.** Organización Panamericana de la Salud. (2016). Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. Washington, D.C

**90.** Ravazzola M. (1997). Historias infames: los malos tratos en las relaciones. Paidós ibérica.

**91.** Organización Mundial de la Salud (2015). Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31381/OPSGL16016-spa.pdf>

correr un riesgo inmediato particularmente alto de sufrir violencia severa:

- a. *¿Los maltratos físicos han sucedido con mayor frecuencia o han empeorado en los últimos seis meses?*
- b. *¿Su pareja ha utilizado alguna vez un arma o la ha amenazado con un arma?*
- c. *¿Su pareja ha intentado estrangularla alguna vez?*
- d. *¿Cree que su pareja sería capaz de matarla?*
- e. *¿Su pareja le ha pegado alguna vez estando usted embarazada?*
- f. *¿Su pareja tiene celos violentos y constantes?*

Si su impresión es que la mujer está en una situación de alto riesgo sugiera que aloje en un lugar seguro (ej. casa de amiga) y/o derive a un lugar seguro de acogida.

4. Si la decisión es volver al hogar trace un plan de seguridad con su paciente, que incluya al menos:

- Recomendaciones frente a una discusión en casa: intentar trasladarse a un área de la cual pueda salir con facilidad, y evitar los espacios donde pueda haber armas o artículos que puedan usarse como tales (cocina, tijeras podadoras, etc.).
- Si ya ha decidido irse de la casa: planificar y salir ANTES que su pareja se entere, ya que de lo contrario puede peligrar tanto su propia integridad como la de sus hijos. Considerar un lugar seguro a donde pueda irse si las cosas se complican, definir qué hará con los hijos, cómo llegará a ese lugar seguro, qué llevará, identificar una persona de confianza en el vecindario que ayude en caso de violencia, y el contacto de carabineros.

## Maltrato infantil

Unicef da cuenta que un 75% de los niños chilenos experimenta violencia grave en sus hogares; y que el 25,9% sufre patadas, puñetazos, golpizas, mordeduras, agresiones con armas, quemaduras, etc.) por parte de sus cuidadores. Las cifras son relativamente similares en los diferentes estratos socioeconómicos, lo que echa por tierra la percepción de que esto ocurre sólo en estratos más vulnerables de nuestra sociedad<sup>92</sup>. Al igual que en el caso de VIF, la sobreexigencia en las familias; la falta de apoyo, el confinamiento y el desgaste emocional han determinado un aumento en los casos de maltrato y negligencia, lo que exige estar muy atentos a pesquisar situaciones de vulneración física, psicológica y sexual. UNICEF ha sintetizado esta situación, agrupando a los niños vulnerados en cuatro categorías<sup>93</sup>:

- *Negligencia y disminución de los cuidados de niños y adolescentes.* Secundario a múltiples causas: cierre de colegios y centros de cuidado infantil; demandas laborales y personales constantes para los cuidadores, enfermedad, cuarentena o aislamiento de cuidadores.
- *Aumento del abuso y violencia doméstica e interpersonal,* ya sea por aumento del estrés psicosocial de los cuidadores, o por ausencia de supervisión, aumento de tiempo de exposición a pantallas y contenidos de riesgos. Un estudio realizado en Singapur durante esta pandemia muestra un aumento de los métodos de crianza severa (que incluye gritos, golpes y amenazas) mediado por aumento de estrés en los padres, y disminución de la cercanía con sus hijo/as. Esto aumentaba en la medida que más se sintieron afectados por la pandemia, ya

<sup>92</sup>. UNICEF (2012). Cuarto estudio sobre maltrato infantil en Chile. <https://www.unicef.org/chile/informes/4-estudio-de-maltrato-infantil-en-chile-an%C3%A1lisis-comparativo-1994-2000-2006-2012>

<sup>93</sup>. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. Protection of children during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic: Technical note. <https://alliancecpha.org/en/COVID19>

sea psicológica o financieramente<sup>94</sup>.

- *Aumento riesgo de lesiones, intoxicación y otros riesgos*, secundarios a la mayor disponibilidad y uso indebido de desinfectantes tóxicos, alcohol y otros medicamentos.
- *Disminución del acceso a redes de apoyo protectoras intra o extrafamiliares*: mayor aislamiento e invisibilidad de familias maltratadoras, y mayores dificultades para denunciar incidentes.

#### **¿Cómo abordar el maltrato en un contexto de salud?**

En las atenciones de salud, la clínica no siempre es tan clara para afirmar que se está frente a una situación de maltrato. Las víctimas no suelen reportarlo de manera espontánea, ya sea por su edad o sus condiciones de desarrollo; o porque tanto los padres o cuidadores(as), como los propios niños, no tienen conciencia de estar insertos en una dinámica abusiva y de violencia.

Muchas veces la principal barrera que tiene el equipo de salud para la detección de maltrato son sus propias experiencias familiares, y la dificultad que tienen para diferenciar “castigo” de “maltrato”.

Para identificar una situación de maltrato infantil es necesario obtener información de múltiples fuentes:

- informe o revelación espontánea de maltrato por parte de un niño
- apariencia y condiciones generales de salud del niño
- interacción entre el padre, la madre o cuidadores(as) con el niño
- cualquier información de maltrato que proporcione un tercero.

En un contexto de salud existen estrategias para facilitar el diálogo con niños y padres,

y obtener la mayor cantidad de información. MINSAL sugiere<sup>95</sup>:

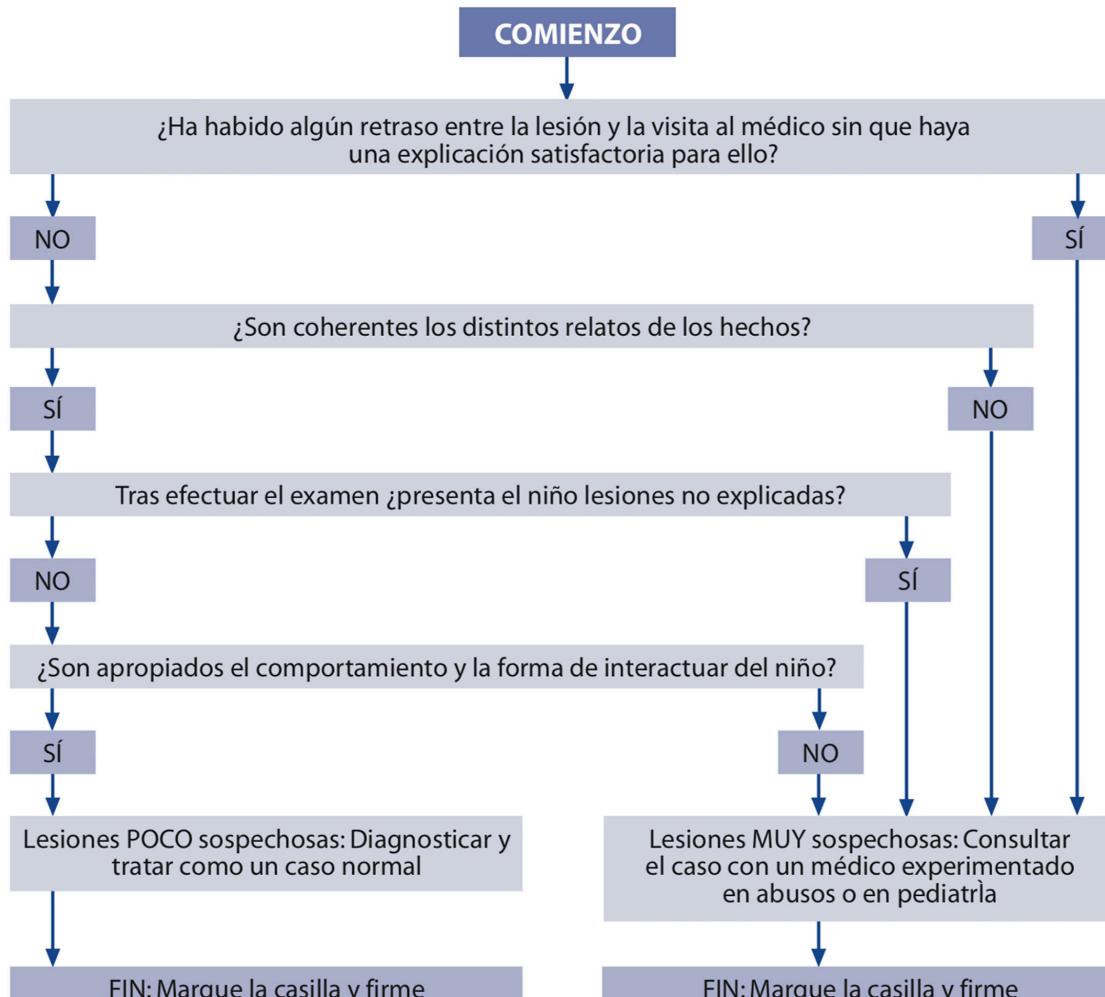
- Hacer preguntas claras y directas.
  - “Cuénteme otra vez, ¿cómo María se rompió los dientes?”. En vez de, “¿Ud. le rompió los dientes?”
  - “¿Quién estaba con usted cuando Juanito se quemó la mano?”. En vez de, “¿Alguien le quemó la mano a Juanito?”
  - “Sra. María, cuando un niño o niña presenta este tipo de lesión me indica la presencia de un golpe. ¿Está sucediendo algo en su familia que le gustaría contarme, que explicaría esta lesión?”
  - “Me llamaron la atención las mordeduras en el cuello de Pedro. ¿Me podría decir cómo le ocurrieron? ¿Quién lo estaba cuidando en ese momento? ¿Qué estaba ocurriendo antes en su casa?”
  - “¿Hay algo que quiera contarme acerca de por qué María tiene tantas cicatrices en su cuerpo?”
- No emitir juicios descalificadores.
- Evitar actitudes intolerantes, amenazadoras.
- Explicitar la disposición del profesional o técnico de salud para brindar apoyo a la familia.
- Resguardar la privacidad de los padres o acompañantes.
- Indagar las explicaciones que dan los adultos para la condición de salud del niño y analizar las inconsistencias entre los signos y síntomas observados y la explicación entregada.
- Buscar otras características de alerta de maltrato en la ficha clínica del niño, en el estado que presenta o en la interacción con el padre, la madre o cuidador.

**94.** Chung, G., Lanier, P., & Ju, P. W. Y. (2020). Mediating Effects of Parental Stress on Harsh Parenting And Parent-child Relationship During Coronavirus (COVID-19) Pandemic in Singapore. <https://doi.org/10.31219/osf.io/vn14j>

**95.** MINSAL (2013). Guía Clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores. [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Guia\\_maltrato\\_Valente26dic2013.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Guia_maltrato_Valente26dic2013.pdf)

La **figura 3** presenta un algoritmo tomado de la guía de Prevención del maltrato infantil de la OMS, que puede orientar al clínico para definir si las lesiones pesquisadas en su paciente puedan ser atribuibles a malos tratos<sup>96</sup>.

**FIGURA 3: ¿CÓMO DETECTAR MALOS TRATOS EN UN CONTEXTO DE UNIDAD DE URGENCIAS?**



Tomado de: Benger JR, Pearce V. Simple intervention y improve detection of child abuse in emergency departments. *British Medical Journal*, 2002, 324:780.

<sup>96</sup>. OMS (2009). Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44228/9789243594361\\_spa.pdf;jsessionid=F9BE2ADA9C81C3B34A484BA81BCA8CE1?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44228/9789243594361_spa.pdf;jsessionid=F9BE2ADA9C81C3B34A484BA81BCA8CE1?sequence=1)

## ¿Cuál es el rol de equipo de salud clínico frente a vif y maltrato infantil?

- Integrarlos como un diagnóstico más, de modo de permitir su sospecha
- Acoger a las víctimas y dar una primera respuesta.
- Evaluar clínicamente a sus pacientes, o sea:
  - determinar la severidad de las lesiones, cuando éstas existen
  - definir la necesidad de estabilizar y trasladar a servicio de urgencias
  - estimar el riesgo vital o de daño severo a corto plazo.
  - asegurar la denuncia en los casos que exige la ley

*Este rol es transversal a todo médico, sin importar su área de especialización o lugar de desempeño.*

En el caso del maltrato infantil, el médico debe:

1. Interrumpir el maltrato, y proteger al niño, niña o adolescente afectado/a, con el fin de resguardar su integridad física y psíquica.
2. Registrar su sospecha en la ficha clínica.
3. Realizar la denuncia si el maltrato reviste características de delito.
4. Vincular al paciente con un equipo que pueda continuar el seguimiento.

En el caso de VIF, el médico debe:

1. Ofrecer apoyo de primera línea, lo que OPS resume en:
  - una escucha empática, sin emitir juicios
  - preguntar dirigidamente por sus necesidades y preocupaciones, validando sus experiencias y sentimientos
  - mejorar su seguridad y conectar con

los servicios de apoyo.

2. Ofrecer tratamiento médico, en caso de lesiones.

3. Entregar información en caso de que la víctima desee orientación o efectuar una denuncia. Para el caso de Chile puede solicitarse orientación para víctimas y testigos y efectuar las denuncias:

a) de manera presencial en:

- Carabineros,
- Unidades de Policía de investigaciones (PDI),
- Fiscalía.

b) de manera remota en:

- Teléfono 1455 del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género.
- Teléfono 149: Fono Familia de Carabineros.
- Denuncia en línea Fiscalía: <http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/quienes/formularios.jsp>

Para obtener más información sobre la responsabilidad de los equipos de salud en relación con la denuncia de situaciones de VIF que se pesquisan en el contexto de una atención clínica, se sugiere revisar el artículo: Rojas Gonzalez, P. E., Pérez Hernández, I., Valladares Perroni, C., Rada Salazar, P., & Rain Velásquez, C. (2019). *Responsabilidad médica frente a casos de violencia al interior de las familias. Una mirada desde distintas perspectivas*, disponible en <https://doi.org/10.11565/arsmed.v44i1.1412>

Para obtener mayor información sobre el primer abordaje en una situación de maltrato infantil, se sugiere revisar la Guía Clínica: *Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores MINSAL (2013)*, disponible en [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Guia\\_maltrato\\_Valente26dic2013.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Guia_maltrato_Valente26dic2013.pdf)

*Parte X***X. CONSIDERACIONES ESPECIALES EN PERSONAL SANITARIO**

COVID-19 representa una fuente especial de estrés para los equipos sanitarios, quienes en el ejercicio de sus funciones están expuestos a alta exigencia laboral y, muchas veces, a un mayor riesgo de contagio, tanto para ellos como para sus familiares. La salud mental del personal sanitario puede verse afectada, apareciendo sentimientos como el miedo, pena, frustración, culpa, soledad y problemas relacionados con el sueño, apetito, agotamiento, entre otros. Estos pueden agravar o facilitar la aparición de trastornos de salud mental, generar sufrimiento y deterioro del bienestar de los trabajadores, y poner en riesgo la calidad de atención clínica que brindan.

Estudios actuales, en tiempos de COVID-19, confirman lo anterior y sugieren que la sintomatología sería mayor cuando existe trato directo en el cuidado de pacientes con COVID-19, asociándose también a la aparición de síntomas de estrés post traumático. Uno de los primeros estudios realizados en China durante la pandemia detectó sintomatología depresiva (50,4%), ansiedad (44,6%), insomnio (34%) y sensación de estrés (71,5%) en el personal de salud<sup>97</sup>. En Chile, el “Informe preliminar N° 1 Chile – Síntomas depresivos y malestar psicológico”, del Health Care Workers Covid-19 Study, desarrollado por académicos de varias universidades chilenas en asociación con investigadores de 30 países, mostró que, en una muestra de 954 trabajadores de la salud de todo el país, un 31,4% reportó síntomas depresivos moderados o graves, casi el doble de lo observado en otro estudio en Chile previo a la

pandemia. Los tres síntomas más frecuentes fueron las alteraciones del apetito (38,6%), la sensación de falta de energía y cansancio (37,3%) y las alteraciones del sueño (32,7%). Un poco menos frecuentes son las alteraciones de la concentración (19,0%) y la pérdida del interés y placer en hacer las cosas (16,3%). Una mención especial merece el que un 7,1% de los trabajadores señala haber tenido ideas suicidas<sup>98</sup>.

Además, la evidencia asociada a Ébola y SARS, da cuenta que el impacto del estrés se da al inicio, durante y luego de controlada la pandemia, manifestándose como síntomas ansiosos y depresivos, insomnio, negación, ira y miedo.

**1. ¿A qué condiciones particulares se expone el personal sanitario?**

- Entornos laborales más demandantes; jornadas de trabajo extensas y aumento de la cantidad de usuarios/as.
- Interactuar con usuarios con emociones negativas y/o en crisis.
- Acceso limitado a redes de apoyo social debido a los intensos horarios de trabajo, o cuarentenas, incluyendo el escaso tiempo para compartir con familiares.
- Mayor exposición y riesgo de infección por COVID-19, lo que puede asociarse a sensaciones de miedo.
- Incertidumbre frente a la posible falta de equipos e insumos de protección personal y también las consecuencias comunes asociadas a su uso cotidiano (cansancio físico, constante estado de alerta para su uso oportuno y adecuado).

**97.** Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y. T., Liu, Z., Hu, S., & Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The lancet. Psychiatry*, 7(4), e17–e18. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)

**98.** Universidad de Chile. Escuela de Salud Pública (2020). Primer informe The COVID-19 Health Care Workers Study. Disponible en <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/167313/primer-informe-the-covid-19-health-care-workers-study>

- Presiones o expectativas sobredimensionadas de usuarios/as y de miembros de la comunidad respecto a posibilidades terapéuticas.
- Mayores niveles de frustración ante la evolución clínica negativa de un paciente.
- Ser testigos y acompañar experiencias intensas de dolor, de sufrimiento y de muerte.
- Vivir experiencias que los hacen pensar y sentir que deberían o podrían haber hecho más.
- Riesgo de estigmatización hacia quienes trabajan con pacientes con COVID-19.

El impacto de estos factores puede ser especialmente crítico cuando se enfrentan procesos de toma de decisiones en un breve plazo, respecto del tipo de tratamiento y su receptor, y en situaciones de escasez de recursos, generando dilemas clínicos y éticos del ejercicio profesional, que incrementan el estrés.

## 2. ¿A qué consecuencias en salud mental se expone el personal sanitario?<sup>99</sup>

En situaciones de estrés intenso se pueden experimentar reacciones de los siguientes tipos:

- **Emocionales:** Ansiedad, impotencia, frustración, miedo, culpa, irritabilidad, tristeza, distanciamiento emocional, entre otras.
- **Conductuales:** Hiperactividad, aislamiento, evitación de situaciones, de personas o de conflictos, lenguaje acelerado, llanto, dificultades para el autocuidado y descanso o dificultades para desconectarse del trabajo, entre otras.
- Cognitivas:** Confusión o pensamientos

contradictorios, dificultades de concentración, para pensar de forma clara o para tomar decisiones, dificultades de memoria, pensamientos obsesivos y dudas, pesadillas, imágenes intrusivas, negación, entre otras.

- **Físicas:** Dificultad respiratoria, presión en el pecho, hiperventilación, sudoración excesiva, temblor, cefalea, mareos, molestias gastrointestinales, contractura muscular, taquicardia, parestesias, agotamiento.

Al igual que en toda persona adulta, estos síntomas pueden complicarse y dar paso a condiciones o Trastornos de Salud Mental más específicos. Es fundamental su prevención, así como la oportuna detección y tratamiento pertinente.

## 3. ¿Cómo cuidar al personal sanitario?

El cuidado del personal sanitario debe darse simultáneamente a nivel personal, de los equipos y de la institución. Los tres ámbitos claves para procurar el mejor cuidado de los equipos incluye:

- Provisión de información adecuada y de los insumos para la protección personal para los/las trabajadores/as.
- Contar con mecanismos y flujos de comunicación claros y definidos que permitan que la información llegue de manera íntegra y rápida a quienes corresponda. Ello contribuye a disminuir la sensación de incertidumbre y optimiza el manejo de inquietudes, disminuyendo el impacto de la situación de emergencia sobre las personas.
- Apoyo psicosocial oportuno y pertinente, de acuerdo con las

<sup>99</sup>. Ministerio de Salud, Perú. (2020). Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental -Guía técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19 (R.M. N° 180-2020-MINSA) / - Lima: Ministerio de Salud; 2020. 36 p.; ilus.

necesidades de cada profesional de la salud.

Son estrategias para avanzar en este objetivo:

- **Autocuidado:** es esencial, e incluye varios aspectos: la promoción de la salud, la prevención y el control de enfermedades, la automedicación responsable, la atención a personas dependientes, la búsqueda de atención primaria/especializada/hospitalaria, cuando fuese necesario, y la rehabilitación.
- **Primeros auxilios psicológicos:** su objetivo es facilitar la activación de estrategias de afrontamiento eficaces frente a la crisis, es decir, desarrollar o fortalecer aquellos modos de pensar y actuar que facilitan la resolución de una situación percibida como demandante

para poder recuperar mayor control sobre aspectos de esta<sup>100</sup>.

- **Estrategia de tamizaje de problemas de Salud Mental:** se sugiere una implementación cotidiana, asegurando el respeto irrestricto a la voluntad del personal de la salud para ser evaluado, confidencialidad, derivación oportuna y acceso real a fuentes de apoyo profesional, cuando se requiera. Las personas con resultado positivo en este tamizaje, y también en quienes se detectan síntomas significativos, deben recibir el consecuente acompañamiento psicosocial.

La **tabla 9** resume los hallazgos de una revisión rápida de la literatura con recomendaciones en relación con la prevención y promoción de la salud mental en personal sanitario, respecto a la pandemia

**TABLA 9: ABANICO DE ESTRATEGIAS DISPONIBLES PARA REDUCIR EL IMPACTO ASOCIADO A PANDEMIA COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL SANITARIO.**

- Generación de “Comité psicosocial interprofesional pandémico” que apoye y supervise la implementación de las medidas.
- Fortalecimiento y organización de servicios (sistemas de turnos y descansos, infraestructura, disponibilidad de Equipos de Protección Personal, etc.)
- Campaña de información actualizada y cercana a personal de la salud.
- Creación de espacios de encuentro y reflexión.
- Establecimiento de redes de colaboración con diversos actores para desarrollar las acciones (Sector Público, Colegios Profesionales, Organizaciones No Gubernamentales, Academia, otros)
- Diseño y entrega de recursos de apoyo psicológico.
- Capacitación a personal de salud y gestores.
- Apoyo decisiones éticas.
- Acompañamiento psicosocial.
  - Durante la crisis: apoyo al autocuidado, resiliencia, primeros auxilios psicológicos.
  - Post crisis: foco en post-trauma, recuperación etc.
- Detección y derivación oportuna frente a problemas de salud mental / consumo de sustancias psicoactivas.
- Incorporación de apoyo a familiares.
- Intervención comunitaria sobre estigma y discriminación.

Fuente: Elaboración propia a partir de Traub C, Sapag JC. Personal Sanitario y Pandemia COVID-19 en Chile: Desafíos en Salud Mental. Revista Médica de Chile; 148: 1371-1372. 2020

100. Organización Mundial de la Salud (2012). Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo.

*Todo miembro del equipo de salud debe pedir ayuda cuando lo necesite, y hacerlo lo más precozmente posible. Todos/as tenemos una responsabilidad en este desafío.*

A quienes deseen profundizar en relación con el tema, se les sugiere revisar:

1. Blake H, Birmingham F, Johnson G, Tabner A. Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package. Int J Environ Res Public Health 2020 Apr 26;17(9):E2997. doi: 10.3390/ijerph17092997.
2. Dewey C, Hingle S, LGoelz E, Linzer M. Supporting Clinicians During the COVID-19 Pandemic. Ann Intern Med. 2020 Jun 2;172(11):752-753. doi: 10.7326/M20-1033
3. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR, et al. Impacto del Sars-Cov-2 (COVID-19) en la Salud Mental de los Profesionales Sanitarios: Una Revisión Sistemática. Rev Esp Salud Pública. 2020 Jul 23;94:e202007088.
4. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing Mental Health Challenges Faced by Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic Early support. BMJ [Internet]. 2020;1211(March). Available from: <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.m1211>
5. IASC (2020). Nota informativa provisional: Cómo abordar la salud mental y los aspectos psicosociales del brote de COVID-19
6. OPS. Cuidando la Salud Mental del Personal Sanitario durante la Pandemia COVID-19. OPS, Junio, 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cuidando-salud-mental-personal-sanitario-durante-pandemia-COVID-19-0>
7. Shah K, Kamrai D, Mekala H, Mann B, Desai K. Focus on Mental Health during the Coronavirus ( COVID-19 ) Pandemic : Applying Learnings from the Past Outbreaks Focus on Mental Health During the Coronavirus ( COVID-19 ) Pandemic : Applying Learnings from the Past Outbreaks. Cureus. 2020;12(3).
8. Macaya B. et al (2020). Cuidado y autocuidado en el personal de salud: Enfrentando la Pandemia COVID-19 - P.. Rev Chil Anest ; 49: 356-362
9. MINSAL (2020). Recomendaciones para el Cuidado del Personal de Salud durante COVID-19. Versión 1.0.
10. Ministerio de Salud, Perú. (2020). Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental -Guía técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19 (R.M. N° 180-2020-MINSA) / - Lima: Ministerio de Salud; 2020. 36 p.; ilus.
11. OMS. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: Rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. OMS: Ginebra, 2020. [https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/who-rights-rolesresponsibilities.pdf?sfvrsn=3a3a2a1\\_0](https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/who-rights-rolesresponsibilities.pdf?sfvrsn=3a3a2a1_0)
12. Traub C, Sapag JC. Personal Sanitario y Pandemia COVID-19 en Chile: Desafíos en Salud Mental. Revista Médica de Chile; 148: 1371-1372. 2020

*Parte XI***XI. ATENCIÓN DE SALUD MENTAL DE MANERA REMOTA**

La atención remota de salud, en sus diferentes formas y plataformas, se ha convertido en una estrategia útil para reducir las barreras de atención en contexto de pandemia, y ofrece la posibilidad de mantener en control a los pacientes que así lo requieren.

**Consideraciones para facilitar la comunicación con su paciente en una atención en formato telemedicina**

Evidencia previa a la pandemia da cuenta que la teleatención es efectiva y aceptable para abordar problemas frecuentes de salud mental<sup>101</sup>, sin embargo, tiene algunos desafíos particulares, por lo que requiere un poco más de tiempo y esfuerzo.

Algunas recomendaciones y recordatorios útiles antes de emprender esta actividad:

- Al igual que en una atención habitual en una consulta remota, “menos es más” en términos de información y tópicos a abarcar.
- Se debe procurar mirar la cámara, y NO A LOS OJOS DEL PACIENTE. Esto requiere práctica y un esfuerzo de atención adicional.
- Utilizar vestimenta de colores neutros, y evitar ropa con líneas o diseños que sobrecarguen la imagen. Situarse a una distancia adecuada de la cámara, de modo que la imagen no ocupe más de un tercio del espacio total de la pantalla.
- Procurar proyectar la voz y los gestos, algo más que lo que su haría en persona (aproximadamente un 15% más).

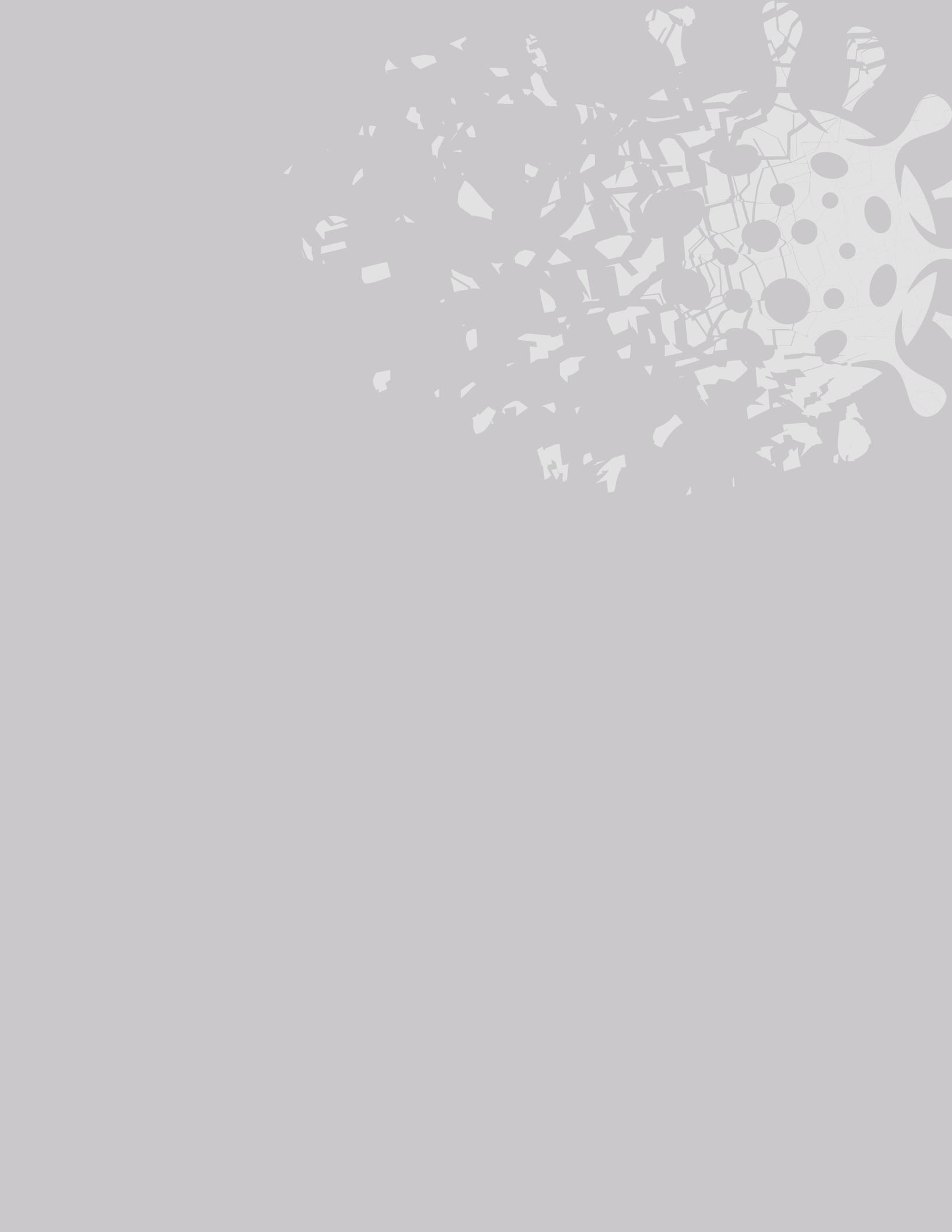
Estas recomendaciones sencillas debieran

facilitar la comunicación entre el clínico y el paciente, y permitir una adecuada escucha activa. Considerar, sin embargo, que la comunicación a través de medios digitales es un ámbito nuevo tanto para los clínicos como para los pacientes y, por lo tanto, un área en donde se requiere práctica y aprendizaje continuo. Si es posible, se sugiere video grabar alguna de las consultas para fortalecer y mejorar algunos aspectos centrales<sup>102</sup>.

**101.** Hyler, S., Gangure, D., & Batchelder, S. (2005). Can Telepsychiatry Replace In-Person Psychiatric Assessments? A Review and Meta-Analysis of Comparison Studies. CNS Spectrums, 10(5), 403-415. doi:10.1017/S109285290002277X

**102.** Best Practices in Videoconferencing-Based Telemental Health (April 2018), The American Psychiatric Association and The American Telemedicine Association.







ESCUELA DE MEDICINA  
FACULTAD DE MEDICINA